



**REPÚBLICA DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

TUTULO

**FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y
DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA AFECTADA EN
PACIENTES DIABÉTICOS DEL DISTRITO GUANO-PENIPE 2018**

AUTORA:

SILVA ORTIZ FABIOLA DOLORES

TUTOR:

Dr.C. OSWALDO ERNESTO LÓPEZ BRAVO

MILAGRO - ECUADOR

AGOSTO 2019

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por la Doctora Fabiola Silva Ortiz para optar por el título de MAGISTER EN SALUD PÚBLICA, para optar por el título de Magister en Salud Publica y acepto tutoriar al maestrante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 27 días del mes de febrero del 2019



Ing. Oswaldo López Bravo PhD
C.C. 0200894863

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Fabiola Dolores Silva Ortiz, con cédula de identidad 0603253493 declaro ante el consejo directivo del Instituto de postgrado de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro título o grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 25 días del mes de enero del 2019.



Fabiola Dolores Silva Ortiz

C.I: 0603253493

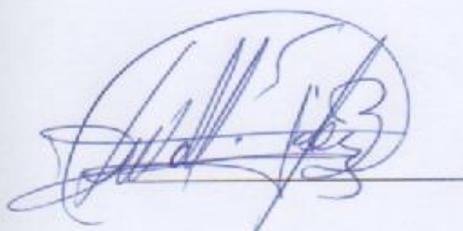
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El tribunal calificador previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, otorga el presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

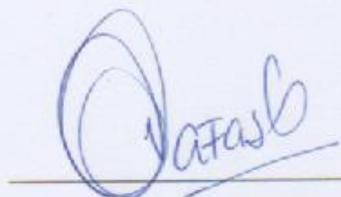
MEMORIA CIENTÍFICA	[] 56,00
DEFENSA ORAL	[] 38,66
TOTAL	[] 94,66
EQUIVALENTE	[] H.B.



PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



PROFESOR DELEGADO



PROFESOR SECRETARIO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y mis maestros por orientarme y permitirme llegar con éxitos a cumplir este objetivo en esta etapa de estudios fortaleciendo mi perfil profesional.

Al personal que conforman el Distrito Guano - Penipe donde he formado mis conocimientos.

A mi familia por el apoyo brindado en este periodo de la vida....

Dra. Fabiola Dolores Silva Ortiz

DEDICATORIA

Dedico al presente trabajo de investigación a todas las personas que contribuyeron de una u otra manera a culminar el mismo.

A mi señora madre que a pesar de no estar físicamente a mi lado me ha dejado el pensamiento un gran sentido de superación profesional, con la fuerzan y el espíritu de triunfo a mi señor padre ejemplos de lucha, perseverancia y orgullo personal.

A mis amigas de sueños (María Montaña, Narcisa) con quien compartimos muchos momentos dándonos medidas de aliento día a día para continuar con este proyecto, que a pesar de las múltiples ocupaciones nos mantuvimos alertas hasta llegar a culminar con éxito nuestra meta.

Dra. Fabiola Dolores Silva Ortiz

CESIÓN DE DERECHOS DEL AUTOR

Doctor. Fabricio Guevara Viejó, PhD.

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la cesión de derecho de autor del trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi título de cuarto nivel, cuyo tema fue: "**Factores de riesgos modificables y dimensiones de calidad de vida afectada en pacientes diabéticos del Distrito Guano - Penipe 2018**" y que corresponde al Instituto de Postgrado y Educación Continua.

Milagro, 25 de enero de 2019



Fabiola Dolores Silva Oritz

C.I: 0603253493

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica originada por una alteración del metabolismo que le impide al organismo producir insulina o responder a ella. La investigación se centró en describir los factores de riesgos modificables, además de identificar prevalencias de factores de riesgos para la diabetes mellitus, atendidos en las unidades operativas del Distrito Guano-Penipe durante el año 2018, para ello se determinó las características sociodemográficas y clínicas presentes en la población de estudio. Con ello presentar una guía que permita el cuidado paliativo y la reducción de los factores de riesgo en la diabetes mellitus. La población de estudio se conformó por la totalidad de pacientes con diabetes mellitus (80 individuos) diagnosticados en los Centros de Salud. Se estructuró un cuestionario como herramienta de recolección de datos, para el análisis y comparación de las variables objeto de estudio se utilizó el software estadístico SPSS de IBM.

La media de 43 años de edad, el 55% de la muestra es de sexo femenino, mientras que el restante 45% es de sexo masculino. En cuanto al grado de estudio obtenido tenemos que 60,7% de la muestra alcanzaron la primaria y 23,7% obtuvieron algún grado de secundaria. El 4,7 % de la muestra que no tiene estudios.

El IMC promedio de 24,94 (kg/m²) para hombres y 26,03 (kg/m²) para mujeres. Los hombres presentan sobrepeso y el 8,9% obesidad; en el grupo de mujeres un porcentaje considerable presenta sobre peso y obesidad, el sedentarismo y la carencia de actividad física diaria son factores decisivos que generan incremento de personas que sufren o padecen esta enfermedad. El

estilo de vida de los pacientes que acuden al Centro de Salud no es adecuado, debido a que el 26% no es habitual el consumo de verduras, en un 12% casi nunca consume frutas, el 56% consumen pan todos los días, el 95% consumen de 0 a 3 tortillas, agregan azúcar a la dieta algunas veces el 24%, el consumo de sal lo realizan de forma diaria un total de la población de 29,27%. El ejercicio no es una práctica habitual, ya que solo el 63% lo realiza de 3 o más veces a la semana y el 4.88% casi nunca lo realiza, por lo cual podría presentarse complicaciones.

Por lo que con este estudio se pretende brindar capacitaciones continuas a las personas diabéticas y concientizar a sus familiares los cuales deben brindar apoyo emocional para afrontar las necesidades de la enfermedad y cambios que se deben realizar en sus estilos de vida para prevenir futuras complicaciones.

Palabras claves: calidad de vida, diabetes, factores de riesgo de la diabetes, factores modificables y no modificables de la diabetes

SUMMARY

Diabetes mellitus type 2 (DM2) is a chronic disease caused by an alteration of metabolism that prevents the body from producing insulin or respond to it. The research focused on describing modifiable risk factors, in addition to identifying prevalences of risk factors for diabetes mellitus, attended in the operating units of the Guano-Penipe District during 2018, for which the sociodemographic and clinical characteristics were determined. present in the study population. With this we present a guide that allows palliative care and the reduction of risk factors in diabetes mellitus. The study population was formed by all patients with diabetes mellitus (80 individuals) diagnosed in the Health Centers. A questionnaire was structured as a tool for data collection, for the analysis and comparison of the variables under study, the statistical software SPSS of IBM was used.

The average of 43 years of age, 55% of the sample is female, while the remaining 45% is male. Regarding the degree of study obtained we have that 60.7% of the sample reached the primary and 23.7% obtained some degree of secondary. 4.7% of the sample that has no studies.

The average BMI of 24, 94 (kg / m²) for men and 26.03 (kg / m²) for women. Men are overweight and 8.9% obese; in the group of women, a considerable percentage presented weight and obesity, sedentary lifestyle and lack of daily physical activity are decisive factors that generate an increase in people suffering or suffering from this disease. The lifestyle of the patients who come to the Health Center is not adequate, because 26% is not habitual the consumption of vegetables, in 12% almost never consumes fruits, 56% consume bread every day, the 95% consume 0 to 3 tortillas, add sugar to the diet

sometimes 24%, salt consumption is done daily by a total of 29.27% of the population. Exercise is not a usual practice, since only 63% perform it 3 or more times a week and 4.88% almost never do it, which could cause complications.

So this study aims to provide continuous training to people with diabetes and raise awareness of their families who must provide emotional support to address the needs of the disease and changes to be made in their lifestyles to prevent future complications.

Key words: quality of life, diabetes, diabetes risk factors, modifiable and non-modifiable factors of diabetes.

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	3
DEDICATORIA	4
SUMMARY	8
ÍNDICE GENERAL.....	10
ÍNDICE DE TABLAS	14
ÍNDICE DE GRÁFICOS	14
TEMA:	14
INTRODUCCIÓN.....	15
1. CAPITULO EL PROBLEMA	17
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	20
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.4. OBJETIVOS.....	21
1.4.1. Objetivo General.....	21
1.4.2. Objetivos específicos:	21
1.5. VARIABLES.....	22
1.5.1. Variable Directa.	22
1.5.2. Variable Indirecta.....	22
2. CAPITULO MARCO TEÓRICO	24

2.1.	ANTECEDENTES DE LA DIABETES (DM2) EN EL MUNDO	24
2.1.1.	Actividad física asociada a DM2	26
2.1.2.	Tabaquismo asociado a DM2	27
2.1.3.	Obesidad asociada a DM2	27
2.2.	CLASIFICACIÓN DE DIABETES	30
2.3.	CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DM TIPO 2	31
2.4.	FACTORES NO MODIFICABLES	31
2.4.1.	Antecedentes Familiares	31
2.4.2.	Edad y Sexo de las personas	32
2.4.3.	Raza	33
2.4.4.	Hipertensión arterial	33
2.5.	LOS FACTORES MODIFICABLES	34
2.5.1.	Obesidad	35
2.5.2.	Sedentarismo	35
2.5.3.	Dislipidemias	36
2.5.4.	Tabaquismo	36
2.5.5.	Enfermedades pancreáticas	36
	Parámetros de control metabólico al paciente con diabetes mellitus tipo 2	37
2.6.	PREVENCIÓN DE LA DIABETES	37
2.7.	DIAGNÓSTICOS	38

2.8.	TRATAMIENTOS.....	39
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	39
3.2.	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
3.4.	ANÁLISIS DE DATOS.....	41
4.	CAPITULO PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	42
4.1.	ANÁLISIS SITUACIÓN DEL ZONA DE ESTUDIO.....	42
4.2.	DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICAS PRESENTES EN LA ZONA DE ESTUDIO.....	42
4.3.	DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES.....	45
5.	CAPITULO PROPUESTA.....	57
5.1.	PROPUESTA DE PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL CUIDADO PALIATIVO DE LA REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA DIABETES MELLITUS, EN LOS HABITANTES DEL DISTRITO DE GUANO – PENIPE.....	57
5.1.1.	Introducción.....	57
5.1.2.	Antecedentes.....	59
5.1.3.	Objetivos.....	60
5.1.4.	Justificación.....	60
5.1.5.	Metodología.....	61

CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS	67
ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de caso sobre diabetes	19
Tabla 2. Cálculo de los requerimientos energéticos Cálculo de los requerimientos energéticos	29
Tabla 3. Variables sociodemográficas zona de estudio.....	43
Tabla 4. Escolaridad zona de estudio	43
Tabla 5 Características básicas de las personas examinadas para DM2	46
Tabla 6. Factores de riesgo para la DM tipo 2 en hombres de acuerdo con FINDRISC Distrito Guano - Penipe.....	48
Tabla 7. Factores de riesgo para la DM tipo 2 en mujeres de acuerdo con FINDRISC Distrito Guano - Penipe.....	49
Tabla 8. Consumo de alcohol.....	56
Tabla 9. Resultados e indicadores del Plan	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

TEMA:

Factores de riesgos modificables y dimensiones de calidad de vida afectada en pacientes diabéticos. Distrito Guano-Penipe 2018

INTRODUCCIÓN

Debido a que la Diabetes Mellitus es una patología en la cual tanto factores modificables y no modificables, se conjugan para desencadenar defectos en el funcionamiento del páncreas, produciendo hiperglicemia y alteraciones en el sistema cardiovascular, sistema nervioso, riñón, ojos, metabolismo de los lípidos y otros órganos y al ser un problema importante de salud pública, debido a que es una de las principales causas de morbimortalidad en el país.

Esta investigación tuvo como intención primaria detectar los factores que inciden en la afectación en la calidad de vida en personas adultas que presentan Diabetes Mellitus tipo 2, en la Provincia de Chimborazo, Distrito Guano - Penipe, en el año 2018. La misma que se estructura en 5 capítulos, con este propósito en la investigación se planteó una propuesta para un cambio conductual por parte de la población diabética, cuanto por el personal médico, la familia, y la población en general sobre la importancia de la prevención y cuidados que debe darse a las personas con esta afectación a su salud, la intervención oportuna adecuada y eficiente, en este grupo de pacientes en su estilo de vida y la corrección de factores de riesgo, capaz de que se prevean medidas tendientes a evitar las complicaciones dadas por la toxicidad de la hiperglicemia.

