



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA

FACTORES MODIFICABLES QUE INCIDEN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE.

BABAHOYO. 2019

Proyecto de grado previo a la obtención del título de Máster en Salud Pública

MAESTRANTE

RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

EGRESADOS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROMOCION 2017 – 2019

TUTORA

DRA. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA MSC.

Dra. Katiuska Mederos Mollineda

C.I.:0958824575

**MILAGRO, 2019
ECUADOR**

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por el Sr. Md. **RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR**, para optar el título de Magister en Salud Pública y que acepto tuturar al maestrante, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Que he revisado, analizado los resultados y la propuesta de la investigación, presentados en el informe final, sobre **FACTORES MODIFICABLES QUE INCIDEN EN PACIENTES**

CON DIABETES MELLITUS TIPO II. CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO. 2019, como requisito para su aprobación y optar al título de Magister en Salud Pública.

Presentado por:



Md. RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

C.I.: 1204803348

DECLARACIÓN DE LA AUTORIA DE LA INVESTIGACIÓN

Md. RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR, declaro en honor a la verdad ante el Consejo Directivo del Instituto de Postgrado y Educación Continua de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de autoría propia, 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.



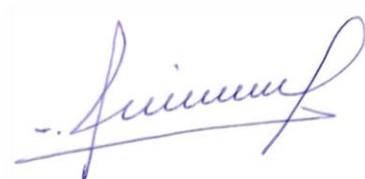
Md. RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

C.I.: 1204803348

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

EL TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA	[55]
DEFENSA ORAL	[37]
TOTAL	[92]
EQUIVALENTE	[MUY BUENO]



PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



DOCENTE DELEGADO



Firmado electrónicamente por:
**LIZAN
GRENNADY AYOL
PEREZ**

DOCENTE SECRETARIO

DEDICATORIA

A mí querida familia, esposa e hijos quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por la paciencia y el amor diciéndome siempre que Dios está conmigo.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todas mis docentes, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles.



Md. RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

C.I.: 1204803348

AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas y colegas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo. En primer lugar, quisiera agradecer a mi esposa María Esther Obando Peña que me han ayudado y apoyado en todo mi producto, a mi tutor, Katuska Mederos, por haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos.



Md. RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

C.I.: 1204803348

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Ing. Fabricio Guevara Viejó, PhD.

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente se procede hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención del Título de Cuarto Nivel, cuyo tema es: **FACTORES MODIFICABLES QUE INCIDEN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO. 2019**, y que corresponde al Instituto de Postgrado y Educación Continua IPEC.



Md. RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

C.I.: 1204803348

INDICE

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	i
DECLARACIÓN DE LA AUTORIA DE LA INVESTIGACIÓN	i
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA	ii
DEDICATORIA iii AGRADECIMIENTO	iv
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	v
INDICE	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.1. Problematización	4
1.1.2. Delimitación del problema.	5
1.1.3. Formulación del problema.	5
1.1.4. Sistematización del problema.	6
1.1.5. Determinación del tema.	6
1.2. OBJETIVOS	6
1.2.1. Objetivo General.	6
1.2.2. Objetivos Específicos.	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	6
1.3.1. Justificación de la investigación	6
CAPITULO II MARCO REFERENCIAL	8
2.1. MARCO TEÓRICO	8
2.1.1. Antecedentes históricos	8
2.1.2. Antecedentes referenciales	9
2.1.3. Fundamentación	11
2.2. MARCO LEGAL	12
2.3. MARCO CONCEPTUAL	13

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	
2.4.1. Hipótesis General	
2.4.2. Hipótesis particulares	
2.4.3. Declaración de las variables	
2.4.4. Operacionalización de las variables	
CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO	30
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	30
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	30
3.2.1. Características de la población.	30
3.2.2. Delimitación de la población	30
3.2.3. Tipo de muestra	31
3.2.4. Tamaño de la muestra	31
3.2.5. Proceso de selección	31
3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	31
3.3.1. Métodos teóricos	31
3.3.2. Métodos empíricos	32
3.3.3. Técnicas e instrumentos	32
3.4. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	32
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	32
CAPÍTULO IV ANALISIS E INTERPRESTACION DE RESULTADOS	33
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	33
4.1.1. Análisis de la situación actual	33
4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVA	40
4.3. RESULTADOS	45
CAPÍTULO V PROPUESTA	47
5.1	47
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad de los pacientes Gráfico 2 Género de los pacientes.

Gráfico 3 Antecedentes Patológicos Familiares

Gráfico 4 Sedentarismo y Actividad Física

Gráfico 5 Índice de masa corporal en la Historia Clínica

Gráfico 6 Alcoholismo

Gráfico 6.1 Alcoholismo

Gráfico 7 Tabaquismo

Gráfico 8 Hábitos alimentarios

Gráfico 9 *Valor de Glicemia en ayuna*

Gráfico 10 tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo II

Gráfico 11 Cifras de Tensión Arterial del paciente en la HC **FACTORES**

MODIFICABLES QUE INCIDEN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO. 2019

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo II es un problema de salud con significativo incremento diario de la morbimortalidad considerándose la gran crisis mundial de salud pública. Por lo que en el presente estudio se decide seleccionar los factores modificables que inciden en los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque de enero a junio del 2019, donde se realizó un estudio piloto mediante un diseño cuantitativo, documentalbibliográfico, transversal de tipo descriptivo no experimental, a los pacientes que acudieron al centro de salud, utilizándose para la recolección de la información en las historias clínicas de los pacientes, una guía observacional. Los factores de riesgo modificables seleccionados se comportaron con en un 78,30% de individuos que llevan una vida sedentaria con una ingesta calórica mayor que el gasto y no realizan ejercicios físicos en su gran mayoría, el Índice de Masa Corporal (IMC) evidenció que el 69,57% tenían obesidad con un IMC mayor de que 30 kg/ m², con el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas y la adicción al tabaco, es de señalar que un gran por ciento de pacientes diabéticos consumen y son adictos, otro factor son los hábitos alimentarios donde el 64,43% son incorrectos y en el control de glicemia en ayunas se detectó que más de la mitad se encontraban en hiperglucemia. Se concluye que los factores de riesgo continúan incidiendo en la morbilidad del paciente diabético por lo que esta investigación motivo a realizar una propuesta con la implementación de un taller motivacional para mejorar la calidad de vida de los pacientes, familia y comunidad.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus tipo II, Factores de riesgo, IMC, hábitos alimentarios.

MODIFICABLE FACTORS THAT INCIDENT IN PATIENTS WITH MELLITUS TYPE II
DIABETES. ENRIQUE PONCE LUQUE HEALTH CENTER. BABAHOYO. 2019

SUMMARY

ABSTRACT

Type II diabetes mellitus is a health problem with a significant daily increase in morbidity and mortality, considering the great global public health crisis. Therefore, in the present study it is decided to select the modifiable factors that affect patients with type II diabetes mellitus who attend the Enrique Ponce Luque Health Center from January to June 2019, where a pilot study was carried out using a quantitative design, Documentary-bibliographic, transversal of nonexperimental descriptive type, To the patients who went to the health center, an observational guide was used to collect the information in the patients' medical records. The modifiable risk factors selected behaved in 78.30% of individuals who lead a sedentary life with a caloric intake greater than the expense and do not perform physical exercises in the vast majority, the Body Mass Index (BMI) showed that 69.57% were obese with a BMI greater than 30 kg / m², with uncontrolled consumption of alcoholic beverages and tobacco addiction, it is noted that a large percentage of diabetic patients consume and are addicted, another factor is eating habits where 64.43% are incorrect and in the control of fasting blood glucose it was detected that more than half were in hyperglycemia. It is concluded that the risk factors continue to affect the morbidity of the diabetic patient, which is why this research motivated a proposal with the implementation

of a motivational workshop to improve the quality of life of patients, family and community.

KEY WORDS: Diabetes Mellitus type II, Risk factors, BMI, eating habits.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la diabetes como una alteración metabólica que se caracteriza fundamentalmente por una glucemia elevada y por complicaciones microvasculares y cardiovasculares que producen un aumento de la prevalencia en cuanto a morbilidad y mortalidad reduciendo la calidad de vida de las personas. (World Health Organization, 2000). La diabetes Mellitus tipo II (DM2) representa una costosa carga para los individuos que la padecen, para su familia y la sociedad, viéndose afectados aspectos de su vida diaria, personal, familiar, social y laboral afectando además su capacidad funcional y calidad de vida. (World Health Organization, 2016) Por estos motivos se decidió realizar la investigación con el objetivo de determinar los factores modificables que inciden en los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque en el año 2019.

En investigaciones realizadas se estima que en el 2030 el número de personas con diabetes superara los 300 millones afectando todos los países sin excepción tanto los desarrollados como los en vías de desarrollo, destacándose dentro de las principales causas los factores de riesgos modificables como el cambio en la alimentación y la no práctica de ejercicios provocando un aumento de la obesidad y el sedentarismo. (Scheffel, 2004). La asociación americana de la diabetes refiere que más de 30 millones de estadounidenses tienen diabetes y, cada 21 segundos, otra persona más recibe un diagnóstico de diabetes. (American Diabetes Association, 2004)

La OMS estima que, en las últimas 3 décadas, la prevalencia (estandarizada por edad) de la diabetes ha aumentado en todos los países, independientemente del nivel de ingresos, (ha aumentado más rápidamente en los países con ingresos bajos y medios que en los países de ingresos altos) reflejando el incremento global en los factores de riesgo, como el sobrepeso o la obesidad. (World Health Organization, 2003)

En América Latina se reportan cerca de 62 millones de personas con diagnóstico de diabetes y se prevé que los casos seguirán aumentando por los altos índices de sobrepeso en la región, donde la cifra de obesos es el doble que el promedio mundial, con Bahamas, México y Chile entre las tasas más altas. (Mayer-Davis et al, 2012)

En Ecuador en 51 por ciento aumentó el número de fallecidos por diabetes en los últimos 10 años, siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), y la estadística hace referencia que más mujeres que hombres perdieron la vida a causa de la diabetes en 2016 con cifras de 2.628 mujeres frente a los 2.278 hombres que murieron por la enfermedad, sin embargo, no se conoce la cantidad de personas que convive con la enfermedad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2018 ofrece datos preliminares refiriendo que el 7,1 y el 7,8% de ecuatorianos vive con diabetes. Si se compara con la población actual, que según el INEC es de 17,1 millones de ecuatorianos, 1,3 millones de personas tendrían diabetes. En el mundo, el 50% de la población que padece esta enfermedad no lo sabe, ya que se presenta cuando sus efectos son irreversibles.

Algunos estudios (Standards of medical Care in Diabetes, 2012) han demostrado que el control de peso, de la dieta y el aumento de la actividad física disminuyen la resistencia a la insulina, disminuyendo así, por consiguiente, las oportunidades de desarrollar la diabetes. Además, datos de la OPS demostraron ser esta, una medida más eficiente que la utilización de medicamentos en la prevención primaria de la diabetes (Morsanutto, y otros, 2006) así como otros estudios sugieren realizar mediante salud pública prevención de la diabetes tipo II con diferentes programas que promuevan la mejoría de la salud de la población con cambios en el estilo de vida (Nice; 2012)

La presente investigación es de gran importancia y esencial en la prevención de salud en la atención primaria porque permite brindar educación al paciente diabético, familia, y población en general evitando complicaciones y mejorando el estilo de vida.

