



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MEDICINA Y CIRUGÍA
GENERAL**

VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SUBSECUENTE DEL PACIENTE CON
DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD CARLOS RUGAMA, NOVIEMBRE 2017.

AUTORES:

Br. ESPERANZA DE LA CRUZ MENDOZA SEQUEIRA

Br. JOSÉ RENÉ RODRÍGUEZ

Br. SILVIA ROGELIA ORTIZ SANDOVAL

TUTORA:

DRA. FLAVIA VANESSA PALACIOS R.

MAESTRA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MANAGUA, 25 ENERO 2019

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I. GENERALIDADES	4
RESUMEN	10
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 ANTECEDENTES	12
1.2.1 A nivel internacional.....	12
1.2.2 A nivel nacional	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	19
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.5 OBJETIVOS.....	21
1.5.1 Objetivo General.....	21
1.5.2 Objetivos Específicos.....	21
1.6 MARCO TEORICO	22
1.6.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).....	22
1.6.2 SITUACION DE DIABETES MELLITUS.....	23
1.6.2.1 Epidemiología	23
1.6.2.2 Etiología	24
1.6.2.3 Clasificación etiológica.....	24
1.6.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	26
1.6.4 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	26
1.6.5 LAS METAS ACTUALES PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA Y LA A1C.....	29
1.6.6 OBJETIVOS DE CONTROL EN LA DM2.....	29
1.6.7 PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DM.....	30
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
2.1 Tipo de Estudio.....	33
2.2 Universo de estudio	33
2.3 Muestra	33
2.3.1 El tamaño de la muestra:.....	33
2.3.2 El tipo de muestreo	33

2.3.3 Criterios de Inclusión al Estudio:.....	33
2.3.4 Criterios de Exclusión:.....	33
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información	34
2.5 Plan de tabulación y análisis de la información	34
2.6 Enunciado de las variables por objetivos	35
2.7 Operacionalización de variables.....	36
2.8 Aspectos éticos	37
CAPITULO III. DESARROLLO	38
3.1 RESULTADOS	39
3.2 Discusión y Análisis	41
3.3 Conclusiones.....	43
3.4 Recomendaciones	44
CAPITULO III. BIBLIOGRAFÍA	46
3.1 Bibliografía Básica	47
CAPITULO IV. ANEXOS	48
4.1 Instrumento de recolección de Información	49

CAPITULO I. GENERALIDADES

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico en primer lugar a Dios, quien siempre ha estado a nuestro lado como pilar fundamental en mi formación académica.

Muy especialmente con todo mi amor a mi precioso hijo **Diego Alejandro**, siendo este el motor que hizo posible que pudiera hoy alcanzar esta meta.

A mis amigos y colegas, quienes en sus vidas y trabajo son ejemplo de perseverancia y dedicación.

Esperanza Mendoza Sequeira.

DEDICATORIA

Hoy quiero expresar en estas líneas el profundo agradecimiento hacia Dios que me dio sabiduría y me supo guiar por el buen camino, a mi madre el ser maravilloso que me dio a luz y que día a día con amor y arduo trabajo me apoyo incondicionalmente en cada paso de lo que hoy veo materializado, a mi mita que me lleno de sabios consejos y que confió en mi capacidad para lograr la meta que deseaba alcanzar. A mi esposa e hijos que fueron los pilares para no claudicar.

A mis maestros seres que poseen un don especial de enseñar y enriquecer el alma con su inagotable fuente de conocimiento.

Por último quiero agregar que la fe es la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve y que el principio de la sabiduría es el temor a Jehová.

JOSÉ RENÉ RODRÍGUEZ

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedicamos en primer lugar a Dios, quien siempre ha estado a nuestro lado como pilar fundamental en nuestra formación académica

A mis padres, gracias mamá y papá por haber estado conmigo en todo momento, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo les agradezco de corazón.

A mi compañera de trabajo, Esperanza Mendoza, gracias por tu apoyo en momentos de difíciles, gracias porque juntas logramos compartir esta meta, después de un largo camino con altibajos, pero salimos adelante.

SILVIA ROGELIA ORTIZ SANDOVAL

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a Dios por habernos dado el don de la vida y la sabiduría para poder terminar la primera etapa de esta maravillosa carrera.

A nuestros padres los cuales gracias a su amor y apoyo incondicional nos han guiado por el mejor camino logrando formarnos en base a valores y principios inquebrantables ayudándonos a realizar cada proyecto que emprendemos.

A nuestro asesor de tesis monográfica Dra. Flavia Vanessa Palacios, su esfuerzo y dedicación, Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador.

Agradecemos también al Centro de Salud Carlos Rugama por permitirnos realizar nuestro estudio.

ESPERANZA DE LA CRUZ MENDOZA SEQUEIRA

JOSÉ RENÉ RODRÍGUEZ

SILVIA ROGELIA ORTIZ SANDOVAL

Opinión del Tutor

La Diabetes Mellitus cada vez más va adquiriendo importancia a nivel nacional y mundial, constituye una de las tres principales causas de atención ambulatoria en las unidades de atención primaria y sus consecuencias son motivo de atención a nivel hospitalario; así la atención de calidad de las personas que lo padecen podría contribuir a mejorar su calidad de vida y disminuir los costos económicos en las instituciones de salud.

El fomento de investigaciones encaminadas a valorar la calidad de los servicios de salud brindado a personas con Diabetes Mellitus, contribuyen a incidir a mejorar las prácticas de los prestadores de servicios de salud con el fin de establecer estrategias y planes de mejora de acuerdo a las brechas identificadas, de esta manera los investigadores han hecho un esfuerzo para aportar a la mejoría continua de la calidad en este centro de salud.

Los Bachilleres Mendoza, Rodríguez y Ortiz aspirante al título, han demostrado arduo trabajo, disciplina y dominio en el proceso de investigación.

Felicito a los investigadores por este estudio que será de utilidad para futuras investigaciones e insto a que continúen desarrollando sus habilidades en el área de la investigación científica.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN

La Diabetes Mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que producen hiperglucemia, provocando complicaciones y aumentando la morbimortalidad por lo que se realizó un estudio para valorar la atención subsecuente del paciente con diabetes en el centro de salud Carlos Rugama, Noviembre, 2017, este estudio según su enfoque es cuantitativo, descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal, el Universo de estudio lo conforma los 92 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que se realizan atención subsecuente en la consulta del centro de salud en noviembre del año 2017, los resultados que se encontraron fueron los siguiente: un 22% de la población estudiada tenía entre 40 a 59 años, el sexo predominante fue el femenino en un 60-85%, de 10 años fue el tiempo de evolución que predominó en los pacientes con un 70%, 21.7% está controlado con respecto al colesterol total esto quiere decir que es menor de 200 mg/dl, , con respecto al parámetro de hemoglobina glucosilada el 58% tienen más de 7% es decir están mal controlados, 72% de la población tenía presión arterial sistémica menor a 140/90 mmHg, es decir controlado, y el 16.3% de la población tiene algún grado de retinopatía diabética.

1.1 INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que producen hiperglucemia. En particular la Diabetes Mellitus tipo 2 comienza con resistencia a la insulina, evitando que las células del cuerpo la utilicen de manera adecuada, disminuyendo la funcionalidad del páncreas y originando irregularidades en el organismo. (Dennis, Braunwald, Fauci, Hauser, & Longo, 2010).

El mundo se está enfrentando a una epidemia creciente de Diabetes de proporciones potencialmente devastadoras, en el quinquenio de 2004-2008 la mortalidad por diabetes mellitus representó entre el 6-7.5% del total de muertes en el país. (MINSa, 2016)

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2), de acuerdo a las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, tendrá un incremento de la prevalencia en adultos de 42% en los países desarrollados, que corresponderá de 51 a 72 millones de diabéticos; y de 170% en países en vías de desarrollo, que ascendería de 84 a 228 millones de diabéticos para el 2025. (Federación Internacional de Diabetes, 2013).

A nivel centroamericano la prevalencia por país es la siguiente: panamá: 9%, San Salvador 8.8 %, Costa Rica 8.5%, Nicaragua 8.1%, Honduras 7.2%, Guatemala 7.5%. (OMS, 2016)

La diabetes mellitus representa un problema de salud pública para Nicaragua; es una de las enfermedades que más incide en la población en general, debido a que en su presentación intervienen múltiples factores de riesgo, entre ellos la herencia, los hábitos y estilos de vida inadecuados y el medio ambiente. Su presentación puede ser abrupta o progresiva, afectando a personas de cualquier edad, sexo, raza, religión, condición socio-económica, zona, región o país. (MINSa, 2016)

Según el Ministerio de Salud, en el año 2003 la prevalencia de diabetes fue de 8,1% incrementándose con la edad 2,8% entre los 20 y los 39 años, 17% entre los 40 y los 64 años, y 22% en los mayores de 65 años. (MINSa, 2016)

El presente estudio pretende valorar el cumplimiento del protocolo de diabetes a fin de sugerir planes de mejoras para brindar mejor atención al paciente diabético, en este centro de salud.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 A nivel internacional

2014; Paccha Loayza, Muñoz Verdugo, & Juca Ortega; estudio de Determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes diabéticos que asistieron a consulta en la Fundación Donum entre marzo-julio de 2014. Se realizó un estudio descriptivo, en un universo de 290 pacientes que consultaron en la Fundación Donum entre marzo y julio de 2014. En ellos se aplicó el cuestionario CAP mediante entrevista, y los datos fueron analizados en el software Excel. Resultados: La mediana de la edad fue 64 años; la mínima, 33 y la máxima, 98. El 46,21% tenían entre 45-64 años. El 68,62% fueron mujeres. En el área urbana residen el 78,28%. El 54,83% se dedican a los quehaceres domésticos. Entre analfabetos y con nivel primario sumaron el 71,38%. Y el 46,21% tenían < de 10 años de evolución de la enfermedad. El nivel alto de conocimientos fue de 26,21%; el medio, de 68,97% y el bajo, de 4,83%. El nivel alto de actitudes, de 6,55%; el medio, de 35,17% y bajo, de 58, 28%. El nivel alto de prácticas, de 80%; el medio, de 17,93% y el bajo, de 2,07%. Conclusiones: El nivel alto de conocimientos fue menor al 30%, el de actitud menor al 10% y el nivel alto de prácticas, del 80%. (Paccha, Muñoz, & Juca, 2014)

2015;Ávila-Morales JC, Bareño-Rodríguez A, Castro-Jerez J, Rojas-Ortiz realizaron un análisis comparativo del manejo y control de un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a un programa de promoción y prevención en Bogotá, con respecto a la guía de manejo del programa y las recomendaciones documentadas por otras sociedades a nivel nacional e internacional. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, a partir de las historias clínicas de los pacientes. Se determinó si los parámetros evaluados para el control de su enfermedad eran los necesarios y estaban siendo aplicados correctamente. Para los resultados se analizaron los documentos de la resolución 412 (2007), ALAD (2013), OPS (2011), ADA (2014) e IDF (2006). Se revisaron 274 historias, analizando los parámetros de examen físico, paraclínicos y otras variables (riesgo cardiovascular, autocuidado, conocimiento de la enfermedad, estado psicológico).

Se evidenció que se pasan por alto el control de aspectos del examen físico que marcan la progresión de la enfermedad y el daño de la microvasculatura, así como intervenciones de carácter conductual, cultural e informativo (promoción de estilos de vida saludables, aprendizaje de medidas de autocuidado, estabilidad psicológica). Se observan diferencias en los valores de control de los paraclínicos en las guías analizadas.(Morales J, 2015)

2017;González R Kelim, en su estudio, Nivel de riesgo que predispone a desarrollar diabetes mellitus tipo II, en población mayor de 28 años que asisten a consulta médica en el centro integral en salud, nueva esperanza, departamento de Yoro, Honduras noviembre - diciembre. Estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal en un universo de 500 personas con una muestra de 108, del total de la población en estudio un 72% corresponde al género femenino, un 34% de la misma se encuentra en sobrepeso y este mismo porcentaje también presenta obesidad. Un 31,48% de la población presenta antecedentes genéticos de esta patología, un 82.41% no consumen verduras ni frutas en su dieta diaria. La relación de las variables en estudio determinó los niveles de riesgo que predisponen a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en 10 años, se encontró un 40% de la población con un riesgo discretamente elevado, 26% con riesgo bajo, 17% con riesgo moderado, 16% con riesgo alto y un 1% con riesgo muy alto.(Kelim, 2017)

1.2.2 A nivel nacional

2011; Mendieta A; Tulio en su evaluación de la calidad del protocolo de diabetes mellitus II en cuatro establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA. Municipio de Managua. Periodo enero-febrero2011. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de evaluar la calidad del Protocolo de Atención de Diabetes Mellitus II mediante la aplicación del instrumento de evaluación AGREE por parte de médicos que atendían a pacientes del componente de enfermedades crónicas dispensarizadas; así como para evaluar el cumplimiento del protocolo en la atención de estos pacientes, mediante la revisión de sus expedientes, en cuatro establecimientos de salud del Primer Nivel de atención del MINSA en el Municipio de Managua, durante los meses de Enero y Febrero del año 2011.