El primer capítulo de recolecto y reviso información existente de acuerdo a la problemática existente en la localidad donde se realizado la investigación y de esta manera poder establecer variables y formular el problema en base al planteamiento de objetivos específicos, y posteriormente formular el problema el mismo que tendrá respuestas en el último capítulo de esta investigación en base a los hallazgos.

El capítulo dos está compuesto por la revisión de la literatura que garantizara la práctica científica de la investigación así como permitió establecer parámetros y dimensiones de la investigación.

El capítulo tres se desarrolló de la investigación se planteó la metodología y el plan para la recolección, tratamiento y análisis de información en base a la combinación de la inducción, deducción, análisis y síntesis, apoyándose en los postulados que determinan la investigación descriptiva y explicativa, siendo la secuencia transversal y el tiempo prospectivo.

El capítulo cuatro está estructurado por la sistematización de la información y el análisis de la misma, y el capítulo cinco se estableció un plan de capacitación para el ciudad paliativo que permitirá la socialización de la incidencia y crecimiento de las DM2 y los factores no modificables más prevalentes.

1. CAPITULO EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica originada por una alteración del metabolismo que le impide al organismo producir insulina o responder a ella. El resultado es la aparición de altas concentraciones de glucosa en la sangre, con presencia de la misma en la orina (International Diabetes Federation, s.f.).

La Federación Internacional de Diabetes (IDF), en la actualización Diabetes Atlas 2012 ha estimado que existen en el mundo más de 371 millones de personas con diabetes mellitus (DM) (8.3% de prevalencia), el 50% de las personas con DM no ha sido diagnosticada y 4.8 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad (1). Hay 280 millones bajo riesgo identificable de desarrollarla, cada año mueren más de 4,6 millones de personas por diabetes y otro tanto sufre complicaciones crónicas cardiovasculares, nefropatía, ceguera, amputaciones de miembros inferiores, convirtiéndola en una de las primeras causas de discapacidad. La Organización Mundial de la salud (OMS) la identifica como una de las cuatro Enfermedades No Trasmisibles (ENT) prioritarias, así como una enfermedad de alto costo en la atención medica; globalmente se estima que el costo de la diabetes fluctúa entre 0.4% y 2.3% del Producto Interno Bruto (PIB).

En América Latina la DM2 ha adquirido una gran dimensión, en la actualidad existen aproximadamente 19 millones de personas que padecen la enfermedad y se espera que, con el crecimiento demográfico, en el año 2025 sean 33 millones de personas con DM2 en Latinoamérica; panorama no muy

alentador si se tiene en cuenta el cambio en los estilos de vida y otros factores de riesgo asociados.

En la República de Colombia de acuerdo al estudio realizado por Barceló y Colaboradores 2000 sobre el costo de la diabetes en América Latina y el Caribe estimó que el costo anual total asociado con la DM expresado en millones de dólares (USD) es de 2586.8, (gastos directos 2171.9; indirectos a 414.9); costo directo per cápita 442, gasto en salud per cápita 209 y presenta un exceso del costo en salud de 211% (2). Gonzales y colabores en el estudio de costo de DM2 en Colombia 2009 señala que el costo estimado anual para DM2 fue de \$2700 millones desde la perspectiva de la sociedad y de \$921 millones desde la perspectiva del Ministerio de Salud. Los costos directos anuales.

El crecimiento de pacientes con es diabetes mellitus se estima para el 2035 un incremento del 10% estos es cerca de 592 millones de afectas en gran parte por el aumento de la esperanza de vida y los estilos de vida poco saludables según lo manifestó (Zozaya, y otros, 2015), “ La presencia de complicaciones eleva sustancialmente tanto la mortalidad como los costes asociados al manejo de la enfermedad, en tanto que aumentan los recursos sanitarios utilizados, elevan el riesgo de hospitalizaciones y producen estancias más largas. Además, genera importantes pérdidas laborales como consecuencia de la morbilidad generada. Se calcula que un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos sanitarios directos que los pacientes del mismo sexo y edades similares, pero con otras enfermedades crónicas” (Zozaya, y otros, 2015).

Así mismo los costes por atención A nivel mundial, se estima que los costes sanitarios debidos a la DM ascendieron a 548 mil millones de dólares en

2013 (un 11% del gasto sanitario total en adultos) 3. En España, la diabetes es la principal enfermedad crónica, y sus costes directos pueden suponer entre un 7% y un 13% del gasto total del Sistema Nacional de Salud, y los coste individual en una calculo diario en el Ecuador pero para esto se necesita el glucómetro o medidor de la glucosa capilar y las tiras para el autocontrol, que han subido de precio por las salvaguardias; ahora cuesta 52 dólares el tubo de 50 tirillas, cuando en la diabetes tipo 1 se utilizan por lo menos 4 al día y en la tipo 2 entre 1 y 2 tirillas. O sea que en el mes en el primer caso debe gastar 120 tirillas, o sea 130 dólares más el coste de la insulina Glargina (Lantus) que cuesta 50 dólares el frasco con 1.000 UI. Si la persona se pone 60UI por día, cuando la dosis media está entre 50 y 70 UI/día, está gastando 100 dólares adicionales; entre los dos rubros, las tirillas y la insulina, gasta 230 dólares, sin contar con el resto de los medicamentos con los que fácilmente llegan a los 500 dólares por mes según (Orellana, 2015).

Tabla 1. Prevalencia de caso sobre diabetes

Zona geográfica	Edad (20-79 años)	Prevalencia nacional
Países de Sudamérica	Número de casos	%
Argentina	2.342.640	8,71
Bolivia	412.940	7,19
Brasil	8.151.570	6,18
Chile	1.081.780	8,94
Colombia	2.506.440	8,36
Ecuador	760.580	8,15
Paraguay	334.650	8,72
Perú	1.489.480	8,11
Uruguay	207.290	9,14
Venezuela	1.537.790	8,25
Guyana	47.080	11,02
Surinam	39.740	11,76

Tomado de (Casas Figuer & Vargas Uricoech, s.f.)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Qué factores de riesgo modificables son los de mayor influencia en los pacientes con Diabetes Mellitus del Distrito Guano-Penipe?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La transición demográfica y epidemiológica ha enmarcado a las Enfermedades no transmisibles (ENT), como uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Según reportes dados por la Organización Mundial de la Salud las ENT y las lesiones no intencionales representan casi 70% de todas las causas de muerte en la Región de las Américas y afectan principalmente a personas de 18 a 70 años de edad.

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a ENT, entre las que se incluye a las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, ha ido en aumento en los últimos años. Se ha estimado que en el año 2008 el 62% de las muertes y cerca del 50% de la carga de enfermedad a nivel mundial se debieron a ENT. Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para 2020 el 75% de las muertes en el mundo serán atribuibles a este tipo de enfermedades. Dentro de las ENT la DM constituye una de las primeras causas de muerte, la carga de mortalidad por DM corresponde a un 6% de las muertes en el mundo.

En el Ecuador mediante la información obtenida por el Ministerio de Salud Pública (MSP), en las ENT para el año 2010 se observa una ocurrencia de muertes por DM según sexo y grupo de edad de 58% para las mujeres y de acuerdo a la edad las personas mayores de 45% son más vulnerables, a nivel regional la región andina presenta la mayor tasa de mortalidad (19 casos x

100.000 habitantes) cifra que supera la tasa nacional de 15 por cada 100.000 (4). La DM2 se diagnostica de manera tardía, 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años y en las zonas rurales esto ocurre casi en el 100% (10). Es fundamental conocer y comprender que la acción multisectorial es vital para la disminución de la carga de morbimortalidad por DM2, el acceso a los servicios de salud, a una alimentación saludable y la promoción de comportamientos favorables son claves para el mejoramiento de la salud de las personas y directamente ayudan a reducir el impacto generado en el sistema de salud por discapacidad.

El presente trabajo tiene como propósito estimar los factores de riesgo para el desarrollo de DM2 para la priorización de estrategias de acción preventiva y el mejoramiento de la salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General.

Describir los factores de riesgos modificables (hábitos tóxicos) y las dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus, atendidos en las unidades operativas del Distrito Guano-Penipe durante el año 2018.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Identificar prevalencias de factores de riesgos para la diabetes mellitus, atendidos en las unidades operativas del Distrito Guano-Penipe durante el año 2018
- Determinar las características sociodemográficas y clínicas presentes en la población de estudio.

- Identificar los factores de riesgos modificables (hábitos tóxicos) y las dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes diabéticos que participan en el estudio.
- Elaborar una guía que permita el cuidado paliativo y la reducción de factores de riesgo en la diabetes mellitus, en los habitantes del Distrito de Guano – Penipe.

1.5. VARIABLES.

1.5.1. Variable Directa.

- Calidad de Vida en Pacientes con diabetes mellitus

1.5.2. Variable Indirecta.

- Factores de Riesgo Modificables

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA
Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.	Modificables	Obesidad Sedentarismo Dislipidemias Tabaquismo	Levantamiento de información mediante ficha de observación y cuestionario
		No modificables	Sexo Raza Antecedentes familiares	
Calidad de Vida en pacientes con DM2	“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive, tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno” (Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes , 2018)	Estado anímico	Bienestar físico Bienestar intelectual Bienestar emocional Bienestar económico Bienestar social	Levantamiento de información mediante ficha de observación y cuestionario

2. CAPITULO MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA DIABETES (DM2) EN EL MUNDO

Como ya se conoce la diabetes es una enfermedad crónica e irreversible del metabolismo que se produce un exceso de glucosa en la sangre y en la orina es decir es la disminución de la secreción de la insulina. Por otra parte la diabetes tipo II es considerada como uno de los mayores problemas de salud pública mundial, entre otras causas por su gran prevalencia y el elevado número de muertes prematuras que provoca con un enorme impacto social y sanitario. En el mundo se cuenta actualmente con 140 millones de personas que tienen diabetes y de esa población el 90% tiene diabetes tipo II (Rodríguez Pascual, 2009).

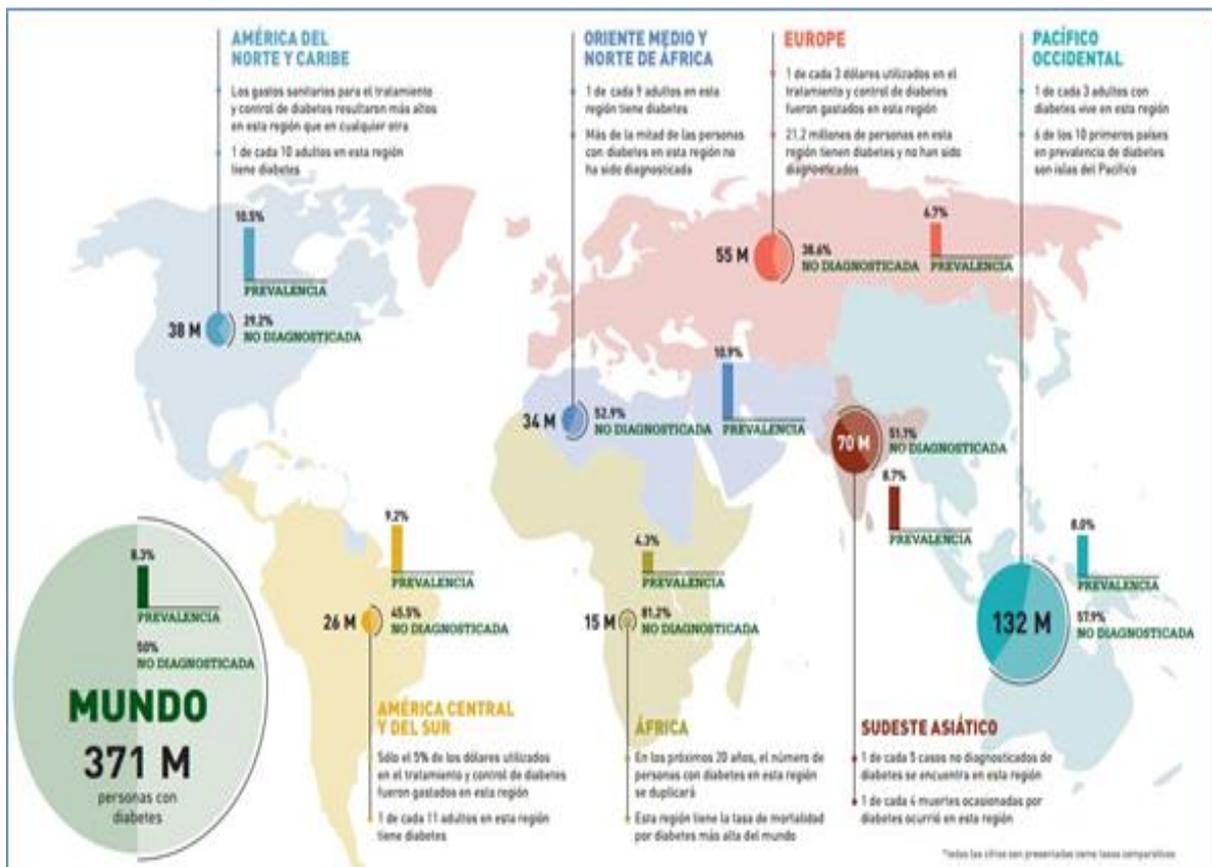


Figura 1. distribución de la diabetes en el mundo

Tomado de: (Diabetes Atlas de la Fid,2012)

