

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LÉON

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS

ESCUELA DE FARMACIA



**INFORMACIÓN TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN LOS HOSPITALES
ESCUELAS DE LEÓN Y RIVAS*, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2006.**

**Informe final de monografía para optar al título de Licenciados en
Químico-Farmacéutico.**

AUTORAS:

**Br. Welsy Amanda Ambota Mayorga.
Br. María Gabriela Baca Mendoza.
Br. Ana Alexandra Baldizón Galo.**

TUTOR Y ASESOR METODOLÓGICO:

**Dr. Byron Josué Muñoz Antón.
Prof. Farmacología Clínica
Facultad De Medicina
UNAN-León**

*** Oscar Danilo Rosales y Gaspar García Laviana**

LEÓN, NICARAGUA.

OPINIÓN DEL TUTOR

El suscrito profesor de farmacología clínica y tutor del trabajo monográfico titulado " Información Terapéutica y Calidad de vida de los pacientes diabéticos ingresados a los Hospitales Escuela de León y Rivas, Septiembre-Diciembre. 2006", realizado por Welsy Ambota Mayorga, Maria Baca Mendoza y Ana Baldizón Galo considera que dicho trabajo ha cumplido con los requisitos necesarios para que sea sometido a consideración del tribunal examinador que las autoridades de la facultad de Ciencias Químicas designen y a su vez ser defendido por las sustentantes ante dicho tribunal, como requisitos para hacerse acreedoras al título de Licenciadas Químico-Farmacéutico.

Durante la realización de está investigación las autoras mostraron disciplinas, interés y capacidad científico-técnica por lo que considero se encuentran suficientemente aptas para la defensa exitosa de esta investigación.

Los resultados y conclusiones a los que llegan las autoras pueden servir como un aporte al estudio de estrategia farmacológica utilizadas en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados y la calidad de información terapéutica brindada a estos y el impacto en la calidad de vida, contribuyendo de esta manera con datos que incentiven a otros investigadores a reforzar este eje de investigación.

León, Enero del 2007.

Dr. Byron Josué Muñoz Antón.

Tutor de Investigación.

DEDICATORIA

✚ A Dios y a la Virgen

Por la oportunidad de vivir y estar en cada momento de nuestros días, guiándonos por el camino correcto para alcanzar nuestros ideales.

✚ A nuestros Padres

Por brindarnos todo el apoyo y dedicación en el transcurso de nuestra carrera siendo además ellos nuestros mejores amigos y mayores ejemplos de responsabilidad y optimismo y en especial a nuestras madres por habernos guiado y animado a realizar nuestros estudios y estar a nuestro lado; siendo un pilar de apoyo en todo los momentos de nuestra vida haciendo realidad nuestros sueños, esfuerzos, alegrías y por confiar siempre en nuestros deseos de superación.

✚ Al Dr. Byron Muñoz

Por ser un docente ejemplar, un gran profesional quien ha dado todo de si mismo con el único objetivo de formar profesionales y una persona a quienes apreciamos mucho de todo corazón.



AGRADECIMIENTO

- ✚ Agradecemos primeramente a Dios por habernos acompañado y guiado en cada paso y momento hasta alcanzar esta meta.
- ✚ A nuestros Padres, que nos han apoyado incondicionalmente brindándonos comprensión, cariño, confianza lo que ha sido para nosotras la base fundamental.
- ✚ A nuestro Tutor Dr. Byron Muñoz, por ser más que tutor un amigo.
- ✚ Al Dr. Ervin Ambota, por sus valiosos aportes al estudio.

*Welsy Amanda Ambota.
Maria Gabriela Baca.
Ana Alexandra Baldizón.*

RESUMEN

“ Información Terapéutica y Calidad de vida de los pacientes diabéticos ingresados a los Hospitales Escuela de León y Rivas, Septiembre-Diciembre. 2006”

W.Ambota Mayorga, M. Baca Mendoza, A. Baldizón Galo y B.Muñoz Antón.

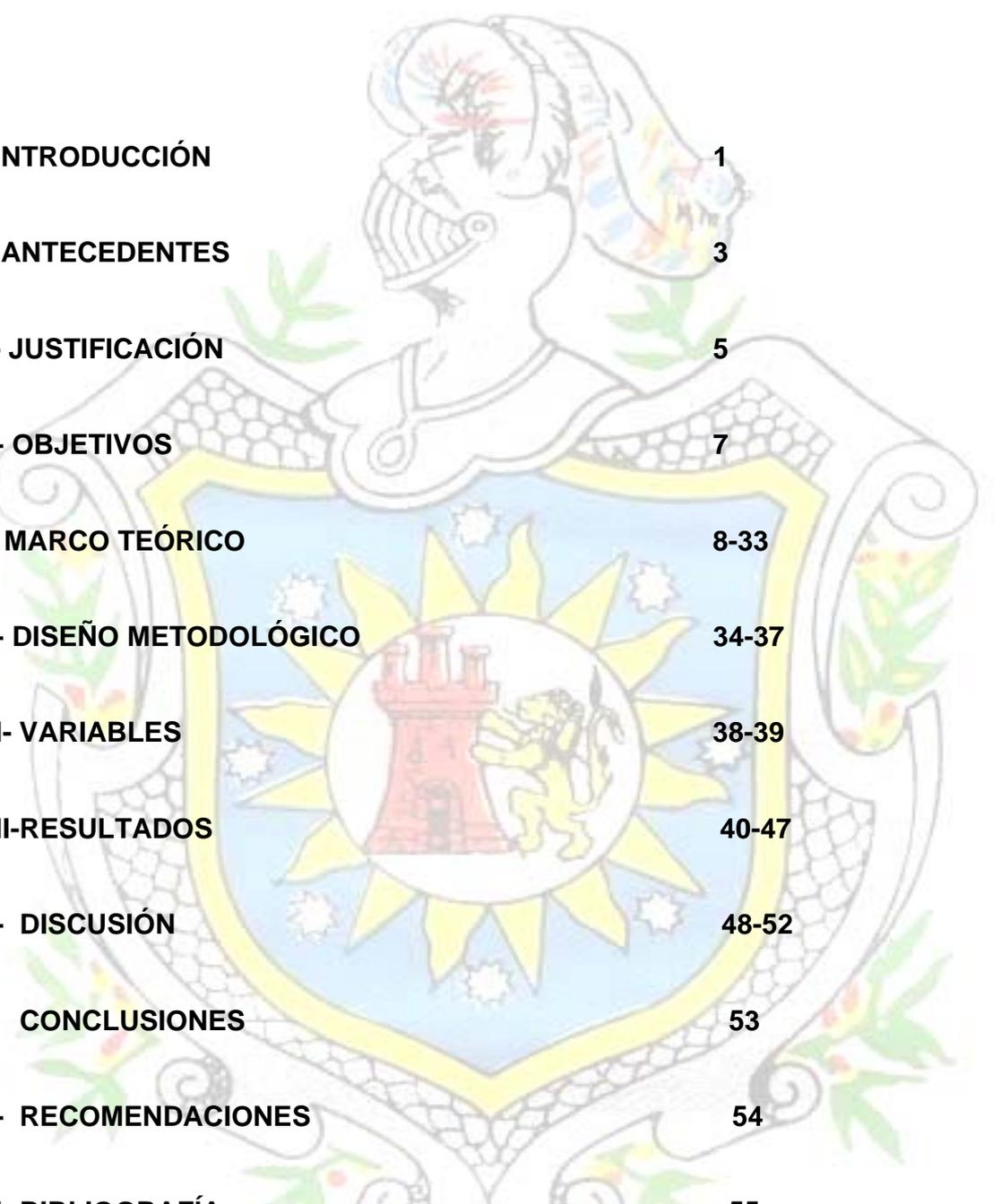
Palabras Claves: Información Terapéutica, Calidad de vida, tratamiento intrahospitalario y hipoglucemiantes.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivos de evaluar la información brindada por el personal de salud y la calidad de vida de estos pacientes si como instrucciones, información, advertencias y seguimientos.

Método: El estudio se clasifica según EUM como de cumplimiento de la prescripción y grado de la información de la medicación hipoglucemiante. Se analizaron las entrevistas de 40 pacientes ingresados a los hospitales en estudio efectuando entrevista la cual incluye calidad de vida según Yesavage y revisión de expedientes clínicos de los casos involucrados.

Resultados: El grupo de pacientes clasificados como ancianos jóvenes 65-71 años predominó sobre el resto de grupos etáreos. La mitad de los pacientes presentaron hábitos nocivos para su salud incluyendo la combinación de dos hábitos nocivos para su salud. El grupo farmacológico de mayor uso resultó la sulfonilurea en particular glibenclamida. La mayoría de pacientes de ambos hospitales manifestaron poseer información terapéutica suficiente respecto a su medicación y patología a su vez se clasificaron según Yesavage como individuos con depresión moderada presentando particularmente alteración del sueño, insatisfacción laboral y disminución del desempeño sexual.

Conclusión: Las estrategias educativas sobre la Información Terapéutica debe ser proporcionada mayoritariamente por todo el personal de salud sobre todo médicos y farmacéuticos retomándolo como una iniciativa de política sobre el uso racional de medicamentos para mejorar la calidad de vida de los ancianos diabéticos. Se recomienda establecer programas de educación continua dirigidas a farmacéuticos y médicos para fomentar estrategias educativas para cambios de estilo de vida con énfasis en medicina preventiva reforzando aun más información terapéutica en pacientes con patologías crónicas.



I- INTRODUCCIÓN	1
II- ANTECEDENTES	3
III- JUSTIFICACIÓN	5
IV- OBJETIVOS	7
V- MARCO TEÓRICO	8-33
VI- DISEÑO METODOLÓGICO	34-37
VII- VARIABLES	38-39
VIII- RESULTADOS	40-47
IX- DISCUSIÓN	48-52
X- CONCLUSIONES	53
XI- RECOMENDACIONES	54
XII- BIBLIOGRAFÍA	55
XIII- ANEXOS	57

I- INTRODUCCION

La investigación científica respecto a la terapéutica pretende brindar conocimientos actualizados y objetivos, que contribuyan a que los profesionales de la Salud realicen la selección adecuada, con la finalidad de mejorar la Salud de la población a través de la veracidad de la información actualizada y el estado del conocimiento científico de los mismos.

El concepto del uso racional de los medicamentos se basa en la información científica disponible acerca de la eficacia, seguridad, comodidad de administración y costo de estos compuestos¹, con el objetivo de proporcionar información terapéutica para la población con el fin de garantizar el éxito del tratamiento a través de datos de la terapéutica, del medicamento, las reacciones adversas, la enfermedad, y los cambios en los hábitos de vida, todo lo cual persigue la mejoría de la calidad de vida del paciente principalmente en personas con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus.

Las enfermedades crónicas tienen entre sus características la necesidad de un tratamiento prolongado en los que pueden existir dificultades en la adherencia o apego en el tratamiento, posibilidades de aparición en las reacciones adversas (por uso crónico) e impacto económico para el paciente y su familia.

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes que tienen limitaciones fisiológicas u orgánicas principalmente el grupo de población constituido por los ancianos. En este grupo, la poca o nula adherencia al tratamiento aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones que suponen un aumento al gasto sanitario, así como de la morbi-mortalidad en este grupo de población.

El hábito de los prescriptores, la polimedicación, automedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo principalmente en pacientes hospitalizados, constituyen dificultades y riesgos

de complicaciones a tomarse en cuenta al evaluar la medicación en pacientes con enfermedades crónicas y de edad avanzada.

La información debe extenderse no solo a la administración del fármaco, sino también al régimen de vida que el enfermo debe seguir para cambiar un estilo y calidad de vida.

La información terapéutica por tanto es de gran importancia en las enfermedades crónicas ya que el consumo continuo de fármaco, y las interacciones medicamentosas son factores que pueden incrementar los riesgos de prescripción.

II- ANTECEDENTES

La evaluación de la calidad de Información Terapéutica es una temática relativamente reciente incorporada al interés de estudios en farmacología. En Nicaragua los estudios reportados al respecto han aportado datos acerca de la Información Terapéutica brindada a nivel de atención primaria a pacientes con enfermedades crónicas² en los cuales se ha llegado a la conclusión de que existe debilidades en este proceso, enfatizando la escasa información respecto a las instrucciones del manejo del medicamento y los potenciales efectos adversos de estos.

En relación a los estudios nacionales respecto a la problemática de la Diabetes Mellitus, existen una cantidad considerable de investigaciones que abarcan esta temática, en la cual se estudia diferentes tópicos como factores de riesgo, epidemiología, tratamiento farmacológico intra y extra hospitalario y en años más recientes las bases moleculares y bioquímica clínica de este problema de salud ³.