Se incluyeron los Centros de Salud (C/S) Edgard Lang, Pedro Altamirano, Silvia Ferrufino y el Puesto de Salud Villa Venezuela. De los cuales se seleccionaron cuarenta expedientes mediante muestreo sistemático. El 62.5% de la población con DM II, eran del sexo femenino, cuya edad promedio fue de 61.6 ± 11.85 años y el rango de edad fue de 35 a 89 años; el cumplimiento de la recomendaciones del protocolo fue No Conforme, pues solo 3 (peso corporal, tensión arterial y glicemia) de los 26 parámetros se registran con alto porcentaje en los expedientes. La complicación más frecuente fue la infección de vías urinarias (IVU), el tratamiento de la DM II en su mayoría se hacía con hipoglicemiantes orales (88.75%) acorde con la evidencia científica, se trataban apropiadamente las comorbilidades en un 65.6% de los casos. El 62.5% de los médicos evaluadores del protocolo eran médicos generales, 25% diabetólogos y 12.5% especialistas; todos los médicos evaluadores refirieron conocer el protocolo, el 69% de los médicos refirieron tener más de cuatro años de atender pacientes con DM II. La puntuación estandarizada de las áreas del protocolo promedió 75%, la menor puntuación estandarizada 50% fue asignada a la “Aplicabilidad del protocolo”. El 69% de los evaluadores dieron la valoración global del protocolo como “Recomendada, con condiciones o modificaciones” un 31% la evaluó como “Muy Recomendada.””(Tulio, 2011)

2015;López M, y Narváez O, en su tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía, realizaron un estudio sobre “Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015” se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, donde los resultados fueron que el 45.83% de la población encuestada son los pacientes de 51-59 años, el siguiente grupo etáreo son los pacientes de 61 años o más, en un 33.33%; la población de 41 – 50 años está representada en el 15.83%; los usuarios de 30 – 40 años conforman el 5.00%. El 64.1% de los encuestados son mujeres y el 35.8% restante corresponde al sexo masculino. Sobre tener conocimientos básicos acerca de la patología el 59.17 % respondió si tener, el 37.50% respondió no tener conocimientos básicos, y tan solo el 33.3% no sabía la respuesta.

Así mismo, el 45% afirman que la diabetes es causada porque los riñones no expulsan el azúcar del cuerpo, el 27.5% lo niegan y el 27.5% no saben. Un 57.5% conoce que los riñones no producen, el 36.66% no saben y el 5.83% cree que los riñones si producen

insulina. Con respecto al carácter crónico de la patología se les preguntó si la DM se cura y el 76.67 % respondió correctamente y el 3.33% no saben. (Lopez M, 2015)

2014; García Doryan; Pilarte Carlos, estudio Determinación de Parámetros de Control metabólico e Incidencia de algunas complicaciones Crónicas Microangiopáticas en pacientes Diabéticos tipo 2, del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán, de la ciudad de Managua, en el período Octubre 2013-Marzo 2014. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el Centro de Salud y Policlínico “Francisco Morazán”, en el período comprendido entre Octubre 2013 y Marzo 2014, se tomó de muestra a 50 pacientes mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, resultados: Un 22% de la población estudiada tenía entre 51 a 55 años, el sexo predominante fue el femenino en un 80%, de 1 a 5 años fue el tiempo de evolución que predominó en los pacientes con un 34%, 76% está controlado con respecto al colesterol total esto quiere decir que es menor de 200 mg/dl, en lo que concierne a los triglicéridos, los pacientes se encontraron mal controlados, un 62 % tiene más de 150 mg/dl, con respecto al parámetro de hemoglobina glucosilada el 58% tienen más de 7% es decir están mal controlados, 74% de la población tenía presión arterial sistémica menor a 140/90 mmHg, es decir controlado, se encontró una incidencia del 32% de microalbuminuria moderadamente elevada y el 22% de la población tiene algún grado de retinopatía diabética.(Garcia Doryan, 2014).

2015; Bordas Nelson, en su estudio causas de hospitalización de pacientes diabéticos tipo 2 en medicina interna del hospital alemán nicaragüense de enero a diciembre de 2015. Estudio observacional, descriptivo. El universo estuvo constituido por pacientes diabéticos ingresados en el departamento de Medicina Interna y la muestra la conforman 230 pacientes que cumplieron con los criterios de ingreso. Se elaboró un instrumento según objetivos específicos para recolección de la información y dar respuesta a los objetivos planteados.

Entre los resultados encontramos la media en años de edad fue de 60 años, se encontró que 80% de pacientes asisten a una unidad de salud. Un total de 98 (42.6%) pacientes no conocen sus valores de Glucosa en ayuno y 100% desconocen sus valores de glucosa postprandial y A1C. El 62.6% de pacientes tienen más de dos factores de riesgo cardiovascular asociados, de estos la Hipertensión arterial fue la más frecuente en 85.2%

del total. La mayoría de pacientes 106 del total (46.1%) tenían más de 10 años de diagnóstico de diabetes. Al ingreso 76.5% de pacientes se encontraban en hiperglucemia. El principal motivo de hospitalización fueron los procesos infecciosos con 53.9% de pacientes, de estos el pie diabético fue el más frecuente. Dentro de las complicaciones agudas de la diabetes el primer lugar lo ocupa la Hipoglucemia.(Nelson, 2015)

2015; Mendoza, Nora Massiel en su estudio Factores de Riesgo Asociados a Amputaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con pie diabético, atendidos en el Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, durante el período marzo - agosto 2015.

Es una investigación descriptiva, tipo observacional, retrospectivo de corte transversal.

En relación a los factores de riesgo para la formación de úlceras e infección del pie diabético en los pacientes se encontró: El 67% de los pacientes evaluados posee una edad superior a los 50 años y el 33% menores a los 50 años. El 54% de los pacientes corresponden al sexo femenino y el 46% masculino. En el tiempo de evolución de la diabetes encontramos el 70% de los pacientes, tienen un tiempo mayor a los 5 años y 30 % menor de 5 años. Los pacientes en estudio el 68.5 % presentaron un mal control metabólico, el 31.5 % tenían un buen control.

Entre los antecedentes de amputación, el 76% no tienen antecedentes y el 20 % presentan cuadro de amputación de 1 dedo del pie y el 4 % amputación de 2 o más dedos del pie.

En las enfermedades asociadas se encontró que 52% de los pacientes tenían hipertensión arterial, 5.5 % cardiopatía, 5.5 % otro tipo de patologías asociadas, entre estas ERC y el 37 % no tenían enfermedades asociadas (Nora, 2015)

2015; Rosales López, Róger; Cajina Reyes Elina; en su estudio comportamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Rivas, primer semestre 2015.El estudio fue de tipo descriptivo, documental e investigativo se realizó en el municipio de Rivas, la prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Municipio de Rivas fue de 14.92%. El rango de edades con mayor frecuencia de las personas con Diabetes Mellitus Tipo2 fue de 55-64 años de edad con un 29.2%, el sexo que predominó fue el femenino con el 68% de los casos y la procedencia con mayor frecuencia fue la urbana con un 64%.(Rosales, 2015)

2015; Hernández Rivas, Erick; Treminio, Juan José, en su estudio Principales factores de riesgo asociados a la aparición de pie diabético en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el Hospital Escuela César Amador Molina de Matagalpa, I semestre 2015.

De acuerdo al alcance del estudio es Descriptivo, observacional y transversal. En cuanto a los factores sociodemográficos, se obtuvo como factor de riesgo la edades comprendidas entre 51-60 años, por el tiempo de evolución de la enfermedad, ya que a más larga evolución más riesgo hay de desarrollar pie diabético, porque hay disminución de su sistema inmunológico.

Estos factores de riesgo encontrados son potenciales para desarrollar pie diabético que son el índice de masa corporal mayor de 25kg/m², lo cual el mayor porcentaje son preobesos, lo que influye en el metabolismo, ya que hay resistencia a la insulina.(Rivas Erick, 2015)

2015; López Guzmán. Deyton, en su estudio Complicaciones en pacientes diabéticos atendidos en la consulta externa del centro de salud Benicio Gutiérrez- Masatepe, Masaya Enero-Octubre 2015.Las complicaciones se denota, el 32.2% de los pacientes tienen como complicación Hipertensión arterial, seguido de un 22% de pacientes con Neuropatía diabética, 17.8% sufrió de hiperglicemia, alarmante 11% tuvo pie diabético, y el resto en menos porcentaje fueron hipoglicemia (5.9%), enfermedad cardiovascular (5.1%), accidente cerebro vascular (3.4%) y retinopatía diabética (2.5%). Edad promedio de los encuestados 56 años, y evolución de enfermedad de 4 a 6 años. (Deyton, 2015)

2015; Suárez Ojeda, Richard; Mora Amador, Gaudy en su estudio Conocimientos sobre Diabetes, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Gaspar García Laviana, durante el mes de Noviembre del 2015.El estudio se hizo para conocer cuál es el nivel de conocimiento sobre Diabetes en pacientes con Diabetes Mellitus tipo. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal, cuyo universo estuvo conformado por 155, el sexo femenino fue el de mayor prevalencia con un total de 103 pacientes encuestadas, correspondiendo al 66.5% de la muestra total, en relación a los pacientes del sexo masculino que alcanzo el 33.5 % de la muestra estudiada.(Suarez Richard, 2015)

2016; Urbina Martínez, Nélcida; Méndez, Jenny; Mejía Ruiz, Anilí, en su estudio Factores de riesgo que favorecen la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que acuden a consulta general en el puesto de salud SelimShible Managua, II semestre 2016.El estudio es cuantitativo de alcance descriptivo y de corte transversal, se realizó en el puesto de salud SelimShible, distrito IV, El estudio revelo que existen factores estadísticamente significativos para la aparición de Diabetes Mellitus como: sobrepeso, sedentarismo,

antecedentes familiares, consumo de bebidas alcohólicas, HTA, hábitos de fumado, que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad en forma precoz.(Urbina Nélcida, 2016)

2016; Urbina González, Dunia Vanesa, en su estudio de Comportamiento clínico y bioquímico asociado a nefropatía diabética y sus comorbilidades, en pacientes con Diabetes Tipo 2, ingresados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el periodo de abril 2015 a diciembre 2016.El estudio es observacional y según el propósito del diseño metodológico el tipo de descriptivo. Las características socio-demográficas de los pacientes con diabetes tipo 2, ingresados en el departamento de Medicina Internase caracterizó por predominar el grupo etáreo de 51-60 años edad (38.2%) seguido de 41 a 50 años de edad (27.3%), el género que prevaleció fue el sexo masculino 69.1% en relación al femenino representado por el 30.9%. El 63.6% de ellos eran hipertensos y 36.4% no eran hipertensos.

La obesidad fue encontrada en el 34.5% (obesidad leve o clase I), 21.8% (obesidad moderada o clase II) ,18.2 (obesidad severa o clase III) y 9.1% (obesidad mórbida o clase IV). Se encontró que la hemoglobina glicosilada se encuentra en valores mayores de 7% en el 21.8% y mayores de 7.6% en el 25.5%. (Dunia, 2016)

1.3 JUSTIFICACIÓN

La prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus se consideran ahora una prioridad debido al gran impacto individual, social y al sistema de salud. Por lo tanto el abordaje de este padecimiento va encaminado a la prevención de la aparición de la enfermedad, al manejo de las complicaciones de la misma y la prevención de la discapacidad y deterioro funcional.

Según información brindada por Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial el número de personas con diabetes ha incrementado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia mundial de diabetes en adultos ha ascendido del 4.7% en 1980 a 8.5% en 2014. (OMS, 2014)

En Nicaragua en el periodo de 1997 al 2002, se registró en Diabetes Mellitus un aumento del 15% de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales fueron causa del 45% de las muertes y 67% de discapacidades. (MINSAL, 2016)

El propósito de este estudio, es identificar las brechas en relación a la calidad de los servicios de tal forma que estas debilidades logren proponer estrategias con planes de mejora, con el fin de prevenir las complicaciones como retinopatía, amputaciones, enfermedad renal crónica y el consiguiente mejoramiento de la calidad de vida del paciente diabético.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de personas con diabetes en el mundo ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.