Por otro lado, la valoración de la calidad de vida en los diabéticos aporta un interesantísimo punto de vista sobre la magnitud de la diabetes. De hecho, muchos estudios han demostrado que estos pacientes tienen peor calidad de vida, pero mejor que aquellas con otras enfermedades crónicas. Sus complicaciones son las que más intervienen en la calidad de vida, así como factores demográficos y psicosociales permite plantear acciones eficaces para evitarla, curarla o controlarla. Su utilidad, también, se traslada hacia la rehabilitación del enfermo y la reeducación, principalmente en edad temprana (Rodríguez Pascual, 2009).

Los datos estimados de diabetes en la población adulta en centro América oscilan entre 3% y 6% siendo Nicaragua y Honduras los países de menor prevalencia de diabetes tipo 2. En Ecuador, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es de 4.1 a 5%. La incidencia/año es de 115.19 casos/100.000 habitantes (SANOFI, 2016). En Ecuador la diabetes afecta a la población con tasas cada vez más elevadas. Según las encuestas realizadas por la ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%. Esta proporción va subiendo a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes por causas como, la alimentación no saludable, la inactividad física, el abuso de alcohol y el consumo de cigarrillos, son los cuatro factores de riesgo relacionados directamente con las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes (OSP, 2017).

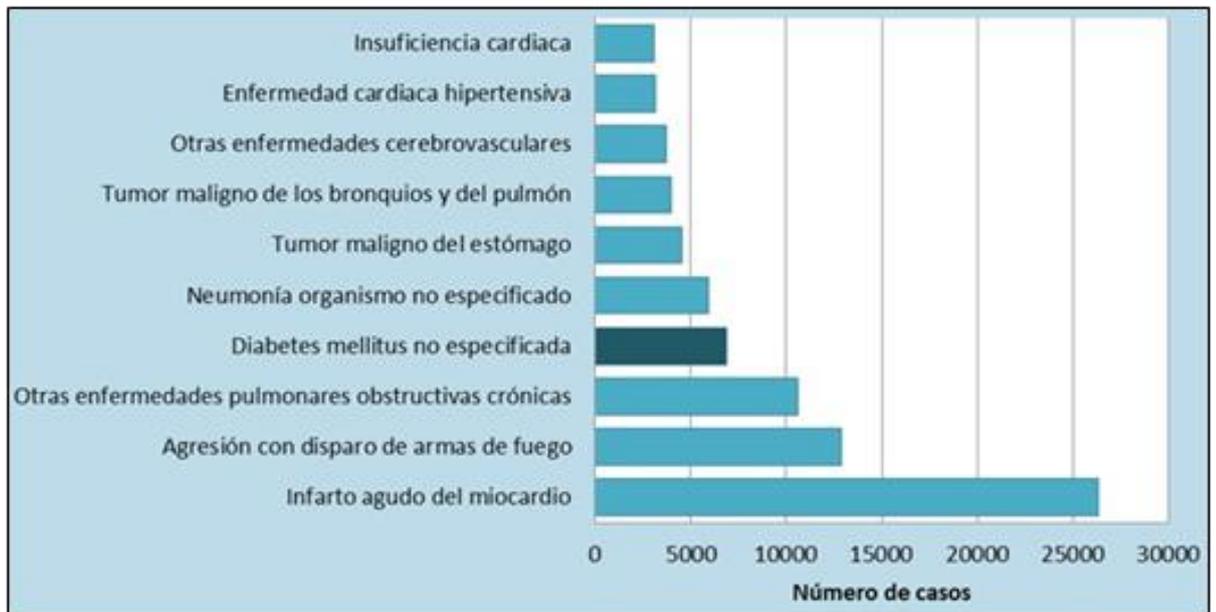


Figura 2. Principales causas de muerte en el mundo

Tomado de (OMS/Ministerio de salud Pública, 2012)

2.1.1. Actividad física asociada a DM2

La inactividad física es un factor de riesgo para DM2, la OMS recomienda, la práctica de actividad física regular de intensidad moderada al menos 30 minutos todos los días durante la semana, en pacientes con DM2 la actividad física reduce entre el 20 y el 60 % la relación dosis-respuesta, al tratamiento con Insulina y previene la aparición de sobrepeso, obesidad, ambos factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de diabetes DM2 (Serra & Aranceta, 2013).

Se estima que actualmente el 60% de la población mundial no realiza suficiente actividad física, los adultos en los países desarrollados tienden a ser inactivos. Diferentes estudios han mostrado que tan sólo 30 minutos de ejercicio moderado al día, cinco días a la semana, es suficiente para promover una buena salud y reducir las probabilidades de desarrollar DM2 (OMS/FID, 2016).

En pacientes con DM la actividad física sugiere un efecto beneficioso en cuanto al control metabólico de la enfermedad, como mejorar los niveles de glucemia y aumentar la acción o sensibilidad a la insulina.

2.1.2. Tabaquismo asociado a DM2

La relación tabaquismo – DM se ha atribuido a la nicotina y el resto de los productos químicos que se encuentran en el humo del tabaco. El metabolismo de la nicotina aumenta la actividad de los receptores nicotínicos, que a su vez incrementa los niveles de noradrenalina y adrenalina, lo que induce aumento de la glucemia (Valenzuela, 2012).

Un análisis realizado por la Universidad de Lausanne, en Suiza indica en sus conclusiones que fumar podría estar asociado a la intolerancia a la glucosa, al incremento de la glucemia en ayunas y al desarrollo de DM2. Los resultados señalan que los fumadores activos tienen un 44% más de riesgo de desarrollar DM2 que los no fumadores

2.1.3. Obesidad asociada a DM2

La obesidad es un factor de riesgo de gran importancia en relación con el desarrollo de DM2, el compromiso en su desarrollo se ve estrechamente relacionado con el aumento del IMC. Se estima que un 80% de los pacientes en el momento del diagnóstico de DM, son obesos. (Cobo Abreu & San Miguel, 2007)

La relación cintura - cadera se usa como un indicador de distribución de la grasa, donde los valores altos sugieren un patrón de distribución central. Una circunferencia de la cintura de 80 cm. para mujeres y de 94 cm para hombres.

(OMS, 2001). Según refiere Islas, Lifshitz la obesidad se clasifica en relación al fenotipo de grasa de la siguiente manera: tipo I (general), exceso uniforme de grasa corporal. Tipo II (androide), predominio del tejido adiposo en la mitad superior del cuerpo (cuello, hombros, sector superior del abdomen). Tipo III (visceral), exceso de grasa en vísceras y en abdomen y el tipo IV (ginecoide), presenta grasa en glúteo femoral. El tipo II tanto en el varón como en la mujer, se asocia claramente con un aumento del riesgo de desarrollar DM2 (Socarrás Suárez, Bolet Astoviza, & Licea Puig, 2002).

La diabetes mellitus representa un importante problema de salud en el mundo y alrededor de 100 000 000 de personas padecen este síndrome, por lo que alcanza dimensiones epidémicas, especialmente en diversos países en desarrollo y de reciente industrialización.¹ En el mundo la prevalencia va en ascenso, y en Cuba actualmente es de 23,6 por 1 000 habitantes; representa una mortalidad de 1 460 fallecidos en el año 2000. Desde 1998, ocupa el 8vo. lugar como causa de muerte en Cuba. La dietoterapia es muy importante en el tratamiento de la diabetes mellitus para lograr una regulación óptima del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.³ Debe ser de carácter individual de acuerdo con el sexo, la edad, el estado fisiológico, el nivel cultural, la procedencia, el nivel socioeconómico, el tipo de diabetes, el estado nutricional, el grado de actividad física, la duración y el tipo de trabajo, el horario que se administró la insulina, los valores de glucemia en los diferentes momentos del día, la presencia o no de trastornos del metabolismo lipídico y las complicaciones dependientes de la propia diabetes. (Socarrás Suárez, Bolet Astoviza, & Licea Puig, 2002)

Tabla 2. Cálculo de los requerimientos energéticos Cálculo de los requerimientos energéticos

Edades (años)	TMB	Actividad física	Gasto energético en 24 h (kcal/g)
Hombres			
18-30	15,3 (P) + 679	sedentaria	TMB x 1,30
30-60	11,6 (P) + 879	ligera	TMB x 1,55
> 60	13,5 (P) + 487	moderada	TMB x 1,78
		intensa	TMB x 2,10
Mujeres			
18-30	14,7 (P) + 496	sedentaria	TMB x 1,30
30-60	8,7 (P) + 829	ligera	TMB x 1,56
> 60	10,5 (P) + 596	moderada	TMB x 1,64
		intensa	TMB x 1,62

Tomado de: (Socarrás Suárez, Bolet Astoviza, & Licea Puig, 2002)

La distribución energética recomienda en valores porcentuales y categorías es las siguientes:

Hidratos de carbono: 50 – 60%

Proteínas 12 – 20 %

Grasas 20 – 30%

Un estudio realizado por Sande, M y colaboradores en el año 2001 en una población de Gambia que tenía como objetivo determinar si la existencia de antecedentes de enfermedades no transmisibles como la DM y la obesidad constituía un factor de riesgo para la presencia de estas enfermedades, reportó que las personas con historias familiar de obesidad tenían un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor y presentaban un riesgo más elevado de obesidad. De igual manera los pacientes con antecedentes de DM2 presentaron un mayor

IMC, niveles altos de glucosa, colesterol, triglicéridos y un mayor riesgo de obesidad y DM (30).

También Field y colaboradores en su estudio sobre el impacto del sobrepeso en el riesgo para desarrollar ENT durante 10 años, reportaron que el riesgo de desarrollar DM2 incrementa con el aumento del peso ya que hombres y mujeres con un IMC de 35 o más fueron aproximadamente 20 veces más susceptibles de desarrollar diabetes que sus compañeros del mismo sexo con un IMC de 18.5 y 24.9 (Riesgo Relativo (R.R) 17,0%;

Intervalo de Confianza (IC) 95% 14.2 – 20.5 para mujeres; R.R 23,4%; IC 95% 19.4 – 33.2 para hombres) (31).

2.2. CLASIFICACIÓN DE DIABETES

Según el Comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de Diabetes se clasifican en 4 grupos:

1. Diabetes Mellitus tipo 1
2. Diabetes Mellitus tipo 2
3. Diabetes Gestacional
4. Otros tipos de Diabetes Mellitus

Por otra parte, la diabetes se considera un factor de riesgo cardiovascular por esta razón los objetivos de tratamiento se catalogan al diabético en el grupo de prevención de riesgos cardiovasculares. Esta enfermedad es causada principalmente por la obesidad y el sedentarismo al que estamos expuestos por la mala alimentación y distribución de nuestro tiempo. Generalmente aparece en la edad adulta, es el tipo más frecuente en la población constituyendo aproximadamente un 90% de pacientes diabéticos. Está caracterizada por un

complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la es muy frecuente la asociación con la obesidad (ROSENZWEIG, 2007).