Como puede observarse, aspectos de la terapéutica relacionada a brindar una información pertinente al paciente de los beneficios y riesgos que conllevan su tratamiento de control de la diabetes es relativamente escaso, esta particularidad se manifiesta también en otros países de Latinoamérica.

En particular, el estudio más reciente de la Información Terapéutica a pacientes diabéticos⁵ pone de manifiesto la relevancia de brindar una adecuada información terapéutica para el control de esta patología, sin embargo los aspectos de la información para mejorar los hábitos de vida fueron en este estudio de los más débiles, así mismo se recomienda realizar una evaluación de la calidad de vida de estos pacientes para el manejo integral de los mismos.

Los estudios acerca de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas han sido considerados de gran importancia en la actualidad principalmente por los

profesionales de la salud de distintas disciplinas psicólogos, sociólogos, médicos, etc. Este tipo de estudio en Nicaragua a pesar de su elevada importancia para la evaluación de estrategias institucionales tiene poca presentación respecto al número de trabajos publicados o presentados en congresos médicos y farmacéuticos a nivel nacional.

Relacionado a la temática en estudio no se reportan estudios publicados de los Hospitales de León y Rivas.

Se puede concluir que el reporte de los estudios publicados en relación a la información terapéutica están basados en la experiencia en atención primaria detectando a su vez como elementos en común debilidades que pueden mejorarse a través de metodologías que mejoren la calidad de atención al paciente y tomen en cuenta como objetivo final adecuar lo mejor posible la calidad de vida de los pacientes.

III- JUSTIFICACION

Dentro de los deberes de todos los profesionales de la Salud se encuentran informar a toda la población acerca de la naturaleza de su enfermedad, su prevención y la importancia de la terapéutica a emplear. La Organización Mundial de Salud (OMS) a través del programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, ha promovido la guía de la buena prescripción ⁶ en la que se hace énfasis en el proceso de la terapéutica razonada, en la cual la prescripción es evaluada en seis pasos fundamentales, dentro de los cuales el quinto paso es:

Dar información, instrucciones y advertencias.

Esta información debe cubrir a toda la población independientemente de sus características socioeconómicas y de edad, con la cual el beneficio sustancial de esta práctica conduce a un uso racional de medicamentos, disminución de los costos y a mejorar la Salud de la comunidad.

Estudios de tipo estadístico en Nicaragua revelan que la Diabetes Mellitus ocupa el cuarto lugar de las causas de muerte antecedida por el IAM (Infarto Agudo al Miocardio), ACV (Accidente cerebrovascular) y enfermedades perinatales.

Las muertes de origen crónico agrupadas, representan el 37% y este porcentaje tiene una tendencia a aumentar si no se realizan cambios de importancia en el estilo de vida del paciente así como también en las medidas farmacológicas, incluyéndose aquí la información terapéutica brindada por el personal sanitario.

El presente estudio pretende retomar la importancia de la información terapéutica como un pilar de las buenas prácticas de prescripción.

La relevancia de la Información Terapéutica se basa en el proceso con carácter crítico el cual deben asumir los médicos y principalmente los farmacéuticos al momento de la toma de decisiones de la terapia.

El propósito práctico de la investigación es la de aportar datos acerca del impacto del tipo de Información Terapéutica que reciben los pacientes ancianos (grupo considerado especial) con enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus) y que se encuentran con alguna complicación clínica ameritando su hospitalización (atención secundaria).

El nivel y calidad de dicha información puede servir de mucha ayuda para los profesionales de la Salud (Farmacéutico-Médico) estableciendo pautas para estrategias farmacológicas y no farmacológicas en este grupo poblacional tan vulnerable a efectos adversos, politerapia y uso inapropiado de medicamentos.

IV- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Información Terapéutica brindada por el personal de salud y la Calidad de vida de los pacientes diabéticos atendidos en los Hospitales Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León, y Gaspar García Laviana de la ciudad de Rivas, Septiembre-Diciembre del año 2006.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Caracterizar a los pacientes en estudio, según edad y su hábito de vida.
- 2- Describir la información fármaco terapéutica que reciben los pacientes por parte del personal de salud.
- 3-Evaluar la instrucción, información, advertencias y seguimiento de la terapéutica que recibieron los pacientes en estudio.
- 4- Determinar la calidad de vida de los pacientes en estudio.

V- MARCO TEORICO

1- Información Terapéutica: constituye una aportación de la farmacología clínica al complejo campo de la actualización de la información médica y de la individualización del tratamiento.

Por lo que se refiere a la información del medicamento, y con independencia de recordar que se trata de una de las funciones básicas del profesional de la Salud, se han estructurado las obligaciones de este último en tres planos distintos: por un lado, la información en relación con la salud pública de los ciudadanos, por otro, la información al resto de los profesionales sanitarios que integrarían el equipo asistencial (médicos, enfermeros, personal sanitario) y, finalmente, la información terapéutica al paciente en el contexto de la atención farmacéutica.

1.1- Información del medicamento en relación con la salud pública de los ciudadanos.

En relación con la preservación de la salud pública, se constituye un proceso de prevención de las enfermedades, de promoción de hábitos de vida y entornos saludables y de educación sanitaria.

No en vano se juega un papel muy importante en el favorecimiento del uso racional del medicamento, precisamente mediante sus cometidos en materia de información sobre este aspecto.

Como concreción de esta labor se establece la necesaria colaboración de las oficinas de farmacia en los programas de información y farmacovigilancia, control del mercado y publicidad sobre medicamentos.

Asimismo, se proclama participación en la educación sanitaria a la población, entendiéndose por tal proporcionar información sobre la salud y estilos de vida saludable de forma que el individuo receptor modifique sus aptitudes y adopte comportamientos que le permitan mantener o mejorar su salud y evitar la enfermedad.

En definitiva, deben implicarse en las actividades generales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, proporcionando la información y consejo necesarios para incrementar la responsabilidad del individuo sobre su salud.

1.2- Información terapéutica al paciente

La información terapéutica del medicamento concierne a diversos agentes del Sistema Sanitario: al médico que lo prescribe, al laboratorio que lo fabrica, a la administración que lo autoriza y controla y al farmacéutico que lo dispensa.

Respecto de la actuación de los agentes referidos, ha de recordarse que la dispensación es un acto profesional que consiste en que el farmacéutico, directamente o bien bajo su supervisión personal y de acuerdo con la prescripción médica formalizada mediante receta (salvo en los casos legalmente establecidos), pone un medicamento a disposición del paciente, informándole, aconsejándole e instruyéndole sobre su correcta utilización.

Esta información ha de realizarse, en primer lugar, dando respuesta a las consultas que le sean planteadas, pero también proporcionando, por propia iniciativa, consejos al paciente sobre el uso correcto de los medicamentos.

Lógicamente, cuando se trata de medicamentos del tipo publicitarios que no han sido prescritos por el médico, el consejo farmacéutico adquiere una mayor relevancia en cuanto que la responsabilidad que asume el profesional por la corrección de la información que ha de suministrar al paciente se incrementa.

Por otro lado, la orientación del farmacéutico a los pacientes sobre el medicamento habrá de comprender aspectos tales como:

- a) Indicaciones
- b) Posología
- c) Modo de empleo
- d) Pauta de administración
- e) Precauciones y contraindicaciones para su uso

- f) Reacciones adversas
- g) Interacciones
- h) Condiciones de conservación

Además de lo anterior, las leyes de ordenación farmacéutica incluyen obligaciones específicas de información en este campo tales como la necesidad de advertir a los pacientes de aquellos medicamentos cuyo plazo de caducidad sea breve (o se halle próximo a cumplirse en el momento de la dispensación), o la necesidad de conservar la cadena de frío en los medicamentos termolábiles, así como de mantener unas condiciones adecuadas de conservación respecto de los demás medicamentos.

2- Como mejorar la adhesión del paciente al tratamiento

- Prescribiendo un tratamiento bien seleccionado.
- Creando una buena relación médico y farmacéutico.
- Dedicando tiempo a dar información, instrucciones y advertencias.

2.1- Los seis puntos de la información mínima que se debe dar al paciente

I-Efectos del medicamento:

- Porque es necesario
- Que síntomas desaparecen y cuales no
- Cuando se espera que se inicie el efecto
- Que puede ocurrir si el medicamento se toma de manera incorrecta o no se toma.
- Cuales pueden ocurrir
- Como reconocerlos

II-Efectos indeseados:

- Cuanto duraran
- Su gravedad
- Que hacer

III-Instrucciones:

- Como se debe tomar el medicamento
- Cuando se debe tomar
- Cuanto debe durar el tratamiento

- Como se debe guardar el medicamento
- Que hacer con el medicamento sobrante
- Cuando no se debe tomar el medicamento

IV- Advertencias:

- Cual es la dosis máxima
- Porque se debe tomar la tanda completa del tratamiento
- Cuando volver (o no)

V-Próxima cita:

- En que circunstancia debe volver antes de lo previsto
- Información que el médico necesitara en la próxima cita

VI-Garantizar la claridez del proceso:

- Pregunte al paciente si lo ha entendido todo
- Pídale al paciente que repita la información más importante
- Pegúntele si tiene más preguntas

3- Terapéutica en el anciano

3.1- Problemática del tratamiento farmacológico de los ancianos

La terapia medicamentosa de los pacientes ancianos plantea numerosos problemas. Como punto de partida se puede afrontar esta problemática desde tres perspectivas principales, que interactúan entre si:

- El paciente
- El personal sanitario
- El medicamento

El paciente: La múltiple morbilidad de los ancianos obliga a un consumidor de mayor cantidad, duración y variedad que los sujetos jóvenes, lo que supone un riesgo superior de experimentar reacciones adversas.

La falta de cumplimiento del tratamiento y los errores en la administración de los medicamentos aumentan con la edad del paciente. Esto está motivado, en parte, como consecuencia de las características del mismo tratamiento (elevado número de

fármacos, con distintas pautas de administración); junto a las condiciones de los pacientes (fallos de la memoria, pérdida de la visión y merma de la destreza manual). En algunos casos, el envasado y empaquetado de ciertos medicamentos dificulta innecesariamente el cumplimiento.

El personal sanitario: Existe un conocimiento, en gran parte motivado por una formación insuficiente, sobre las diferencias existentes entre los ancianos y los jóvenes en la relación a los tratamientos farmacológicos. En parte, este déficit de formación está motivado por la ausencia de información científica sobre numerosos aspectos aún por conocer en relación a la utilización de medicamentos en este grupo de edad.

El medicamento: El proceso de envejecimiento condiciona la acción de los medicamentos sobre el organismo, lo cual implica que existan ciertas diferencias, y aspectos específicos, en relación al empleo de los medicamentos en este grupo de edad. En función de cada fármaco, pueden existir marcadas diferencias entre las personas jóvenes y las más ancianas.

3.2- Los cambios fisiológicos al envejece: A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo. Aparecen cambios que afectan:

- La masa metabólica activa
- El tamaño y función de los músculos
- El VO₂ máximo
- El sistema esquelético
- La respiración
- El aparato cardiovascular
- Los riñones

- Las glándulas sexuales
- Los receptores sensoriales
- La médula ósea y los glóbulos rojos.

Estos cambios son progresivos e inevitables, pero se ha demostrado con varias investigaciones que el ritmo de algunos se puede modificar con la actividad física sistemática.

La repercusión de las enfermedades geriátricas, sean cuales sean, se nota en el deterioro funcional, mental y social del anciano; destacando la disminución funcional, incapacidad y dependencia en las actividades de la vida diaria, limitando su autonomía. Las enfermedades neurológicas pueden afectar la cognición, limitando la memoria, capacidad de juicio, abstracción y propiciando la depresión.

3.3- Riesgos de los medicamentos

Es frecuente que los adultos mayores tengan afecciones crónicas, generalmente más de una, y que tomen varios fármacos a la vez. Cualquier fármaco puede tener efectos colaterales y, si se ingieren varios, pueden interferir unos con otros, exagerando o limitando sus efectos. Por otra parte, si no se lleva un buen registro de los medicamentos que toman, es posible cometer errores e ingerir sobredosis de alguno de ellos.