Teniendo en cuenta los factores modificables que inciden en los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acudieron al centro de salud Enrique Ponce Luque en el año 2019, se ha realizado la presente investigación, donde se reflejaron de forma clara las causas y posibles consecuencias que influyen en la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus siendo un problema de salud para la pronta recuperación de estos pacientes.

La investigación se realizó de forma analítica, correlacional, de campo, no experimental, cuantitativo-retrospectivo y bibliográfico, con revisión de historias clínicas que proporcionaron datos importantes, logrando cumplir con los objetivos propuestos y la verificación de hipótesis

planteadas en la investigación. De esta forma con el estudio se pretende beneficiar a la población en forma general.

Una vez concluida la investigación y analizando los resultados obtenidos, se pudo diseñar una propuesta basada en diseñar un taller motivacional dirigido a los pacientes, familiares y comunidad que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque donde se podrá entregar información que aporte al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas utilizando material didáctico, charlas motivacionales que ayuden a la divulgación de la información en la comunidad.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Problematicación

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles, representan un gran problema de salud pública, al constituirse en una de las principales causas de muerte y discapacidad tanto en países desarrollados como en desarrollo (Aune D, y otros, 2014). Entre estas enfermedades, están las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras; las cuales están directamente relacionadas al estilo de vida, siendo el sedentarismo en conjunto con el tabaquismo y la dieta desequilibrada, los principales factores de riesgo responsables de su desarrollo, y de casi el 60% de las muertes en el mundo y del 46% de las enfermedades mundiales en el 2002 (Rossana Gómez, Henrique Monteiro, Marco Antonio Cossio-Bolaños, Domingo Fama-Cortez, & Angelina Zanesco, 2010), la hipertensión arterial y la diabetes mellitus se encuentran entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad no solo en el Ecuador sino a nivel mundial estas patologías crónicas tienen como factor de riesgo modificable principal a la obesidad esta debida a su vez al sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y al no realizar una dieta equilibrada, factores que se pueden modificar.

Dado que la obesidad es un problema de gran morbimortalidad a nivel mundial, y su repercusión sobre diversos órganos y sistemas. Esta enfermedad está condicionada por estilos de vida poco saludables, como el incremento de dietas hipercalóricas y la reducción de la actividad física, incrementado su prevalencia en los últimos años. Al constituirse como un detonante de morbimortalidad, se ha establecido su relación como un factor de riesgo cardiovascular que predispone frecuentemente al desarrollo de múltiples dolencias que deterioran la calidad de vida, tales como hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus, relacionadas con algunos de los criterios que se deben tener en cuenta en el diagnóstico del síndrome metabólico.

(Casilimas, Daniel Augusto Martin, María Alejandra Martínez, Claudia Rocío Merchán, Carol Anne Mayorga, & Andrés Felipe Barragán, 2017)

La edad es otro de los factores a tener en cuenta en la diabetes, con el proceso de envejecimiento se tiende a la aparición y agravamiento de los problemas de salud debido a factores ambientales, de transición epidemiológica, demográficos y socioeconómicos (Brandão de Carvalho, 2014). Así, la población anciana está en la franja de riesgo para las enfermedades metabólicas, y se

produce un aumento significativo del número de casos después de los 60 años (Casilimas, y otros, 2017). Además de la edad, el sexo femenino presenta mayor incidencia de esas enfermedades. Otros factores de riesgo que destacan en la aparición de las enfermedades metabólicas son: el tabaquismo, la hipertensión arterial, la dislipidemia, la diabetes, el sedentarismo y la obesidad. (Ana Luisa Brandão de Carvalho, Jéssica Dantas de Sá Tinôco, Isadora Costa Andriola, Marcelly Santos Cossi, Erika Simone Galvão Pinto, & Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos, 2017)

Según el INEC, 4.456 personas murieron en el 2011 a causa de diabetes mellitus, cuya tasa de mortalidad creció casi nueve puntos en cinco años. En el 2006, de cada cien mil habitantes 20,6 morían por esta enfermedad; en el 2011 (último dato disponible) de cada cien mil, fallecían 29,18. En ese mismo año hubo 4.381 muertes por enfermedades hipertensivas, con una tasa de 28,70 por cada cien mil personas.

El presente estudio se lo realizara al ver la gran cantidad de afluencia de pacientes que acuden a la unidad. Ya que mensualmente se atienden alrededor de 150 pacientes que presentan que diabetes mellitus. Se observa que un gran porcentaje de la población en estudio a pesar de que retiran mensualmente la medicación no realiza una dieta adecuada ni tampoco realizan actividad física, probablemente por la poca importancia o por el desconocimiento de los factores de riesgo modificables que los lleva a la enfermedad o las complicaciones o agravamiento de la enfermedad.

1.1.2. Delimitación del problema.

Línea de investigación: Salud Pública.

Sublínea de investigación: Enfermedades crónicas.

Objeto del estudio: Factores modificables.

Unidad de observación: Pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Tiempo: Año 2019.

Espacio: Centro de Salud Enrique Ponce Luque.

Tema: Factores modificables que inciden en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Centro de salud Enrique Ponce Luque. Babahoyo. 2019

1.1.3. Formulación del problema.

Por todo lo antes expuesto y teniendo en cuenta que la prevención de las enfermedades mejorando la calidad de vida de las personas en la atención primaria mediante la salud pública surge la necesidad de buscar una respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores modificables que inciden en los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque en el año 2019?

1.1.4. Sistematización del problema.

¿De qué forma la actividad física influye en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II?

¿Cuáles son los alimentos que consumen los pacientes y su influencia sobre la Diabetes Mellitus tipo II?

¿Cuáles son los efectos de algunos hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II?

1.1.5. Determinación del tema.

Factores modificables que inciden en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Centro de Salud Enrique Ponce Luque. 2019

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General.

Determinar los factores modificables que inciden en los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque en el año 2019.

1.2.2. Objetivos Específicos.

Describir la influencia de la actividad física en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Identificar los hábitos alimentarios y su influencia en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Describir los efectos de algunos hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Diseñar un taller motivacional sobre factores de riesgo modificables en pacientes con diabetes Mellitus tipo II, familia y comunidad.

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación de la investigación

La Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad de gran interés para salud pública debido al alarmante aumento de la prevalencia de esta patología con gran incremento de la obesidad y el sedentarismo y por consiguiente el sin número de complicaciones en estos pacientes. Destacando que Ecuador tuvo un comportamiento en el año 2017 de la diabetes mellitus de ser la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón.

Al evidenciar estas cifras se observa que realizar este estudio es de gran relevancia social y de interés de salud pública ya que existen factores sobre los que se puede intervenir para evitar esta patología. El estudio tiene como finalidad determinar cómo influyen en la salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo II los factores modificables específicos como son el sedentarismo y la dieta, beneficiándose la población que acude al centro de salud y la población en general ya que no solo se reconocerá los factores que influyen en la diabetes sino las medidas de prevención para evitar la incidencia y la progresión de esta patología, teniéndose en cuenta que estos factores modificables interactúan entre sí para el progreso de enfermedades crónicas no transmisibles y diferentes complicaciones entre las que se destacan la retinopatía diabética y la insuficiencia renal.

Al observar el aumento de la incidencia de estas patologías crónicas y que la población en estudio no concientiza sobre los factores que se pueden modificar ya que dependen del estilo de vida, por lo que se propone realizar acciones de prevención y promoción con la finalidad de evitar y/ o disminuir la diabetes mellitus. Para lograr esta disminución o erradicación de la patología el gran desafío es identificar cuáles son los factores de riesgo sobre los cuales se deben intervenir y concientizar a la población, por lo que se realiza el estudio con la finalidad de

identificar cómo influyen en la salud de los pacientes con diabetes mellitus algunos factores modificables siendo los más frecuentes el alcoholismo, tabaquismo, el sedentarismo, obesidad y la dieta, beneficiándose no solo a la población que acude al centro de salud sino a la población en general ya que se reconocerán los factores que influyen en la diabetes así como las medidas de prevención para evitar la incidencia y la progresión de esta patología, teniendo en cuenta que estos factores modificables interactúan entre sí para el progreso de estas enfermedades crónicas no transmisibles y con la consiguiente presencia de complicaciones importantes y graves como la retinopatía diabética y la insuficiencia renal.

CAPITULO II MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes históricos

Hace 3000 años los antiguos egipcios describieron características clínicas similares a la diabetes mellitus y fue acuñado por Aretus de Cappadocia el término "diabetes" en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, con lo cual quería expresar que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él.

La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes.

Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel).

Dobson (Gran Bretaña) en 1776 confirmó la presencia de exceso de azúcar en la orina y la sangre como causa de su dulzura. En los tiempos modernos, la historia de la diabetes coincidió con la aparición de la medicina experimental. Un hito importante en la historia de la diabetes es el establecimiento del papel del hígado en la glucogénesis, y el concepto de que la diabetes se debe al exceso de la producción de glucosa Claude Bernard (Francia) en 1857.

En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. El papel del páncreas en la patogénesis de la diabetes fue descubierto por Mering y Minkowski (Austria) en 1889. Los trabajos clínicos y anatomopatológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo pasado, en manos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux y culminaron con las experiencias de pancreatectomía en el perro, realizadas por Mering y Minkowski en 1889.

Más tarde, este descubrimiento constituyó la base del aislamiento de insulina y el uso clínico de Banting y Best (Canadá) en 1921. Ensayos para preparar una hipoglucemia administrada por vía oral. El agente finalizó con éxito con la primera comercialización de tolbutamida y carbutamida en 1955. La búsqueda de la presunta hormona producida por las células descritas en el páncreas, en 1869, por Langerhans, se inició de inmediato en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Best quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante.

Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo actual, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos. (Dr. Rocca & Juan, 1998).

2.1.2. Antecedentes referenciales

La aparición de la diabetes tipo II se relaciona con un aumento de la mortalidad y con un alto riesgo de contraer complicaciones vasculares, renales, retinianas y neuropáticas que llevan a la discapacidad y muerte prematuras, refieren varios autores en sus investigaciones (Camejo, y otros, 2012)

La diabetes representa un pronóstico relativamente malo para el enfermo, pero existen posibilidades bien definidas de mejorar dicho pronóstico mediante la aplicación de estrategias eficaces de prevención ya existentes y la elaboración de nuevas estrategias en los diferentes niveles de atención.

Los factores de riesgo de la diabetes mellitus se clasifican en modificables y no modificables. Los factores modificables son los de mayor relevancia para la salud pública porque mediante su control y prevención podrán disminuir el riesgo de que la enfermedad se presente, retarde su aparición o evolución, destacándose dentro de ellos mismos, la obesidad y el sedentarismo, la hipertensión arterial, los malos incorrectos hábitos alimentarios, los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo, entre otros.