Según la información de perfil de países para la diabetes 2016 (OMS), Nicaragua ocupa el 4^{TO} puesto a nivel centroamericano, y se estima 492,264 pacientes con diabetes considerando una población de 6,082 millones; según OPS 7.2% son hombres, y 9.0% son mujeres.(OMS, 2016)

En Managua durante el 2003, se realizó una encuesta, de acuerdo a la Iniciativa Centroamericana de la Diabetes, CAMDI, con población mayor de 20 años, con resultados de prevalencia del 9.9% en diabetes mellitus, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cómo se realiza la atención subsecuente del paciente con diabetes en el centro de salud Carlos Rugama, noviembre de 2017?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Valorar la atención subsecuente del paciente con diabetes en el centro de salud Carlos Rugama, noviembre, 2017

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.
2. Describir el abordaje clínico y laboratorio de los sujetos en estudio.
3. Determinar el abordaje multidisciplinario de la población en estudio.

1.6 MARCO TEORICO

1.6.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de Salud Pública, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano en los que el número de defunciones por las ECNT está superando al de enfermedades infecciosas.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración, su progresividad e incurabilidad, requieren tratamiento y control por un número extenso e indeterminado de años. Dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles, se incluyen las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, varios tipos de cáncer y diabetes.

Desde hace décadas las enfermedades no transmisibles (ENT), grupo de enfermedades entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los accidentes y las violencias, ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad entre los adultos, sin importar el nivel de desarrollo económico del país.(Cruz C., 2005)

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) están cada vez más presentes en las principales causas de muerte en el país. De acuerdo con proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2,020 las enfermedades cardiovasculares serán la principal causa de muerte con más de 20 millones de víctimas al año en los cinco continentes.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), son la primera causa de muerte en el mundo, y Nicaragua no es la excepción. 25 de cada 100 nicaragüenses mueren por este tipo de padecimientos, Según datos de la Asociación de Cardiólogos de Nicaragua (Ascani), en el país más de un tercio de las muertes en adultos son causadas por este tipo de padecimientos.(ASCANI, 2012). En el año 2016, las enfermedades crónicas más frecuentes en Nicaragua fueron:

***Fuente: Censo de crónicos y sistema de atenciones ambulatorias**

No	Enfermedad	Personas	Tasa 10,000	X	Atenciones
1	Hipertensión Arterial	174,956	276		1,188,381
2	Diabetes	84,183	133		681,200
3	Enfermedades Reumáticas	81,411	129		501,393

4	Epilepsia	24,526	39	285,067
5	Asma Bronquial	22,321	35	199,712
6	Enfermedades Cardiacas	13,056	21	193,303
7	Enfermedad Renal Crónica	6,725	11	58,216
8	Enfermedades psiquiátricas	5,274	8	137,099
9	Otras Patologías	1,286	2	
Total		413,738	654	3,244,371

1.6.2 SITUACION DE DIABETES MELLITUS

1.6.2.1 Epidemiología

Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes, otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012.

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición. Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones. (OMS, 2016)

Los siguientes datos epidemiológicos, tomados del Informe que se comenta, llaman la atención en 2013, en todo el mundo 382 millones de personas en edades de 20 a 79 años se diagnosticaron portadoras de diabetes mellitus, de las cuales el 80% vive en los países con mayores condiciones de pobreza. Los cálculos indican que en menos de 25 años, el total de personas afectadas aumentará a 592 millones. (IDF, 2015)

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que más incide en la población en general debido a que en su presentación intervienen múltiples factores de riesgo, destacándose la herencia y el medio ambiente.

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los

carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

En esta epidemia están implicados: poca actividad física, una obesidad creciente y cambios en el consumo de alimentos. Los pacientes que sufren de diabetes experimentan una morbilidad y mortalidad significativas, debido a complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovasculares (ataques cardíacos, crisis fulminantes y trastornos vasculares periféricos).

Existen diversos factores que se asocian con un mayor riesgo de padecer DM tipo 2, de ellos los más importantes son la edad, la raza, determinados factores genéticos y factores ambientales como la obesidad y el sedentarismo. De todos ellos la obesidad es el factor de riesgo más estrechamente ligado a la DM tipo 2.

1.6.2.2 Etiología

La etiología de la Diabetes Mellitus tipo 2 es desconocida y ha sido más difícil de delimitar en sus componentes genéticos que la DM 1. Los genes candidatos propuestos son el de la insulina, del receptor de insulina, de la glucucinasa y del genoma mitocondrial. Se ha establecido una herencia autosómica dominante en la variedad conocida antiguamente como MODY (diabetes mellitus del adulto de aparición en la juventud).

Los factores epigenéticos del individuo reconocidos como determinantes son el sobrepeso y la obesidad relacionados con el sedentarismo, el estrés emocional, la alimentación rica en fructosa y ácidos grasos saturados, el tabaquismo, alcoholismo y la falta de control de enfermedades concomitantes (trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos).

1.6.2.3 Clasificación etiológica.

Diabetes tipo 1(DM tipo 1)

En la DM tipo 1 las células betas se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina, sus principales manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulina terapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

Sin embargo existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente pueda no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta.

A este grupo pertenecen aquellos casos denominados como Diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad (Idiopático).

En la DM tipo 1 más del 90% de las células que producen la insulina en el páncreas, son destruidas de una forma irreversible.

Diabetes tipo 2 (DM tipo 2).

En este tipo de diabetes mellitus (DM) el páncreas continúa produciendo insulina, incluso a valores más elevados que los normales, sin embargo el organismo desarrolla una resistencia a sus efectos y el resultado es un relativo déficit insulínico.

Los defectos de la DM tipo 2 se produce cuando un paciente con predisposición genética a la Diabetes Mellitus adapta un estilo de vida (es decir, exceso de calorías, la falta de gasto calórico, la obesidad...) están superpuesto a un genotipo susceptible.

Otros tipos específicos de diabetes:

a) MODY

Otras causas de diabetes son producto de defectos genéticos específicos de la secreción de insulina, alteraciones metabólicas que trastornan la secreción de insulina y un sin número de situaciones que alteran la tolerancia a la glucosa, como es el caso de la diabetes de tipo adulto con inicio en la juventud (Maturity Onset Diabetes of the Young, "MODY") que se caracteriza por ser de tipo hereditario y con un inicio precoz de la hiperglucemia y trastorno de la secreción de insulina.

b) Diabetes gestacional.

La resistencia a la insulina relacionada con las alteraciones metabólicas del final del embarazo aumentan la necesidad de insulina y pueden provocar hiperglucemia o intolerancia a la glucosa, que es llamada diabetes gravídica (gestacional), la cual se ve en aproximadamente un 4% de los embarazos y es llamada diabetes de tipo 4. (Aschner y colaboradores, 2006).

1.6.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/L) en presencia de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia ,polifagia o pérdida de peso inexplicada).
- Glucemia plasmática en ayunas (al menos durante 8 horas) ≥ 126 mg/dl.(7.0mmol/L)
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas durante una prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG).
- Hemoglobina glucosilada (A1C) $\geq 6,5\%$.

1.6.4 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están relacionadas con el grado de hiperglucemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético.

El paciente diabético es susceptible de sufrir numerosas complicaciones que dependen en grandes medidas de ciertos factores de riesgo que acentúen el daño macrovascular y microvascular como hipertensión arterial, hiperlipidemia, hiperglucemia y tabaquismo.

Las complicaciones de la Diabetes Mellitus se dividen principalmente en dos:

Complicaciones Agudas.

Las complicaciones agudas que pueden presentarse en el paciente diabético tipo 2 son:

a) Coma hiperosmolar no cetósico.

El coma hiperosmolar (CH) es la manifestación más severa de la diabetes tipo 2 caracterizado por el déficit relativo de insulina y resistencia a la insulina, que origina una hiperglucemia importante, diuresis osmótica, deshidratación y una situación de hiperosmolaridad secundaria.

Es una situación que puede darse también en la diabetes tipo 1 cuando hay cantidad suficiente de insulina para evitar la cetosis pero no para controlar la glucemia. (Tierney, 2002).

b) Hipoglucemia. Es un síndrome clínico multifactorial que se caracteriza por cifras de glucosa en sangre inferior a 45 mg/dL (2,5 mmol/L), síntomas de neuroglucopenia y alivio con la administración de glucosa.

Complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus

Las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus pueden afectar muchos sistemas orgánicos y son responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad que acompañan a este trastorno.

Las complicaciones crónicas pueden dividirse en vasculares y no vasculares.

A su vez las complicaciones vasculares se dividen en microangiopatía (retinopatía, neuropatía y nefropatía), y macroangiopática (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular).

Las complicaciones no vasculares comprenden problemas como gastroparesia, disfunción sexual y afecciones de la piel.

El riesgo de complicaciones crónicas aumenta con la duración de la hiperglucemia. Las complicaciones microangiopáticas de la Diabetes Mellitus son el resultado de la hiperglucemia crónica.

Los casos de arteriopatía coronaria y la mortalidad son dos o cuatro veces mayores en los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 estos acontecimientos están correlacionados con las concentraciones plasmáticas de glucosa en ayunas y postprandiales al igual que con la hemoglobina glucosilada (A1C).

Otros factores (dislipidemia e hipertensión) desempeñan también funciones importantes en las complicaciones macrovasculares. (Kasper, 2006)

a) Neuropatía diabética

Es considerado por algunos como la complicación más frecuente de la Diabetes Mellitus, sin embargo en la actualidad no se han definido su verdadera incidencia y prevalencia, debido a la falta de consenso para emplear una metodología estandarizada para su diagnóstico.

No obstante se acepta de forma general que la frecuencia de neuropatía diabética se encuentra entre el 50 y el 70 % de los diabéticos examinados.

Se presenta tanto en la diabetes tipo 1, como en la diabetes tipo 2 y su incidencia aumenta de forma paralela a la duración y severidad de la hiperglucemia.

En Estados Unidos más del 25 % de los pacientes con Diabetes Mellitus padecen de neuropatía periférica. Se dice que la neuropatía es más común en diabéticos de más de 50 años de edad, menos frecuente en sujetos de menos de 30 años y rara en niños.

Se considera a la Diabetes Mellitus la causa más común de neuropatía, pues su prevalencia se estima en no menos del 5 % de la población y aproximadamente del 15 al 25 % de los diabéticos consultan por neuropatía sintomática.

En Cuba a partir de estudios sobre la velocidad de conducción se constató una frecuencia de neuropatía diabética de 36,2 % en diabéticos tipo 1 y de 65,2 % en diabéticos tipo 2.

b) La enfermedad vascular periférica

En el clásico estudio de Framingham quedó establecido que la enfermedad arterial oclusiva tiene una prevalencia cuatro veces mayor en la población diabética que en los que no padecen esta enfermedad.

c) La arteriosclerosis

Es una enfermedad de carácter multifactorial, debido a que tanto en diabéticos como en la población en general, intervienen varios factores en su génesis y progresión, pero los pacientes diabéticos presentan además ciertos elementos específicos de la diabetes que contribuyen a incrementar aún más el riesgo de padecerla, se resaltan:

Tabaquismo, Obesidad, Hiperlipidemias, Sedentarismo, Factores genéticos, Hiperviscosidad plasmática, Hiperglucemia, Hiperinsulinemia, Macroangiopatía diabética.

e) Microangiopatía diabética

No es más que un engrosamiento de la pared vascular no oclusivo. La microangiopatía afecta a la función capilar.

Control Clínico y Metabólico de la Diabetes Mellitus tipo 2

Se habla de control metabólico en pacientes diabéticos cuando presentan una glucemia basal menor de 100 mg/dl., una glucemia postprandial menor de 140 mg/dl. Y una hemoglobina glucosilada menor de 6.5%.

El control de la Diabetes Mellitus elimina los síntomas, evita las complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares.

Al combinarlo con el control de otras problemáticas asociadas como la hipertensión arterial y la dislipidemia, también previene las complicaciones macrovasculares.

Para lograr un buen control de la Diabetes Mellitus tipo 2 se deben alcanzar metas establecidas para cada uno de los parámetros que contribuyen a establecer el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas como la glucemia y la hemoglobina glucosilada, los lípidos, la presión arterial y las medidas antropométricas relacionadas con la adiposidad.