También debe considerarse que en el adulto mayor el hígado, el riñón o el aparato digestivo no funcionan igual que en un adulto joven y por lo tanto, la absorción, el metabolismo o la eliminación de un fármaco son diferentes. Por esto, una dosis corriente puede resultar excesiva para ellos

3.4- Alteraciones en el efecto de los medicamentos asociados al envejecimiento

Medicamento	Efecto
Benzodiacepinas	Sensibilidad aumentada
Anticoagulantes (Warfarina)	Sensibilidad aumentada
*Antidiabéticos (Sulfonilureas)	Incremento de las reacciones de hipoglucemia
Analgésicos narcóticos	Sensibilidad aumentada
Bloqueantes beta-adrenérgicos (propranolol)	Sensibilidad disminuida

Efectos de algunas enfermedades sobre la farmacocinética.

Enfermedad	Produce alteración sobre
Estenosis Pilórica	Absorción
Úlcera péptica	Absorción
Vagotomía	Absorción
Gastroparesia	Absorción
Síndromes de malabsorción	Absorción
Resecciones gastrointestinales	Absorción
Aclorhidria	Absorción
Insuficiencia cardíaca	Distribución
Hipoalbuminemia (insuficiencia renal o hepática)	Distribución
*Amputaciones (disminución de la masa muscular)	Distribución
Hepatitis, Insuficiencia hepática	Metabolismo
Insuficiencia cardíaca	Metabolismo
Neuropatías (insuficiencia renal)	Excreción renal
Insuficiencia cardíaca	Excreción renal

4-Diabetes Mellitus en el anciano.

4.1-Conceptos: La diabetes se refiere a varias enfermedades con una característica en común: problemas con la insulina. Estos problemas pueden deberse a la incapacidad del organismo de producir insulina; a una producción insuficiente de insulina o a una utilización inapropiada de la misma.

La insulina, una hormona secretada por el páncreas, es la clave para que el organismo procese los alimentos que uno ingiere porque ayuda a mantener los niveles adecuados de azúcar (glucosa) en la sangre. Las células son las encargadas de usar esta glucosa para producir la energía que les permite crecer y funcionar normalmente.

Cuando una persona sufre de diabetes, la falta de insulina o la resistencia de las células a la insulina impiden la penetración de la proporción adecuada de glucosa a las células, causando la acumulación de glucosa en la sangre (hiperglicemia).

La hiperglicemia persistente ocasiona casi todos los síntomas que indican la presencia de diabetes: orina frecuente; sed extrema; visión borrosa; fatiga; pérdida de peso y hambre.

4.2- Tipos de Diabetes

Hay muchos tipos de diabetes, pero los tres más frecuentes son:

- **Diabetes Tipo 1:** denominado comúnmente diabetes insulino-dependiente y que se desarrolla en la infancia.
- **Diabetes Tipo 2:** denominado diabetes no insulino-dependiente y que se desarrolla después de los 40 años.
- **Diabetes Gestacional:** la diabetes que se desarrolla durante el embarazo.

La Diabetes Mellitus en el anciano es un problema de gran trascendencia sanitaria justificada por su elevada prevalencia, las dificultades que puede plantear el diagnóstico y el tratamiento y la frecuente presencia de complicaciones.

4.3- Prevalencia:

Es conocido que la incidencia de Diabetes aumenta con la edad, y que existe un progresivo incremento en los índices de envejecimiento de la población, por lo que con el paso del tiempo se irán encontrando más anciano y más diabético. Se ha señalado una prevalencia del 10 % para la década de los 60-70 años, 12 % entre los 70 y 80 años, y 17 % por encima de los 80 años.

4.4- Formas clínicas

Cuando se habla de diabetes en el anciano se refiere a dos situaciones diferentes, consideración que va a tener cierta importancia desde el punto de vista terapéutico y de control metabólico:

La diabetes en el anciano: comprende a aquellas personas con diabetes, anteriormente conocidos y que franquean la edad de 65 años. Los avances en el tratamiento de la Diabetes han hecho que esto sea cada vez más frecuente.

La diabetes del anciano: comprende los nuevos diabéticos, aquellos en que la enfermedad aparece después de los 65 años.

4.5- Plan de actuación

Las medidas para la atención del paciente anciano afecto de diabetes son en general las mismas que en el paciente joven, aunque con algunas peculiaridades que no se deben olvidar:

En los pacientes ancianos los esfuerzos encaminados a mantener los niveles de glucemia, y por ende el control metabólico, en cifras lo más cercanas posibles a la normalidad pasan a un lugar secundario, teniendo en cuenta la menor necesidad de prevenir complicaciones tardías dadas la menor expectativa de vida y el peligro de hipoglucemias en este grupo de edad.

Es imprescindible tener en cuenta los **condicionantes físicos, psíquicos, familiares y sociales** que tienen este grupo de personas. La entrevista clínica y el proceso de comunicación entre el paciente y el sanitario deben adaptarse a las características de

estas personas para conseguir una correcta valoración de sus expectativas y para informarles de forma comprensible de su enfermedad.

Los factores importantes a considerar para enfocar el tratamiento son :

- Expectativa y calidad de vida del paciente
- Compromiso del paciente
- Problemas económicos
- Problemas de salud coexistentes:

El anciano presenta frecuentemente situaciones que dificultan la comunicación y el cumplimiento terapéutico: hipoacusia, disminución de la agudeza visual, pérdida de memoria, demencia, enlentecimiento psíquico, limitaciones para la movilidad.

La existencia de pluripatología y el estar sometidos frecuentemente a tratamientos múltiples que en ocasiones incidirán en el control metabólico, o dificultarán el cumplimiento, debe ser exhaustivamente investigada y tomada en cuenta. Dificultades familiares y sociales que influirán en el control de su enfermedad: hábitos adquiridos muy arraigados en su comportamiento, aislamiento social, soledad, disponibilidad de servicios de apoyo.

4.6- Control metabólico en el paciente anciano

En cuanto al **control metabólico**, en los pacientes diagnosticados previamente a los 65 años y que sobrepasan esta edad, debe seguir intentándose un control similar al pretendido antes de llegar a esa edad pero tratando de alejarse de las cifras de hipoglucemia, por lo que se elevan algo las cifras ideales de glucemia. En los diabéticos diagnosticados después de los 65 años se suprimen las cifras de control ideal y se elevan las referencias de control aceptable y malo.

Diagnostico después de los 65 años	Ideal	Aceptable	Malo
Glucemia en ayunas		125-200	>200
Glucemia 2 h. posprandial		125-250	>250
HbA1	<9	9-12	>12
HbA1c	<6.5	6.5-10	>10
BMI		26-28%	
Colesterol		<250	
T.A sistólica (mm Hg)		< 160	
T.A diastólica (mm Hg)		< 95	

4.6.1-Dieta

Una dieta adecuada es un elemento esencial del tratamiento de todo paciente diabético. Sin embargo, más de la mitad de estos enfermos no sigue correctamente su dieta. Entre las razones que explican este hecho, se incluyen la complejidad de las instrucciones para su cumplimiento y una pobre comprensión de las metas del control dietético por el paciente y el médico. El éxito en el manejo de la dieta del paciente diabético consiste en establecer un apropiado plan de comidas, con un adecuado aporte nutricional y calórico, para el cual el enfermo debe estar bien preparado y entrenado, pues el objetivo es proveer comidas balanceadas nutricionalmente que le permitan mantener un estilo de vida acorde con sus necesidades, conservar un peso corporal saludable y un buen control metabólico. Según algunos autores, las recomendaciones se basan en que la grasa dietética debe aportar el 30 % del total de las calorías, pero menos del 10 % de ellas deben consumirse en forma de ácidos grasos saturados, del 6 al 8 % poliinsaturados y del 15 al 17 % monoinsaturados. La cantidad de colesterol exógeno debe ser menor que 300 mg/día. La cantidad de proteínas requeridas es de 0,8 g/kg del peso corporal ideal cada día. Los carbohidratos representan alrededor del 50 %, aportan el balance energético de la dieta y deben ser principalmente complejos y ricos en fibras. Por tanto, los azúcares simples y refinados deben ser ingeridos con moderación.

El consumo de sodio debe restringirse en los pacientes con hipertensión o nefropatía. El del alcohol se permitirá con moderación, teniendo en cuenta sus efectos hipoglicemiantes, hipertriglicéridémicos y energéticos, por lo que debe prohibirse a aquellos pacientes que presenten obesidad, hipertensión e hipertriglicéridemia.

4.6.2-Ejercicio

Es conocido el efecto del entrenamiento físico sobre los niveles de la glicemia, en dependencia del tipo y duración del ejercicio, el horario en que se realiza en relación con las comidas, el uso de los medicamentos y el estado metabólico en el momento de realizarlo. En general, es preferible el ejercicio aeróbico, que mejora también la capacidad cardiorrespiratoria.

Las recomendaciones del ejercicio físico varían según el tipo de diabetes. En los pacientes con diabetes tipo I, el régimen de ejercicios debe ajustarse al estilo de vida del individuo, de manera que le permita desarrollar sus actividades habituales, teniendo en cuenta también sus efectos beneficiosos sobre la TA, el perfil lipídico y el estado psicológico del paciente.

En el diabético tipo II, el ejercicio debe ser parte del plan de tratamiento integral, ya que la actividad física puede estimular la pérdida de peso y reducir la insulinoresistencia en estos enfermos. Al mismo tiempo, deben observarse los riesgos que tiene el ejercicio en estos pacientes, principalmente la hipoglicemia (inmediata o retardada), sobre todo en los que usan insulina o hipoglicemiantes del tipo de las sulfonilureas, y otros riesgos menos frecuentes, como la isquemia cardiovascular, las arritmias, hemorragias vítreas y algunos más.

4.6.3-Educación

Es un pilar importante que contribuye al control efectivo de la enfermedad. Para algunos especialistas, el mejor tratamiento falla si el paciente no participa día a día en el control de los niveles de la glicemia. Se considera, por tanto, la piedra angular del tratamiento, lo que implica tener conocimientos, hábitos y motivaciones.

Un procedimiento que ha demostrado efectividad son los Programas de Educación al Diabético. Los principales aspectos que se deben incluir en los programas de educación a los diabéticos son:

- Explicación sobre qué es la diabetes y los tipos de ésta que existen.
- Objetivos del control de esta enfermedad.
- Monitoreo, interpretación y uso de los niveles de la glicemia.
- Hipoglucemia y otras complicaciones.
- Planificación de las comidas y la dieta.
- Ejercicio.
- Cuidados de los pies.
- Interacción con los miembros del equipo de atención al diabético. Servicios comunitarios disponibles.
- Consideraciones psicológicas.
- Cómo mantenerse saludable, qué hacer durante los días en que se está enfermo y cuándo consultar al médico.
- Otros temas específicos: obesidad, insulina e hipoglicemiantes orales, cetoacidosis, embarazo y otros.

La educación debe comenzar desde el momento del diagnóstico y continuar sistemáticamente con consejos regulares en las sesiones sucesivas, según sea necesario. El trabajo educativo del enfermo debe ser desarrollado por todo el equipo y estar dirigido al paciente y sus familiares, particularmente a los padres cuando se trata de niños.

Tabaquismo: Todos los diabéticos deben ser advertidos del riesgo que supone para ellos el hábito tabáquico y se les debe estimular a su abandono. En pacientes que fuman más de 15 cigarrillos al día pueden utilizarse sustitutos de Nicotina (chicles, parches...),

Bupropion o ambos. En el caso de utilizar Bupropion es preciso controlar la presión arterial.

4.7.1 -Tratamiento del paciente anciano

El control metabólico en la edad avanzada continua siendo muy importante para prevenir las complicaciones, sobre todo en el grupo entre 65 y 75 años que actualmente desarrolla una actividad intensa y tiene como expectativa de vida mayor que la de hace unos años.

Es en los ancianos que los objetivos del tratamiento son más limitados y los criterios de control deben ser menos rígidos y exigentes, debiéndose pretender fundamentalmente mantenerlos sintomáticos, con una buena calidad de vida, libres de patologías infecciosas y complicaciones agudas.

A pesar de esto, en este grupo no se debe menospreciar la importancia de un control metabólico por lo menos aceptable, ya que descompensación permanente no solo favorece las complicaciones sino que predispone a infecciones, deshidratación, poliuria y disminución de las funciones cognitivas, especialmente el aprendizaje, razonamiento y funcionamiento psicomotor.

4.7.2-Objetivos del tratamiento de la DM en la edad avanzada

- Mejoría sintomática.
- Permitir una buena calidad de vida
- Mantener valores de glucemia aceptables
- Evitar hipoglucemias
- Prevenir complicaciones, especialmente agudas
- Uso de fármacos mínimos necesario.