El sedentarismo se define como “la falta de ejercicio físico regular por lo menos de 30 minutos diarios o menos de 3 veces a la semana. Conformando el grupo de alto riesgo las personas que no lo realizan y su tasa de mortalidad es mucho más alta en relación a quienes se ejercitan de forma adecuada. (Choi K,2010). El sedentarismo incrementa la propensión a enfermar, las probabilidades de envejecimiento acelerado porque va en contra de la vida misma del ser humano Otro de los efectos de la poca práctica de ejercicio es el incremento de peso, incrementando las tasas de mortalidad y morbilidad humanas. Fernández, Rada, Rivera,

Rodríguez, & Vásquez (2007)

La frase de Peláez citada por Garatachea Vallejo (2006, Pág. 20):

Tenemos un remedio inmediato, seguro y confiable para algunos de los principales riesgos de salud relacionados al consumo insalubre. Es gratis. Funciona para ambos: ricos y pobres, para hombres y mujeres, para niños y niñas, jóvenes y mayores... es la actividad física, al menos 30 minutos todos los días

Además, refiere que la actividad física representa una serie de beneficios psicosociales y de salud, como: “Mejor calidad de vida, Mejor salud mental, más energía y menos estrés, mejor postura y equilibrio, mejora la autonomía, mejora y ayuda a desarrollar la estructura ósea, una vida más independiente”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad metabólica que se diagnostica cuando se mantienen cifras elevadas de glucosa en la sangre. Donde se plantea que las concentraciones de glucosa en plasma medida después de un ayuno nocturno en 7.0 mmol / l y concentración de glucosa en plasma medida dos horas después de una carga de glucosa oral de 75 g por encima de 11.0mmol / l6-8.

Cuando el páncreas deja de producir insulina o cuando el cuerpo no puede usar efectivamente la insulina que produce. La diabetes tipo 1 de autoinmune destrucción mediada de las células beta del páncreas necesita la insulina para vivir.

La diabetes tipo 2 se caracteriza por la resistencia a la acción de la insulina y trastorno de la secreción de insulina. Pero tienen mejor calidad de vida porque con dieta saludable pueden vivir sin necesidad de insulina. Siendo la diabetes tipo 2 la más común y son los factores de riesgo modificables los que la lleva a disminuir su calidad de vida, y produciendo complicaciones en el individuo como ceguera, daño renal, daño nervioso, amputación de miembros inferiores y cardio vascular.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que no tiene cura, pero si puede prevenirse y controlarse tanto con medicamentos, dieta y actividad física.

Otras complicaciones que pueden presentarse en los hombres son disfunción eréctil, bajos niveles de testosterona. y factores emocionales, como la depresión, la ansiedad o el estrés, que pueden interferir con la sexualidad y los sentimientos mientras que, en las mujeres, la diabetes puede ser más drástica sobre todo en el embarazo que puede presentarse diabetes gestacional. La Asociación Americana de Diabetes, refiere que la enfermedad cardíaca es la principal causa de muerte en mujeres con diabetes (www.diabetes.org/living-with-diabetes). También señala que las complicaciones antes mencionadas en los hombres también pueden aparecer en las mujeres, además de los trastornos alimentarios que ocurren con más frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Una de las complicaciones más temidas son las amputaciones y por consiguiente la incapacidad para toda la vida además de neuropatía, piel cambios, callosidades y úlceras en los pies, mala circulación y (Aalto, 1997).

Los programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de la comunidad en los diferentes niveles de atención sobre prevención y detección de la diabetes podrían considerarse un gasto elevado para la economía de la sociedad, por lo que su aplicación podría verse con dificultad. Sin embargo, los costos del tratamiento de la diabetes y sus consecuencias son tan elevados que la prevención es la ideal solución para el beneficio de la sociedad.

En los Estados Unidos de América, hacen referencia que los costos tanto directos como indirectos de la diabetes mellitus sobrepasan los 20 400 millones de dólares presentándose en el 75 de la población adulta por eso la importancia de una detección temprana de los factores de riesgo para prevenir la enfermedad.

El presente estudio se lo realizara con la finalidad de demostrar el beneficio positivo que tiene la actividad física, la dieta balanceada y el evitar el uso de alcohol y tabaco en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

2.1.3. Fundamentación

Además de las secuelas que generan estas enfermedades en los individuos, sus familias y la comunidad, su impacto sobre el sistema por los costos que demanda, el deterioro de la calidad de vida y la pérdida de años de vida saludables, las constituyen en un grave problema para la salud pública, pues se consideran las mayores aportantes a la morbilidad y discapacidad mundial.

A nivel mundial, se han estructurado redes y programas para el fomento de conductas saludables como es el “Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las

Enfermedades Crónicas no Transmisibles, CARMEN”, es una de las estrategias más reconocidas y recomendadas por la acción conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS), los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC) por sus siglas en inglés), y por los gobiernos que hacen parte de los acuerdos para el control de las ECNT. También desde los CDC, se han construido políticas para ayudar a reducir la carga de morbilidad crónica a través de estrategias con enfoque comunitario. (Diana Isabel Muñoz-Rodríguez, Catalina María Arango-Alzate, & Ángela María SeguraCardona, 2017)

2.2. MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador 2008

Art 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La presentación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución, y bioética con enfoque de género y generacional (Constitución de la Republica del Ecuador, 2012).

Todas las personas que habitan en el País tienen derecho de permanecer en un ambiente sano, una alimentación nutritiva y una atención de salud integral en todos los ámbitos y a todos los ciudadanos con equidad y calidad.

Ley Orgánica de Salud

Art.3.- de la Ley Orgánica de Salud refiere:

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (Congreso Nacional, 2006, p. 2).

Art.6.- Numeral 2: Responsabilidades del ministerio de Salud Pública “Ejercer la rectoría del sistema nacional de salud”

Numeral 6: “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tantos sexuales como reproductivos y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera” (Velasco, Enríquez, Quirola, & Fernández, 2008).

Art. 16: "El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos,

variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios".

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Diabetes mellitus: Según la OMS la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

Obesidad y sobrepeso: La mayoría de las definiciones de obesidad están basadas en el IMC (peso [kg] dividido por el cuadrado de la altura [metros]). Un IMC entre 18,5 y 25 kg/m² es considerado por la Organización Mundial de la Salud como peso normal, entre 25 y 30 kg/m² como sobrepeso, y un IMC > 30 kg/m² como obesidad. (Csaba P. Kovesdy, Susan Furth, & Carmine Zoccali, 2017). En investigaciones realizadas se corrobora que la obesidad incrementa de forma lineal el riesgo de padecer de diabetes.

Sedentarismo: Es un factor de riesgo modificable, donde no se realiza ejercicios físicos y por tanto no hay gasto energético, lo que significa la adopción de un estilo de vida que incluya la práctica de **ejercicio físico** interviene en la mejora de la salud de la persona sedentaria y reduce su riesgo cardiovascular. (Rosario Iglesias González, 2014).

Hiperinsulinemia: La OMS la define como el aumento de la insulina en la sangre que se acompaña de sobrepeso, aumento de las cifras de la presión arterial, hiperglicemia y niveles de colesterol y triglicéridos elevados en sangre. Se diagnostica con mayor precisión midiendo la glucemia y haciendo la prueba dinámica a la insulina; tiene pocas opciones de tratamiento (farmacológico).

Hiperlipidemias: La dislipidemia o hiperlipidemia es un término que se emplea para definir el aumento de la concentración plasmática de colesterol y lípidos en la sangre, y es una condición que se encuentra asociado al desarrollo de una gran cantidad de padecimientos crónico degenerativos como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, infarto agudo al miocardio, eventos vasculares cerebrales y otros, los cuales están implicados en una disminución en el tiempo y calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

Consumo de Alcohol: El alcoholismo, o dependencia del alcohol, es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas. Esta alteración interfiere en la salud física y mental del individuo, así como en sus responsabilidades laborales, además de afectar también al núcleo familiar y a la sociedad entera. El consumo de alcohol en exceso produce múltiples problemas de salud en el individuo. La literatura refiere que las personas con diabetes que ingieren alcohol a corto plazo pueden sufrir una hipoglucemia hasta 24 horas después de haberlo consumido, también existe el riesgo de sufrir una bajada de glucemia por la mañana si toman alcohol después de la cena del día anterior y la ingesta de alcohol entorpece la percepción de hipoglucemia.

Tabaquismo: Es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina. Los fumadores tienen entre 30 a 40 % más probabilidades de tener diabetes y problemas con la dosificación de la insulina que los no fumadores y más probabilidades de sufrir complicaciones en la salud. (Yuribia, Millán-Gómez, & WachterRodarte, 2015).

Hábitos alimentarios: se adquieren a lo largo de la vida e influyen el estado de salud de la familia desde el más pequeño hasta el más grande de la casa. Comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas en respuesta a una influencia social y cultural

Hipertensión arterial: Según la OPS la hipertensión, se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Representando una de las complicaciones más frecuentes de la DM2

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación de Factores modificables que inciden en pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistieron al centro de salud Enrique Ponce Luque en los meses de enero a junio del 2019 en Babahoyo se encuentra dirigida a seleccionar los factores modificables que inciden en estos pacientes y la forma de modificarlos para mejorar la calidad de vida de estas personas con enfermedad crónica.

Presenta un diseño observacional, cuantitativo, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

Cuantitativo: Por ser una investigación realizada con aspectos aptos de cuantificar.

Descriptivo: Porque permitió analizar los factores de riesgos reales de los pacientes con Diabetes mellitus tipo II e identificar el comportamiento de la misma en cuanto a edad, sexo, grupos etarios entre otros.

Retrospectivo

No Experimental u observacional: Se utiliza por ser un estudio basado en la observación y recolección de datos.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Características de la población.

Se realizó una investigación a los pacientes que acudieron al centro de salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que acuden a realizarse el control todos los meses y los cuales presentan factores de riesgos modificables, en el centro se realizan acciones de salud para la prevención de complicaciones y factores de riesgo pero no son suficiente porque a pesar de que acuden mensualmente a realizar los controles en la unidad de salud no siguen las indicaciones médicas en lo que refiere a factores modificables, ya que continúan realizando una dieta rica en grasas y sal y no realizan actividad física, muchas veces por la falta de tiempo ya que realizan actividades laborales o por desconocimiento de las consecuencias que conlleva un mal tratamiento.

3.2.2. Delimitación de la población

Según los datos obtenidos en el Centro de Salud Enrique Ponce Luque durante los meses de enero a junio del 2019, se realiza la investigación con un universo de estudio de 800 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus; de los cuales 253 presentan diabetes mellitus tipo 2 que son el objeto de estudio.

3.2.3. Tipo de muestra

Se realiza un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador, los cuales suman un total de 253.

3.2.4. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se consideró el 100 % de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

3.2.5. Proceso de selección

Para la selección de los sujetos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II.
- Pacientes mayores de 18 años y ambos sexos.
- Pacientes que acepten de forma voluntaria formar parte de la investigación.

De Exclusión, son todos aquellos:

- Pacientes que no presenten diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que presenten otro tipo de Diabetes mellitus.

3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1. Métodos teóricos

En la investigación se utilizaron métodos teóricos y empíricos, que facilitaron la obtención de los datos de forma clara, sencilla y precisa de la problemática planteada.