2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DM TIPO 2

La clasificación de los factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo II son los modificables y no modificables de los cuales se detallan de la siguiente manera:

2.4. FACTORES NO MODIFICABLES

2.4.1. Antecedentes Familiares.

El riesgo de DM tiene un componente hereditario significativo ya que el riesgo es mayor en personas que tienen antecedentes familiares de DM, en primer grado de consanguinidad (padres, hermanos, hijos o abuelos) y también de segundo grado (tíos o sobrinos).

(Erasmus , Blanco, Okesina, & Mesa, 2001), realizaron un estudio de casos y controles cuyo objetivo era el de valorar la historia familiar de DM2 en una población de negros sudafricanos, el grupo de control estuvo conformado por hombres y mujeres saludables no diabéticos (687) y el grupo de casos conformado por 1.111 participantes con DM2, los resultados obtenidos reportaron que el 27, 3% de los sujetos diabéticos tenían una historia familiar de diabetes, comparado con 8.4% del grupo control ($p < 0,01$). En el grupo de historia familiar positiva, 82.6% reportaron solo un miembro con DM en la familia, 6.6%

tuvo un familiar con DM de lado materno y paterno, y 87.8% tuvieron un familiar en primer grado con DM2.

(Carolina, Molena , Soares, Marcon, & Nakamura, 2012), evaluó 66 pacientes portadores de DM2, que eran acompañados por el Programa Salud de la Familia (PSF), en el municipio de Maringá, Paraná Brasil y se pudo observar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes estudiados, entre los resultados más destacados se encontró que gran parte (86,36%) de los pacientes tenían antecedentes familiares de algún tipo de enfermedad crónica tales como: DM2, hipertensión, dislipidemia o coronariopatía.

Las conclusiones de estos estudios muestran la prevalencia significativa que tienen los antecedentes familiares con el desarrollo de DM2, teniendo en cuenta que los antecedentes familiares y la genética no son factores de riesgo modificables es de gran importancia que se fortalezca el proceso educativo que promocióne la alimentación saludable y el control de factores de riesgo modificables.

2.4.2. Edad y Sexo de las personas.

En este tipo de factores se puede definir que la mayoría de los estudios realizados por diferentes entidades han demostrado que la incidencia de la diabetes tipo II aumenta según la edad de las personas, siendo así uno de los grupos de mayor riesgo el de 40–59 años. Además de lo demostrado se ha encontrado una relación directa entre la edad y el sexo, predominado el sexo masculino en el grupo etáreo de 45-54 años en la mayoría de los países del mundo, no siendo así en el sexo femenino la DM tipo 2 es más frecuente entre los 54–64 años de edad (Rebolledo, 2009).

2.4.3. Raza.

La Diabetes Mellitus Tipo II es mayor en la población negra o descendencia hispana. En este último grupo la razón de tasas o riesgo relativo es 3:1, eso quiere decir que la enfermedad es tres veces más frecuente en esta raza que en los blancos. Antecedentes familiares de diabetes: El contar con algún familiar que sea portador de diabetes, sobre todo el padre o la madre (Isselbacher, 2001).

2.4.4. Hipertensión arterial.

Cuando la tensión arterial es igual o mayor a 140/90 mm/Hg. **Diabetes gestacional.** - Haber tenido diabetes durante el embarazo o un hijo que al nacer pesó más de 3,900 kg. Tamizaje positivo: Estriba en realizar un examen de glucosa capilar (en el área de medicina preventiva de las clínicas de salud o en consultorios particulares), que consiste en tomar una gota de sangre del paciente en ayunas e introducirla en un aparato llamado glucómetro, el cual mide la cantidad de glucosa; si se encuentra igual o por arriba de 110 mg/dl es anormal (Castillo, 2015).

Síndrome de ovarios poli quísticos. - Es una enfermedad que se presenta en la etapa reproductiva de la mujer debido a una alteración en la secreción de hormonas predisponiendo a infertilidad, alteración de la glucosa y del metabolismo de los lípidos. Se caracteriza por obesidad, trastornos menstruales, crecimiento del vello facial y corporal, así como serios problemas para poder embarazarse debido a la falta de ovulación (MEZA RAMÍREZ, 2017).

2.5. LOS FACTORES MODIFICABLES

Son en los que el médico debe poner mayor atención en su práctica diaria, para disminuir el riesgo de que se presente la enfermedad y retarde su aparición o evolución en el organismo (MEZA RAMÍREZ, 2017).

Son aquellos factores susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlas o eliminarlos con acciones preventivas, como el sobrepeso, falta de actividad física, hipertensión, colesterol elevado y el hábito de fumar.

Un estudio realizado en una población urbana de la ciudad de Lima cuyo objetivo era conocer la prevalencia de la DM y sus factores de riesgo, estudio de tipo transversal descriptivo, aleatorio y por conglomerados a 213 sujetos mayores de 15 años, encontró una prevalencia relativamente alta de DM (7,04%) y factores de riesgo relacionados a la diabetes: Obesidad 21,60% (IC95%: 16,07%-27,13%); sobrepeso 37,56% (IC95%: 31,06%-44,06%); obesidad central 28,64% (IC95%: 2,57%-34,71%); actividad física baja 43,70% (IC95%: 37,04%-50,36%); hipertensión arterial 27,30% (IC95%: 21,32%-33,28%); consumo de tabaco 32,39% (IC95%: 26,11%-38,68%) y consumo de bebidas alcohólicas 62,44% (IC95%: 55,94%-68,94%) (García, y otros, 2015)

Factor de riesgo que relaciona a la diabetes	Porcentaje de distribución según estudio realizado
Obesidad	21,60 %
Sobrepeso	37,56%
Obesidad central	28,64%
Actividad física baja	43,70%
Hipertensión arterial	27,30%
Consumo de tabaco	32,39%
Consumo de bebidas alcohólicas	62,44%

Fuente: (García, y otros, 2015)

2.5.1. Obesidad.

La obesidad es uno de los factores de mayor riesgo muy significativos para el desarrollo de la DM Tipo II, el incremento de peso se asocia con frecuencia a un aumento de las concentraciones plasmáticas basales de insulina, se refleja cuando hay un aumento del 25% por arriba del peso ideal. Además, el tener más de 90 centímetros de cintura es considerado como un factor que predispone a desarrollar diabetes mellitus (Castillo, 2015).

2.5.2. Sedentarismo.

La disminución de la actividad física debido a los estilos de vida que imperan hoy día, en los que las personas tienen largas jornadas de trabajo y muy poca actividad física o porque no tienen una cultura del deporte. Hipertensión arterial: En la sección de libro titulada, Principios de Medicina Interna Pùblica por Isselbacher, Harrison en el 2001 dice que, alrededor del 25% de los hipertensos menores de 60 años presentan resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia y descenso del colesterol

ligado a las lipoproteínas de elevada densidad, lo que se conoce como síndrome metabólico X. La resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo pueden ser los responsables del aumento de la reabsorción tubular renal de sodio que presenta el paciente obeso y por este mecanismo se puede explicar la alta prevalencia de HTA (Isselbacher, 2001).

2.5.3. Dislipidemias.

Los factores de riesgo consisten en la presencia de altos niveles de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) que son transportados por las lipoproteínas en la sangre. Este término incluye la hiperlipoproteinemia (hiperlipidemia o hiperlipemia), que hace referencia a los niveles elevados de colesterol total, de lipoproteínas de baja densidad (LDL, el colesterol «malo») o de los triglicéridos, así como a una concentración baja de las lipoproteínas de alta densidad (HDL, el colesterol «bueno»).

2.5.4. Tabaquismo.

El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para la arteriosclerosis obliterante, la tromboangitis obliterante, eventos agudos coronarios isquémicos y/o arrítmicos ante los estados de salud de las personas. Su componente más importante es la nicotina, que es un alcaloide muy tóxico, estimulante y depresor ganglionar mucho de sus efectos son mediados a través de la liberación de catecolaminas los que impulsan de manera exorbitante la aparición de problemas de salud (Castillo, 2015).

2.5.5. Enfermedades pancreáticas.

Según la (Dr. Ananya, 1997) en su análisis sobre el origen de la diabetes, las Diferentes enfermedades pancreáticas de naturaleza inflamatoria, neoplásica o de otro tipo fibrosis quística y la hemocromatosis, así como la pancreatectomía

que aquejan a los pacientes y a gran parte de la población mundial, pueden ocasionar diferentes grados de déficit insulínico, y de esta consecuencia conducir a la Diabetes Mellitus tipo II.

Parámetros de control metabólico al paciente con diabetes mellitus tipo

2

Va a depender del grado de adhesión al tratamiento.

- ✓ Cada 3 meses
- ✓ Glicemia de ayunas, proteinuria y HbA1c
- ✓ Cada 6 meses: Agregar perfil lipídico, creatinina y micro albuminuria.
- ✓ Anualmente: Control Ginecológico en Mujeres y en Hombres por Urología; Oftalmología; Odontología; RX de Tórax; EKG; ECO de Abdomen.
- ✓ Es importante recordar que los objetivos terapéuticos en diabetes mellitus no solo consideran el control de la glicemia, sino que se deben abordar concomitantemente todos los factores de riesgo cardiovascular HTA, dislipidemias, tabaquismo (MEZA RAMÍREZ, 2017).

2.6. PREVENCIÓN DE LA DIABETES

Está comprobado que la diabetes de tipo 2, es la más frecuente, y está relacionada con la obesidad y el sedentarismo el mismo que se puede evitar adoptando hábitos de vida más saludables realizando las siguientes recomendaciones:

- ✓ Ejercicio físico de forma regular evitando el sedentarismo.
- ✓ Seguir una dieta con un aporte de calorías e hidratos de carbono según el estado nutricional y actividad del paciente o persona en general.
- ✓ Mantener un horario mínimo de 4 comidas al día.

Complicaciones Las complicaciones más comunes de la diabetes si no es tratada a tiempo pueden ser:

- ✓ Enfermedades cardiovasculares
- ✓ Enfermedades Neurológicas.
- ✓ Enfermedades como retinopatía (afección ocular que puede conducir a la ceguera) y
- ✓ Nefropatía (enfermedad del riñón) Signos y síntomas En su mayoría los pacientes con diabetes mellitus tipo II buscan atención médica cuando presentan los síntomas relacionados con la hiperglucemia tales como: Poliuria: Es la excreción de una cantidad anormalmente elevada de orina. Polidipsia: Es una sed excesiva característica de varios trastornos diferentes, como la diabetes mellitus, en la que la concentración excesiva de glucosa en sangre aumenta osmóticamente la excreción de líquido mediante el incremento de las micciones, lo que produce hipovolemia y sed.
- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Polifagia.
- ✓ Visión borrosa.
- ✓ Infecciones que sanan lentamente.
- ✓ Impotencia sexual en los hombres

2.7. DIAGNÓSTICOS

Se establece el diagnóstico de la diabetes cuando una persona tiene valores anormalmente elevados de azúcar en la sangre provocados por muchos factores de riesgo como mala alimentación, sedentarismo, falta de ejercicio, etc. Para realizar la medición de la concentración de azúcar en la sangre se obtiene

una muestra de sangre del paciente, quien deberá estar en ayunas por lo menos 8 horas antes de la prueba, pudiéndose también obtener después de comer y obtener valores más resultantes que ayuden a determinar los niveles de azúcar de los pacientes. Según la Asociación Americana de diabetes. (A.A.D, 1998.)

2.8. TRATAMIENTOS

Los tratamientos de la diabetes están definidos por:

Medico

Nutricional

Psicológico

Apoyo familiar.

La meta terapéutica es lograr la normo glicemia, esto significa glicemia en ayunas menor o igual a 110mg/dl. Y, HbA1c menor de 7%. Se considerará la glicemia en ayunas para poder efectuar los ajustes y se utilizaran metas intermedias de 130mg/dl inicialmente, con el fin de evitar hipoglucemias Esto se basa en tres pilares fundamentales: medicación, dieta y actividad física (caminar 30 minutos diarios 5 días a la semana) (MEZA RAMÍREZ, 2017).