4.8-Hipoglicemiantes orales

Estos medicamentos están indicados en los pacientes con DMNID que no logran controlarse adecuadamente con un tratamiento dietético. Existen varios grupos de fármacos hipoglicemiantes, como las *sulfonilureas*, las *biguanidas* y la *acarbosea*, un inhibidor de la alfa-glucosidasa. Las sulfonilureas son los principales agentes hipoglicemiantes orales; desde las más antiguas, como la clorpropamida y la tolbutamida, hasta las de las nuevas generaciones, como la glipizida y la gliburida; pero estas últimas requieren dosis menores. Otros agentes orales son las biguanidas: el *metformín*, el *butformín* y el *fenformín* (tabla 1). Esta última tiene como efecto adverso reconocido su asociación con la acidosis láctica. Estos fármacos son las indicadas en pacientes con DMNID obesos, sin enfermedades hipoxiantes y con una adecuada función hepática y renal.

Contraindicaciones de la biguanidas: Insuficiencia renal y hepática, embarazo o lactancia, alcoholismo, enfermedad aguda grave o cirugía mayor insuficiencia cardiaca congestiva severa.

Tabla 1. *Características principales de las biguanidas*

Fármaco	Dosis diaria (g)	Subdosis/día	Duración efecto (h)
Metformín	0,025-1,5	1-2	4-14
Fenformín	0,05-0,3	1-2	10-12
Butformín	0,5-2,5	2-4	10-12

Las características principales de las sulfonilureas se resumen en la tabla 2.

Las sulfonilureas de segunda generación son más potentes y de mayor biodisponibilidad, por lo que se requieren dosis más pequeñas para lograr el efecto

terapéutico deseado. Ciertos principios deben tenerse en cuenta para utilizar adecuadamente las sulfonilureas en los pacientes diabéticos.

Tabla 2. *Características de las sulfonilureas*

Agente	Dosis (mg/día)	Subdosis/día	Duración (horas)	Metabolismo excreción
Acetohexamida	250-1500	1-2	12-18	Hígado/riñón
Clorpropamida	100-500	1	60	Riñón
Tolazamida	100-1000	1-2	12-14	Hígado
Tolbutamida	500-3000	2-3	6-12	Hígado
Glibenclamida	5-15	2-3	hasta 24	Hígado/riñón
Glyburida	1,25-20	1-2	hasta 24	Hígado/riñón
Glipizida	2,5-40	1-2	hasta 24	Hígado/riñón
Glibornurida	12,5-100	1-2	hasta 24	Hígado/riñón

El efecto máximo se obtiene cuando se combina su uso con una apropiada adherencia a la dieta, el ejercicio y un programa de control del peso corporal.

1. En la mayoría de los casos, estos medicamentos se empiezan a utilizar cuando, después de un período de tratamiento razonable (6 a 8 semanas), falle la aplicación de la dieta.
2. El tratamiento debe comenzarse con una dosis baja y se incrementará cada 1 o 2 semanas. El objetivo consiste en utilizar la dosis mínima con la que se obtenga un efecto óptimo.
3. El aumento brusco de las dosis y el uso de dosis inadecuadamente altas pueden llevar a la disminución de la sensibilidad a la insulina o hipoglicemia (esta última es el principal efecto colateral de estas drogas).

Contraindicaciones de las Sulfonilureas: Diabetes con déficit de la insulina: tipo 1 o secundaria a enfermedad pancreática, embarazo, cirugía mayor o enfermedad grave, antecedentes de reacciones adversas a sulfamidas, enfermedad hepática (si es leve puede usarse glipizida) y enfermedad renal (si es leve puede usarse gliquidona, gliclazida y glimepirida).

4.9- Insulina

La insulina está indicada para el tratamiento de los pacientes diabéticos insulino dependientes, así como en aquéllos no insulino dependientes que no responden a la dieta y los hipoglicemiantes orales, o los que al comienzo de la enfermedad estén bajo peso. No existe un patrón estándar para la administración de la insulina y los esquemas terapéuticos varían de un médico a otro, y en un mismo médico de un paciente a otro, de acuerdo con las características de cada individuo y de la enfermedad. El régimen específico debe ser individualizado, teniendo en cuenta el perfil glicémico del paciente medido en ayunas, antes de cada comida y al acostarse; la cantidad y la distribución de las comidas y el nivel de la actividad física. Existen varios tipos de insulina según su biodisponibilidad (tabla 3).

Tabla 3. *Tipos de insulina y sus características*

Acción	Tipo de insulina	Inicio acción	Máxima acción	Duración acción
Corta	Regular, actrapid, velosulin	15-30 min.	1-3 h	5-7 h
	Semilenta, semitardía	30-60 min.	4-6 h	12-16 h
Intermedia	Lenta, lentardía, monotardía, NPH, insulatardía, protaphane	2-4 h	8-10 h	18-24 h
Prolongada	Ultralenta, ultratardía	4-5 h	8-14 h	25-36 h

Se han descrito tres regímenes de tratamiento: el *tratamiento insulínico convencional*, la *inyección subcutánea múltiple* y la *infusión subcutánea continua*. Estos dos últimos requieren un esquema intensivo, diseñado para proteger al paciente contra las complicaciones, como lo propone el tratamiento intensivo, según veremos más adelante.

El tratamiento convencional considera la administración de 1 o 2 inyecciones subcutáneas diarias de insulina de acción intermedia, sola o combinada con la adición de pequeñas cantidades de insulina regular. Un adulto normopeso puede iniciarse con una dosis de 15 a 20 U/día (se estima que el ritmo de producción en un sujeto no diabético es de 25 U/día). Un paciente obeso puede requerir de 25 a 30 U/día, a causa de la resistencia a la insulina, característica en estos individuos.

En muchos casos se utiliza, por su conveniencia, una mezcla de insulina con un preparado 70/30 (70 % de insulina de acción intermedia y 30 % de insulina regular) en dos dosis diarias, una antes del desayuno y la otra antes de la comida.

Los cambios y ajustes del tratamiento generalmente se hacen en una proporción de no más de 5 a 10 U cada vez, de acuerdo con los niveles de la glicemia. Se recomienda utilizar la misma cantidad de insulina durante varios días antes de realizar algún cambio, a menos que ocurra una hipoglicemia (si no es de causa recurrente). Siempre es recomendable utilizar como mínimo dos dosis de insulina, una en la mañana y la otra entre las 9 y las 10 de la noche, excepto en los pacientes ancianos y con una insuficiencia renal, en los que es suficiente una sola dosis.

La inyección subcutánea múltiple de insulina considera habitualmente el uso de la insulina de acción intermedia o la de acción prolongada en la noche como dosis única, con la insulina simple antes de cada comida. Un esquema terapéutico recomendado es administrar el 25 % del equivalente a la dosis correspondiente de un paciente con el régimen convencional, como la insulina de acción intermedia antes de acostarse, y el otro 75 % como insulina simple, dividido en 40, 30 y 30 %, 30 minutos antes del desayuno, el almuerzo y la comida, respectivamente. Un esquema alternativo incluye tres inyecciones de insulina simple y la administración de insulina de acción prolongada antes de la comida nocturna. Los ajustes de las dosis dependen de la respuesta de la glucosa plasmática. Cada paciente requiere diferentes dosis para alcanzar los niveles óptimos de glicemia.

La infusión subcutánea continua prevé el uso de una pequeña bomba portátil que libera insulina subcutáneamente en la pared abdominal a través de una aguja fina.

El ritmo de liberación durante el día se programa previamente y puede incrementarse antes de las comidas. Los ajustes de las dosis se realizan en respuesta a los valores de la glicemia capilar medidos sistemáticamente.

Comúnmente, alrededor del 40 % de la dosis total diaria se libera a un ritmo basal; el resto se administra en bolos posprandiales. Esta variante tiene el inconveniente de añadir el riesgo de la presentación de infecciones cutáneas, ser económicamente más costosa y estar expuesto el paciente a las posibles fallas de la bomba.

Como puede inferirse de lo antes planteado, los dos últimos regímenes requieren un monitoreo periódico de los niveles de la glicemia, que en muchos casos realiza el propio paciente, lo que le permite llegar a identificar rápidamente cuándo tiene necesidad de revisar sus cifras de glucosa plasmática, e incluso relacionar la sintomatología con los niveles aproximados de la glicemia en determinadas circunstancias, para ajustar la cantidad de insulina que se debe administrar. El automonitoreo se ha convertido, por tanto, en un procedimiento que contribuye a mejorar el control metabólico de estos enfermos, y de esta forma prevenir complicaciones agudas y crónicas.

4.9.1-Dosis

Después de seleccionar el tipo de hipoglicemiante oral correcto, los médicos inician a los pacientes con las dosis más bajas disponibles. La dosis puede ser incrementada cada semana, hasta que el control de azúcar en la sangre sea satisfactorio.

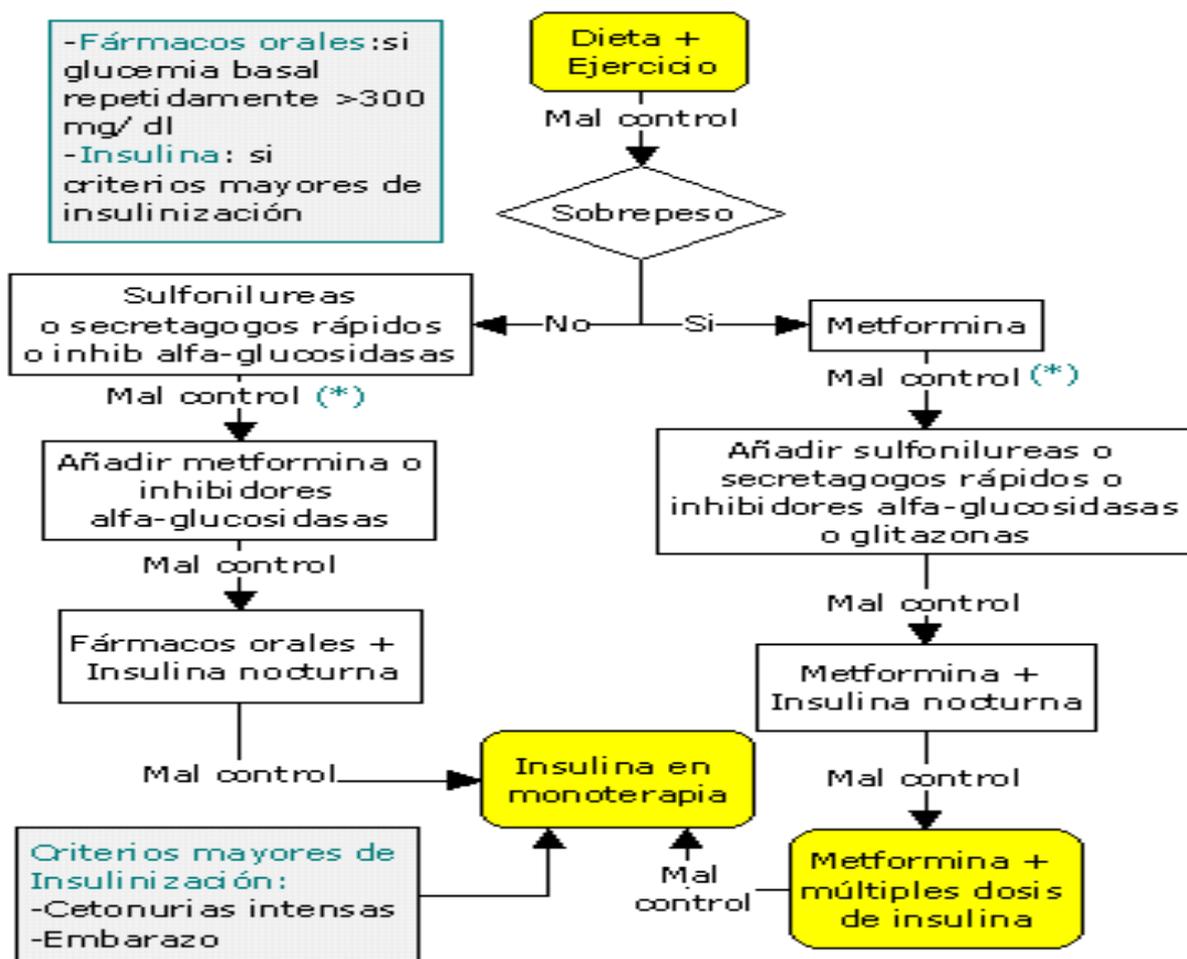
Si la dosis más alta recomendada, no brinda el resultado deseado, el médico, considerar un agente hipoglicemiante más poderoso e incluso la posibilidad de utilizar insulina. El cambio, cuando se logra un buen control con una dosis en particular, es conveniente reducir la dosis periódicamente. En algunos casos, la dosis puede ser reducida al máximo e incluso podría ser eliminada, pudiendo el paciente lograr un buen control de azúcar en su sangre, solo mediante la dieta y el ejercicio.