Se debe tener en cuenta que para la mayoría de estos parámetros no existe un umbral por debajo del cual se puede asegurar que las personas con diabetes nunca llegarán a desarrollar complicaciones.

Por ahora los valores "normales" siguen siendo la meta óptima, a pesar de que no se ha podido mantener en ningún estudio hasta el momento.

1.6.5 LAS METAS ACTUALES PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA Y LA A1C

1. Glucemia ayuna normal (100mg/dl; adecuada 70-120mg/dl
2. Glucemia 1-2 horas postprandial normal <140mg/dl, adecuada 70-140mg/dl; inadecuada (140mg/dl.
3. A1C (%) normal <6; adecuada >6,5; inadecuada >7.

1.6.6 OBJETIVOS DE CONTROL EN LA DM2.

Hemoglobina glucosilada A1C (%) <7

Glucemia basal y preprandial (antes de comer): 80-130 mg

Glucemia postprandial (120 minutos después del inicio de la comida): <180 mg

Colesterol total (mg/dl) <185

LDL (mg/dl) <100

HDL (mg/dl) >40 H; >50 M

Triglicéridos (mg/dl) <150

Presión arterial (mmHg) <130/85

Peso (IMC= Kg/m²) IMC <25

Cintura (cm) <94 H; <80 M

Consumo de tabaco No

Toda persona con diabetes debe tratar de mantener el nivel más bajo posible de colesterol LDL (LowdensityLipoprotein) y de triglicéridos y el nivel más alto posible de colesterol HDL (HightDensityLipoprotein).

1.6.7 PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DM

Evaluación subsecuente

Objetivo:

Evaluar la condición física del paciente, control glucémico y disciplina en el cumplimiento de su tratamiento.

Actividades:

a) Actualizar historia clínica cuando amerite el caso: Realizar interrogatorio dirigido a revisar cumplimiento del tratamiento fármacos, actividad física y alimentación, las metas de control, complicaciones asociadas a la diabetes, reevaluación del riesgo de complicaciones futuras y valoración de los efectos adversos de los fármacos (farmacovigilancia).

Preguntas guías: (dar seguimiento a los hallazgos de la evaluación inicial):

- i) ¿Ha presentado algún problema agudo de salud?
- ii) ¿Ha ocurrido algún cambio en su estado general de salud?
- iii) ¿Ha experimentado síntomas sugerentes de hipoglucemia?
- iv) ¿Tiene algún síntoma nuevo o signos sugerentes de complicaciones de la diabetes?
- v) ¿Se ha modificado algún factor de riesgo?

b) Realizar examen físico:

- Peso y talla para cálculo de IMC. Medir circunferencia de cintura.
- Medir tensión arterial, incluir evaluación ortostática.
- Examen oftalmoscópico.
- Examen de tiroides.
- Examen de corazón.
- Evaluación de pulsos principalmente pedio, poplíteo y tibial posterior.
- Examen de pies.
- Examen de piel.
- Examen neurológico.

c) Evaluar exámenes de laboratorio:

- Ordenar/revisar glucosa en ayuna y postprandial, hemoglobina glucosilada (cada tres meses).

- Perfil de lípidos (mínimo a las 8 semanas).

- Revisar resultados de auto monitoreo.

d) Revisar/analizar resultados de automonitoreo glucémico.

e) Realizar evaluación de complicaciones según sea necesario.

f) Analizar objetivos del tratamiento intensivo, especificar metas y determinar habilidades adquiridas para el auto control. Educar en diabetes.

g) Evaluación por nutricionista.

h) Evaluación psicológica.

Tiempo de ejecución: Se realiza a intervalos no mayores de tres meses individualizando de acuerdo a las condiciones de cada paciente.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudio

Es estudio según su enfoque es cuantitativo, descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal.

Área de estudio:

Centro de salud Carlos Rugama, ubicado en el barrio Walter Ferreti, de la Duya mágica 2C sur 1C abajo 1C sur 1C abajo

2.2 Universo de estudio

Lo conformaron los 92 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que se realizaron atención subsecuente en la consulta del centro de salud en noviembre del año 2017.

2.3 Muestra

2.3.1 El tamaño de la muestra:

Se determinó como muestra a todos los pacientes que asistieron a consulta subsecuente durante el mes de noviembre debido a que el universo es pequeño y se decidió tomarlo todo como muestra.

2.3.2 El tipo de muestreo

No fue necesario ya que se tomó a todos los asistentes del mes de estudio.

2.3.3 Criterios de Inclusión al Estudio:

Usuarios del programa de dispensarizados que han asistido por lo menos 6 meses al centro de salud para su control.

Usuarios mayores de 30 años hombres y mujeres

Usuario con datos en su expediente completos.

2.3.4 Criterios de Exclusión:

Otros tipos de diabetes y embarazadas

Pacientes Diabéticos tipo 2 que acudieron por otras causas.

Pacientes Diabéticos tipo 2 con menos de 3 controles en consulta externa.

Pacientes diabéticos que usan corticoides.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para este estudio se utilizará las técnicas de revisión documental se realizará revisión del expediente clínico, cuya fuente de información es secundaria, el instrumento utilizado para este estudio fue una ficha de recolección de datos. Dicho instrumento fue elaborado según los objetivos del estudio, para ello constó de los siguientes acápite:

Características socio demográficas.

Abordaje clínico y laboratorio.

Abordaje multidisciplinario.

2.5 Plan de tabulación y análisis de la información

La información contenida en las fichas de recolección de datos se ingresó a una base de datos en el programa de Microsoft Excel, para luego expresar los resultados en tablas y gráficos, de frecuencia y porcentajes.

Se elaborará tablas y gráficos de las siguientes variables:

Edad

Sexo

Procedencia

Escolaridad

Estado civil

Historia Clínica

Examen Físico

Exámenes de laboratorio

Evaluación de complicaciones.

Abordaje multidisciplinario

Y los siguientes cruces de variables:

Edad vs. Sexo

Procedencia vs Escolaridad

Evaluación de complicaciones vs Abordaje multidisciplinario

2.6 Enunciado de las variables por objetivos

Objetivo No 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.

Edad

Sexo

Procedencia

Escolaridad

Estado civil

Objetivo No 2: Describir el abordaje clínico y laboratorio de los sujetos en estudio.

Historia Clínica

Examen Físico

Exámenes de laboratorio

Evaluación de complicaciones.

Objetivo No 3: Determinar el abordaje multidisciplinario de la población en estudio.

Abordaje multidisciplinario

2.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio.	Años	a) 30- 39 años b) 40- 49 años c) 50 - 59 años d) 60 -69 años e) , ≥70años
Sexo	Son las características fenotípicas distinguen al hombre o la mujer.	Fenotipo	Masculino Femenino
Procedencia	Tipo de zona geográfica	Zona	Urbano Rural
Escolaridad	Es el nivel académico alcanzado por los sujetos a estudio.	Nivel de escolaridad	Ninguno Primaria Secundaria Universitario
Estado civil	Corresponde a la unión de pareja establecida por la ley.	Estado de unión legal	Soltero Casado Acompañado
Historia Clínica	Es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.	Tipo de Documento en la Historia clínica.	Anamnesis Examen físico Diagnóstico Tratamiento Evaluación
Examen Físico	Es el conjunto de maniobras que realiza un médico para obtener información sobre el estado de salud de una persona.	Partes examinadas.	Peso Talla IMC Circunferencia abdominal PA Cabeza Cuello Tórax Abdomen Espalda Extremidades superiores e inferiores Genitales
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA

Exámenes de laboratorio	Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo.	Tipo de examen de laboratorio	BHC EGO Perfil Lipídico Perfil Hepático Glicemia Microalbuminuria y proteinuria de 24 horas Creatinina Hemoglobina glucosilada (HbA1c)
Evaluación de Complicaciones	Se refiere a la valoración de complicaciones en las personas con diabetes tipo II.	Tipo de complicaciones	Aguda Crónica
Abordaje Multidisciplinario	Los profesionales implicados en una tarea multidisciplinar adoptan relaciones de colaboración con objetivos comunes	Tipo de abordaje	Nutricional Psicológica Odontológica

2.8 Aspectos éticos

Dado que este estudio se realizó con los datos estadísticos de un centro de salud, y no mediante la realización de encuestas a pacientes, no se necesitó la firma de consentimiento informado. Pero hay que dejar claro que la información se extrajo de los expedientes de pacientes que fueron atendidos en la unidad en el periodo noviembre 2017. Por ende, se realizó carta a la autoridad del centro de salud Carlos Rugama, solicitando autorización para la realización del estudio y accesibilidad a expedientes clínicos, pero esta incluye la no publicación de los nombres de los pacientes.

CAPITULO III. DESARROLLO

3.1 RESULTADOS

Del estudio valoración de la atención subsecuente del paciente con diabetes en el centro de salud Carlos Rugama, que incluyó un total de 92 expedientes, se encontraron los siguientes resultados:

La Tabla No1 sobre la distribución según edad se encontró que el grupo de 30 a 39 años una frecuencia de 4 (4.34%), el grupo de 40-49 una frecuencia de 17 (18.47%), el grupo de 50-59 una frecuencia de 31 (33.69), el grupo de 60-69 una frecuencia de 30 (32.60%) y el grupo de ≥ 70 una frecuencia 10 (10.86%).

En la Tabla No 2 sobre la distribución según sexo se encontró que el sexo femenino con una frecuencia 56 (60.85%) y masculinos frecuencia 36 (39.15%).

En la Tabla No 3 sobre la distribución según la procedencia la zona urbana con una frecuencia 90 (97.82%) y zona rural, frecuencia 2 (2.17%).

En la Tabla No 4 sobre la distribución según la escolaridad se presenta sin escolaridad una frecuencia de 6 (6.52%), en Primaria frecuencia 65 (70.65%), Secundaria con frecuencia 18 (19.56%), y los Universitario con frecuencia 3 (3.26%).

En la Tabla No 5 sobre la distribución según estado civil los Solteros con una frecuencia de 4 (4.34%), Casado con frecuencia 14 (15.21%) y Acompañado con frecuencia 74 (80.43%).

En la Tabla No 6 sobre la distribución de las Historia Clínica realizadas se encontró Anamnesis con una frecuencia 18 (19.56%), cumplían con establecido según el protocolo, con respecto al examen físico en una frecuencia 37 (40.21%), Diagnóstico una frecuencia 92 (100%), Tratamiento una frecuencia 92 (100%), Evaluación una frecuencia 55 (59.78%).

En la Tabla No 7 sobre la distribución de la realización del examen físico según protocolo de atención la: Presión Arterial se valoró en un 100% con una frecuencia 92, la Talla con una frecuencia 32 (34.78), el índice de masa corporal con frecuencia 30 (32.60%), el peso frecuencia 92 (100%), la circunferencia Abdominal con frecuencia 0 (0%), se examinó la cabeza en una frecuencia 74 (80.43%), el cuello frecuencia 28 (30.43%), el tórax con frecuencia 46 (50%), el abdomen con frecuencia 18 (19.56%), las extremidades superiores e inferiores con frecuencia 14 (15.21%) y los genitales con frecuencia 0(0%).

En la Tabla No 8 sobre la distribución de los exámenes de laboratorio enviados se encontró BHC con una frecuencia 92 (100%), EGO con frecuencia 92 (100%), Perfil Lipídico con frecuencia 57 (61.95%), Perfil Hepático con frecuencia 9 (9.78%), Glicemia en Ayuna con frecuencia 92 (100%), Creatinina con frecuencia 55 (59.78%), Hemoglobina glucosilada (HbA1c) con frecuencia 14 (15.21%), microalbuminuria y proteinuria con frecuencia 0 (0%).

En la Tabla No 9 con respecto a la evaluación de las complicaciones, siendo la valoración a las complicaciones Aguda con una frecuencia 9 (9.78%) y la evaluación a complicaciones crónica con frecuencia 73 (79.34%) y no se valoraron 10 (10.86%).

En la Tabla No 10 sobre la distribución según Abordaje Multidisciplinario se encontró: valoración nutricional con frecuencia 80 (86.95%), Psicológica con frecuencia 9 (9.78%), y Odontológica con frecuencia 3 (3.26%).