Histórico – lógico: Fue importante utilizar este método porque permite estudiar una vez más al paciente diabético que a pesar de ser una patología histórica en el tiempo por ser una enfermedad crónica de muchos años de evolución cada día aumenta la incidencia de la misma a nivel mundial motivando a los investigadores a buscar soluciones para disminuir la morbimortalidad.

Inductivo - deductivo: Se pudo analizar la problemática existente y de esta forma poder identificar los factores de riesgo específicos no modificables de estos pacientes.

3.3.2. Métodos empíricos

Mediante la observación se realizó la recolección de datos de las historias clínicas de forma directa donde se obtuvo la información necesaria de las variables en estudio para la investigación.

3.3.3. Técnicas e instrumentos

Se realizó como técnica de la investigación un estudio documental bibliográfico con el objetivo de adquirir conocimiento sobre los factores de riesgo en pacientes diabético tipo II una vez realizada la revisión de las estadísticas presentes en el centro de salud.

3.4. PROPUESTAS DE PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Se realizó el procesamiento de los datos con la recolección estadística de toda la información que facilita la respuesta al problema y los objetivos planteados, representados en circulares de modo, que el análisis sea objetivo concreto y rápido. La tabulación de resultados mediante información teórica y científica que sustenta el presente trabajo de investigación, mostrando los cuadros estadísticos con sus respectivos análisis.

Los datos fueron procesados y digitados mediante el programa IBM SPSS, utilizando además Microsoft Word, Google Drive, Microsoft Power Point y Microsoft Excel.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se realizó basada en varios aspectos éticos como: Integridad, autenticidad y realidad de los resultados que se obtuvieron durante el trabajo realizado. Los medios y recursos utilizados en el estudio de la diabetes se usaron correctamente, así como un adecuado respeto a la propiedad intelectual de los investigadores tomados como base teórica, jurídica, ética y metodológica para el desarrollo de la investigación. Es importante destacar que se cumplió con las normas de respeto, anonimato y preservación de la integridad de las personas que conformaron la muestra del estudio y se mantuvo la observancia de los requerimientos éticos de la Declaración de Helsinki, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, el consentimiento de participación e información.

CAPÍTULO IV ANALISIS E INTERPRESTACION DE RESULTADOS

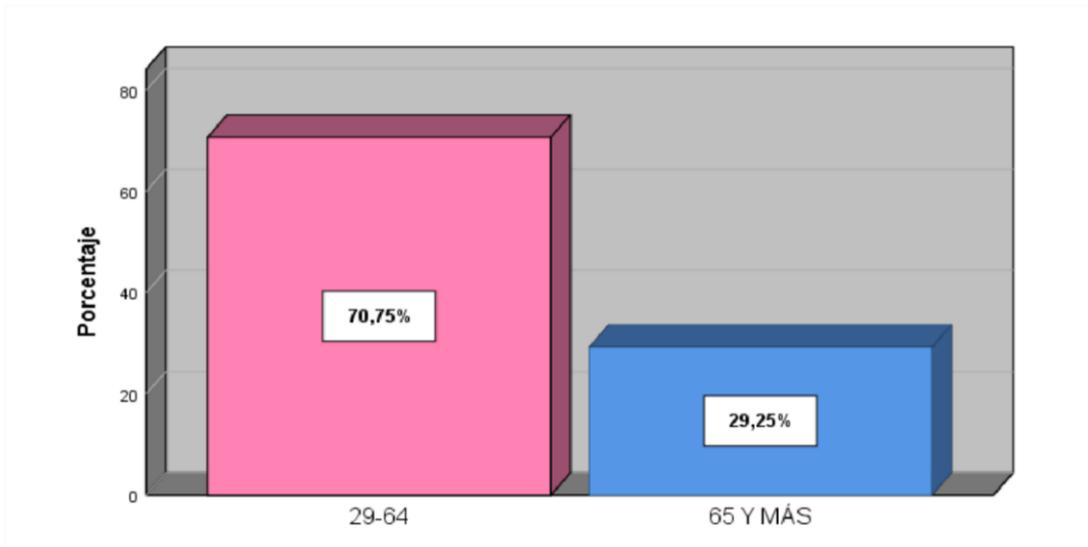
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En el siguiente capítulo se muestran los resultados obtenidos después de la revisión de las historias clínicas de los 253 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que acudieron al centro de salud Enrique Ponce Luque durante los meses de enero a junio del 2019, los mismos que fueron procesados y digitados mediante el programa IBM SPSS, utilizando además Microsoft Word, Google Drive, Microsoft Power Point y Microsoft Excel.

4.1.1. Análisis de la situación actual

La presente tabla con su gráfico muestra los resultados obtenidos en cuanto a la edad y genero de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

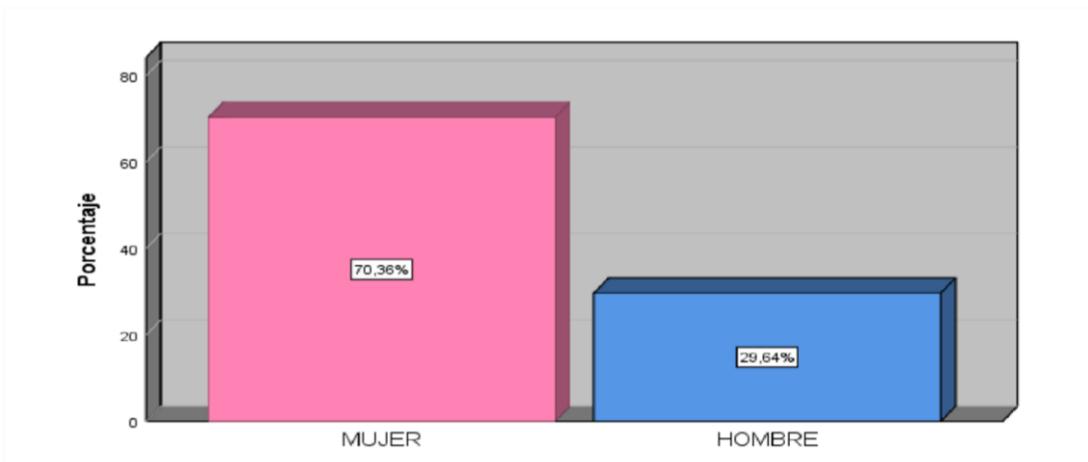
Gráfico 1 Edad de los pacientes



Fuente: Guía de Observación elaborado por: Autor

Según muestra el gráfico 1 de la subdivisión de los grupos de edades seleccionados en el estudio se encontró que el 70,75% de los individuos se encontraban entre los 29 y 64 años de edad y solo el 29,25 % con más de 65 años de edad, coincidiendo con otros estudios donde refieren que la Diabetes Mellitus puede presentarse a cualquier edad, pero se presenta con mayor frecuencia en personas de mediana edad. (Barengo, 2013)

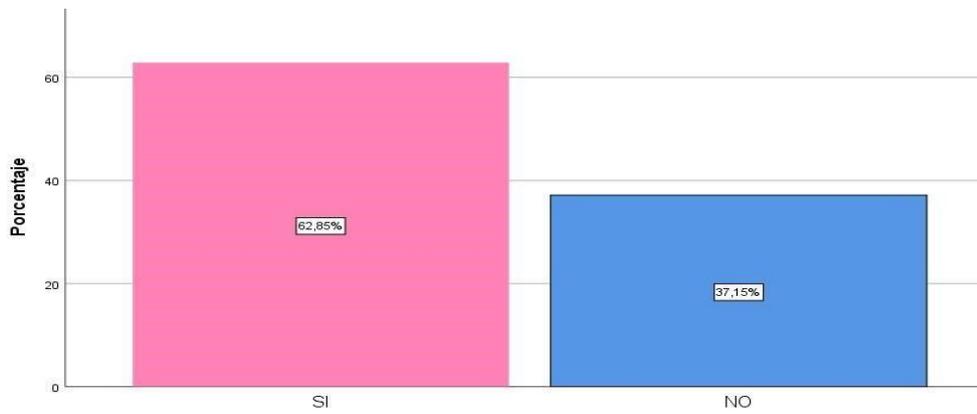
Gráfico 2 Género de los pacientes.



Fuente: Guía de Observación elaborado por: Autor

El gráfico 2 muestra el por ciento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de acuerdo al género donde el 70,36% corresponden al género femenino y el 29,64% al masculino coincidiendo con algunos autores donde refieren que es más frecuente la enfermedad en el género femenino. (Cabrera et al, 2008)

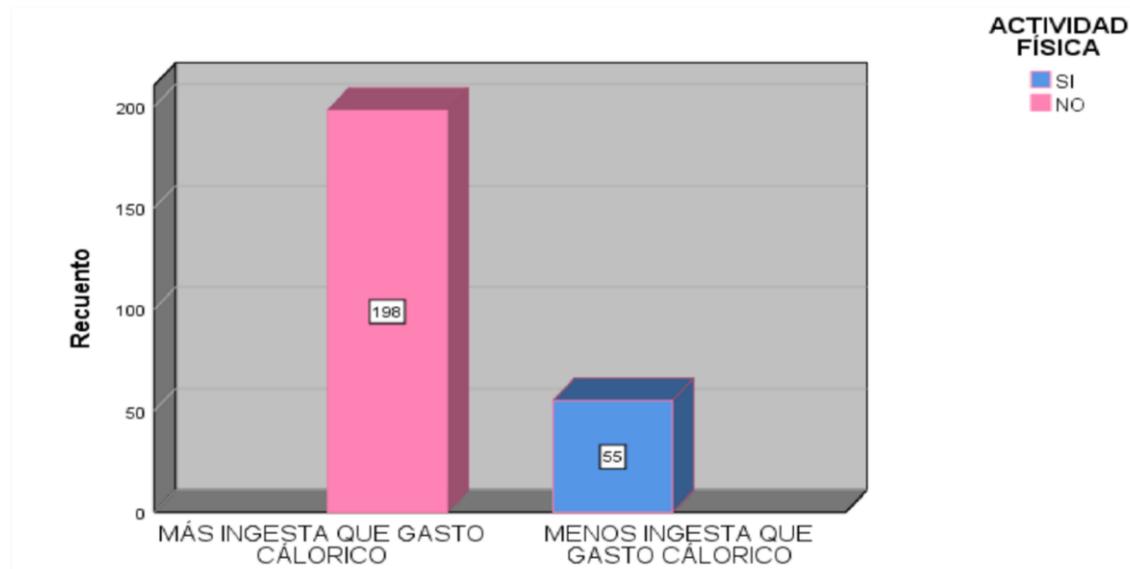
Gráfico 3 Antecedentes Patológicos Familiares



Fuente: Guía de Observación Elaborado por: Autor

En la bibliografía revisada el antecedente familiar con primer grado de consanguinidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II. (American Diabetes Association, 2015). Según muestra el gráfico el 62,85 % de los pacientes tienen antecedentes familiares de Diabetes Mellitus y el 37,15% no tienen antecedentes de primer grado.