4.9.2- Efectos Colaterales

Las sulfonilureas, son hipoglicemiantes orales relativamente benignos, que causan muy pocos efectos colaterales. De hecho, solo un 2% de las personas que comienzan

usando medicamentos orales, paralizan su utilización por reacciones adversas. Algunos de estos efectos pueden ser hipoglicemia, rasgos en la piel o anemia. Si los efectos secundarios aparecen, se recomienda contactar al médico tratante.

Las reacciones adversas y las interacciones asociadas con una carga económica notable, son impredecibles, otras son viables, ha de pasar a la importancia farmacológica en la practica clínica es escasa con respecto a los pacientes hospitalizados los cuales pueden potenciar los peligros con fármacos comúnmente utilizados en ancianos. En defecto deben modificarse las dosis y controlar cuidadosamente al paciente ayudando a comprender mejor como afecta una enfermedad o su tratamiento a la vida del mismo.



* Valorar una u otra opción en función del grado de hiperglucemia y las características individuales de cada caso.

4.10- Factores de riesgo de hipoglucemias

4.10.1- En relación con la edad

Alteración en el metabolismo y excreción de fármacos.

Alteración en el sistema nervioso autónomo: alteración de la capacidad de detección y respuesta frente a la hipoglucemia.

4.10.2-En relación a procesos asociados

Insuficiencia hepática

Insuficiencia renal

4.10.3- En relación con el consumo de medicamentos

Polifarmacia: Salicilatos, sulfamidas, dicumarínicos, fenilbutazona, alcohol., beta-bloqueantes.

Consumo de alcohol o sedantes

Los efectos indeseables son más frecuentes en los ancianos y de entre ellos merece especial precaución la **hipoglucemia iatrogénica**.

La hipoglucemia en el anciano, aún sin llegar al estado de coma hipoglucémico, puede acarrear consecuencias graves tanto cardiovasculares como cerebrovasculares. En este sentido es esencial tener en cuenta que podemos considerar hipoglucemias no sólo las cifras bajas de glucemia plasmática, sino también el descenso rápido de glucemias de niveles altos a niveles habitualmente considerados normales. Aunque pueden existir otras causas, la inmensa mayoría de las hipoglucemias en el anciano están ligadas a la utilización de Hipoglicemiantes orales.

4.11-Atención por el médico de familia

La dispensarización es el procedimiento esencial para dar seguimiento a todo paciente con una enfermedad aguda o crónica, transmisible o no. En el caso de las enfermedades no transmisibles de evolución sistemática, la dispensarización del paciente tiene un valor

fundamental, pues permite conocer periódicamente el estado de control de su enfermedad, los factores que influyen en su descompensación, así como indicar las medidas y acciones que deben aplicarse para su corrección oportuna. En este trabajo de atención, interviene el equipo multidisciplinario encargado de la atención del paciente diabético, encabezado por el médico y la enfermera de la familia.

El diagnóstico de la DM, realizado con frecuencia en la atención primaria de salud, se basa en la aparición de los rasgos clínicos de la enfermedad, dados por los signos y síntomas clásicos: poliuria, polidipsia y polifagia; o de otras manifestaciones, como fatiga, pérdida de peso, visión borrosa, etc. Pero en ocasiones la manifestación inicial es una descompensación metabólica aguda que puede llevar a un coma diabético.

Debido a las alteraciones metabólicas y degenerativas, y a la glicosilación de las proteínas, no hay campo de la medicina en que la diabetes no ejerza una influencia especial. Aunque hay especialidades donde es más importante (cardiología, oftalmología, nefrología y neurología, aparte claro está de la endocrinología), tanto el médico general como el internista, el pediatra, el ginecólogo, el cirujano y el odontólogo, por ejemplo, deben estar informados de esta patología porque en circunstancias especiales deberán hacer cargo del manejo de los enfermos con diabetes. De esta manera se ha reportado que muchas investigaciones sobre esta patología han sido realizadas por profesionales de la salud distintos del diabètologo, y del mismo médico.

5- Calidad de vida

5.1- Concepto según Inga Aranda y Vara Horna: Es “la capacidad que posee el grupo social de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca los elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente.” Actualmente, es un esfuerzo de toda acción política tanto a nivel nacional como a nivel internacional para lograr dignidad en la vida humana.

La calidad de vida es la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de esta. Estas últimas engloban la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social.

Para medir la calidad de vida no se ha creado una unidad específica y con valor universal para efectuar la correspondiente evaluación. Se han propuesto variedad de alternativas para establecer el nivel de avance o retroceso con respecto al progreso de una sociedad específica, así como para fundamentar políticas de acción.

Los médicos valoran la calidad de vida con la ayuda de cuestionarios. Estos abarcan temas muy diversos que suelen incluir síntomas físicos y mentales, el dolor y las actividades de la vida diaria.

Sin embargo, “el mejoramiento de la calidad de vida que se plantea como principal objetivo del desarrollo social, económico y cultural, pasa por la búsqueda necesaria de un equilibrio entre la cantidad de seres humanos y los recursos, así como la protección del medio ambiente,...” pues la evolución de la población y sus patrones de crecimiento y de distribución están incidiendo de manera alarmante en la disponibilidad de los recursos naturales y en los diferentes ámbitos del bienestar humano.

5.2- Satisfacción por vida

Se distingue de la calidad de vida. Está última es una macrovariable muy difícil de manejar de forma operativa. La satisfacción de vida engloba un juicio general (subjetivo y afectivo) hacia determinadas áreas de relación. En el caso de los ancianos, la satisfacción con el desempeño laboral y social pasado, las condiciones de vivienda y cuidado actual, las relaciones familiares, el desempeño personal (grado de dependencia y salud), las relaciones sociales.

La falta de difusión acerca de la necesidad de que los ancianos y sus familias tengan un mayor cuidado sobre su salud, genera mayores consecuencias en los ancianos en situación de pobreza, sobre todo los residentes en áreas rurales y urbano-marginales del país.

De otro lado, los profesionales de la salud no se especializan de manera preferente en áreas como geriatría y gerontología y, en la mayoría de los casos, los equipos médicos que trabajan en los centros hospitalarios del país no cuentan con estos especialistas o si

se dispone de ellos, no se encuentran actualizados ni reciben periódicamente algún tipo de capacitación al respecto.

Un problema adicional es el desconocimiento y falta de personal especializado para el tratamiento de las enfermedades mentales que aquejan a los ancianos, incluyendo el problema que se presenta en el núcleo familiar y que muchas veces altera el equilibrio emocional de sus integrantes. Aquí, los psicogerontólogos son imprescindibles.

La asistencia médica, no obstante el incremento en los últimos años de la infraestructura y atención hospitalaria, es aún insuficiente para atender las necesidades de salud de los ancianos. A la deficiencia en la cobertura de servicios habría que añadir los problemas de calidad que se presentan sobre todo en el interior del país.

5.3- Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud**. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral. Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como

dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

5.4- Características de la calidad de vida

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida.

El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

5.5- Medición de la calidad de vida: Se mide con los siguientes aspectos la calidad de vida:

- ❖ Estado de bienestar general: Depresión.
- ❖ Presencia de síntomas físicos: letargia, boca seca, pérdida del gusto, pesadillas, mareos, cefalea, tinnitus y palpitaciones.

- ❖ Alteraciones del sueño: (Número de días que tiene problemas) Problemas para dormir, Problemas para permanecer dormido, Despertarse temprano y Despertarse cansado.
- ❖ Función sexual: Disminución del deseo, Problemas de erección, Problemas de mantener erección y Problemas de eyaculación.
- ❖ Ejecución de trabajo y satisfacción: Mantener el ritmo del trabajo, Fatiga en el trabajo, problemas de trabajo y satisfacción laboral.

VI - DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Dentro del campo de la fármaco-epidemiología, según la clasificación propuesta en estudios de utilización de medicamentos (EUM) ¹⁵, la presente investigación se clasifica como estudios de cumplimiento de la prescripción el cual valora el grado de la información recibida por el paciente acerca de su enfermedad (en este caso Diabetes Mellitus) y sobre los efectos de la medicación (Terapia Antidiabética); en general, indicadores de la calidad de la relación médico-paciente. Se caracterizó por ser un estudio descriptivo de corte transversal realizado en las salas de Medicina Interna de los Hospitales Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León y Gaspar García Laviana de la ciudad de Rivas, durante los meses de Septiembre-Diciembre del 2006.

AREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en las salas Medicina Interna de los Hospitales Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León y Gaspar García Laviana de la ciudad de Rivas los cuales atienden mensualmente un promedio de 453 pacientes hospitalizados, 28 pacientes promedio con Diabetes Mellitus.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Universo: Fueron todos los pacientes adultos ingresados con diagnóstico de Diabetes Mellitus mediante el período de estudio estipulado.

Muestra: La muestra se calculó mediante el programa estadístico "STATS" ($n = Nz^2pq/d^2(N-1)+z^2pq$) dando como resultado una muestra de 20 pacientes para cada hospital.

Para seleccionar las unidades de análisis se determinaran criterios de inclusión y exclusión que tendrán que cumplir los pacientes para poder formar parte del estudio:

Criterios de inclusión:

- 1- Pacientes de 65 años o más diagnosticados con diabetes mellitus que ingresaron al hospital durante la realización de este estudio.
- 2- Pacientes diabéticos con otras patologías crónicas concomitantes.
- 3- Pacientes que estén de acuerdo en brindar información útil para el estudio.

Criterios de exclusión:

- 1-Pacientes menor de 65 años diagnosticados con diabetes mellitus que ingresaron al hospital durante la realización de este estudio.
- 2- Pacientes diabéticos ingresados a otras salas diferentes a Medicina Interna (Gineco-obstetricia, Pediatría, Ortopedia).
- 3- Pacientes que se nieguen a brindar información.

MÈTODO DE RECOLECCIÒN DE LA INFORMACIÒN

La información fue recopilada a través de una ficha de Recolección de Información diseñada especialmente para obtener datos que cumplan con los objetivos del estudio.

La ficha de datos esta compuesta por:

1. Datos generales de pacientes.
2. Información fármaco terapéutica.
3. Instrucciones e información de los pacientes acerca del control de la Diabetes Mellitus.
4. Calidad de vida del paciente.

En este estudio los pacientes además de cumplir con los criterios de inclusión fueron entrevistados por las investigadoras al momento de su hospitalización en el período estipulado en el cronograma.

Tanto la ficha de recolección de datos como el Formulario de la misma se describen de manera completa en los anexos.

Fuente de información:

Según lo antes estipulado, los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y de manera espontánea, previa autorización institucional accedieron a brindar información a las autoras se les considera como una fuente de información primaria.

Método para valorar la Información Terapéutica

Para realizar una valoración de la información recopilada se le asignaron valores diferentes para cada acápite, siendo estos: INSTRUCCIONES, INFORMACIÓN, ADVERTENCIAS Y SEGUIMIENTOS.

Se cuantifico la información de la siguiente manera:

Acápites	Total preguntas	de	Suficiente	Insuficiente
Instrucciones	4		2 o más	Menos de 2
Información	11		5 o más	Menos de 5
Advertencias	3		2 o más	Menos de 2
Seguimiento	3		2 o más	Menos de 2

El método para valorar la Información Terapéutica consistió en categorizar los 4 acápites antes mencionados de acuerdo a : Información suficientes e insuficientes; para lo cual del total de preguntas de cada acápite según la tabla expuesta se deberá alcanzar un mínimo de preguntas con respuestas afirmativas para poderlas considerar como suficiente, así mismo para cada acápite en particular, la categoría de Información insuficiente corresponderá al número de preguntas señaladas en la tabla con el ítem correspondiente.

Método para valorar la calidad de vida

Para la evaluación de la calidad de vida según los objetivos propuestos se entrevistaron a los pacientes involucrados en el estudio siguiendo un cuestionario estructurado, modificado de la escala de depresión Yesavage (ver Anexos). A su vez se procedió a la estratificación de calidad de vida de acuerdo a las escalas propuestas por Yesavage.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información fue analizada por medio del sistema SPSS (System Package for Social Science). A través de tablas de contingencias.