En la Tabla No 11 edad versus sexo se encontró 30-39 años 2 (50%) eran femeninos y 2 (50%) masculinos; 40-49 años 4 (23.5%) eran masculino y 13 (76.5%) femenino, 50-59 13 (41.9%) eran masculinos y femeninos 18 (58.1), 60-69 años 14 (46.7%) eran masculinos y 16 (53.3) eran femeninos, ≥ 70 años 3 (30%) masculinos y 7 (70%) femeninos.

La Tabla No 12 escolaridad versus procedencia se encontró sin escolaridad 6 (100%) del área urbana, primaria 64 (98.5%) urbano, y 1 (1.5%) rural, secundaria 17 (94.4%) urbano, 1 (5.6%) rural, universitario 2 (66.7%) urbano, y 1 (33.3%) rural.

En la Tabla No 13 complicaciones versus abordaje multidisciplinario se encontró en complicaciones agudas 7 (77.8%) fueron referida a nutrición, 2 (22.2%) referida a atención psicológica, 0% a odontológica; con respecto a complicaciones crónicas 73 (88%) fueron referida a nutrición, 7 (8.4%) atención psicológica, 3 (3.3%) atención odontológica.

3.2 Discusión y Análisis

Con el fin de evaluar la atención subsecuente del paciente con diabetes realizado en el centro de salud Carlos Rugama obtenido mediante la revisión del expediente clínico para su análisis se presentaron estos resultados que según el grupo etario en este estudio con mayor frecuencia registraron la patología fue de 50-59 años podemos observar que según el estudio de Rosales López la diabetes se está diagnosticando en grupos mayores de 55 a los 64 años, lo que representa mayor comorbilidad ya que cuando estos pacientes son diagnosticados generalmente ya tienen complicaciones crónicas, como retinopatía.

En el estudio de Paccha, se encontró que el sexo predominante fue el femenino con 68.62%, encontrando similitud con nuestro estudio con el 60.85%, al igual que la procedencia urbana, el nivel académico primario; ya que la población femenina es la que acude con mayor frecuencia en busca de salud, y la población urbana en ambos estudios es la mayor afluencia por la cercanía a los barrios aledaños asignados para la atención de los pacientes la cual es meramente urbana, además muchos tienden a llegar al centro de salud más cercano evitando costos adicionales generados por el transporte, y el nivel primario en ambos estudios es el más frecuente debido que generalmente la población que asiste a los centros de salud es de escasos recursos y no cuentan con seguro médico ni trabajo y no tienen la posibilidad de acudir a atención privada.

En el estudio Ávila Morales se evidenció que se pasan por alto el control y evaluación del examen físico que marcan la progresión de la enfermedad y el daño a la microvasculatura, al igual que lo encontrado en nuestro estudio en el que no se realizó adecuado examen físico ni en la mitad de los pacientes, una de las principales causas podría ser la sobresaturación de consultas médica, la falta de monitoreo y supervisión de la calidad de la atención para observar el cumplimiento del protocolo establecido por el MINSA.

Se relaciona con nuestros resultados el estudio de Mendieta donde no se cumplía el protocolo, ya que al igual a este estudio solo se encontró el peso, presión arterial, en el mayor porcentaje, podemos observar que en varios estudios se encuentra que el examen físico no se realiza o no se lleva a cabo adecuadamente, ya sea por desconocimiento del protocolo, o poco personal médico para la multitud de pacientes que acuden a la atención primaria.

En lo que corresponde al control metabólico, la mayoría de los pacientes se encuentran descompensados, las glicemias alteradas, la hemoglobina glucosilada $> 7\%$, en los pocos pacientes a los que se les realizó, en cuanto a la presión arterial estuvieron dentro de la meta, relacionándose con el estudio de García, esto podría ser causado por los pacientes los cuales no están concientizados sobre su enfermedad, ni de las repercusiones crónicas que les causará no llevar adecuada dieta, ni ejercicios aeróbicos, ni del apego a su tratamiento.

Debido a que la mayoría de estos pacientes se manejan descompensados metabólicamente sufren daños a diferentes órganos y sistemas, tales como sistema vascular, renal y cardiaco principalmente; es por ello la importancia de un abordaje multidisciplinario de los mismos lo cual les dará la oportunidad de prevenir futuros daños y complicaciones, en la actualidad poco a poco el personal de salud se va encaminando a realizar un abordaje multidisciplinario, sin embargo cabe destacar por los antecedentes expuestos en este estudio ningún expediente evidenciaba dicho abordaje.

3.3 Conclusiones

1. De acuerdo a las características sociodemográficos de los pacientes la mayoría se encuentra en las edades de 50-59, del sexo femenino, de escolaridad primaria y de procedencia urbana.
2. Con respecto al abordaje clínico de los pacientes todos contaban con una valoración con respecto al diagnóstico y tratamiento y en menor número se les realizó examen físico y la anamnesis. Para el examen físico a todos se les determinó la presión arterial y peso, en menor porcentaje la examinación de áreas como cabeza y tórax y en menor proporción abdomen y extremidades, con porcentaje nulo valoración de circunferencia abdominal y genitales.
3. En relación al abordaje del laboratorio todos los pacientes subsecuentes les realizaron biometría hemática completa, examen general de orina y glicemia en ayunas, con un menor porcentaje perfil lipídico, hemoglobina glucosilada, creatinina, microalbuminuria y proteínas. La valoración de las complicaciones predomina la evaluación de las complicaciones crónica y en menor porcentaje complicación aguda.
4. En cuanto al abordaje multidisciplinario se refirió a nutrición el mayor porcentaje de pacientes y con escaso porcentaje la valoración psicológica y odontológica.

3.4 Recomendaciones

A las autoridades y los responsables de centros de salud

1. Capacitar continuamente al personal médico responsable de este grupo de pacientes,
2. Supervisar continuamente el expediente clínico y verificar el cumplimiento del protocolo,
3. Implementar campaña educativa a la población sobre prevención de la diabetes mellitus.

Al responsable de laboratorio,

1. Garantizar reactivos para exámenes de laboratorio de los pacientes en el Centro de Salud.

Al personal de salud,

1. Promover la atención multidisciplinaria de los pacientes con diabetes integrando la valoración periódica por especialistas en medicina interna, endocrinología, y nutrición, odontología.
2. Promover y verificar, periódicamente el cumplimiento de las metas según ALAD y las normativas del MINSA.
3. Coordinar con las redes comunitarias el seguimiento y atención domiciliar de los pacientes crónicos inasistentes a las citas de control de DM II.
4. Establecer un esquema de nutrición del paciente diabético de acuerdo a la canasta básica nicaragüense, para que tengan una dieta más equilibrada.
5. Realizar exámenes de control metabólico con la frecuencia adecuada,
6. Referir a los pacientes desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 al oftalmólogo para valoración y seguimiento,
7. Implementar el uso de hemoglobina glucosilada A1c como examen de rutina en el paciente diabético,
8. Realizar examen de creatinina desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y luego anualmente.

Al paciente

1. Aplicar las recomendaciones médicas en relación a consejería sobre cambios y estilo de vida saludable, que les proporcionen un mejor control de su enfermedad,

2. Interesarse en conocer lo básico de su enfermedad, que les permita tener información sobre la misma, esto les ayudaría a tomar acciones sanas y saludables.
3. Acudir de forma regular y periódica a su cita de control, cumplir con dieta, autocuidado, y cumplir con tratamiento.

CAPITULO III. BIBLIOGRAFÍA

3.1 Bibliografía Básica

1. Asociación de Cardiólogos de Nicaragua (ASCANI), Managua, Nicaragua, 2012
2. Cruz Rojo C. La perspectiva epidemiológica en el análisis de salud de las poblaciones. <http://personal.us.es/cruzrojo/perspectivaepidemiologica.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Enfermedades no transmisibles Informe sobre la situación mundial.
4. MINSa: Protocolo de atención de la diabetes mellitus, normativa -081. Managua 2011.
5. Aschner, P., & Colaboradores. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 17; 19-22.
6. Evaluación de la calidad del protocolo de diabetes mellitus II en cuatro establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSa. Managua, enero - febrero 2011.
7. Tierney, P., & Farmer, S. M. (2002). Creative self-efficacy: Its potential antecedents and relationship to creative performance. *Academy of Management Journal*, 45(6), 1137-1148.
8. Tierney, P., & Farmer, S. M. (2004). The Pygmalion process and employee creativity. *Journal of Management*, 30(3), 413-432. DOI: 10.1016/j.jm.2002.12.001
9. Gordon H. Guyatt, MD, MSc; David L. Sackett, MD, MSc; Deborah J. Cook, MD, MSc et al. Evidence-Based Medicine Working Group. La Medicina Basada en la Evidencia. 11. Guías de usuario de la literatura médica. *The Journal of the American Medical Association*. Edición Española 1997.
12. «Diabetes and obesity: the twin epidemics». *Nature Medicine* 12 (1): 75–80. (Enero de 2006).
13. Encuesta Multinacional de Diabetes e Hipertensión y sus Factores de Riesgo: Managua, Nicaragua 2003 VIII Taller CAMDI, Ciudad Panamá, Panamá, 28-29 noviembre 2006.

CAPITULO IV. ANEXOS

4.1 Instrumento de recolección de Información



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Orientaciones Generales

En el caso de los ítems que presentan respuesta numérica, escribir la información solicitada. Para aquellos otros ítems presentados, señale con una x la casilla correspondiente a su respuesta. En el resto de los ítems favor escribir la información solicitada en Centímetro, kilo.

I. Datos Generales:

Número de expedientes _____

Sexo M ___ F ___

Procedencia: Urbana: ___ Rural: ___

Edad ___ Años

Escolaridad: Ninguna: ___ Primaria: ___ Secundaria: ___ Universitaria: ___

Estado Civil: Soltero: ___ Casado: ___ Acompañado: _____

I. Datos del Abordaje Clínico:

Peso _____

Talla _____

IMC _____

Presión arterial _____

Perímetro abdominal _____

Colesterol _____

LDL _____

HDL _____

TAG _____

GPA _____

HbA1C% _____

EGO _____

Examen neurológico _____

Examen de los pies _____

Evaluación de complicaciones:

Agudas SI___ NO___

Crónicas SI___ NO___

II. Datos del Abordaje multidisciplinario

Odontología SI___ NO___

Nutrición SI___ NO___

Psicología SI___ NO___

Actividades para la Evaluación y Seguimiento del Paciente con DM

ACTIVIDAD	INICIO	CADA TRES MESES	ANUAL
Historia clínica completa	x		x
Actualizar Historia clínica		x	
Evolución de problemas activos y nuevos eventos		x	
Examen físico completo	x		x
Talla	x		x
Peso e IMC	x	x	x
Diámetro de cintura	x	x	x
Tensión arterial	x	x	x
Pulsos periféricos	x		x
Inspección de los pies	x	x	x
Sensibilidad en pies(vibración, monofilamentos)	x	x	x

Tabla No 1.

Distribución por grupo etario de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30-39	4	4.34
40-49	17	18.47
50-59	31	33.69
60-69	30	32.60
>70	10	10.86
Total	92	100

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 2.

Distribución por sexo de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	56	60.86
Masculino	36	39.13
Total	92	100

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 3.

Distribución por procedencia de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	90	97.82
Rural	2	2.17
Total	92	100

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 4.

Distribución por escolaridad de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentajes
Ninguno	6	6.52
Primaria	65	70.65
Secundaria	18	19.56
Universitario	3	3.26
Total	92	100

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 5.

Distribución por estado civil de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	4	4.34
Casado	14	15.21
Acompañado	74	80.43
Total	92	100

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 6.

Distribución de historia clínica realizadas en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

n= 92

Historia Clínica	Frecuencia	Cumplimiento
Anamnesis	18	19.56
Examen físico	37	40.21
Diagnóstico	92	100
Tratamiento	92	100
Evaluación	55	59.78

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 7.

Distribución de examen físico realizados en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Examen Físico	Frecuencia	Porcentaje
Peso	92	100
Talla	32	34.78
IMC	30	32.60
Circunferencia abdominal	0	0
PA	92	100
Cabeza	74	80.43
Cuello	28	30.43
Tórax	46	50
Abdomen	18	19.56
Extremidades superiores e inferiores	14	15.21
Genitales	0	0

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 8.

Exámenes de laboratorio enviados a pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Examen de Laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
BHC	92	100
EGO	92	100
Perfil Lipídico	57	61.95
Perfil Hepático	9	9.78
Glicemia en Ayuna	92	100
Microalbuminuria y proteinuria de 24 horas	0	0
Hemoglobina glucosilada (HbA1c)	14	15.21
Creatinina	55	59.78

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 9.

Distribución por evaluación de complicaciones realizadas en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Evaluación de las Complicaciones	Frecuencia	Porcentajes
Aguda	9	9.78
Crónica	73	79.34
No valorado	10	10.86
Total	92	100

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 10.

Distribución por abordaje multidisciplinario realizado en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Abordaje Multidisciplinario	Frecuencia	Porcentajes
Nutricional	80	86.95
Psicológica	9	9.78
Odontológica	3	3.26

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 11.

Distribución por cruce de variables edad versus sexo realizado en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Edad	Masculino		Femenino		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
30-39	2	50.0	2	50.0	4
40-49	4	23.5	13	76.5	17
50-59	13	41.9	18	58.1	31
60-69	14	46.7	16	53.3	30
>70	3	30.0	7	70.0	10
Total	36	39.1	56	60.9	92

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 12.

Distribución por cruce de variables escolaridad versus zona realizado en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Escolaridad	Urbano		Rural		Total
	No	%	No	%	
Ninguna	6	100.0	0	0.0	6
Primaria	64	98.5	1	1.5	65
Secundaria	17	94.4	1	5.6	18
Universitario	2	66.7	1	33.3	3
Total	89	96.7	3	3.3	92

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla No 13.

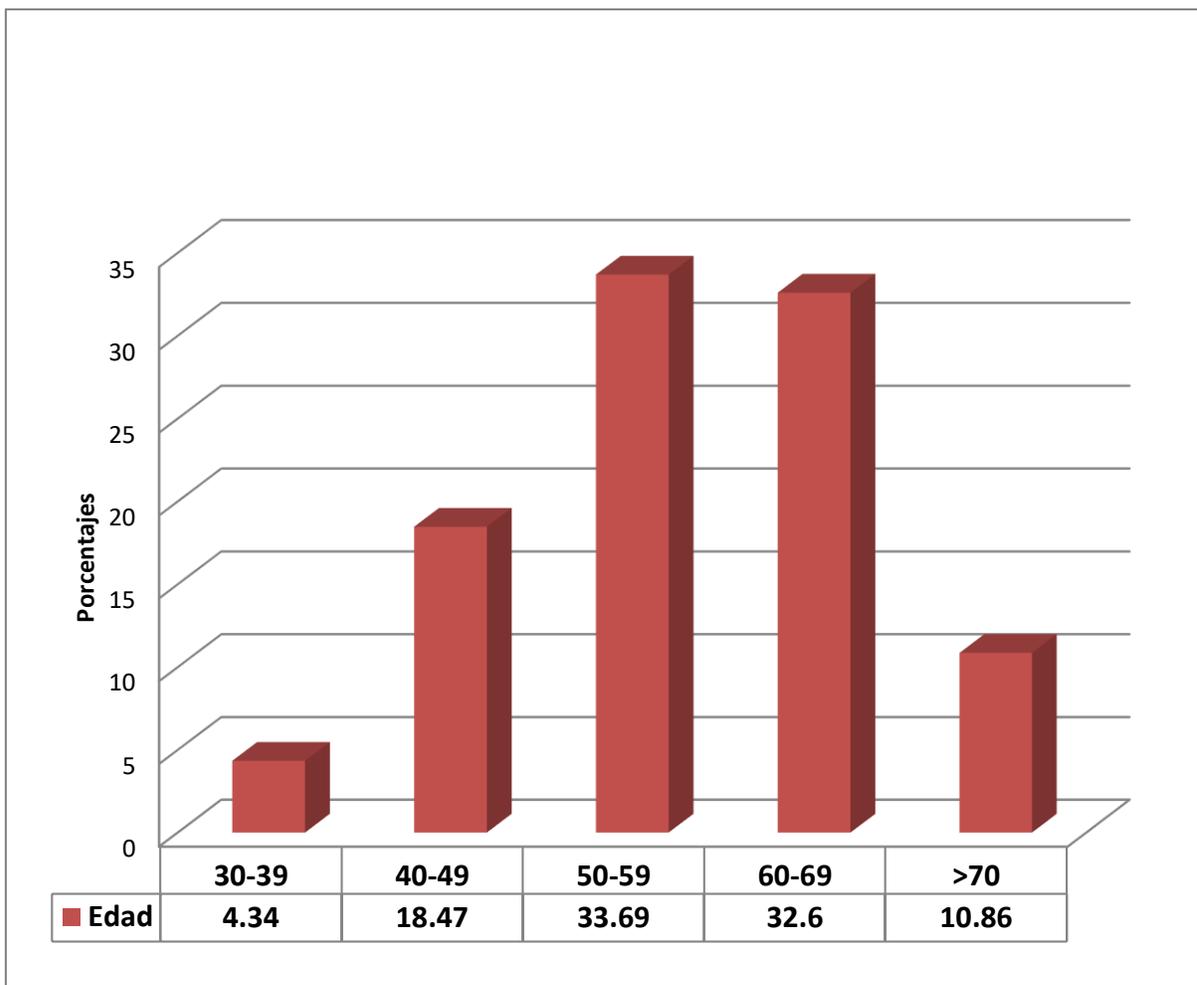
Distribución por cruce de variables complicaciones versus abordaje multidisciplinario realizado en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.

Complicaciones	Abordaje Multidisciplinario						Total
	Nutricional		Psicológica		Odontológica		
	No	%	No	%	No	%	
Aguda	7	77.8	2	22.2	0	0.0	9
Crónica	73	88.0	7	8.4	3	3.6	83
Total	80	87.0	9	9.8	3	3.3	92

Fuente: Ficha de recolección de la información

Gráfico N° 1

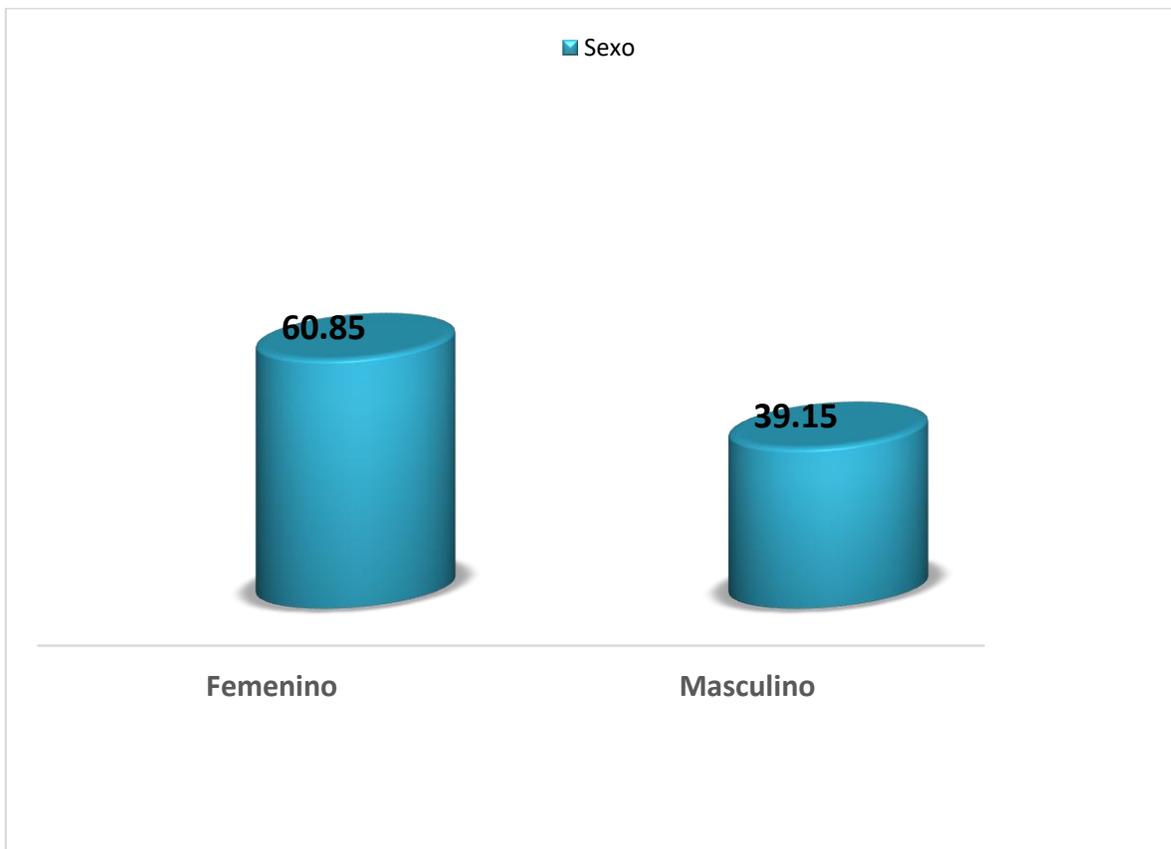
Distribución por grupo etario de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 1

Gráfico N° 2

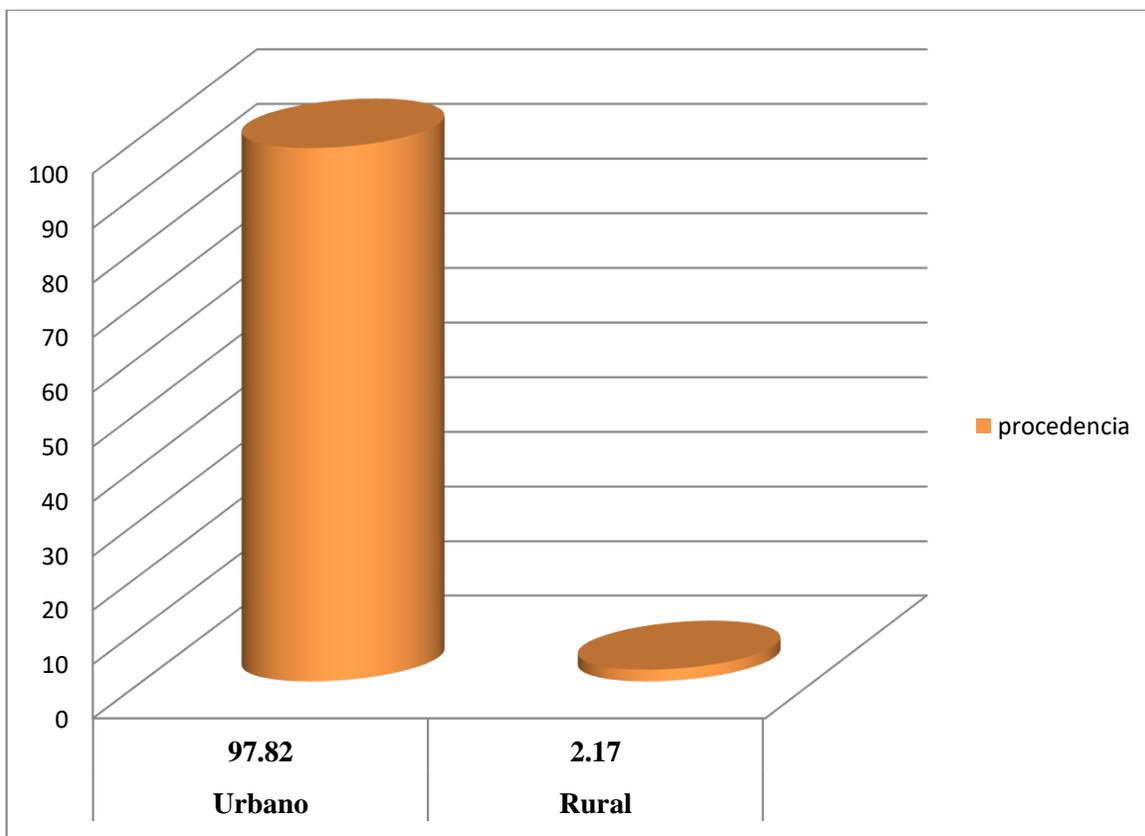
Distribución por sexo de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017