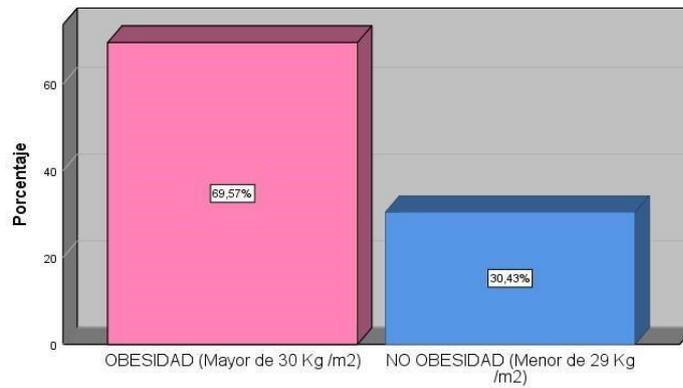
Gráfico 4 Sedentarismo y Actividad Física



Fuente: Guía de Observación Elaborado por: Autor

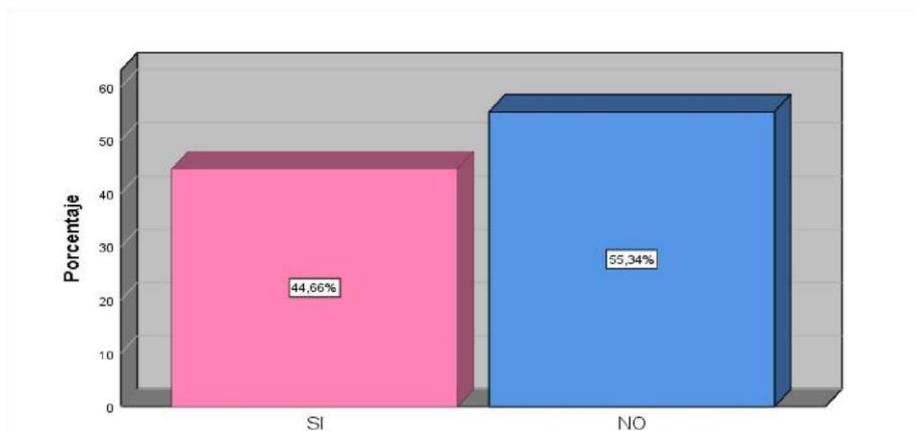
Se muestra en el gráfico 4 que 198 pacientes con Diabetes mellitus tipo II tienen vida sedentaria con una ingesta calórica mayor que el gasto, variables que definen el estilo de vida y representando el 78,30% y 55 pacientes no llevan vida sedentaria para un 21,70% coincidiendo en número y por ciento los que no realizan actividad física, así también lo refieren otros autores. (Barengo et al, 2013)

Gráfico 5 Índice de masa corporal en la Historia Clínica



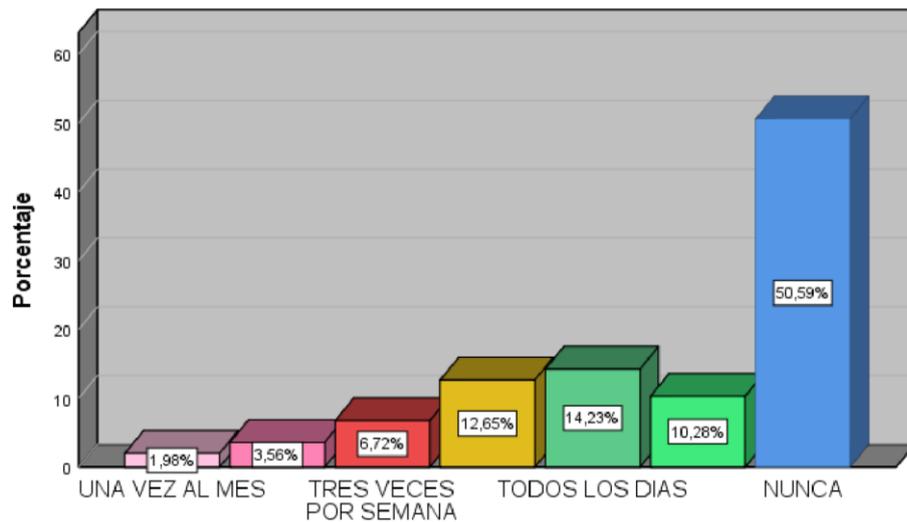
Fuente: Guía de Observación Elaborado por: Autor
 Al evaluar el Índice de masa corporal (IMC) que muestra el gráfico 5 se evidenció que el 69,57% tenían obesidad con un IMC mayor de que 30 kg/ m2, y el 30,43% no tienen obesidad con un IMC por debajo de 29 kg/m2 de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en diciembre del 2015.

Gráfico 6 Alcoholismo



Fuente: Guía de Observación Elaborado por: Autor

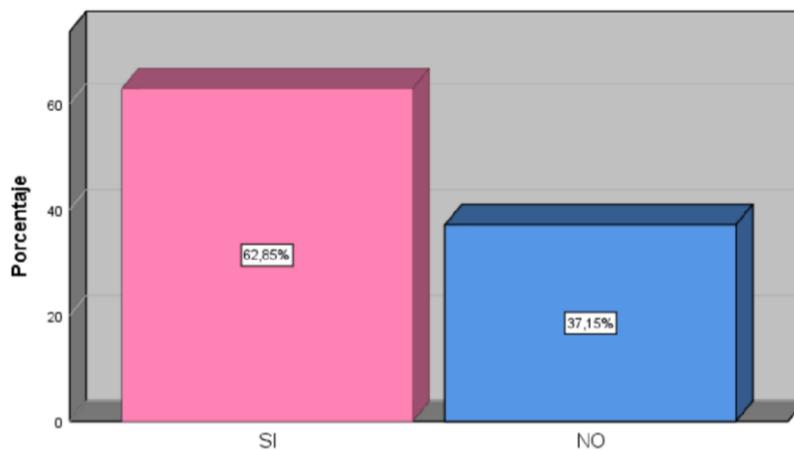
Gráfico 6.1 Alcoholismo



Fuente: Guía de Observación Elaborado por: Autor

El gráfico 6 y 6.1 muestran el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas donde el 55,34% no consume, pero es de señalar que un gran por ciento de pacientes diabéticos consumen bebidas alcohólicas representando el 44,66% siendo la adicción uno de los factores que afecta la calidad de vida de los individuos y complica las enfermedades metabólicas.

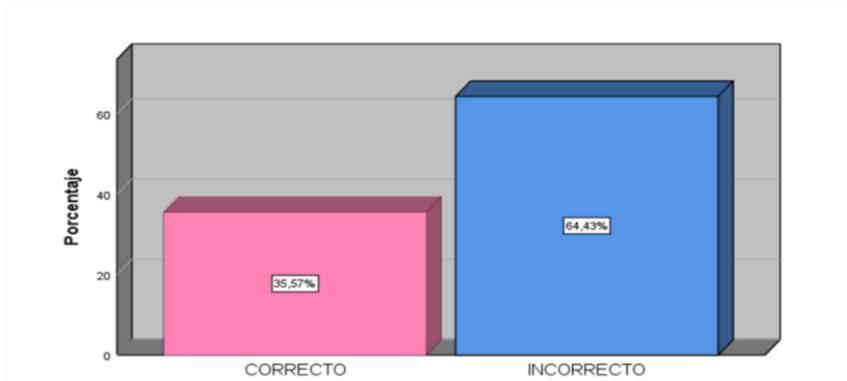
Gráfico 7 Tabaquismo



Fuente: Guía de Observación Elaborado por: Autor

Desde el año 2000 se plantea que mueren aproximadamente más de un millón de personas anualmente por enfermedades debido al tabaquismo coincidiendo con el estudio como muestra el gráfico 7 donde existe un 62,85% de personas con adicción al tabaco siendo un factor de riesgo modificable en la diabetes mellitus tipo II. (Alberti, 2008)

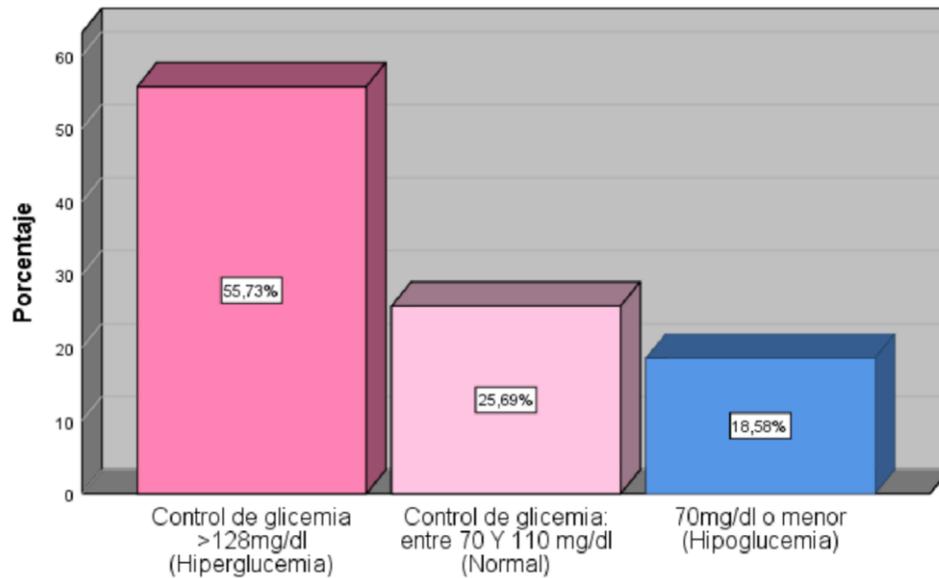
Gráfico 8 Hábitos alimentarios



Fuente: Guía de Observación Elaborado por: Autor

Muchos son los debates de la dieta en el tratamiento de la diabetes tipo 2 porque los malos hábitos alimentarios están estrechamente relacionados con los cambios glicémicos como se muestra en el gráfico 8 donde el 64,43% de los pacientes con DM2 mantienen hábitos alimentarios incorrectos y solo el 35,57% lo hacen de forma adecuada. La Asociación Americana de Diabetes, refiere que la terapia nutricional es un pilar fundamental en la prevención y tratamiento de la DM2, con el objeto de controlar los niveles de glucosa en sangre, normalizar los niveles de presión arterial, evitar el aumento de peso y las complicaciones de la enfermedad. (American Diabetes Association, 2012)

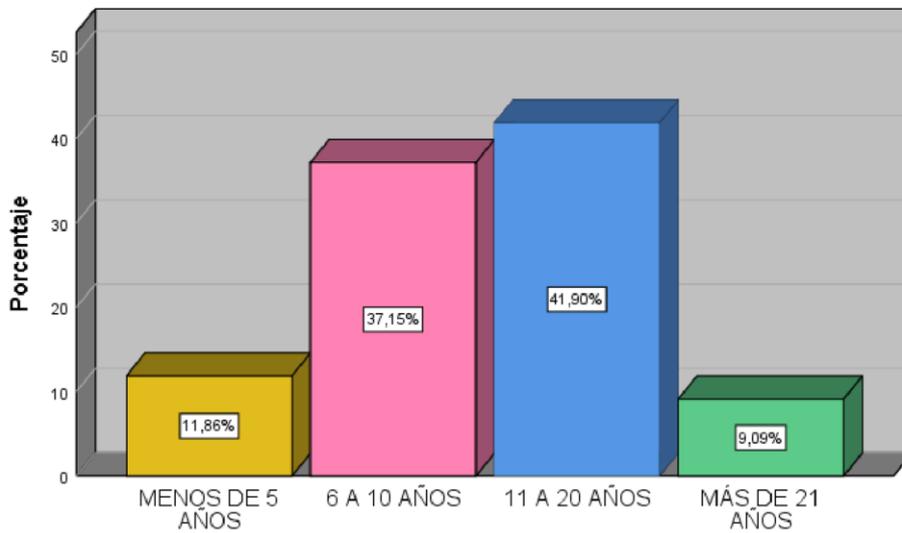
Gráfico 9 Valor de Glicemia en ayunas



Fuente: Guía de Observación elaborado por: Autor

El control de la glucosa en personas con DM2 es muy importante por eso la insistencia de mantener dentro de cifras normales los niveles de glicemia en sangre, siendo el objetivo principal del tratamiento y como se puede observar en el gráfico 9 más de la mitad de los pacientes presentan hiperglucemia para un 55,73%, con valores normales el 25,69% y un 18,58% con hipoglucemia mostrando una vez más que los pacientes diabéticos no mantienen un adecuado control de la glicemia.