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizará un estudio descriptivo, transversal y de campo, con enfoque mixto; con el objetivo de describir las dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en las cuatro unidades de salud que conforman el Distrito Guano – Penipe, entre las que se encuentran: Puesto de Salud de Chazo, Puesto de

Salud de Chingazo, Puesto de Salud de Nabuzo y Puesto de Salud de Candelaria.

3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.

Se utilizarán métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de los datos se empleará la encuesta, a través de un cuestionario cerrado (anexo 1) denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes”, validada por Peña Coba y col., y adaptada por Figueredo Villa. Este instrumento permitirá describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en la muestra de estudio; así como identificar los factores de riesgos modificables (hábitos tóxicos), las dimensiones de calidad de vida y de satisfacción afectadas en los mismos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio estará conformada por la totalidad de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (80 individuos) diagnosticados en los Centros de Salud donde se desarrollará la investigación.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS.

El análisis de los datos se realizará empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas, los que serán recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, para facilitar su procesamiento. Los datos se codificarán previo a su introducción en el programa SPSS (versión 22). Se determinará la comparabilidad de las características sociodemográficas (sexo, edad, religión, etnia, estado civil, ocupación, jubilado), características clínicas, morbilidad – hábitos tóxicos, dimensiones de calidad de vida afectadas, dimensiones de satisfacción y el nivel global de satisfacción.

La investigadora respetará los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a la beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtendrán las respectivas autorizaciones de los representantes de las instituciones de Salud en el contexto de estudio y el consentimiento informado de los pacientes incluidos en la muestra.

4. CAPITULO PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS SITUACIÓN DEL ZONA DE ESTUDIO.

La población objeto de estudio pertenece al municipio de Guano y Penipe, que se halla situado en el norte este de la provincia de Chimborazo en el Centro de la República del Ecuador; con una población de 100.011 habitantes el centro de salud pertenece al Distrito 0506 del Ministerio de Salud.

4.2. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICAS PRESENTES EN LA ZONA DE ESTUDIO

La actividad económica principal generadora de ingresos y empleos está fundamentada en la agricultura y el sector agropecuarios, actividades de auto consumo, la región describe características internas geográficas, económicas, productivas y de infraestructura los excedentes de la producción son ínfimos para los fines comerciales, por lo tanto, son económicas familiares, artesanales y para el auto consumo, la aplicación tecnológica es insipiente en todos sus cultivos.

Los limitantes del desarrollo se pueden identificar como el abandono estatal en cuestión de inversión social, conflictos sociales y públicos y las distancias y accesos a transportes públicos distantes de las principales ciudades.

Tabla 3. Variables sociodemográficas zona de estudio

	Hombres	mujeres	Valor p*
Edad	(n= 37)	(n=43)	
	Desviación estándar	Desviación estándar	
	47,30	43,61	0,0004**
	% (n)	% (n)	
Cobertura EPS			
Contributivo	11,2 (34)	4,9 (26)	
Subsidiado	86,8 (264)	94,5 (499)	<0,001
Otro	2,0 (304)	6 (528)	
Educación			
Primaria	59,5 (181)	61,4 (324)	
Secundaria	25,3 (77)	22,7 (120)	

Tabla 4. Escolaridad zona de estudio

Nivel de educación			
Técnico	4,3	4,7	
Tecnología	1,3	2,7	0,581
Universitario	5,3	3,6	
Sin estudios	4,3	4,9	
Grupo Étnico			
Blanco	1	1,1	
Afrodesendiente	0,3	0	
Mestizo	28	20	0,474
Mulato	0,3	0	
Indígena	19	18	

P. Significancia estadística mediante la prueba Chi cuadrado en tablas de contingencia.

** Significancia estadística mediante la prueba T de Student

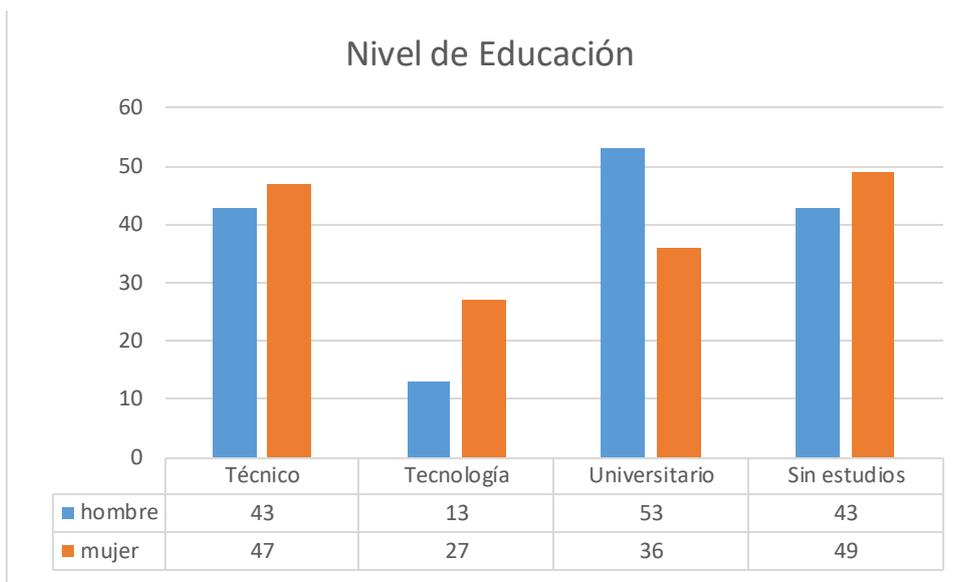


Figura 3. Nivel de Educación

La muestra está representada de una toma de 80 personas que se hacen atender en El Distrito Guano – Penipe con una media de 43 años de edad, el 55% de la muestra es de sexo femenino, mientras que el restante 45% es de sexo masculino. En cuanto al grado de estudio obtenido tenemos que 60,7% de la muestra alcanzaron la primaria y 23,7% obtuvieron algún grado de secundaria. El 4,7 % de la muestra que no tiene estudios.

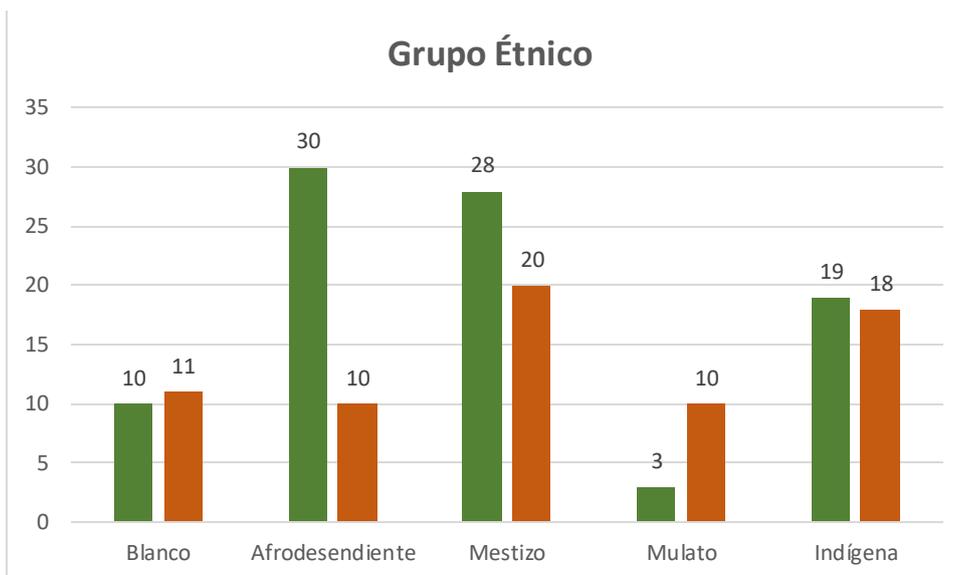


Figura 4. Grupo Étnico

En lo referente al grupo étnico de la población estudiada el mayor porcentaje es Mestiza 58, 2% participantes, seguido por la población indígena y 30,5% que corresponde a 80 participantes.

4.3. DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES.

La población total presentó un IMC promedio de 24, 94 (kg/m²) para hombres y 26,03 (kg/m²) para mujeres. El 34,9% de los hombres presentan sobrepeso y el 8,9% obesidad; en el grupo de mujeres 39% presentan sobrepeso y un 18% obesidad.

El sedentarismo afecta al 51% de los hombres y al 66,3% de las mujeres, el 49% de los hombres y 33,7% de las mujeres realizan más de 30 minutos de actividad física en el día. En lo referente a la medida de PC se observa que la media para hombres es de 84,76 cm y en mujeres 85,16 cm; la obesidad central en hombres es de 16,4% mientras que en mujeres este valor se cuadruplica siendo 65% las mujeres con obesidad central; con relación a los criterios de OMS

encontramos 3,6% y 42,4% para hombres y mujeres respectivamente. El 9,9% de los participantes hombres y el 5,9% de las mujeres refieren comer frutas los 7 días de la semana.

El 91% de los participantes manifiestan no estar tomando medicamentos antihipertensivos, mediante la aplicación de la encuesta se lograron identificar pacientes nuevos pacientes hipertensos y captar a los hipertensos que están inscritos en los programas y que no están tomando los medicamentos suministrados en el hospital. Aproximadamente el 11% de los encuestados declara antecedentes heredofamiliares de DM, así mismo la prevalencia de personas con historia de glucosa en sangre representa un 4,6% (Ver tablas 2, 3 y 4).

Tabla 5 Características básicas de las personas examinadas para DM2

variables categóricas	sexo		frecuencia esperada	p**
	hombres	mujeres		
obesidad central	38	52		
IDF ≥ 94 cm Hombres y ≥ 80 cm				<0,001
Mujeres	16,40%	65,50%	47,60%	
Obesidad central criterio OMS	11	224		<0,001
≥ 102 cm Hombres y ≥ 88 cm	3,60%	42,40%	28,20%	
Mujeres				
Sobrepeso	106	206		<0,001
IMC >25 y <30 Kg/ m2	34,90%	39,00%	37,50%	
Obesidad	27	95		<0,001
IMC > 30 Kg/ m2	8,90%	18,00%	14,70%	
>30 minutos de actividad física/día	149	178		<0,001
	49,00%	33,70%	39,30%	

Consumo diario de frutas y verduras	30 9,90%	31 5,90%	7,30%	0,033
Consumo de medicamentos antihipertensivos	27 8,90%	44 8,30%	8,50%	0,785
Antecedentes familiares de diabetes	16 5,30%	22 4,20%	4,60%	0,466
Historia de glucosa en sangre	31 10,20%	65 12,30%	11,50%	0,358

** Significancia estadística mediante la prueba de Chi cuadrado.

Tabla 6. Factores de riesgo para la DM tipo 2 en hombres de acuerdo con FINDRISC Distrito Guano - Penipe

variables categóricas puntos	0 - 6 puntos 21 - 26 puntos		7 - 12 puntos p- valor¹		13 - 20	
edad (años)	38	57	67	76	<0,001	
IMC (kg/m ²)	24	25	29	34	<0,001	
Perímetro de Cintura (cm)	80	89	98	106	<0,001	
Obesidad Central IDF ≥ 94 cm Hombres y ≥ 80 cm Mujeres	6	35	11			
	1	<0,001				
	3,40%	27,60%	84,60%	100%		
Obesidad Central Criterio OMS ≥ 102 cm Hombres y ≥ 88 cm Mujeres	0					
	8	2	1	<0,001		
	0,00%	6,90%	15,4	100%		
Sobrepeso (IMC >25 y <30 Kg/m ²)	48	50	8	0		
	<0,001					
	27,60%	43,10%	61,50%	0,00%		
Obesidad (IMC > 30 Kg/ m ²)	3	19	4	1	<0,001	
	1,70%	16,40%	30,80%	100%		
>30 minutos de actividad física/día	127	18	4	1		
	<0,001					
	1,70%	15,40%	30%	100%		
Consumo diario de frutas y verduras	127	18	4	0		
	<0,001					
	73,00%	15,50%	30,80%	0%		
Consumo de medicamentos antihipertensivos	22	7	1	0		
	<0,001					
	12,60%	15,50%	53,30%	100%		
Antecedentes familiares de Diabetes	7	18	6	0		
	<0,001					
	40%	15,50%	46,20%	0%		
Historia de Glucosa en Sangre	0	11	4	1		
	<0,001					
	0,00%	9,50%	30,80%	100%		

Significancia estadística mediante la prueba de Chi cuadrado.