VII- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Objetivo 1: Caracterizar a los pacientes en estudios según edad y su hábito de vida de los pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador
Edad	Cantidad de años que tiene el diabético al momento del estudio	De los 65-71 años De los 72-85 años Mayor de 85 años
Hábitos del paciente	Costumbres cotidianas del paciente en relación con el uso de sustancias o hábitos.	Tabaquismo, Sedentarismo, alcohol, etc.

Objetivo 2: Describir la información fármaco terapéutica que reciben los pacientes por parte del personal de salud.

Variable	Definición	Indicador
Tipo de hipoglicemiante	Grupo farmacológico al que pertenece el fármaco.	A)Sulfonilureas B)Biguanidas C)Combinación de ambas D)Insulinas
Nombre del hipoglicemiante	Fármaco cuyo objetivo es disminuir las concentraciones de glucosa en sangre por diferentes mecanismos.	Nombre del fármaco *Glibenclamida *Metformina *Clorpropamida * Insulina NPH *Insulina Cristalina *Otros

Objetivo 3: Evaluar la instrucción, información, advertencias y seguimiento de la terapéutica que recibieron los pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador
Instrucciones	Si el paciente recibió información acerca de la manera optima de tomar los medicamentos.	-Suficiente -Insuficiente
Información	Si el paciente recibió datos básicos acerca de su medicación posible efectos adversos, duración de estos hábitos nocivos de vida y advertencias respecto a una mala administración de medicamentos.	-Suficiente -Insuficiente
Advertencia	Si el paciente recibió información de las posibles consecuencias de una mala administración de los medicamentos.	-Suficiente -Insuficiente
Seguimientos	Si el paciente recibió información de la importancia de asistir a los controles médicos programados.	-Suficiente -Insuficiente

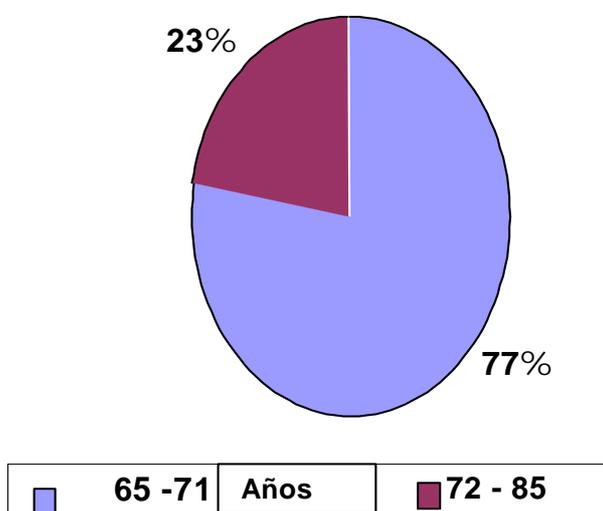
Objetivo 4: Determinar la calidad de vida de los pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador
Calidad de Vida	Será el estado psicoemotivado de los pacientes.	+Síntomas +Alteraciones del Sueño +Función sexual +Ejecución del Trabajo y Satisfacción +Depresión

VIII- RESULTADOS

Los presentes resultados se obtuvieron a través del análisis de los expedientes clínicos y entrevistas efectuado a una muestra de 40 pacientes, aglomerados en 20 pacientes por cada uno de los hospitales en estudio.

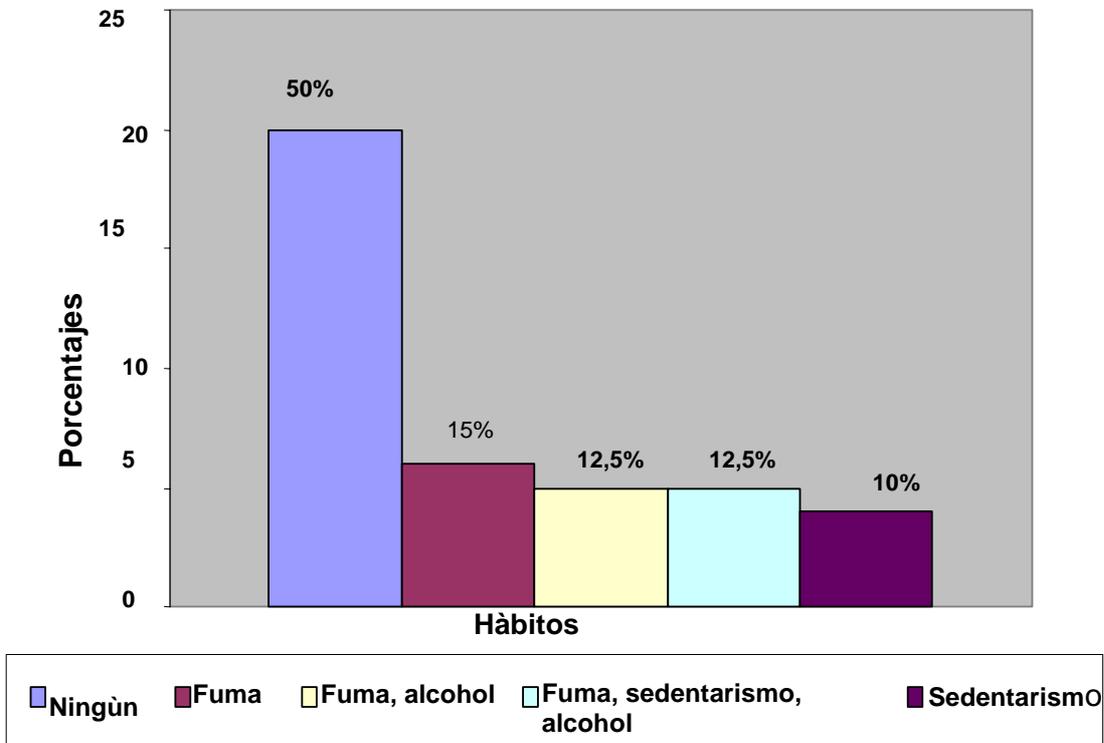
Gráfico No. 1 Porcentajes de los pacientes Diabéticos, según grupos etáreos. Hospitales Escuela de León y Rivas. Septiembre - Diciembre. 2006.



Fuente: Expedientes Clínicos

En relación a la distribución por grupo de edad se constató los pacientes que se encontraban en los grupos entre 65-71 años de edad en 77% y el resto de 72-85 años en 23% (Gráfico 1).

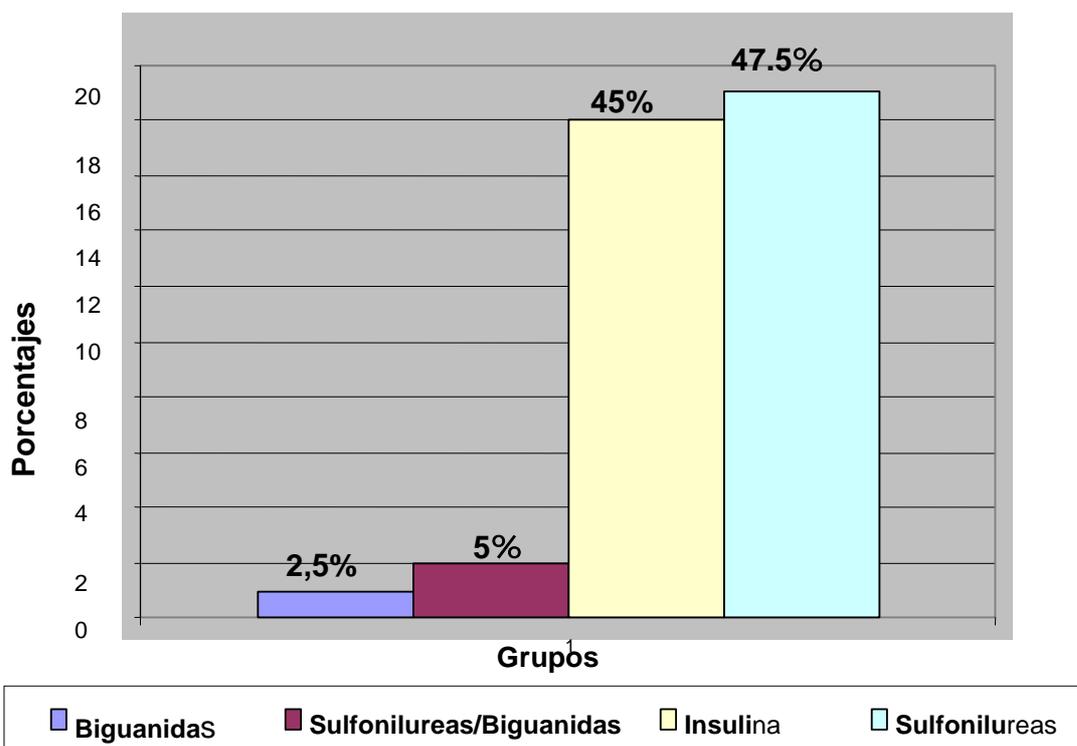
Gráfico No. 2 Hábitos de vida reportados por los pacientes. Hospitales Escuela de León y Rivas. Septiembre - Diciembre, 2006.



Fuente: Entrevista

Respecto a los hábitos de vida reportados por los pacientes se determinó que el 50% manifestaron no poseer ningún hábito nocivo y el otro 50% reportaron uno o varios hábitos nocivos para la salud. Un 15% reporta como hábito el fumado, 12.5% fuma y toma alcohol; fuma, toma alcohol y sedentarismo respectivamente y 10% solamente sedentarismo (Gráfico 2).

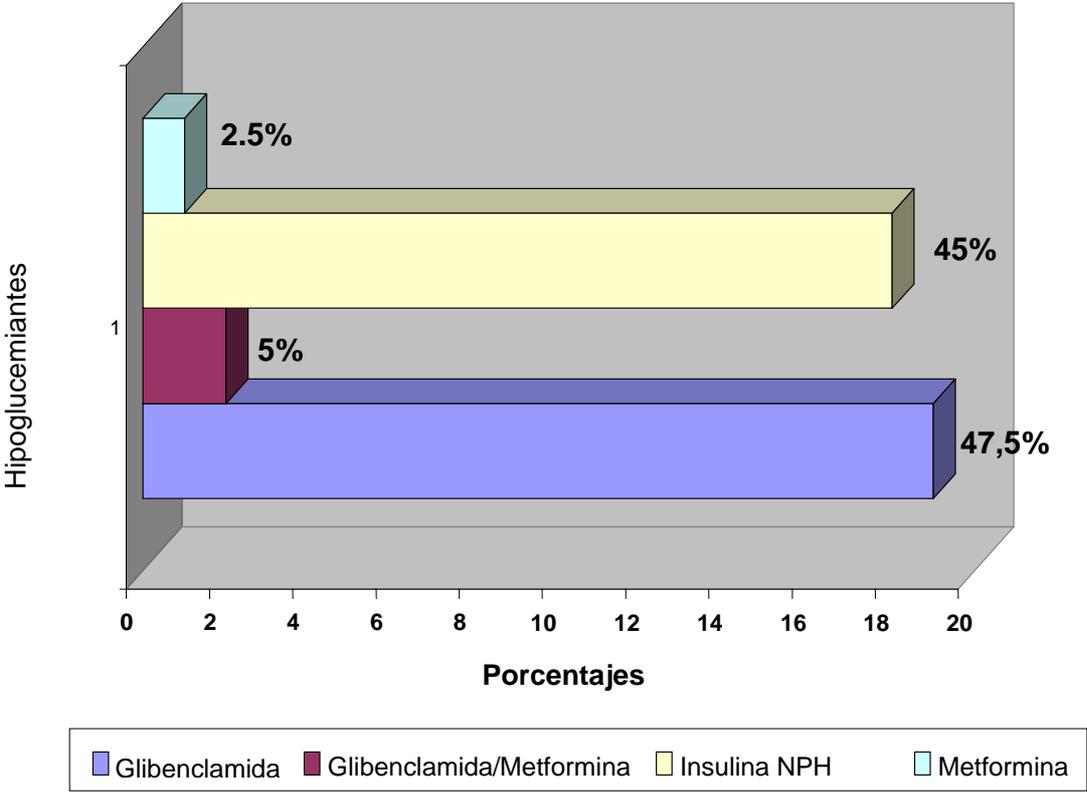
Gráfico No. 3 Grupos de Hipoglucemiantes utilizados por los pacientes Diabéticos. Hospitales Escuela de León y Rivas. Septiembre - Diciembre, 2006



Fuente: Entrevista

Los grupos farmacológicos de mayor porcentaje de utilización en este estudio fueron las Sulfonilureas y la Insulina en un 47.5 y 45% respectivamente; en un porcentaje mínimo de uso se encontró la combinación (Sulfonilurea y Biguanida ,5%) y la Biguanida (2.5%) (Gráfico 3).