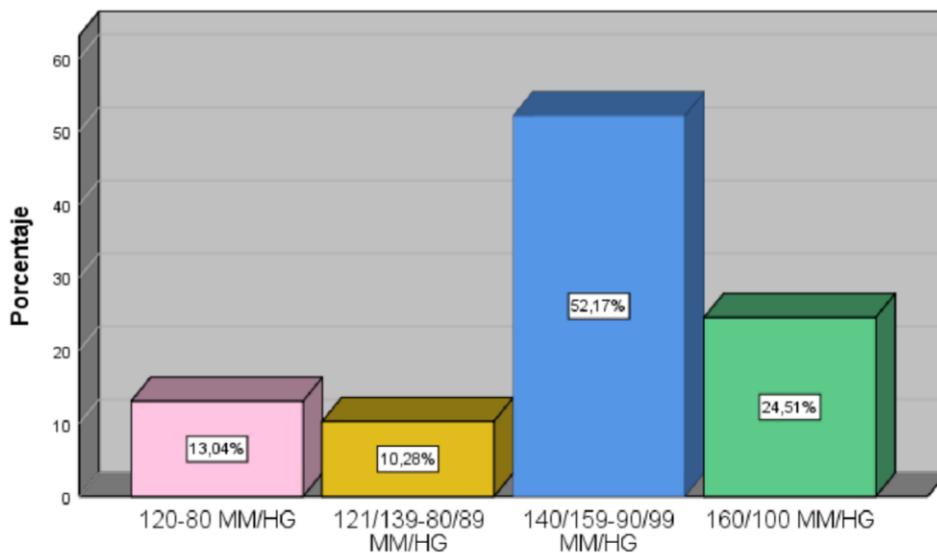
Gráfico 10 tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo II



Fuente: Guía de Observación elaborado por: Autor

Como se puede apreciar en el gráfico 10 los pacientes presentan DM2 con un rango de padecer la enfermedad entre 11 y 20 años representan el 41,90% y es de señalar con el tiempo de evolución de la enfermedad mantienen estilos de vida inadecuado y no llevan control de su glicemia.

Gráfico 11 Cifras de Tensión Arterial del paciente en la HC



Fuente: Guía de Observación elaborado por: Autor

Otra de las enfermedades crónicas no transmisibles y que también puede prevenirse con los factores de riesgo modificables es la Hipertensión arterial, siendo una complicación en los pacientes con DM2 y como muestra el gráfico 11 solo el 13,04% no presenta cifras tensionales elevadas.

4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVA

En el análisis realizado mediante la observación de las historias clínicas de los 253 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II atendidos en el centro de salud Enrique Ponce Luque se pudieron identificar los factores de riesgo modificables que inciden en estos individuos. También se tuvo en cuenta en la investigación algunos factores no modificables que inciden y que se deben tener en cuenta para mejorar el estilo de vida de las personas en general, y entre ellos se encuentra la edad donde el 70,75% de los individuos se encontraban entre los 29 y 64 años de edad y solo el 29,25 % con más de 65 años de edad, siendo la DM2 una de las enfermedades metabólicas con una prevalencia en más de 216 países en una población adulta entre las edades de 20 a 79 años de edad, mostrándose en la estadística mundial que la diabetes se ha incrementado a 371 millones representando el 8,3% en el mundo con incidencia de adultos.(IDF Diabetes Atlas Update, 2012)

En otros estudios realizados en comunidades autónomas de España señala que las comunidades autónomas con mayor prevalencia de DM2 fueron Ceuta y Melilla (9.4% y 10.5%, respectivamente) seguidas de la región de Murcia (8.6%), Extremadura (8.3%), Andalucía (7.2%) y Comunidad Valenciana (7.3%), y las de menor prevalencia fueron las Islas Baleares (3.3%). Además, también se demostró una tendencia creciente de la prevalencia de DM2 en el grupo de población de más de 65 años de edad (19%); la población que presenta un nivel de estudios incompleto o estudios primarios completos (8.7-18.2%) y en el sexo femenino (6.5%). (Ministerio de sanidad de España, 2009). Coincidiendo con esta investigación donde el género predominante fue el femenino con el 70,36% corresponden y el 29,64% al masculino.

Se destaca que la DM2 es más frecuente en mujeres que en hombres porque el aspecto psicológico es considerado como uno de los factores predominantes de esta enfermedad y las mujeres están expuesta a mayor grado de estrés, ansiedad, tensión, preocupación, y depresión

siendo estos elementos que producen un aumento de secreción de hormonas como: adrenalina, noradrenalina y cortisol incrementando por consiguiente la concentración de glucosa en sangre, Además de ser la mujer quien tiene embarazo y fisiológicamente es la etapa donde las hormonas causan resistencia a la insulina que también produce la diabetes gestacional teniendo una posibilidad de padecer después de DM2 de un 30 a un 70 %. (Baptiste et al, 2009)

Los antecedentes familiares son un factor de riesgo no modificable importante para que el individuo desarrolle diabetes tipo 2 y los estudios afirman que depende de una combinación de factores de riesgo, como los genes y el estilo de vida, por eso la importancia de cambiar el estilo de vida. La Asociación Americana de Diabetes refiere que los antecedentes familiares con primer grado de consanguinidad constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II. (American Diabetes Association, 2015). En el gráfico 3 muestra que el 62,85 % de los pacientes tienen antecedentes familiares de Diabetes Mellitus y el 37,15% no tienen antecedentes de primer grado coincidiendo estos resultados con la bibliografía consultada.

El sedentarismo y la no realización de actividad física son factores de riesgo modificables que se encuentran en incremento en los pacientes con DM2, en la bibliografía revisada plantea que el 44% de los pacientes con diabetes no práctica ningún tipo de ejercicio demostrándose la vida sedentaria que llevan estos individuos que asociado a su patología de base tiene más indicios de presentar complicaciones cardiovasculares y por consiguiente mayor morbimortalidad. (Costa et al, 2017) (Gómez et al, 2010), coincidiendo con el presente estudio como muestra el grafico 4 que 198 pacientes con Diabetes mellitus tipo II que mantienen una vida sedentaria con una ingesta calórica mayor que el gasto, con un 78,30% y 55 pacientes no llevan vida sedentaria para un 21,70% coincidiendo en número y por ciento los que no realizan actividad física.

En los ejercicios que mejoran el control de la diabetes se encuentran los aeróbicos, el entrenamiento de fuerza, nadar, montar bicicleta y correr ayudan al cuerpo a mejorar los niveles de glicemia en sangre regulando la insulina en el cuerpo, de acuerdo a lo referido por la Sociedad Americana de Diabetes. (American Diabetes Association, 2003)

Para evaluar el Índice de Masa Corporal es el peso el indicador antropométrico más efectivo para identificar balances positivos o negativos de energía, utilizándose en los adultos el peso para la talla y sexo y después se valoran por las tablas referenciales, calculándose el peso corporal de los individuos de uno o de otro sexo es proporcional al valor de la talla elevada al cuadrado: peso en (kg)/talla en m). En el gráfico 5 se evidencia que el 69,57% tenían obesidad con un IMC mayor de que 30 kg/ m², y el 30,43% no tienen obesidad con un IMC por debajo

de 29 kg/m², coincidiendo con otros estudios donde refieren que el riesgo de diabetes es dos veces mayor cuando el IMC es de 30 a 33, cinco veces mayor cuando el IMC es de 34 a 36 y 10 veces cuando es mayor de 40. ((Vargas, 1993).

El alcoholismo se define como "un trastorno de conducta crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud y las funciones económicas y sociales del bebedor" definido por la OMS.

La asociación entre la ingesta de bebidas alcohólicas y la incidencia de DM2 está demostrada que constituye un factor de riesgo importante en la morbimortalidad de la enfermedad, y se plantea que tiene un comportamiento en U, significando que las ingestas en mujeres de 24 gr/día de alcohol se asocia a una reducción del 40 % en el riesgo de desarrollo de DM2, mientras que en hombres la ingesta moderada se encuentra alrededor de los 22 gr/día de alcohol, y ello se asocia a un 13% menor de riesgo de DM2. (Harrison, 2015)

En el gráfico 6 muestra que el 55,34% no consume, pero es de señalar que un gran por ciento de pacientes diabéticos consumen bebidas alcohólicas representando el 44,66%, siendo un riesgo para complicaciones en individuos diabéticos teniendo en cuenta que la adicción alcohólica trasciende a todas las esferas de la vida, afecta su calidad y deteriora las funciones del individuo tanto personales, como con la familia y comunicad en todos los aspectos. Hoy en día existe un alcohólico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y la cifra de estas últimas llega aproximadamente al 70 % de la población mundial si excluimos los países islámicos. (Medina et al, 2007)

La bibliografía refiere que el consumo del tabaco en fumadores, ex fumadores y fumadores pasivos predisponen a la aparición de intolerancia a la glucosa lo que se denomina prediabetes y de no controlarse a tiempo se convierten en pacientes diabéticos, fisiológicamente en el páncreas se encuentran las células betas que producen insulina y los componentes del humo del cigarro involucra el efecto tóxico por lo que puede causar la enfermedad sin que medie otro factor desencadenante como el aumento de peso, incremento de colesterol, vida sedentaria entre otros. (Feodoroff et al, 2016). En el gráfico 7 se muestra como en estos pacientes diabéticos estudiados existe un 62,85% de personas con adicción al tabaco y un 37,50 % que no tienen adicción.