Fuente: (Silva. F, 2019) encuestas levantas

Tabla 7. Factores de riesgo para la DM tipo 2 en mujeres de acuerdo con FINDRISC Distrito Guano - Penipe

variables categóricas	0 - 6 puntos	7 - 12 puntos	13 - 20 puntos	21 - 26 puntos	p-valor ¹
edad (años)	35	55	58	71	<0,001
IMC (kg/m ²)	26	28	23	36	<0,001
Perímetro de Cintura (cm)	87	78	88	98	<0,001
Obesidad Central IDF ≥ 94 cm Hombres y ≥ 80 cm Mujeres	6	35	11	1	<0,001
	3,40%	27,60%	84,60%	100%	
Obesidad Central Criterio OMS ≥ 102 cm Hombres y ≥ 88 cm Mujeres	0	8	2	1	<0,001
	0,00%	6,90%	15,4	100%	
Sobrepeso (IMC >25 y <30 Kg/m ²)	48	50	8	0	<0,001
	27,60%	43,10%	61,50%	0,00%	
Obesidad (IMC > 30 Kg/ m ²)	3	19	4	1	<0,001
	1,70%	16,40%	30,80%	100%	
>30 minutos de actividad física/día	127	18	4	1	<0,001
	2,70%	19,40%	30%	100%	
Consumo diario de frutas y verduras	127	18	4	0	<0,001
	75,00%	16,50%	32,80%	0%	
Consumo de medicamentos antihipertensivos	22	7	1	0	<0,001
	14,60%	17,50%	51,30%	100%	
Antecedentes familiares de Diabetes	7	18	6	0	<0,001
	41%	14,50%	45,20%	0%	
Historia de Glucosa en Sangre	0	11	4	1	<0,001
	0,00%	9,50%	30,80%	100%	

¹Significancia estadística mediante la prueba de Chi cuadrado.

Fuente: (Silva. F, 2019) encuestas realizadas

Las variables y los datos se recogieron según categorías y variables específicas por FUNDRISC en base a estudios y parámetros establecidos por investigaciones realizadas

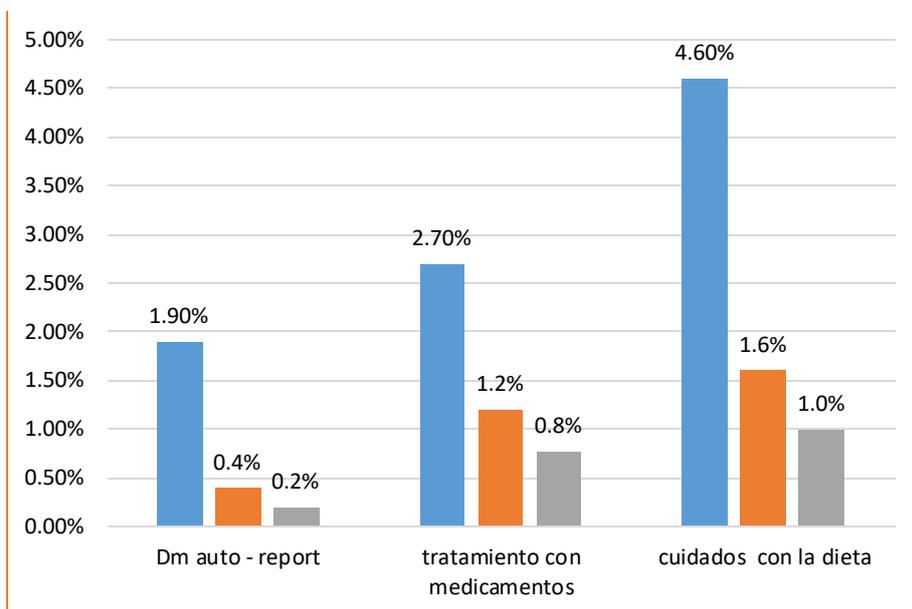


Figura 5. Prevalencia de DM2 auto-reportada

Fuente: (OSP, 2017)

La muestra presentó un 4,6% de personas con DM, cifra que se obtuvo como respuesta a la pregunta ¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de salud le ha dicho que tiene o padece de DM o de azúcar en la sangre?

Del número de diabéticos encontrados un 2,7% son mujeres y 1,9% hombres concentrados en su mayoría en la vereda el Carmelo del municipio de Santa Rosa. Es conveniente analizar el bajo porcentaje de diabéticos que siguen un tratamiento médico (0,4% de hombres y 1,2% de mujeres) o siguen cuidados en la dieta (0,2% hombres y 0,7% mujeres); caso similar al encontrado en los pacientes hipertensos de los cuales solo un 8,5% siguen tratamiento e indicaciones médicas para control.

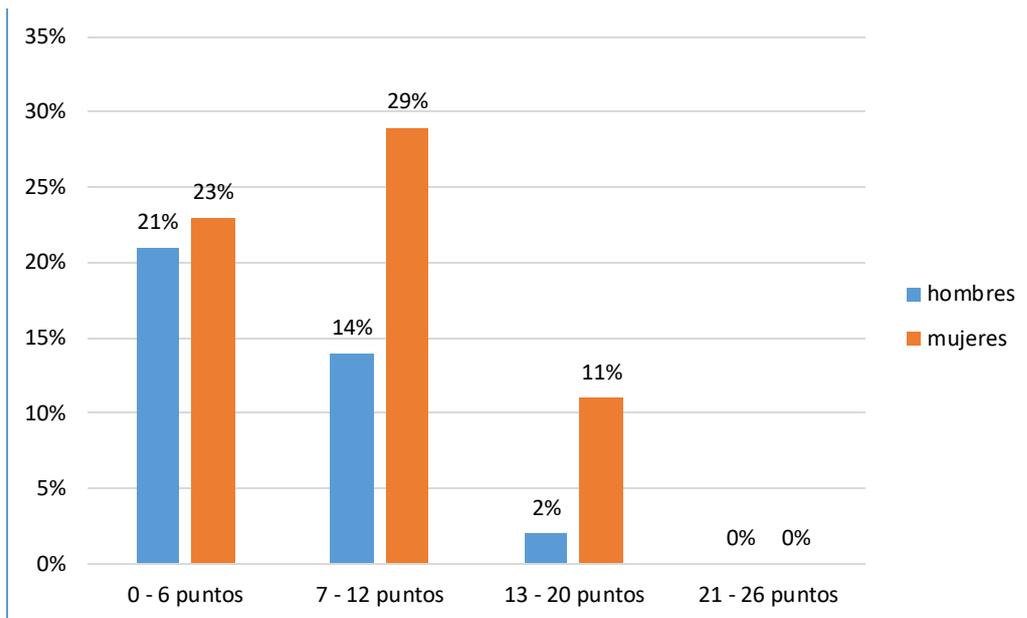


Figura 6. Distribución de categorías en hombres y mujeres

Fuente: (FUNDRISC, 2019)

Se muestra la distribución de hombres y mujeres de acuerdo a las categorías FINDRISC correspondientes de 0 a 6 puntos, 7 a 12 puntos, 13 a 20 puntos y 20 a 26 puntos. La prevalencia de FINDRISC entre 7 a 12 puntos corresponde a 13,94% hombres y 29,33% mujeres; la prevalencia de 13 a 20 puntos fue del 1,56% en hombres y 10,70% en mujeres; el 0,12% de hombres y 0,24% de las mujeres tienen un FINDRISC de más de 20.

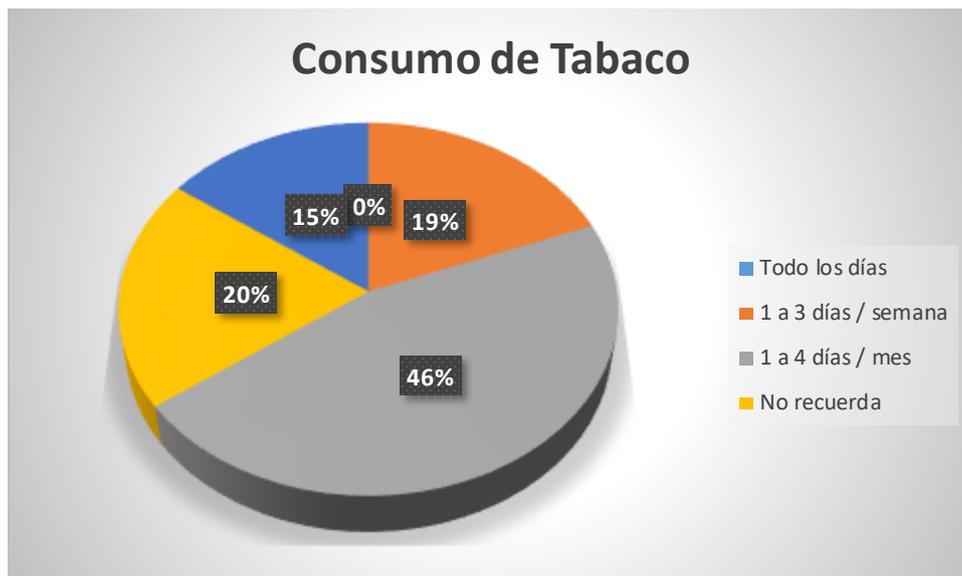


Figura 7. Identificación del hábito del consumo de tabaco

El gráfico representa la identificación del inicio del consumo de tabaco según la pregunta sobre la frecuencia de consumo, hallando que el 46% su hábito de fumar es de 4 días a la semana, pero también se observa un valor significativo de inicio del hábito de fumar es que el 16 % de los encuestados fuma todos los días mientras un 20 % no lo recuerda.

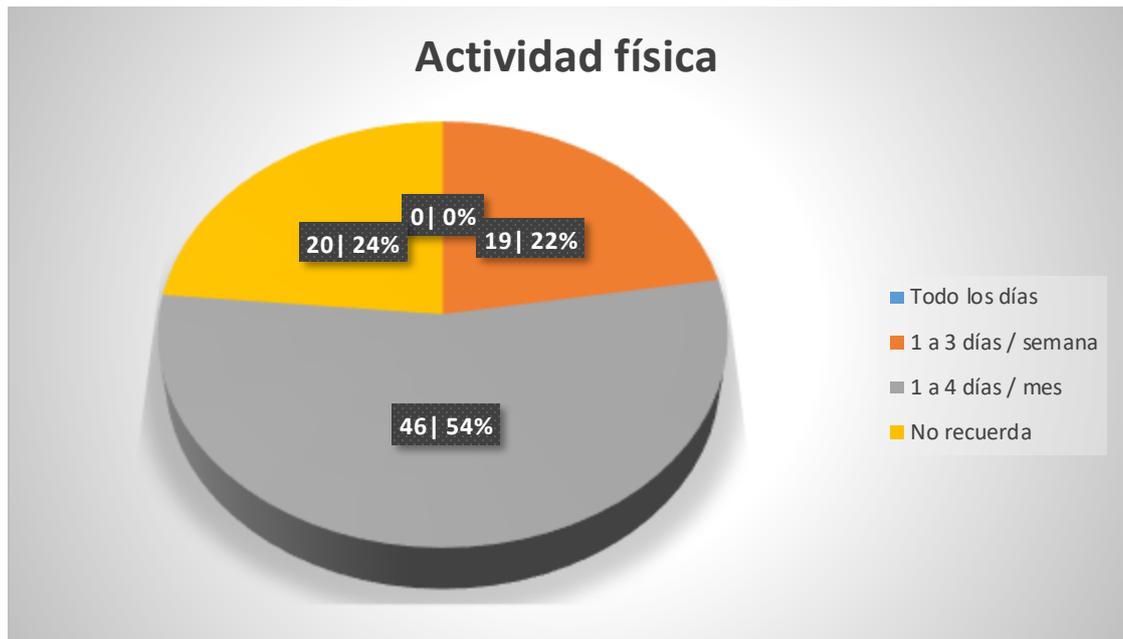


Figura 8. Tiempo de dedicación a un deporte diario - Distrito Guano – Penipe

La figura muestra el hábito diario en la realización de una actividad física y según podemos observar que el 46% no tiene ningún hábito de realización de actividad física entendida como la aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco en sus trabajos, mientras que un 14% realiza un deporte diario de 41 a 90 minutos.