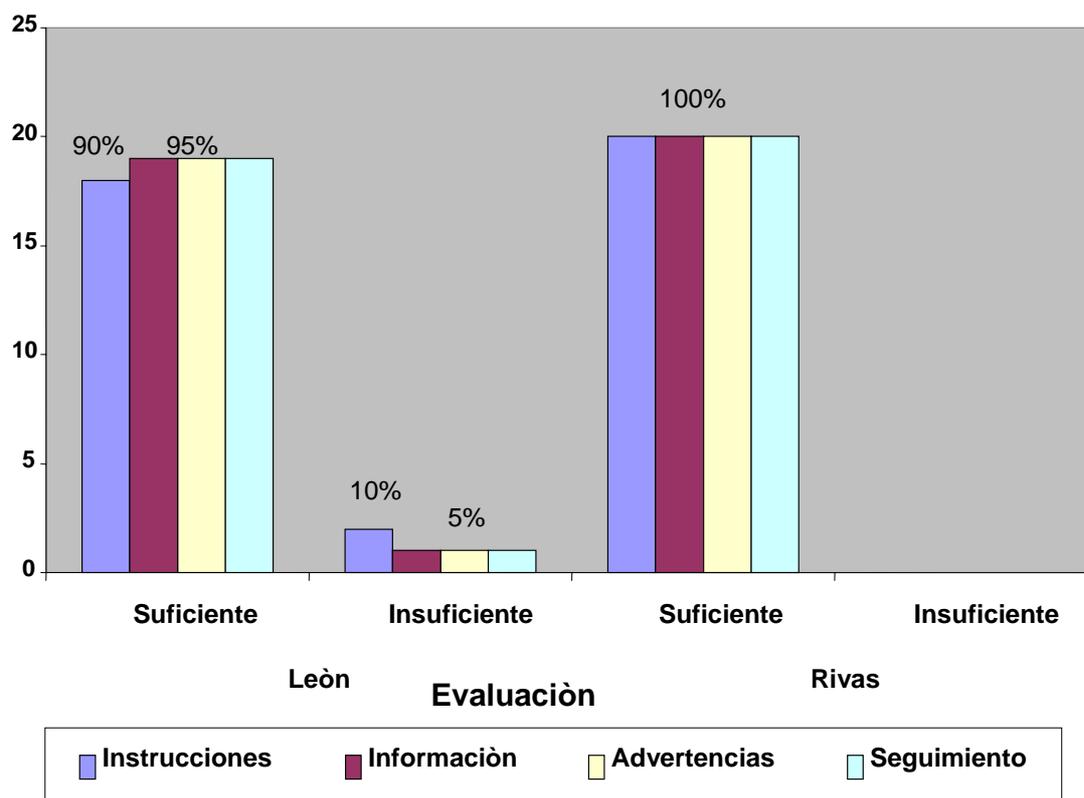
Gráfico No. 4 Nombres de Hipoglucemiantes, utilizados por los pacientes Diabéticos. Hospitales Escuela de León y Rivas. Septiembre - Diciembre, 2006.



Fuente: Entrevista

Los hipoglucemiantes de mayor porcentaje de uso reportado por los pacientes fueron la Glibenclamida y la Insulina NPH con un 47.5 y 45% respectivamente; en un porcentaje mínimo se encontró la combinación de Glibenclamida y Metformina (5%) y la Metformina sola (2.5%) (Gráfico 4).

Gráfico No. 5 Evaluación de la información terapéutica de los pacientes Diabéticos. Hospitales Escuela de León y Rivas. Septiembre - Diciembre, 2006.



Fuente: Entrevista

En relación a la evaluación de la Información Terapéutica recibida por los pacientes diabéticos del Hospital de Rivas se pudieron categorizar como con información suficiente (100%) respecto a las instrucciones, información, advertencia y seguimiento recibida por parte del personal de salud.

En el caso de los pacientes del Hospital de León el 95% de estos pudieron categorizarse como con información suficiente para los casos de Información, advertencias y seguimiento. En el caso particular de las instrucciones el 10% de los pacientes de León manifestaron que las instrucciones de su terapia fue insuficiente (Gráfico 5).

Tabla No. 1 Síntomas de los pacientes antes de iniciar la diabetes. Hospitales Escuela de León y Rivas, Septiembre - Diciembre, 2006.

Síntomas antes de iniciar la enfermedad	<i>fr</i>	%
Cefalea	3	7.5
Cefalea, mareos y palpitaciones	4	10.0
Cefalea, mareos y visión borrosa	5	12.5
Mareos	5	12.5
Cefalea, mareos y tinnitus	23	57.5
Total	40	100.0

Fuente: Entrevista

Los síntomas que reportaron los pacientes antes de iniciar la Diabetes fueron los siguientes: el 80% manifestaron más de un síntoma, entre los cuales encontramos cefalea, mareos, palpitaciones, tinnitus y visión borrosa; y el 20% un solo síntoma cefalea o mareo con un 7.5% y 12.5% respectivamente.

Tabla No. 2 Síntomas actuales reportados por los pacientes. Hospitales Escuela de León y Rivas, Septiembre - Diciembre, 2006.

Síntomas actuales	<i>fr</i>	%
Anemia	1	2.5
Cansancio	1	2.5
Tinnitus	1	2.5
Sudoración	1	2.5
Palpitaciones	2	5.0
Cefalea y visión borrosa	6	15.0
Cefalea y mareos	7	17.5
Cefalea	21	52.5
Total	40	100.0

Fuente: Entrevista

Los síntomas actuales encontrados en los pacientes Diabéticos según su orden de frecuencia son: cefalea (21), cefalea y mareo (7), cefalea y visión borrosa (6) y palpitaciones (2). Los Síntomas cansancio, sudoración y tinnitus fueron reportados en un paciente en cada uno de los casos.

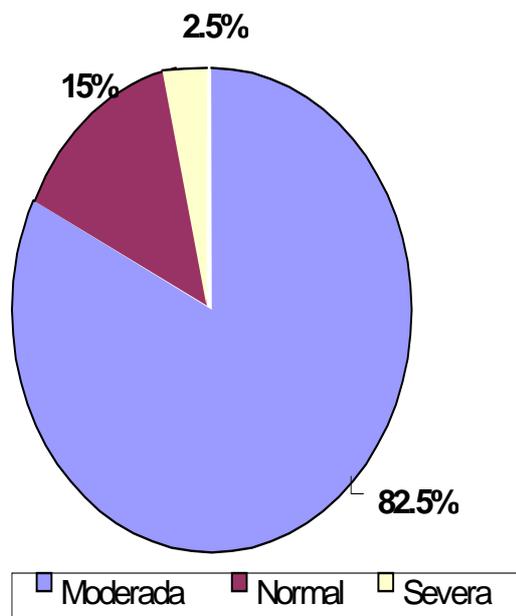
Tabla No. 3 Parámetros de la calidad de vida de los pacientes, según Yesavage. Hospitales Escuela de León y Rivas, Septiembre-Diciembre, 2006.

Parámetros de la calidad de vida	Sí		No		Total
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	
Alteraciones del sueño	36	90	4	0	40
Disminución del desempeño sexual	12	100	0	0	12
Satisfacción del trabajo	17	42.5	23	57.5	40

Fuente: Entrevista

De acuerdo a la clasificación de Yesavage para evaluar la calidad de vida de los pacientes, para un total de 40 pacientes, 36 manifestaron alteraciones del sueño (90%) y 23 insatisfacción al realizar su oficio y trabajo (57.5%). De los 40 pacientes estudiados 12 correspondieron al sexo masculino de los cuales 100% manifestarán disminución del desempeño sexual.

Gráfico No. 6 Grado de Depresión de los pacientes Diabéticos. Hospitales Escuela de León y Rivas. Septiembre- Diciembre. 2006



Según la clasificación de Yesavage el tipo de depresión emitida por los pacientes se clasifican en Depresión moderada (82.5%), depresión normal (15%) y depresión severa (2.5%) (Gráfico 6).

XI- DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en los Hospitales Escuela de los departamentos de Rivas y León, con una muestra de 20 pacientes en cada hospital con el objetivo de valorar el cumplimiento de la terapéutica y el grado de información recibida por parte del personal de salud; con los efectos adversos sobre la terapia recibida.

Dentro de los principales resultados se observó que el grupo etáreo mayoritario fue el de 65 -71 años, que constituye el grupo de ancianos jóvenes este resultado no coincide con la literatura revisada la cual afirma que el grupo de mayor riesgo es el de 72-85 años. Como sucede con la mayoría de las enfermedades crónicas la edad constituye uno de los principales factores de riesgo a tomar en cuenta al instaurar una terapéutica y las consecuentes complicaciones derivadas de la misma enfermedad. Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes en estudio se determinó que el grupo de ancianos jóvenes (65-71 años) constituyeron el grupo representativo, esta particularidad debe ser tomada en cuenta al momento de instaurar estrategias terapéuticas para el paciente con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y más aún por los cambios psicológicos al envejecer. Como es sabido la aparición de cambios que afectan el metabolismo y consecuentemente la psicología conllevan a la aparición de cambios en las estrategias terapéuticas válidas para estas edades.

El grupo de ancianos viejos constituye por sí mismo un grupo poblacional muy especial debido al deterioro funcional orgánico propio de la edad; en el caso de los ancianos jóvenes cuyo grupo predominó en este estudio es de esperarse que comparativamente al grupo de los ancianos viejos presenten un menor riesgo de complicarse debido a su edad. La relación entre el medicamento a utilizar y el proceso de envejecimiento condicionan el tipo de efecto terapéutico en el paciente lo cual implica una selección crítica de medicamentos que diferencian también el grado de adhesión a la terapéutica por parte del paciente. Al respecto, el déficit de información terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus debe constituir una preocupación para el personal sanitario: farmacéuticos y médicos.

La mitad de los pacientes entrevistados manifestaron poseer hábitos de vida que resultan nocivos para su salud. Aunque el sedentarismo está relacionado con complicaciones derivado al aumento de peso y la adinamia, los principales hábitos nocivos reportados en este estudio fueron el fumado y la ingesta de alcohol. Los cuales deterioran el organismo y la calidad de vida de los diabéticos. La dieta y el ejercicio constituye para muchos autores el primer eslabón terapéutico para lograr el mejor estado de bienestar del individuo así mismo tiene como ventaja mejorar el autoestima y calidad de vida de quien lo practica. Como se manifestó anteriormente, el sedentarismo no aporta aspectos positivos para ninguna persona más aún cuando ésta es mayor de edad. Imprescindible tener en cuenta las condiciones físicas y psicológicas del paciente y su entorno familiar y social para establecer estrategias no farmacológicas encaminadas a modificar hábitos de vida nocivos tomando en cuenta la edad del paciente y su limitante física es decir considerar la factibilidad de poder llevarlas acabo.

Los grupos farmacológicos más utilizados son la Insulina y sulfonilureas que coinciden con el nombre del hipoglucemiante más utilizado: Insulina NPH y la Glibenclamida; siendo el grupo Sulfonilureas (Glibenclamida) unos de los principales hipoglucemiantes orales más antiguos, potentes y de mayor disponibilidad, se requieren dosis menores para obtener el efecto deseado pero necesita de buenos hábitos alimenticios para poder lograr un adecuado control de su glicemia.

En relación a la Insulina y en específico a la Insulina NPH se utilizó en aquellos pacientes que no responden a hipoglucemiantes orales o a la falta de buenos hábitos de vida sobre todo la dieta, se debe de considerar la caracterización de cada paciente anciano, la evolución de su enfermedad, siendo una terapia individualizada para mejorar su calidad de vida de tal manera que los pacientes deben de tener una buena educación sobre su terapéutica conociendo sus efectos indeseables más frecuentes y haciendo énfasis a la hipoglucemia iatrogénica.

Al evaluar a los pacientes por hospital se llegó a la conclusión que tienen una suficiente información terapéutica que se le puede atribuir a la educación recibida en cada visita a la clínica o al programa del paciente crónico dispensarizado. El impacto de los clubes de diabéticos pueden aportar información básica para el autocuidado de los pacientes diabéticos sin embargo la cultura y apego a las medidas farmacológicas y no farmacológicas deben ser reforzadas en cada visitas control de estos pacientes.

La información terapéutica debe considerarse como un pilar fundamental en la preparación de los profesionales de la salud enfatizando la individualización de la información terapéutica para estructurar compromisos bilaterales entre los dos autores involucrados: el paciente y el profesional sanitario sea este farmacéutico o médico. El proceso de brindar información terapéutica debe incluir la promoción de hábitos de vida saludables y la construcción de entornos que favorezcan la salud física y mental.

La finalidad del seguimiento terapéutico debe incluir información al paciente y estrategias para modificar hábitos de vida nocivos y aclarar dudas acerca de su tratamiento hipoglucemiante. Como se pudo constar en este estudio los pacientes del Hospital de Rivas reportaron recibir adecuada información terapéutica y de seguimiento lo cual podría traducirse en un factor determinante para su evolución clínica y calidad de vida. Para el caso de los pacientes del Hospital de León las debilidades mostradas respecto a las instrucciones pueden reflejar potenciales efectos indeseables por el uso inadecuado de los medicamentos. Las instrucciones terapéuticas constituyen un eslabón importante dentro del proceso de la terapéutica razonada debido a que sin éste pueden aparecer complicaciones serias ya sea por uso injustificado del medicamento, sobredosis o pobre respuesta terapéutica para los casos en que la dosis o intervalos no son los adecuados.

La información constituye básicamente un proceso de relación entre el profesional sanitario y paciente, es por tanto, en esencia un proceso verbal, en el cual se produce una continua interacción e intercambio de información entre ambos. Aplicado esto último al campo del medicamento diríamos que la Información Terapéutica es un mecanismo

cuyo objetivo sería facilitar el diálogo y la complicidad entre el farmacéutico y el paciente para conseguir la adherencia o colaboración de este último en el tratamiento.

Respecto a los síntomas más frecuentes reportados antes del diagnóstico de la diabetes se puede concluir que las manifestaciones presentadas por los pacientes no coinciden con la triada clásica de polifagia, poliuria y polidipsia este hallazgo es llamativo debido a que la ausencia de síntomas cardinales puede retrasar el diagnóstico o bien complicarlo lo cual puede traer como consecuencia un deterioro orgánico insipiente por la falta de medicación oportuna.

En cuanto a los síntomas actuales reportados por los pacientes: cefalea, mareos, visión borrosa y palpitations son síntomas relacionados a su descompensación y a su enfermedad coadyuvante actual esta situación puede repercutir en el estado anímico y calidad de vida de los pacientes.

En los parámetros de calidad de vida de los pacientes en estudio de los 40 pacientes el 90% sufre alteración del sueño, 57.5% insatisfacción del trabajo que constituye según la bibliografía revisada síndromes geriátricos presentados por complicación de la enfermedad y no por el estado de avance de la edad.

El 100% de los 12 pacientes del sexo masculino presentan disminución del desempeño sexual atribuibles según ellos a la enfermedad o complicación de la misma y no al propio envejecimiento como se pudo constatar las manifestaciones físicas de alteración del sueño e insatisfacción del desempeño pueden generar mayor stress o angustia adicional motivado por la hospitalización y la enfermedad misma.

El 85% de los pacientes entrevistados presentaron un tipo de depresión moderada a severa esto puede ser secundario a un subdiagnóstico realizado por el personal de salud, al tipo de depresión presentada en las personas mayores que son de forma errónea atribuibles al propio envejecimiento y no a una complicación de su propia enfermedad, generalmente los pacientes diabéticos no son referidos a un personal

especializado para ser atendido a un tipo o grado de depresión secundarios a su enfermedad.

La capacidad de un individuo para satisfacer sus necesidades debe abarcar el autoanálisis que incluye la determinación de su propio estado físico y emocional así como los recursos disponible para poder efectuar cambios pertinentes en la vida cotidiana.

El profesional de salud debe promover en los individuos enfermos y más aún en los sanos estrategias cuyo objetivo sea mejorar las condiciones objetivas y subjetivas del individuo y su entorno.

Las actividades laborales y recreativas deben satisfacer las necesidades básicas de relaciones sociales lo cual conjuntamente con una atención sanitaria preventiva con énfasis en la empatía ayudará a mejorar la calidad a la atención sanitaria en nuestro país.

X- CONCLUSIONES

- ❖ La edad que más prevaleció fue la de los ancianos jóvenes de 65-71 años, el 50% de los entrevistados no tienen hábitos nocivos de vida y el resto presentaron uno o varios hábitos nocivos para su salud entre los que predominan el fumado, ingesta de alcohol y sedentarismo.
- ❖ El grupo de hipoglucemiante más utilizado por los pacientes fue las Sulfonilureas y la Insulina representadas por la Glibenclamida y la Insulina NPH.
- ❖ En relación a la evaluación de la información terapéutica recibida por los pacientes de ambos hospitales fue suficiente.
- ❖ La calidad de vida que reportaron los pacientes es que tienen alteraciones del sueño, los varones tienen disminución del desempeño sexual, no hay satisfacción del trabajo y tienen una depresión moderada, seguida de depresión normal.

XI- RECOMENDACIONES

- ❖ Establecer a través de un programa de educación continua estrategias educativas respecto a la Información Terapéutica basándose en los 6 puntos de información mínima que se debe brindar al paciente diabético: Efectos del medicamentos, Efectos indeseados, Instrucciones, Advertencias, Próxima cita y Garantizar la claridez del proceso.

- ❖ Fomentar en las estrategias educativas los cambios de estilo de vida con énfasis en el estado nutricional y la medicina preventiva.

- ❖ Continuar con los estudios enfocados al establecimiento de los niveles de calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y su impacto en la salud del enfermo y su entorno familiar.

XII-BIBLIOGRAFIA

- 1- [www. Información terapeutica.ops.com](http://www.informacionterapeutica.ops.com)
- 2- Castillo Salmeron, Castro González y Muñoz Antón. Información terapéutica a pacientes hipertensos del programa de dispensarizados del centro de salud Perla Maria Norori. Noviembre 2003- Marzo 2004. 2004.
- 3- Jirón Munguía Benito y Castellón Cisneros Efrén. Monitorización de la Hemoglobina glicosilada con fines terapéuticos en pacientes diabéticos de los servicios de salud del Municipio de León.
- 4- Pérez Vanegas Luz Marina y Niño Claudia. Nefropatía diabética en una muestra urbana de la comunidad de León.
- 5- Zamora López, Pérez Mendieta y Rodríguez Peralta. Información terapéutica brindada a pacientes diabéticos tipo II del programa de dispensarizados de los tres centros de salud de la ciudad de León, durante el mes de marzo del año 2005.
- 6- Vries TPGM, Henning R.H.Hogerzeil H.V,Fresle D.A. "Guía de la Buena prescripción. Copyright Organización Mundial de la Salud.1998. Cáp. 10. Pág.: 59-63.
- 7- Ministerio de Salud. Normas de programa de paciente con enfermedades crónicas y dispensarizados. Nicaragua.2002.Pág.: 102-112.
- 8- M. Esteban. La Información Terapéutica debe tener una regulación propia. <http://www.euharlaw.com> noticia DM 10072002.
- 9- <http://www.ops.org.ni> Reportajes Nov29 Lucy Villagra.
- 10- Boletín Terapéutico ANDALUZ. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. 1996. N 10. Pág.: 8-15.
- 11- Morel, Veronique. Cambios fisiológicos al envejecer. [http:// www.veroniquemorel/ Reportajes/Hotmail](http://www.veroniquemorel.com/Reportajes/Hotmail).
- 12- Batista Moliner, Ricardo. Diabetes Mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas.1998.
- 13- Inga Aranda, Julio y vara Horna, Arístides. Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años. 2001. Perú.
- 14- Astrid Fletcher. Br J ClinPharmac.1995.

15- Laporte G. Tognoni JR Salud Publica. Cáp. I. 1992.

16- Admisión y egresos del HEODRA, LEÓN. Primer Trimestre 2006.

17- Admisión y egresos del HOSPITAL GASPAR GARCÍA LAVIANA, RIVAS. Primer Trimestre 2006.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Información Terapéutica y Calidad de Vida de los pacientes ancianos diabéticos ingresados a los Hospitales Escuela Oscar Danilo Rosales, León y Gaspar García Laviana, Rivas, Septiembre del 2006.

N de ficha: _____ Edad: _____ Departamento: _____

TEST PARA LA VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN TERAPEÚTICA I-DATOS GENERALES

- 1-Hábitos del Paciente: 1.1) Fuma actualmente a) Sí _____ b) No _____
1.2) Sedentarismo a) Sí _____ b) No _____
1.3) Alcohol a) Sí _____ b) No _____
1.4) Otros a) Sí _____ b) No _____

Especifique _____

II- TERAPIA FARMACOLÓGICA

2- Grupo Farmacológico Concomitante:

- a) Sulfonilureas _____
- b) Insulina _____
- c) Biguanidas _____
- d) Combinación _____

3-Nombre del fármaco prescrito:

- a) Glibenclamida _____
- b) Metformina _____
- c) Clorpropamida _____
- d) Insulina NPH _____
- e) Insulina Cristalina _____
- f) Otros (Especifique) _____

III- INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- 4- ¿Como se debe tomar el medicamento? a) Sí _____ b) No _____
- 5- ¿Cuándo se debe tomar el medicamento? a) Sí _____ b) No _____
- 6- ¿Cuánto dura su tratamiento? a) Sí _____ b) No _____
- 7-¿Cómo guardar el medicamento? a) Sí _____ b) No _____

IV- INFORMACIÓN TERAPÉUTICA

- 8-¿Para que sirve el medicamento? a) Sí _____ b) No _____
- 9-¿Qué síntomas desaparecen y cuales no? a) Sí _____ b) No _____
- 10-¿Cuándo se espera que inicie el efecto? a) Sí _____ b) No _____
- 11-¿Qué pasa si no toma el fármaco correctamente o no se toma? a) Sí _ b) No _
- 12-¿Qué efectos adversos pueden ocurrir? a) Sí _____ b) No _____
- 13-¿Cómo reconocer los efectos adversos? a) Sí _____ b) No _____
- 14-¿cuánto duran los efectos adversos? a) Sí _____ b) No _____
- 15-¿Cuál es la gravedad de los efectos adversos? a)Sí_____ b) No _____
- 16-¿Cuáles hábitos son nocivos para su enfermedad? a)Sí_____ b)No_____
- 17-¿Estrategias para modificar los hábitos nocivos? a) Sí _____ b) No _____
- 18-¿Los beneficios de control de estos hábitos? a) Sí _____ b) No _____

V- ADVERTENCIAS

- 19-¿En que situaciones no se debe tomar el medicamento? a) Sí_____ b) No _____
- 20-¿Conoce la dosis máxima del medicamento? a) Sí_____ b)No _____
- 21-¿Por qué se debe tomar el tratamiento completo? a) Sí_____ b) No _____

VI- SEGUIMIENTO

- 22-¿Cuándo va a volver a la consulta? a) Sí_____ b) No _____
- 23-¿En que situaciones es necesario volver antes de las citas? a) Sí_____ b) No _____
- 24-¿Qué información su enfermedad o de usted mismo necesita saber el medico cuando regresa a su próxima cita? a) Sí_____ b) No _____

TEST PARA LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

NOTA: PARA TODAS LAS PREGUNTAS, CONTESTAR SEGUN EL SIGUIENTE CODIGO, EXCEPTO PARA EL ACÁPITE ALTERACIONES DEL SUEÑO:

Sí: 1

No: 2

SÍNTOMAS FÍSICOS:

1. Qué síntomas tenía antes de iniciar el tratamiento?

Cefalea []

Palpitaciones []

Tinnitus []

Ninguno []

Mareos []

Otro: (indicar): _____

2. Cuál de los siguientes síntomas presenta en este momento?

Cefalea []

Palpitaciones []

Tinnitus []

Ninguno []

Mareos []

Otro: (indicar): _____

ALTERACIONES DEL SUEÑO:

1. Cuantos días por semana ha presentado lo siguiente;

(Se anotará el número de días de la semana que presenta el fenómeno)

a. Pesadillas []

b. Dificultad para quedarse dormido []

c. Despertarse frecuentemente durante la noche sin motivo []

d. Despertarse antes de lo habitual []

e. Despertarse cansado como si no ha dormido []

ESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Sí	no
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Sí	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	no
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	Sí	no
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	Sí	no
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Sí	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	no
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	Sí	no
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?.	Sí	no
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Sí	no
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Sí	no
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	Sí	no
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	Sí	no
14. ¿Se siente lleno de energía?	Sí	no
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Sí	no

Si las respuestas coinciden con las alternativas mayúsculas positivas, anotar un punto.

Valoración:

0-5: Normal

5-10: Depresión moderada

+ 10: Depresión severa

* Ref: Yesavage et al, J. Psychiatry Res, 17:37-49, 1983