Los genes CYP2D6, CYP2A6 y CYP2B6 se encuentran relacionados con el metabolismo de la nicotina, refiere la literatura siendo marcadores de intensidad de los síntomas de abstinencia y de las recaídas que serían modificables con fármacos como bupropión, la metilación podría alterar el receptor de la insulina, produciendo resistencia a la misma y aumentando riesgo de diabetes tipo 2. (Besingi et al, 2014)

La alimentación balanceada depende de la edad, género, estado nutricional, actividad física y de los diferentes estados que presente la persona tanto fisiológico como patológico, siendo fundamental cumplir con los requerimientos calóricos que corresponden según las características de cada individuo. (Foster-Powell, y otros, 2002). En el control de los niveles de glucosa en sangre son fundamentales los hidratos de carbono (CHO) determinando hasta en un 50% la variabilidad en la respuesta glicémica (Meng-Hsueh, y otros, 2010)

Se recomienda en las personas diabéticas un consumo de energía diaria de 50 a 65% que son muy similares a la misma de la población en general sana, así como los carbohidratos que según el tipo de CHO y la cantidad que se consuma puede modificar la respuesta glicémica en el organismo en un 40% aproximadamente después de cada comida, por lo que los diabéticos deben elegir el tipo de CHO a comer. (Foster-Powell, y otros, 2002)

Como muestra el gráfico 8 y 9 respectivamente el 64,43% de los pacientes con DM2 mantienen hábitos alimentarios incorrectos y solo el 35,57% se alimentan adecuadamente por lo que se demostró el alto por ciento de hiperglicemias en estos pacientes en un 55,73%, con valores normales el 25,69% y un 18,58% con hipoglucemia mostrando una vez más que los pacientes diabéticos no mantienen un adecuado control de la glicemia y como muestra el gráfico 10 la mayoría de los pacientes tienen tiempo con su enfermedad donde el 41,90% lleva entre 11 y 20 años con la enfermedad, el 37,15% entre 6 y 10 años, con más de 5 años el 11,86% con más de 21 años de evolución el 9,09% y todavía no saben controlar su enfermedad lo que nos hace pensar que la educación en salud a los pacientes diabéticos se encuentra deficiente. Teniendo en cuenta los niveles de glucosa en sangre y su relación con la alimentación se introdujo el termino de Índice Glicémico (IG) que se define como el área bajo la curva incremental de 2 horas en respuesta de la glucosa sanguínea después de consumir un alimento de prueba en comparación con el área correspondiente después de una cantidad de hidratos de carbono, equivalente a un alimento de referencia (ya sea glucosa o pan blanco). Cuando el alimento de referencia es el pan, el valor del IG del alimento se multiplica por 0,70, para obtener el valor IG comparable cuando se usa la glucosa como alimento de referencia (IG de la glucosa = 100;

IG del pan blanco = 70. (Meng-Hsueh, y otros, 2010)

Fisiológicamente la insulina es la hormona que mantiene la homeostasis de la glucosa en sangre, por lo que cuando hay trastornos se le denominan:

- **Hiperglucemia:** Niveles de glucosa en la sangre altos. Se produce cuando el cuerpo no produce suficiente insulina.
- **Hipoglucemia:** Niveles de glucosa en la sangre están bajos. Cuando el cuerpo envía demasiada insulina a la sangre, entra mucha glucosa a las células y queda muy poca en el torrente sanguíneo

Este nivel de glucosa es la cantidad de azúcar, o sea, glucosa que contiene la sangre la cual se mide en milimoles por litro (mmol/l) o en miligramos por decilitro (mg/dl).

Otros de los aspectos analizados fue la hipertensión arterial teniendo en cuenta que es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en el adulto y que también se produce por no control y prevención de los factores de riesgo modificables la mayoría de los pacientes del presente estudio tenían cifras de tensión arterial elevadas representando el 86,96% del total y solo el 13,04% tenían cifras de 120/80MM/HG (normal).

Por todo lo anterior las perspectivas en los pacientes diabéticos con factores de riesgo modificables es cambiar sus hábitos y estilo de vida para poder disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad.

4.3. Resultados

En el estudio se identificaron algunos factores de riesgo no modificables que se tuvieron en cuenta para realizar un buen análisis estadístico y proceder a realizar la propuesta entre los resultados obtenidos se encuentran: la edad de los pacientes con un predominio de 29 a 88 años de edad, por lo que se agruparon dos subdivisiones de edad donde se encontró que el 70,75% de los individuos se encontraban entre los 29 y 64 años de edad y solo el 29,25 % con más de 65 años de edad que entran en la clasificación de adulto mayor representando mayor riesgo para la salud, siendo el género femenino el de mayor por ciento con un 70,36% en comparación con el masculino que fue de un 29,64%.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque presentan antecedente familiares patológicos de primer grado de consanguinidad en un 62,85 % de los pacientes y el 37,15% no tienen antecedentes de primer grado.

En los factores de riesgo modificables se seleccionaron algunos como la vida sedentaria y no práctica de actividad física donde un 78,30% de individuos llevan una vida sedentaria y 55 pacientes no llevan vida sedentaria por lo que mantienen una ingesta calórica mayor que el gasto y no realizan ejercicios físicos en su gran mayoría siendo el Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30 kg/ m² en el 69,57% por lo que tenían obesidad y el 30,43% no tienen obesidad con un IMC por debajo de 29 kg/m² de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud

Otro de los factores de riesgo investigados en este grupo de pacientes fueron los hábitos tóxicos como el alcoholismo y el tabaco, obteniendo como resultado que el 55,34% no consume y aunque el mayor por ciento no presenta este hábito es importante señalar que un gran número de pacientes diabéticos si consume con un 44,66%, mientras que con adicción al tabaco se encuentran el 62,85% de los pacientes para un 37,15% que no fuman cigarrillos.

El mayor riesgo que llama la atención son los incorrectos hábitos alimentarios que presentan estos pacientes donde el 64,43% se encuentran en este grupo por lo que mantiene una vida sedentaria y no realizan actividad física deteriorando su salud, para un 35,57% que si mantienen una correcta alimentación, por tal motivo no mantienen niveles normales de glucosa en sangre y se identificaron con hiperglicemias el 55,73% de los pacientes, con valores normales el 25,69% y un 18,58% con hipoglucemia estas cifras reflejan que los pacientes diabéticos no tienen conocimiento que estos factores pueden ser modificados y de esta forma pueden mejorar su calidad de vida y mantener un estilo de vida saludable.

CAPÍTULO V PROPUESTA

5.1 TEMA

**DISEÑAR UN TALLER MOTIVACIONAL DE FACTORES MODIFICABLES DE
DIABETES MELLITUS TIPO II DIRIGIDO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE DE BABAHOYO
MAESTRANTE**

RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

EGRESADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROMOCIÓN 2017 – 2019

TUTORA

DRA. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA MSC.

MILAGRO, 2019

5.2. FUNDAMENTACIÓN

Se decide realizar la propuesta de un taller motivacional dirigido a los pacientes, familiares y comunidad, que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo para disminuir los factores de riesgo modificables de los usuarios con Diabetes Mellitus tipo II fundamentada en el incremento de esta patología en esa área de salud.

Además de ser un beneficio para los pacientes, familia y comunidad porque permitirá mejorar la salud mediante la prevención de los factores de riesgo modificables y por consiguiente disminuir las complicaciones de esta patología y garantizar mejor calidad de vida.

La diabetes cada día presenta mayor incremento en su morbimortalidad representando una amenaza para la salud pública por lo que los estudios demográficos y epidemiológicos indican que de no realizarse una intervención eficaz desde la atención primaria de salud la frecuencia de esta patología seguirá aumentando a nivel mundial.

Es necesario que las formas de prevención de la diabetes se realicen con un enfoque inter y multidisciplinario de prevención y tratamiento realizando trabajo en equipo por parte del personal de salud involucrando a más sectores que puedan colaborar con la educación a la población.

5.3. JUSTIFICACIÓN

Durante las investigaciones de este trabajo y en la literatura consultada, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II con todos los factores de riesgo encontrados durante el estudio, demandan un mayor control sobre su enfermedad y apoyo para concientizar que los factores de riesgo modificables pueden prevenirse.

En estos pacientes se encontraron los factores de riesgo modificables como la inadecuada alimentación, el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas, la inactividad física y el estrés además de algunas condiciones patológicas que pueden incrementar estos riesgos como la hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares que requieren abordajes educativos en la familia y la comunidad para lograr efectos deseados en los individuos afectados.

Además de encontrarse otros factores como la obesidad, sedentarismo y mantener cifras de glicemias elevadas demandan igualmente intervenciones comunitarias donde se eduque a los individuos, familia y comunidad en una alimentación sana y balanceada para mejorar su estilo de vida

5.4. OBJETIVOS

5.4.1. Objetivo General de la propuesta

Diseñar un taller motivacional para disminuir los factores modificables de Diabetes Mellitus tipo II dirigido a los pacientes, familiares y comunidad, que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo para mejorar el estilo de vida y disminuir la morbimortalidad por esta patología.

Objetivos Específicos de la propuesta

Enunciar los factores de riesgo modificables de forma sencilla para que los individuos entiendan como prevenirlos para mejorar su estilo de vida

Motivar a los individuos mediante técnicas participativas en el taller como pueden prevenir los factores de riesgo modificables.

Incentivar al personal de salud a realizar talleres motivacionales para incrementar el interés de los individuos con DM2, familia y comunidad a mantener un estilo de vida saludable.

UBICACIÓN

La propuesta se llevará a efecto en el centro de salud tipo B Enrique Ponce Luque de Babahoyo, Ecuador. Dicho centro pertenece al Ministerio de Salud Pública y cuenta con una variedad de especialidades entre las que se encuentran: Medicina General, Obstetricia, Pediatría, Odontología, Terapia Respiratoria, Laboratorio Clínico y Farmacia que atiende de lunes a sábado en el horario de 08:00 a 16:30 donde puede asistir la ciudadanía en general.



5.6 FACTIBILIDAD

Factibilidad: es factible porque tiene la posibilidad de realización, en el centro de salud tipo B Enrique Ponce Luque de Babahoyo, según el tiempo y los recursos existentes, sean estos humanos económicos y materiales. Se cuenta con la colaboración de las autoridades del centro de salud antes mencionada y del personal que labora allí, quienes son los recursos humanos más significativos.

Factibilidad Legal: Puede realizarse porque no existen Normas, leyes o reglamento que impida el desarrollo de este proyecto.

Factibilidad Presupuestaria: Se realiza un cuadro con los gastos para efectuar la propuesta.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se realiza basada en los resultados obtenidos en la investigación realizada a los pacientes diabéticos tipo II atendidos en el centro de salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo, se ha podido establecer que estos individuos necesitan educación en salud mediante talleres educativos sobre los factores de riesgos modificables para de esta forma mejorar y prevenir estos factores.

Estos talleres motivacionales serán impartidos a los pacientes diabéticos, familiares y comunidad en general por parte del personal de salud que debe recibir capacitaciones frecuentes para brindar de forma clara y sencilla las formas de prevención y control además de poder detectar las complicaciones que con más frecuencia se producen en estos pacientes como: vasculares, renales, retinianas y neuropáticas que llevan a la discapacidad y muerte prematuras.

Mediante esta propuesta se pretende que los individuos con DM2, familia y comunidad puedan conocer los factores de riesgos modificables, y como prevenirlos, así como controlar su enfermedad para evitar las complicaciones futuras.

5.7.1 Actividades

Explicaciones sobre factores de riesgos modificables, conceptos generales de la diabetes, causas, como se produce, tipos de diabetes, complicaciones, beneficios del buen control. como: definición, etiología, fisiopatología, tipos, complicaciones, detección de signos y síntomas de hipo/hiperglucemia y beneficios del buen control.