Figura 9. Consumo de sal según percepción de los encuestados - Distrito de Guano - Penipe

Se observa el consumo de sal en las personas encuestadas, el 10,6% (88) consideran que consumen mucha sal y 58,1% (483) consumen sal en cantidad justa un aspecto a tener en cuenta es que las personas que consideran que consumen mucha sal o justa esta gran parte de los pacientes hipertensos y se presenta el caso de una persona que cocina sin sal por prescripción médica y antecedentes de trastorno hipertensivo.

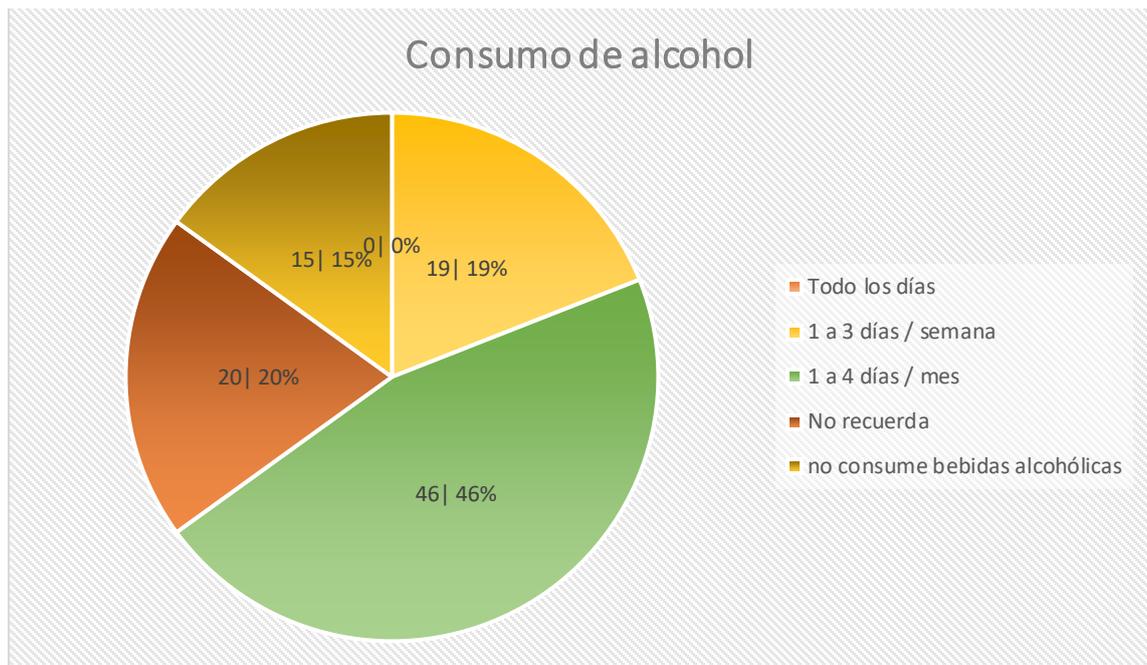


Figura 10. Consumo de alcohol

El 26% de los participantes dicen consumir bebidas alcohólicas de 1 a 4 días en el mes correspondiente a los fines de semana y días de mercado, el 67,7% de las personas que dicen no consumir bebidas alcohólicas está integrado en su gran mayoría por el sexo masculino, existe un 2,4% que consumen alguna bebida alcohólica de 1 a 3 días en la semana.

En la tabla 5 que se presenta a continuación se observa que las bebidas más consumidas por los encuestados son la cerveza y bebidas tradicionales (chicha y guarapo) en un 27,3% y 21,9% respectivamente; la respuesta a la pregunta: en los días que toma ¿Cuántas unidades acostumbra a tomar por día? Haciendo la aclaración que son las unidades bebidas por persona y no por el grupo en total, se obtiene que 161 refieren tomar de 0.5 a 8 unidades de cervezas por día y 149 refieren beber la misma cantidad de guarapo por día; 21 personas manifiestan haber ingerido más de 18 cervezas por día. (ver tabla para cuantificar el consumo de alcohol).

Tabla 8. Consumo de alcohol

Variable	Características	%	Unidades/día*		
			0.5-8	sep-17	>18
Consumo de bebidas alcohólicas	Whiskey/Vodka	0,2	2	0	0
	Aguardiente	13,6	111	0	5
	Cerveza	27,3	161	43	21
	Tradicional	21,9	149	15	17

5. CAPITULO PROPUESTA.

5.1. PROPUESTA DE PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL CUIDADO PALIATIVO DE LA REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA DIABETES MELLITUS, EN LOS HABITANTES DEL DISTRITO DE GUANO – PENIPE

Datos Informativos

Entidad Ejecutora

Institución: Universidad Estatal de Milagro

Departamento de Posgrado y Educación Continua: Maestría en Salud Pública

Cohorte: Primera

Modalidad: Presencial

Coordinador: Lic. José Gabriel Suarez

Tutor: Dr.C. Oswaldo López Bravo

Maestrante: Dra. Fabiola Silva

5.1.1. Introducción.

Los conocimientos, de los miembros de las familias con personas que sufren de diabetes mellitus en los últimos tiempos han tenido avances consistentes, cada vez van siendo más amplios, acorde con el desarrollo del avance científico de la sociedad, por lo tanto, ya no es solamente la actuación del personal de salud para atender a la comunidad y personas que están propensas a la diabetes mellitus para realizar actividades de prevención y atención acorde con la situación de las personas:

- Identificación de factores de riesgo modificables o no.
- Aplicación de normas de salud preventiva, especialmente en aspectos nutricionales.
- Atención a las personas que tienen diabetes mellitus.
- Ejecución de normas de conducta de carácter familiar e individual para la atención a las personas con diabetes.

El desarrollo de la sociedad cada vez es más evidente; el desorden alimenticio que tenemos las personas debido a las condiciones laborales, alienamiento cultural excesivo consumo de hidratos de carbono, azúcares y grasas saturadas, lo que conlleva a un desequilibrio en el estado nutricional presentándose sobre peso y obesidad factores que han aumentado los riesgos de contraer la diabetes mellitus.

Por lo que, es imprescindible la capacitación cada vez más actualizada en conocimientos, habilidades y destrezas, mediante la cual los miembros de comunidades y familias en las que existen personas con alto riesgo de contraer o ya tienen diabetes. La familia es pilar fundamental e importante para ejecutar los procedimientos de prevención, atención de estas personas que presentan el riesgo o la enfermedad, fijando un objetivo, el de preservar las condiciones de salud adecuadas, debiendo hoy enfrentar retos y oportunidades sociales, cambios de actitud, asumir el desafío de adquirir conocimientos y desarrollar las aptitudes necesarias a ser aplicadas.

El presente programa está diseñado para desarrollarse en 4 ejes temáticos:

- Proyecto 1. La Diabetes Mellitus.
- Proyecto 2. Diabetes y estado de los cuidados.
- Proyecto 3. Cuidados de calidad al paciente diabético.
- Proyecto 4. Planes de cuidados personalizados:

Una vez concluida la capacitación, las personas fortalecerá las capacidades para realizar actividades para intervenir en las diferentes acciones dirigidos a proteger al individuo, familia y comunidad en general, tomando en cuenta los diferentes niveles de afectación.

5.1.2. Antecedentes.

La diabetes mellitus es una enfermedad universal y ampliamente distribuida en todo el mundo, que afecta en la actualidad a más de 110 millones de personas. En América Latina hay más de 15 millones de personas afectadas. Las tasas de morbilidad y mortalidad, han presentado un aumento significativo en la última década, constituyendo actualmente de las primeras causas de muerte en el país, siendo la diabetes mellitus tipo 2. La incidencia de esta enfermedad aumenta con la presencia de factores de riesgo tales como: obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, antecedentes familiares de diabetes, estrés y la edad asociada a los factores de riesgo antes mencionados. Existen acciones de promoción y de prevención que ofrecen a la población herramientas para mejorar su salud integral y prevenir la aparición de esta enfermedad y sus complicaciones. Las medidas destinadas a modificar el estilo de vida y los factores de riesgo mencionados serán efectivas a lo largo del tiempo para la disminución de la prevalencia de esta enfermedad. Con esta guía se ofrece un instrumento no solo al personal de salud que labora en las unidades operativas, sino también a las familias que contribuye a unificar y ejecutar los criterios para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las personas adultas con diabetes mellitus, con la finalidad de brindarles una atención oportuna, eficaz, eficiente y efectiva, y de esta forma

lograr que las mismas alcancen una mayor y mejor calidad de vida con la participación de la familia y la comunidad. Esta Guía de Atención en ningún momento debe sustituir el criterio o juicio clínico del médico(a) al momento de brindar la atención a las personas, sino que constituye una herramienta para facilitar el abordaje integral del paciente. El personal del sector salud, pacientes u otras personas que no sean médicos(as), deben asesorarse con profesionales de la medicina (Doctores(as) en Medicina) al momento de tener dudas al respecto.

5.1.3. Objetivos

Objetivo General

- Fortalecer capacidades a las familias de los habitantes con diabetes mellitus de las comunidades del distrito de salud Guano – Penipe.

Objetivos Específicos:

- Capacitar a los habitantes de las comunidades en prevención de la diabetes mellitus.
- Formar grupos de terapias preventivas y de cuidado para pacientes con diabetes mellitus.

5.1.4. Justificación

La Universidad Estatal de Milagro toma un rol protagónico en la inclusión, dotando de nuevos conocimientos en aspectos sociales inherentes a la mejora de la calidad de vida, es por eso que, nace la idea de la Maestría en Salud Pública, y con ello las actividades de vinculación con la colectividad por medio de la cual se hace transferencia de conocimientos cubriendo necesidades de capacitación a los miembros de las familias y comunidades donde existen personas en alto riesgo de contraer o presenta ya diabetes mellitus. Con este programa de capacitación impulsaremos el mejoramiento de la atención a esas

personas que necesitan este tipo de atención. El departamento de Posgrado a través de la Maestría en Salud Pública, a más de la formación de profesionales, otra de las funciones elementales es la de capacitar a las personas en áreas de interés social como es la diabetes mellitus que está afectando a gran parte de la comunidad.

Tabla 9. Resultados e indicadores del Plan

RESULTADOS	INDICADORES
Se habrá capacitado las familias de las comunidades	80 familias fortalecen los conocimientos, sus habilidades y destrezas en lo preventivo y cuidado de personas con diabetes mellitus
	80 personas con diabetes mellitus mejoran sus condiciones de salud y nivel de vida.

Localización y Cobertura

País: Ecuador

Provincias: Chimborazo

La cobertura e incidencia del programa es a nivel de zonal, en la que, participarán hombre y mujeres de las diferentes familias y comunidades de incidencia del Distrito Salud Guano - Penipe.

5.1.5. Metodología.

La metodología general del evento es la de APRENDER – HACIENDO. En la capacitación y prácticas el método interactivo de enseñanza será uno de los procesos andragógicos (saber de la experiencia del participante) lo que le permite a los participantes fortalecer, conceptos y generar resultados positivos medibles cualitativa y cuantitativamente. La capacitación está diseñada para realizarse con una técnica de discusión, demostrativa y participativa, para lograr el máximo aprovechamiento para que los participantes comprendan, apliquen y generen las habilidades y destrezas que tienen que conocer, para emplear de manera eficiente y adecuada los conceptos y generar resultados positivos.

Momento 1 **VER**

Reconocimiento de problemas.

Momento 2 **ANALIZAR**

Reconocimiento de los saberes de los participantes.

Momento 3 **TRANSFORMAR**

Intercambio de los saberes del grupo.

Momento 4 **EVALUAR**

Discusión y Sistematización de los nuevos saberes.

Con esto, se pretende que los participantes expresen sus preconcepciones sobre el manejo de emergencias, con énfasis en el cómo actuar cuando se presenta la necesidad de participación en emergencias del personal bomberil.

Se genera un intercambio de opiniones entre los participantes sobre las situaciones vividas con personas que tienen alto riesgo o presentan la enfermedad, se realiza una síntesis de los resultados de dicho intercambio. La capacitación se realizará por medio de talleres, participativos e interactivos.

En la jornada de trabajo académico se realizará dos componentes uno teórico y otro práctico: El componente teórico se realizará con acción dirigida por el facilitador y evidenciado con el trabajo autónomo y el componente práctico con el intercambio del trabajo en las diferentes unidades de de salud y en sus hogares.

Ejes Temáticos

Tema 1: La Diabetes Mellitus.

- Introducción:
 - El órgano páncreas
 - Hormona insulina
 - Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem
- Diferencias entre la Diabetes tipo 1 y el tipo 2:
 - Progresivo deterioro del páncreas.
 - Disminución de entrada de glucosa al músculo.
- Consecuencias de la diabetes:

- Complicaciones agudas
- Hipoglucemia
- Complicaciones crónicas
- Macrovasculares: Cardiopatías
- Microvasculares: Vasculopatías
- Retinopatía
- Nefropatía
- Tema 2: Diabetes y estado de los cuidados.
 - Descompensación de autocuidados.
 - Factores de riesgo.
 - Principales autocuidados afectados:
 - Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 - Exceso de hidratos de carbono en la dieta.
 - Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
 - Elevado riesgo a padecer complicaciones.
 - Equilibrio entre la actividad y el reposo.
 - Mayor reposo que actividad.
- Tema 3: Cuidados de calidad al paciente diabético.
 - Planes de cuidados estandarizados:
 - Revisión
 - Crítica
- Planes de cuidados personalizados:
 - Diagnósticos: detección del problema
 - Objetivos: metas a alcanzar
 - Actividades: educación para la salud.
 - Fortalecimiento de los autocuidados.

Personal y Equipo Técnico

El equipo capacitador está conformado por profesionales en el área de la salud de las Unidades Operativas del distrito Guano Penipe, los Maestranes de Salud Pública de la UNEMI.

Elaborado Por:

Dra. Fabiola Silva

Maestrante, Salud Pública

CONCLUSIONES

Según las características sociodemográficas se determinó que las mujeres predominan la población diabética. La mayoría de pacientes están entre las edades de 45 años de edad, seguidos de las edades comprendidas entre 50-64 años.

La mayoría de pacientes son de estado civil casados lo que hace suponer que la condición civil no interfiere en el cuidado de su salud. En su mayoría los pacientes diabéticos son de instrucción básica y en menor proporción la población tiene instrucción primaria incompleta, lo que puede influenciar directamente en el cuidado de su enfermedad, ya que, por el hecho de no poseer ninguna instrucción, impide que la información llegue de la manera adecuada y pone en desconocimiento al usuario, obteniendo como resultado que el paciente no cumpla con el tratamiento adecuado.

Es el estilo de vida de los pacientes que acuden al Centro de Salud no es adecuado, debido a que un cuarto de la población aproximadamente no es habitual el consumo de verduras, en menor número casi nunca consume frutas, poco más de la mitad de la población consumen pan todos los días, el casi la totalidad consumen de 0 a 3 tortillas, agregan azúcar a la dieta algunas veces en un cuarto de la población, el consumo de sal lo realizan de forma diaria del total de la población casi un tercio. El ejercicio no es una práctica habitual, ya que solo el un poco más de la mitad lo realiza de 3 o más veces a la semana y un quinto de la población casi nunca lo realiza, por lo cual podría presentarse complicaciones.

Se logró formular una propuesta con las acciones de enfermería con el fin de mejorar el conocimiento en la práctica de hábitos saludables, cuyo resultado será el buen control de la enfermedad, mejorando la calidad de vida del individuo y la familia evitando las complicaciones de la diabetes.

RECOMENDACIONES

Brindar capacitación continua a las personas diabéticas y concientizar a sus familiares los cuales deben brindar apoyo emocional para afrontar las necesidades de la enfermedad, además la genética, es uno de los factores no modificables para la diabetes por tanto paciente y familiares deben estar informados sobre los cambios que se deben realizar en sus estilos de vida para prevenir futuras complicaciones.

Coordinar con el equipo de salud un seguimiento continuo a los pacientes diabéticos que se encuentren en riesgo de complicaciones mediante visitas domiciliarias aplicando la atención primaria de salud al asesorar y reforzar las actividades en el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Fomentar una intervención intersectorial para la promoción de la salud, campañas informativas sobre prácticas saludables, orientadas a la familia de los pacientes para evitar complicaciones causadas por la enfermedad.

REFERENCIAS

- Arauco, O. Frecuencia de diabetes mellitus y factores de riesgo asociados en el distrito de Villa el Salvador- Lima. Tesis de Maestría, UPCH, Lima, 1999.
- ROSENZWEIG, J. (2007). *Diabetes y Sistema Sanitario: costos económicos y sociales*.
- Carolina, E., Molena, C., Soares, T., Marcon, S., & Nakamura, R. (2012). Factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Latinoamericana de enfermería*.
- Casas Figuer, L. Á., & Vargas Uricoech, H. (s.f.). *Sociedad Española de Arteriosclerosis*. Obtenido de Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica.
- Castillo, J. (2015). *Factores de riesgos modificables*.
- Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes. (2018). *Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes*. Obtenido de <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>
- Cobo Abreu, C., & San Miguel, G. (2007). Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica en pacientes con asma y enfermedades pulmonares obstructiva crónica. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*.
- Erasmus, R., Blanco, E., Okesina, A., & Mesa, J. (2001). Importance of family history in type 2 black south African diabetic patients,. *Postgraduate Medical Journal*, 323 - 325.
- García, F., Solís, J., Luque, E., Neyra, E., Manrique, H., Cancino, R., . . . Zacarías, E. (2015). *RLAE*. Obtenido de Revista Latinoamericana de Enfermería: <http://rlae.eerp.usp.br/>

International Diabetes Federation. (s.f.). *IDF DIABETES ATLAS*. Obtenido de <http://www.diabetesatlas.org/>

Isselbacher, H. (2001). *Principios de Medicina Interna*. Hill Interamericana.

MEZA RAMÍREZ, F. G. (2017). *FACTORES DE RIESGO SU INFLUENCIA Y DESARROLLO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II, EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, SECTOR LOS VERGELES, CANTÓN BABAHOYO, PROVINCIA LOS RÍOS, SEGUNDO SEMESTRE 2017*. Babahoyo: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO.

OMS/FID. (2016). *Actuemos contra la diabetes*. Obtenido de http://www.who.int/diabetes/actionnow/Booklet_final_version_in_spanish.pdf

Orellana, C. (23 de junio de 2015). *El Diario EC*. Obtenido de <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/359304-el-coste-de-la-diabetes-mellitus/>

OSP. (2017). *La diabetes un problema prioritario de salud*.

Rebolledo, F. A. (2009). *NEUROPATÍA DIABÉTICA*. Mexico: Alfin.

Rodríguez Pascual, N. (2009). *Causas principales de mortalidad precoz y exceso de mortalidad en la población diabética española. Estudio DRECE III*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

SANOFI, A. D. (2016). *Diabetes*.

Serra, L., & Aranceta, J. (2013). *Nutrición y Salud Pública. Bases científicas y aplicaciones*.

Socarrás Suárez, M., Bolet Astoviza, M., & Licea Puig, M. (2002). *Diabetes mellitus: tratamiento dietético*. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*.

Valenzuela, A. (2012). *Obesidad y sus Comorbilidades*. Santiago de Chile: Mediterraneo.

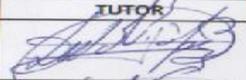
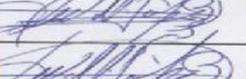
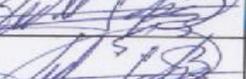
Zozaya, N., Villoro, R., Hidalgo, Á., Oliva, J., Rubio, M., & García, S. (2015). *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Obtenido de Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad.: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=26/05/2015-28ff538b32>

ANEXOS

Anexo Mapa de Ubicación zona de estudio.



Instituto de Postgrado y Educación Continua
Maestría en Salud Pública
Seguimiento de Tutorías para Trabajo de Titulación

TEMA DEL PROYECTO:	FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA AFECTADA EN PACIENTES DIABÉTICOS.				
AUTOR:	Fabiola Silva				
TUTOR:	Ing. Oswaldo López Bravo Ph.D				
N.- TUTORÍAS	ACTIVIDAD	FECHAS	OBSERVACIÓN	FIRMAS	
				TUTOR	ESTUDIANTE
1	ACEPTACIÓN DE TUTORÍAS, REVISIÓN Y REAJUSTE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	30/6/2019	Alinear los objetivos con las líneas de investigación		
2	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 1 Y 2 DEL TRABAJO INVESTIGATIVO	5/7/2019	revisar variables de estudio y replantar las mismas		
3	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 3 DEL TRABAJO INVESTIGATIVO	25/7/2019	revisión de literatura		
4	EJECUCIÓN: ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE CAMPO	30/7/2019	revisión de la herramienta de análisis		
5	REVISIÓN DE INSTRUMENTOS, REAJUSTES, PRUEBA	4/8/2019	revisión de la herramienta de análisis		
6	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE CAMPO	4/8/2019	revisión de la herramienta de análisis		
7	REVISIÓN PROCESAMIENTO DE DATOS.	30/6/2019	revisión de la herramienta de análisis		
8	REVISIÓN DEL CAPITULO 4	4/8/2019	mejoramiento de análisis de los resultados		
9	PREPARACIÓN RESULTADOS, TABLAS, GRÁFICOS Y ANÁLISIS	24/8/2019	mejoramiento de análisis de los resultados		
10	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 5: LA PROPUESTA	24/8/2019	mejoramiento de análisis de los resultados		
11	PREPARACIÓN DE INFORME FINAL	3/9/2019	mejorar sintaxis y redacción del informe		
12	PREPARACIÓN DE METODOLOGÍA DE SUSTENTACIÓN	3/9/2019	mejorar sintaxis y redacción del informe		

COORDINACIÓN DE LA MAestrÍA EN SALUD PÚBLICA



Instructivo: Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes Tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la

respuesta elegida.

Anexo. Escala de Calidad de Vida y Satisfacción en Pacientes

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: _____

Dirección:

Edad: años Género: Femenino Masculino _____

Auto identificación étnica:

Blanco Mestizo Indígena Afro- ecuatoriano _____

Estado civil:

Soltero/a: Casado/a: Divorciado/a: Viudo/a: Unión de hecho: _____

Nivel de instrucción:

Básica Bachillerato Nivel técnico Tercer nivel Cuarto nivel: _____

Profesión u Oficio: _____ **Jubilado: Sí** _____ **No** _____

Ud. padece de:

Presión Alta: Diabetes: Enfermedades del corazón: Sobrepeso:

Cáncer: Si NO: ¿Dónde?: _____

Consecuencias de la enfermedad: Sí NO

Padece de otras enfermedades: Si _NO:

Capacidades especiales: Sí No _

Ud consume: Tabaco: Alcohol: Café: Ninguno:_



Instructivo: Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes Tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la

respuesta elegida.

DIMENSIONES BÁSICAS DE CALIDAD DE VIDA

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
1	¿Le afectan los cambios que su enfermedad ha provocado en su persona?				
2	¿Ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad?				
3	¿Su enfermedad ha limitado su actividad física?				
4	¿Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad?				
5	¿Es independiente en las actividades de cuidado personal?				
6	¿La enfermedad le produce limitaciones a la hora de realizar actividades?				
7	¿La enfermedad afecta su descanso?				
8	¿Ha tenido problemas económicos por su enfermedad?				
9	¿Ha limitado el consume de azúcar?				
10	¿Ha limitado el consume de sal?				
11	¿Ha afectado su enfermedad a su familia?				



Instructivo: Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes Tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la

respuesta elegida.

DIMENSIONES EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
12	¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?				
13	¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?				
14	¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?				
15	¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?				

Gracias por su atención.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA AFECTADA EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL DISTRITO GUANO-PENIPE 2018.docx (D54174902)
Submitted: 6/27/2019 12:36:00 AM
Submitted By: fabiolasilvaortiz77@gmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

YURI-PROYECTO INVESTIGATIVO COMPLETO.docx (D50214798)
<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=26/05/2015-28ff538b32>
https://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus
<http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>
<http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/359304-el-coste-de-la-diabetes-mellitus/>

Instances where selected sources appear:

9