Fuente: Tabla No 2

Gráfico N° 3

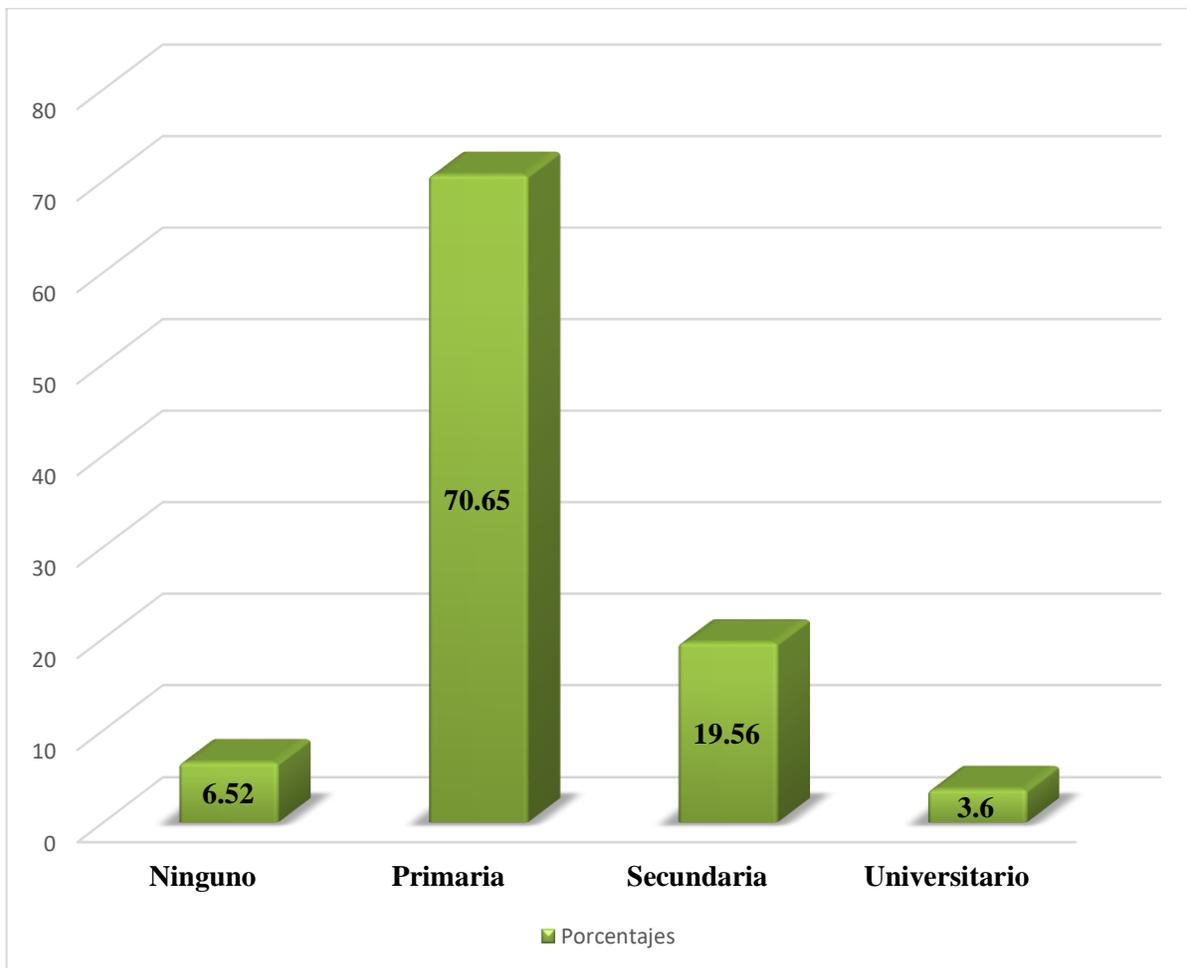
Distribución por zona de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 3

Gráfico N° 4

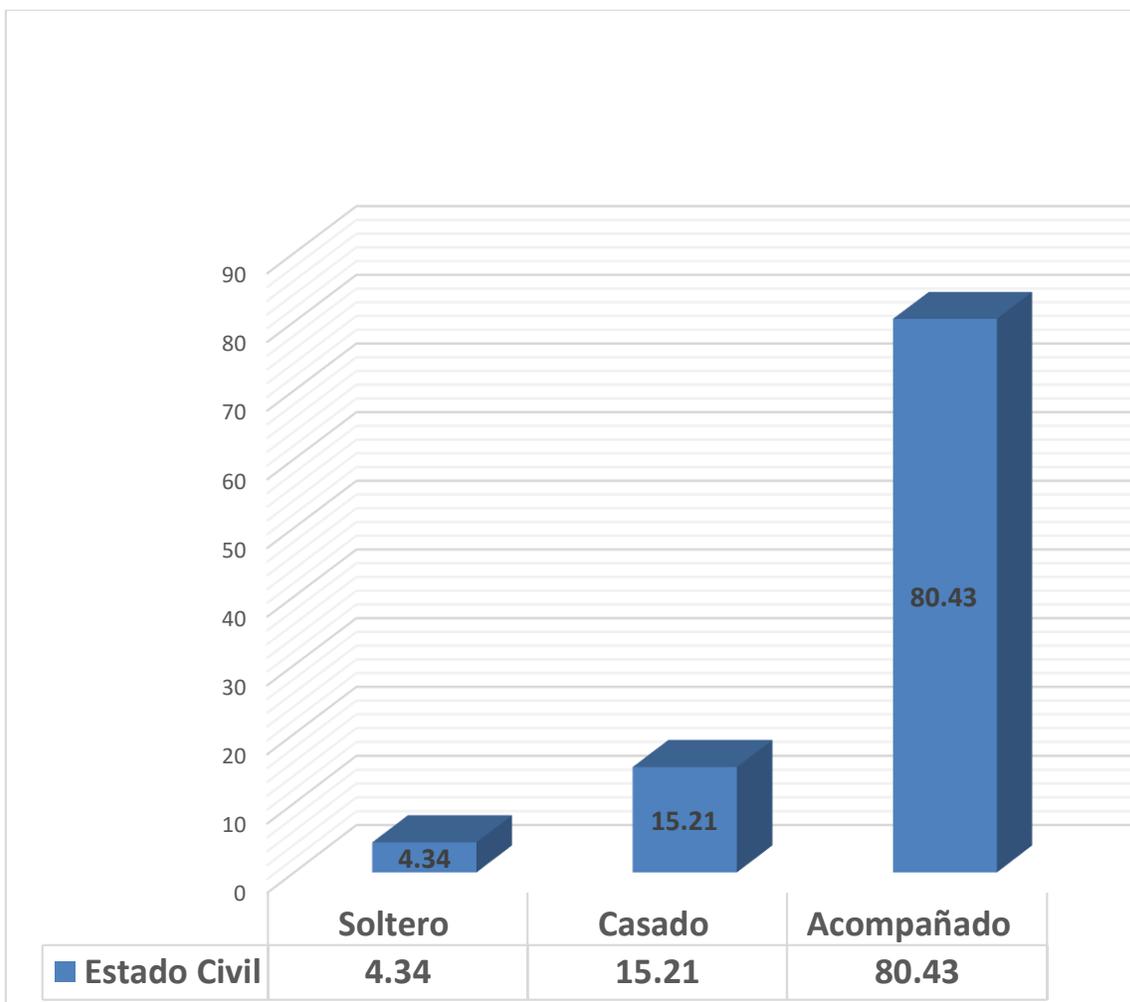
Distribución por nivel académico de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 4

Gráfico N° 5

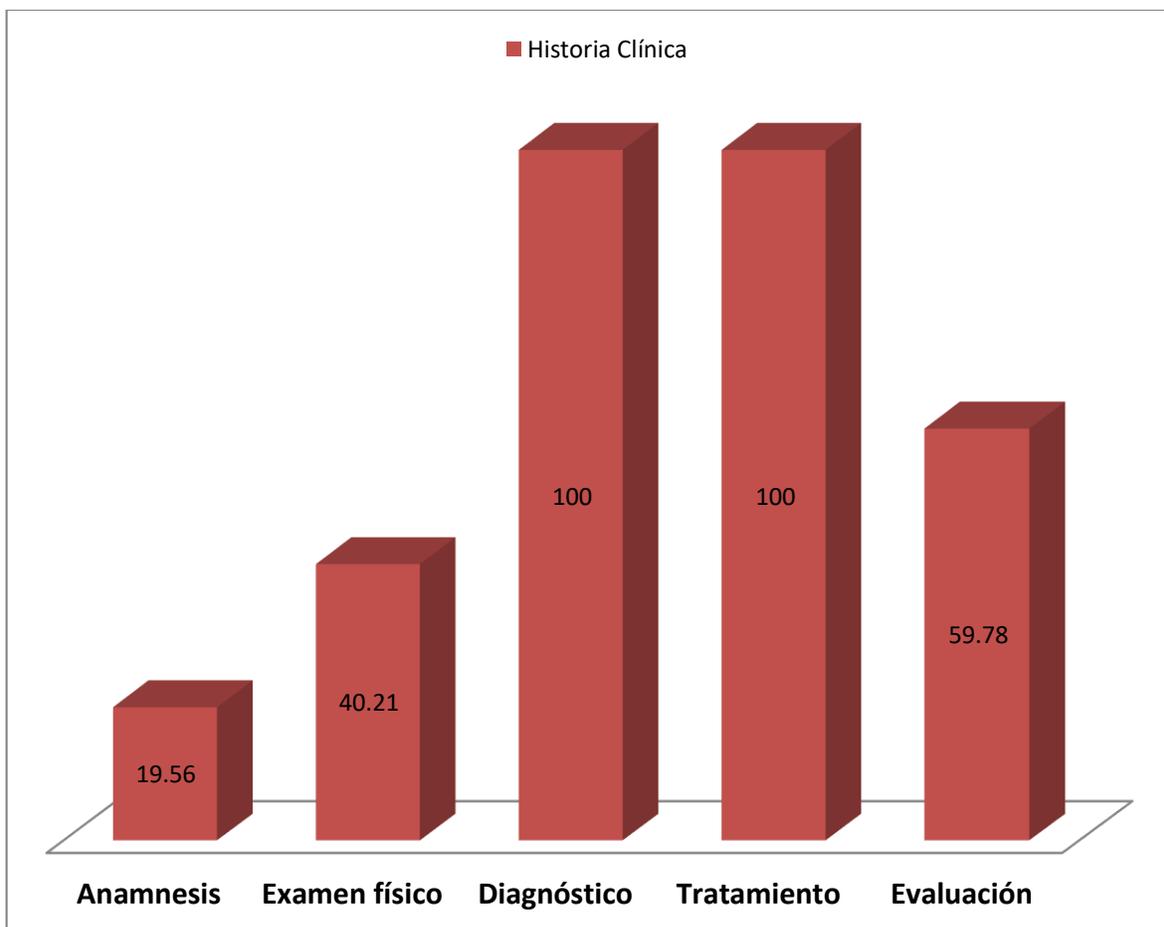
Distribución por estado civil de pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 5

Gráfico N° 6

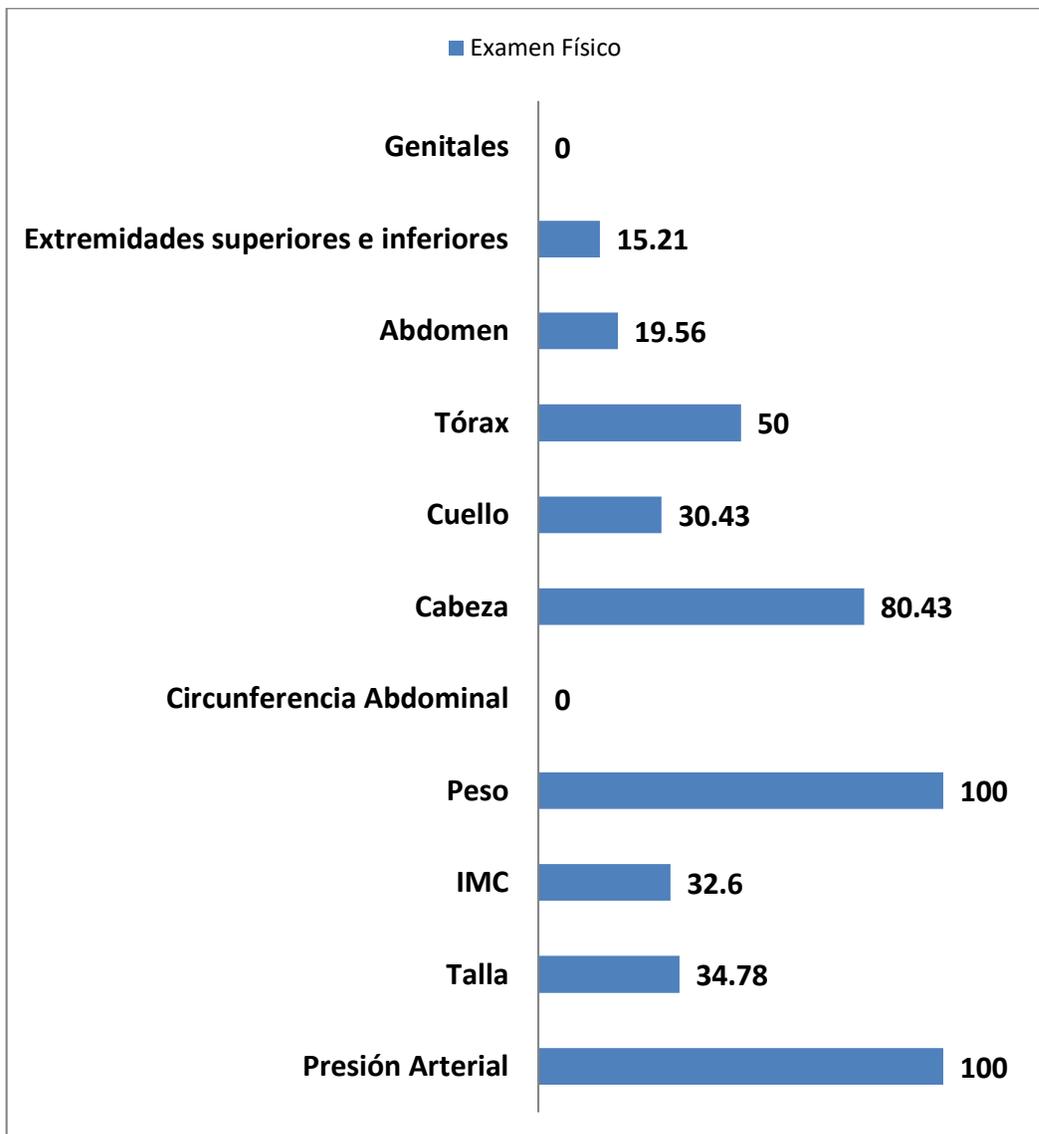
Distribución de historia clínica realizadas en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 6

Gráfico N° 7

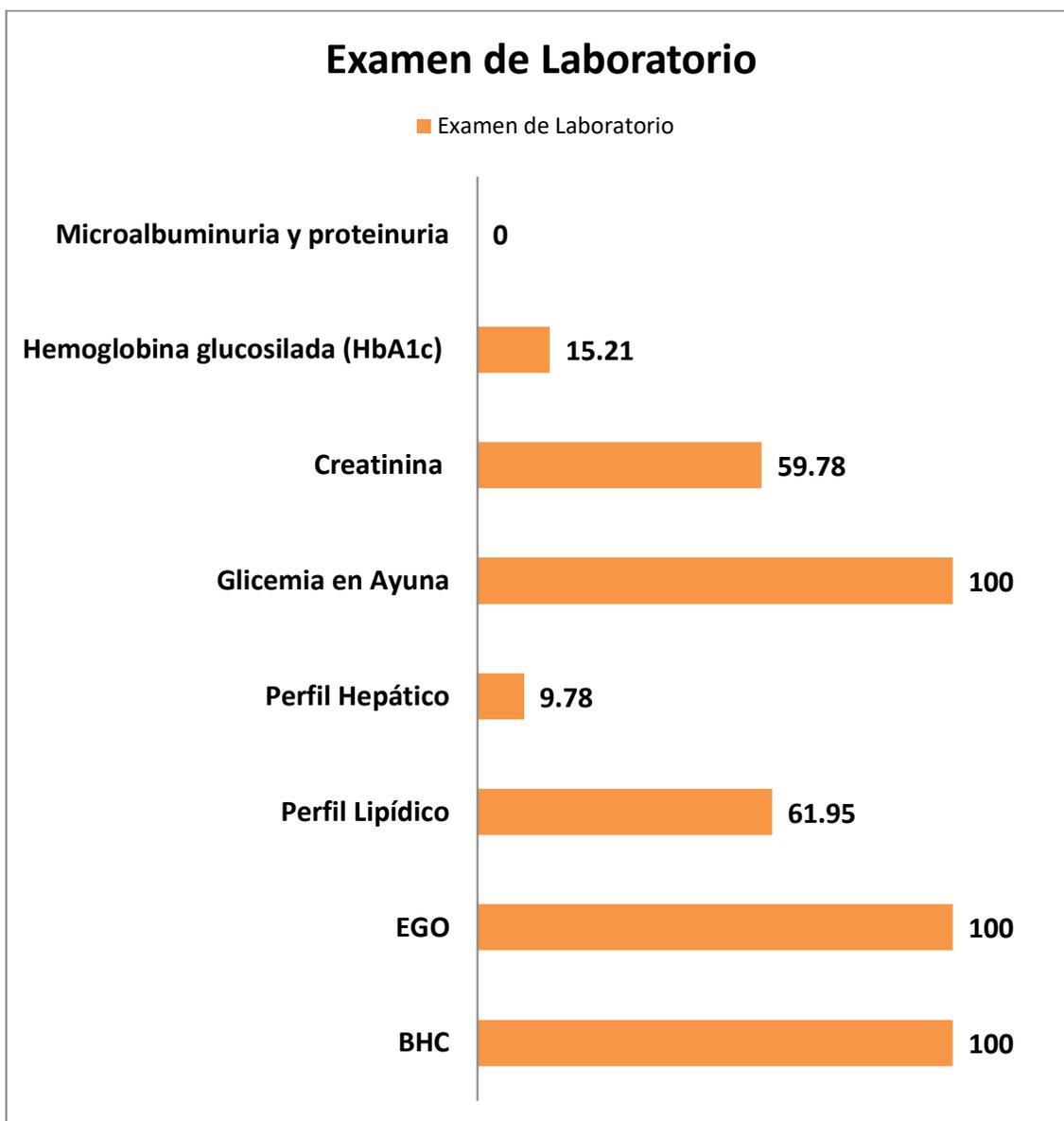
Distribución de examen físico realizados en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 7

Gráfico N° 8

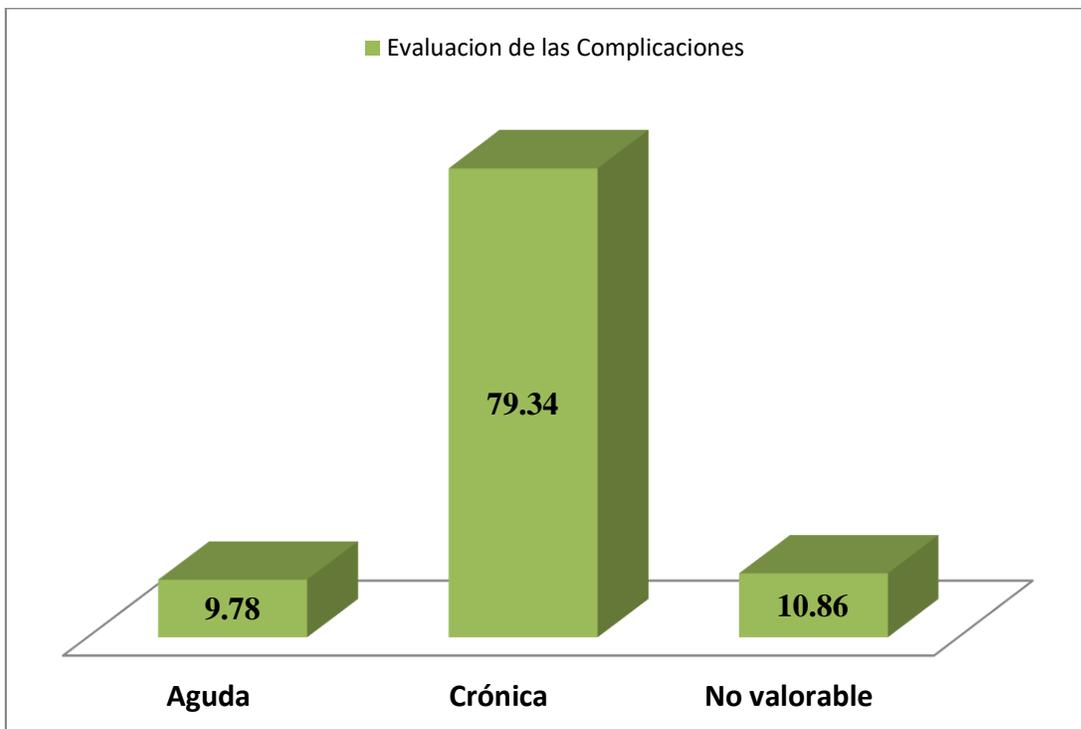
Exámenes de laboratorio enviados a pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 8

Gráfico N° 9

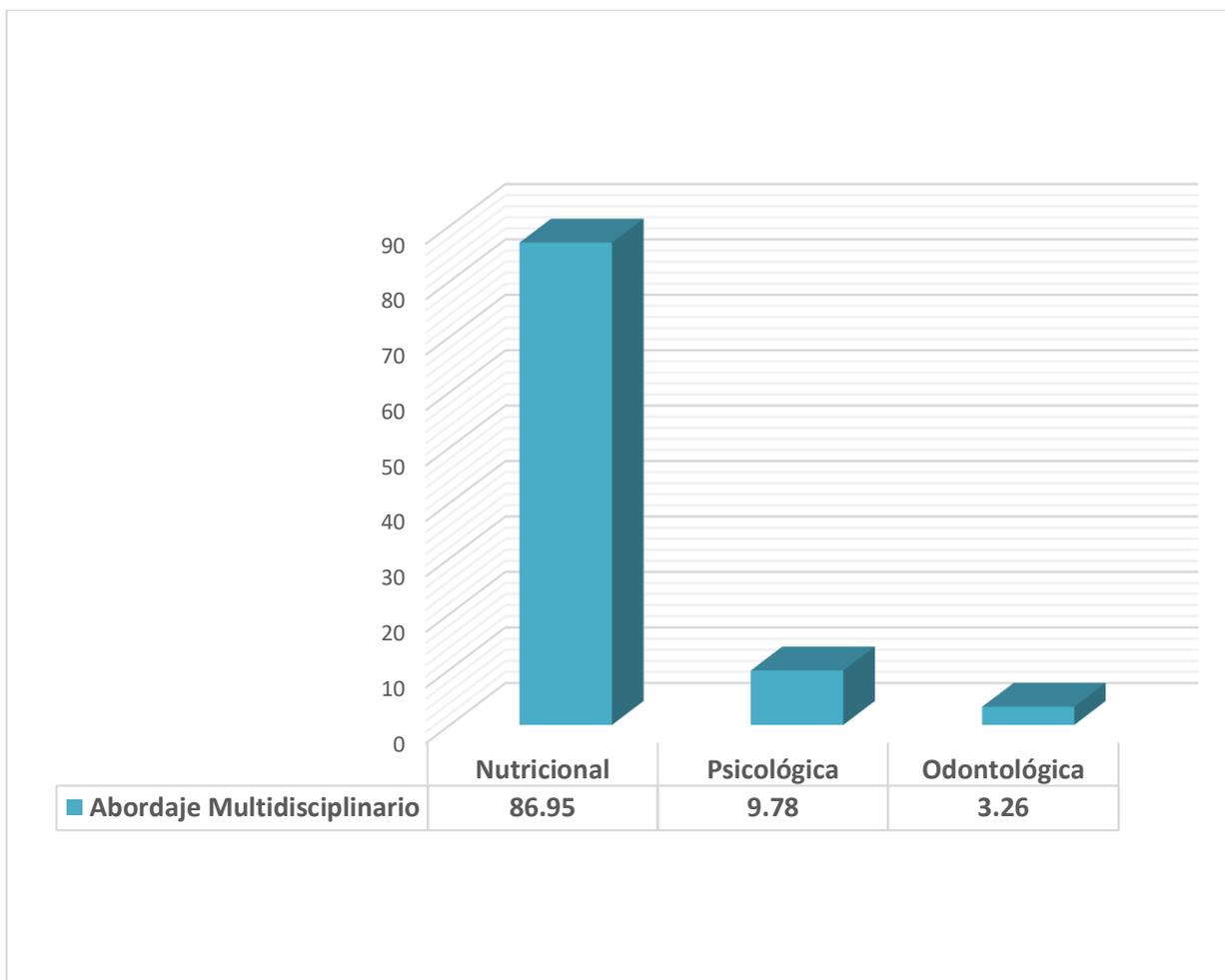
Distribución por evaluación de complicaciones realizadas en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 9

Gráfico N° 10

Distribución por abordaje multidisciplinario realizado en pacientes diabéticos que recibieron atención subsecuente en el Centro de Salud Carlos Rugama, Noviembre 2017.



Fuente: Tabla No 10