Proyectar mediante videos explicativos y demostrativos el uso de la insulina, los tipos, como actúa en el organismo y las diferentes vías de administración, (puede realizarse prácticas entre ellos).

Dieta: características, métodos y tipos de alimentos que deben consumir.

Ejercicio: tipos de ejercicios que deben realizar y frecuencia.

Experiencias positivas y negativas, sentimientos y preocupaciones respecto a la diabetes narrada por los individuos (vivencias de su enfermedad)

Aspecto que influyen en la adopción de hábitos nocivos (tabaco, drogas y alcohol) Como actuar y como pedir ayuda si la necesita.

5.7.2 Recursos Análisis Financiero

RECURSOS			
RECURSOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS			
Lápiz	10	0,02	2,00
Esferos	10	0,35	3,50
Borradores	4	0,25	2,00
Copias	200	0,03	6,00
Cuadernos	40	1,50	60,00
Anillados	6	2,00	12,00
CD	4	1,00	4,00
TOTAL			89,00
OPERATIVOS			
Refrigerios	1	30,00	30,00
Internet	20	0,75	15,00
TOTAL			45,00
GASTOS INCURRIDOS EN LA CAPACITACIÓN			
Trípticos	50	1,00	50,00

Refrigerios	50	1,00	50,00
Folleto de diapositivas	50	1,00	50,00
Varios	1	60,00	60,00
TOTAL			210,00
TOTAL, GASTOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS			344,00

5.7.3 Impacto

Al diseñar un taller motivacional representa gran beneficio para el centro de salud porque a medida que se repliquen los taller los pacientes van conociendo los factores de riesgo y como modificarlos y así llevar un buen control y prevención de su enfermedad para de esta forma evitar complicaciones y el centro de salud disminuirá paulatinamente sus indicadores en cuanto morbilidad por DM2, además se benefician también los pacientes, familiares y comunidad mejorando su estilo de vida y constituyendo menos gastos para el sistema de salud.

5.7.4. CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA: DISEÑAR UN TALLER

MOTIVACIONAL DE FACTORES MODIFICABLES DE DIABETES MELLITUS TIPO II DIRIGIDO A LOS PACIENTES, FAMILIARES Y COMUNIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE DE BABAHOYO

ACTIVIDADES	MESES					
	DICIEMBRE				ENERO	
	SEMA NA DEL 2 AL 6	SEMA NA DEL 9 AL 13	SEMAN A DEL 16 AL 20	SEMA NA DEL 23 AL 27	SEMA NA DEL 6 AL 10	SEM ANA DEL 13 AL 17
Socialización del taller motivacional con las autoridades del centro de salud para su aplicación y autorización a socializar con el personal de salud.	xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxxx					
Integración del personal de salud que labora en el centro y motivación para aplicar el taller motivacional y replicar de forma periódica.		xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxx	xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxx	xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxx		
Control y asesoría permanente por parte de las autoridades y personal capacitado para lograr mejorar cambios en los estilos de vida.					xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxx	xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxxx xxxxx

Elaborado por: MD. RODRÍGUEZ SUÁREZ CARLOS OMAR

5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta

El taller motivacional se realizará en un tiempo aproximado de 2 meses donde se deberá replicar hasta alcanzar la totalidad de los pacientes con DM2, familia y comunidad en general que acuden al centro de salud, con una frecuencia semanal de forma dinámica y sencilla como está propuesto y diseñado, y al término se realizará una sesión para aclarar inquietudes, observar y corroborar que se han cumplido los objetivos propuestos.

Se deben fomentar los controles mensuales de los pacientes con DM2, así como realizar capacitaciones al personal de salud para que realicen los controles y puedan replicar el taller

motivacional sobre educación en salud, en forma oportuna, puesto que lo más importante en la diabetes es la prevención, diagnóstico y detección de los factores de riesgos.

CONCLUSIONES

Los factores modificables que se determinaron en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque fueron: la actividad física, la alimentación no saludable, el alcoholismo y el tabaquismo.

La falta de actividad física fue el factor modificable que más incidió en la presentación de Diabetes mellitus tipo 2. La mayoría de estos pacientes llevan un estilo de vida sedentario con un aumento en el consumo de calorías y menor gasto energético.

El mayor porcentaje de pacientes tienen hábitos alimenticios no saludables, lo cual se evidencia en una elevada prevalencia de obesidad, la misma que contribuye a una hiperglicemia cada vez más frecuente.

Un importante número de pacientes analizados tienen hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco, deduciendo que dicho consumo tiene un papel preponderante en la presentación de Diabetes mellitus tipo 2.

Finalmente se diseñó un taller motivacional en el cual se dio a conocer los factores modificables que inciden en la presentación de diabetes mellitus tipo II, el mismo que estuvo dirigido a los pacientes, la familia y la comunidad que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo; cuyo propósito es el de mejorar los estilos de vida y de esta forma contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la zona de influencia de la unidad de salud.

RECOMENDACIONES

Una vez analizado los resultados obtenidos durante la realización de esta investigación acerca de los factores modificables que inciden en pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden

al centro de salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo, y posterior a la recolección de datos, tabulación, análisis y presentación de resultados, junto con el diseño de la propuesta, se establecen las siguientes recomendaciones:

Se recomienda brindar el taller motivacional a los pacientes, familiares y la comunidad de forma sistemática recordando que la mayoría de los pacientes son adultos y un gran número de adultos mayores donde se debe enfatizar con frecuencia sobre las medidas de prevención y control de estos factores.

Se sugiere facilitar capacitaciones y charlas motivacionales sobre la prevención y control de los factores de riesgo modificables al personal de salud para que puedan transmitir a los pacientes, familia y comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberti, K., Zimmet, P. (2011). For the WHO consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus.

American Diabetes Association. (2003). Implications of the United Kingdom prospective diabetes study. *Diabetes Care* 26, pp. 28-32.

American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes (2004). American Diabetes Association: Clinical Practice Recommendations 2004: Position Statement. *Diabetes Care*, 27, pp. 15 - 35.

American Diabetes Association. (2015). American Diabetes Association (ADA) Diabetes Guidelines: Summary Recommendations from NDEI. 2015. Disponible: <http://www.ndei.org/ADA-2013-Guidelines-Criteria-Diabetes-Diagnosis.aspx.html>.

Aune, D., Norat, T., Romundstad, P. y Vatten, L. (2014). Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 24(2), pp. 107-15.

Baptiste-Roberts, K., Barone, B., Gary, T., Golden, S., Wilson, L. y Bass, E. (2009). Risk factors for type 2 diabetes among women with gestational diabetes: a systematic review. *Am J Med*, 122(3), pp. 207-214.

Barengo, N., Acosta, T., Arrieta, A., Ricaurte, C., Mayor, D., y Tuomilehto, J. /2013). Screening for people with glucose metabolism disorders within the framework of the DEMOJUAN project (DEMONstration area for primary prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Metab Res*, 21, pp. 98-105.

Besingi, W, Johansson. A, Smoke related DNA methylation changes in the etiology of human disease. *Hum Mol Genet.*, 23 (2014), pp. 2290-2297.

Brandão de Carvalho, A., Dantas de Sá, T., Costa, I., Santos, M., Simone, E. y Brandão, P.F (2017). Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos. Editorial Gerokomos, Madrid.

Brand-Miller J y Holt, S. (2004). Testing the glycaemic index of foods: in vivo, not in vitro. *Eur J Clin Nutr*, 58, pp. 700-701.

Cabrera de León, M., Rodríguez, D. Almeida, S., Domínguez, A., Aguirre, B y Brito, E. (2008). Presentación de la cohorte «CDC de Canarias»: objetivos, diseño y resultados preliminares. *Rev Esp Salud Pública*, 82, pp. 519-534

Sartorelli, D., Franco, L. y Cardoso, M. (2006). Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 22(1), pp.7-

- Scheffel, R., Bortolanza, D., Weber, C., Costa, W., Canani, L. y Santos, K. (2004). Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com Diabetes Melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev Assoc Med Bras*, 50(3), pp. 263-7.
- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J., Valle, T., Hamalainen, H. y Ilanne-Parikka, P. (2001). Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*, 344, pp. 1343-1350.
- Vargas, A. y Casillas, I. (1993). Indicadores antropométricos. *Cuadernos de nutrición*, 16(5), p. 29.
- Vargas, A. y Casillas, I. (1993). La distribución de la grasa corporal, posible factor de riesgo para la salud. *Cuadernos de nutrición*, 16(6), p.7.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, S. y King, H. (2004). Global prevalence of diabetes - Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, pp. 1047-1050.
- World Health Organization (2000). Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's). Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.
- World Health Organization. WHO/FAO Expert Consultation (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization/Food and Agriculture Organization.
- World Health Organization (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Report of a WHO/ IDF. Recuperado http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43588/1/9241594934_eng.pdf.
- World Health Organization. Global Report on Diabetes (2016). Recuperado <http://www.who.int/diabetes/publications/grd-2016/en/> WHO | 10 facts about diabetes.

ANEXOS



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Universidad Estatal de Milagro – Instituto de Postgrado y Educación Continua,

Maestrante: Md. Calor Omar Rodríguez Suárez

CI: 1204803348

El cuál se encuentra realizando una investigación sobre:

TEMA: FACTORES MODIFICABLES QUE INCIDEN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO. 2019.

Y realiza la presente guía observacional para validación por expertos:

GUÍA OBSERVACIONAL PARA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO. 2019 La

misma que tiene como objetivos:

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General.

Identificar los factores modificables que inciden en los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque en el año 2019.

1.2.2 Objetivos Específicos.

Describir la influencia de la actividad física en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Identificar los hábitos alimentarios en y su influencia en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Describir los efectos de algunos hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

ANÁLISIS DE EXPERTOS PARA VALIDACIÓN

ANÁLISIS DE EXPERTOS PARA VALIDACIÓN			
CUESTIONARIO			

3C Cuantas veces consume alcohol

3.1C Una vez cada mes

3.2C Una vez a la semana

3.3C Tres veces por semana

3.4C Fines de semana

3.5C Todos los días

3.6C Solo en ocasiones festivas o reuniones

**VARIABLE DEPENDIENTE
DIABETES MELLITUS TIPO II**

4. Valor de glicemia en ayunas registrado en la base de datos.

4A Control de glicemia >128mg/dl (Hiperglucemia) _____

4B Control de glicemia: entre 70 Y 110 mg/dl (Normal) _____

4C Control de glicemia 70mg/dl o menor (Hipoglucemia) _____

5-Cuantos años tiene el paciente padeciendo de Diabetes Mellitus tipo 2

5A menos 5 años _____

5B 6 a 10 años _____

5C 11 a 20 años _____

5D más de 21 años _____

6- Presión arterial descrita en la HC el día de la consulta 6A

menos 120/80 mg/dl _____

6B 121/139-80/89 mg/dl _____

6C 140/159-90/99 mg/dl _____

6D 160/100 mg/dl _____

NOMBRE:

TÍTULO ACADÉMICO:

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA:

CI:

R. PROF. COD:

TELÉFONO:

