



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGÍA

2007-2009 Ocotal

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA

Caracterización Clínico-Epidemiológica de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Clínica Periférica No. 3 del Primer nivel de atención del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, Francisco Morazán en el período comprendido entre agosto y septiembre del 2009.

PRESENTADO POR:

KENNETH RAFAEL BUSTILLO MUÑOZ

TUTOR:

PABLO CUADRA AYALA MD, Epidemiólogo

DOCENTE INVESTIGADOR CIES

OCOTAL, NUEVA SEGOVIA, 2009

INDICE

Contenido	Pagina
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I. Introducción.....	6
II. Antecedentes.....	8
III. Justificación.....	10
IV. Planteamiento del Problema.....	12
V. Objetivos.....	13
VI. Marco Teórico.....	14
VII. Diseño Metodológico.....	26
VIII. Descripción de Resultados.....	32
IX. Análisis de Resultados.....	40
X. Conclusiones.....	47
XI. Recomendaciones.....	49
XII. Bibliografía.....	50
Anexos.....	54
Instrumentos.....	55
Tablas.....	57

DEDICATORIA

A DIOS por haberme la oportunidad de cumplir mis metas y anhelos.

A mis padre y madre MARIO BUSTILLO ROSALES y BETTY MARINA MUÑOZ RODRIGUEZ por todo el apoyo incondicional y amor que me han dado en toda mi vida

A mi hermano y hermana, MARIO ALEJANDRO BUSTILLO MUÑOZ Y SILVIA CAROLINA BUSTILLO MUÑOZ por todo el cariño y comprensión.

A mis sobrinas, PATRICIA ALEJANDRA, MARIA CELESTE y MARIA LUCIA por ser la fuente de tantas alegrías.

AGRADECIMIENTO

A mi tutor Dr. Pablo Cuadra Ayala por su apoyo y colaboración inconmensurable para la investigación de esta tesis.

A mi amiga MSc Alice Pineda Whitaker por haberme impulsado y estimulado en la realización de esta maestría.

A mis amigos y compañeros de trabajo Engels, Jael y Idixi por la motivación y soporte en esta maestría y a lo largo de todos estos años, de amistad y trabajo.

Al personal de la Clínica Periférica 3 del Instituto Hondureño de Seguridad Social, especialmente a los técnicos de atención primaria por su tiempo y apoyo en el levantamiento de la información de esta investigación.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal sobre la “Caracterización Clínico Epidemiológicas de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Clínica Periférica No. 3 del I nivel de atención del Instituto Hondureño de Seguridad Social “, en la ciudad de Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras 2009, en pacientes mayores de 18 años, ambos sexos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. El objetivo general fue la caracterización clínico epidemiológica de la Diabetes Mellitus, en el periodo comprendido de agosto y septiembre del 2009, debido a que hay poca información en el Instituto Hondureño de Seguridad Social sobre esta enfermedad en lo que respecta al componente clínico – epidemiológico y constituye la tercera causa de mortalidad en hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social (5.6%). El muestreo fue no probabilístico, donde se obtuvo 106 pacientes que asistieron a la clínica por atención médica y/o asistencia al club de diabéticos en el periodo de tiempo antes indicado. Se recolectaron los datos a través de una encuesta aplicando la técnica de entrevista y la revisión de fichas familiares para completar la información pertinente.

La edad promedio fue de 59.6 años, y el grupo edad más afectado está comprendida entre las edades de 50 a 69 años, la mayoría son mujeres, y los antecedentes asociados más frecuentes son los Factores nutricionales, y la obesidad, la edad promedio de debut fue a 53.5 años, y la mayoría presentó síntomas al momento del diagnóstico y alteraciones del estado del ánimo en más de dos tercios de la población estudiada. Las principales complicaciones asociadas a la Diabetes fueron los trastornos circulatorios, y manifestaciones cutáneas e infecciosas, y estos pacientes con complicaciones tenían el doble de años de haber sido diagnosticados. Los Hipoglicemiantes es el régimen terapéutico más indicado, y menos de un cuarto de la población no sigue ningún tipo de dieta. Un tercio de los pacientes han sido hospitalizados, y la estancia media es mayor en los hombres por tener más complicaciones hospitalarias. Asisten a consultas regulares en su mayoría y más de mitad son referidos a servicios especializados. Gran parte de los pacientes están adscritos al club de Diabéticos.

I. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus tipo dos afecta del 5% al 7% de la población mundial y puede definirse como la punta del témpano de un desorden multifacético metabólico liderado por la hiperglucemia, siendo es uno de los desafíos más grandes en el campo de las enfermedades crónicas. Se estima el número de pacientes en unos 135 millones y se prevé que aumentará a casi 300 millones en el año 2025, debido principalmente a: envejecimiento de la población, alimentación malsana, obesidad y estilo de vida sedentario. El aumento de casos en países desarrollados será algo superior al 40% y en los países en desarrollo en un 170%.⁽¹⁾

En América, las tasas estimadas de incidencia anual de diabetes tipo I varían mucho (de 0,7 casos por cien mil en el Perú a 27 por cien mil en Isla Prince Edward, Canadá). Se cree que la prevalencia de diabetes tipo 2 varía del 1,4% de la población indígena de Mapuche (Chile) a 17,9% en adultos (Jamaica). Las grandes diferencias entre estas tasas de incidencia y de prevalencia obligan a realizar investigaciones epidemiológicas y sobre servicios de salud para apoyar el establecimiento de programas de intervención. En los años noventa, esta enfermedad en las Américas representó oficialmente 137.008 defunciones, aunque el subdiagnóstico de la enfermedad y la inexactitud de los certificados de defunción, especialmente de defunciones por diabetes clasificadas como enfermedades del corazón o cerebro vasculares, por ejemplo, pueden hacer que el número sea mucho mayor.^(1,2)

El costo del cuidado médico para diabéticos en EEUU se estimó en \$100 billones anuales, correspondiendo al 15% de los costos totales de salud y al 25% de todos los costos de Medicare. Aproximadamente a ocho millones de adultos se les diagnosticó DM (90-95% del tipo 2), con una prevalencia del 6%-7% de las personas entre los 45 a 64 años de edad y del 10% al 12% en las mayores de 65 años de edad. Hay rangos más elevados en ciertas minorías.⁽³⁾

Se considera que el 50% de los diabéticos en EEUU no están diagnosticados, y esto contribuye a que al momento del diagnóstico, se encuentre un alto número de pacientes con complicaciones micro vasculares ya presentes, indicando una evolución de la enfermedad, de por lo menos siete a diez años.

En las Américas hay más de 700 millones de habitantes, de los cuales 22 millones sufren de diabetes (O.P.S. /O.M.S.).

La diabetes es un problema del tercer mundo y es parte de una epidemia en la población adulta alrededor de él. La tendencia aparenta estar fuertemente relacionada con los estilos de vida y los cambios socioeconómicos. Las poblaciones en mayor riesgo son las de los países en vías de desarrollo, y de los países industrializados, las minorías y las comunidades en desventaja. La OMS recomienda que todos los países deban desarrollar políticas y programas para la prevención y el control de esta costosa enfermedad.

En los pacientes ancianos hay consideraciones muy especiales. Debe tomarse en cuenta que una simple cirugía (como por ejemplo operación de catarata) puede tener el doble de frecuencia de complicaciones en un diabético que en un no diabético, que la hiperlipidemia puede contribuir a disminuir la sensibilidad a la insulina, que muchos medicamentos pueden contribuir al desarrollo de la diabetes o a la complicación de su manejo una vez establecido, que la insulino terapia es más difícil de sobrellevar y que la educación es doblemente importante. ^(1,3)

En Honduras al ir logrando mayor envejecimiento de la población e incremento de factores de riesgo como obesidad, sedentarismo y dietas inapropiadas estamos observando el mismo panorama visto por otros países del mundo, dado su alta prevalencia de morbi-mortalidad y serias repercusiones sistémicas agudas y crónicas constituye un verdadero problema de Salud Pública. ⁽⁴⁾

En el Instituto Hondureño de Seguridad Social constituye una de las principales causas de morbilidad tanto ambulatoria como de internamiento, que afecta la calidad de vida del individuo y repercute en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales.

II. ANTECEDENTES

En vista de la pandemia que estamos viviendo el mundo entero con pronósticos asombroso donde se habla de una aumento de 366 millones de diabéticos previstos en el mundo para el año 2030 comparado con 171 millones que se estimaron en el año 2000, hoy en día la diabetes se ha convertido en un verdadero reto médico e institucional. La diabetes afecta a 22 millones de personas en América Latina y el Caribe. En América Central existen poco estudios de prevalencia de Diabetes Mellitus 2. Se estima que en América Central el número estimado de personas con diabetes asciende a 1, 214,368 personas. El estimado anual de fallecidos que tienen como causa subyacente a la diabetes asciende a cerca de 27,000 muertes por año. En Costa Rica según cifras del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad ajustada por edad de Diabetes Mellitus es de 9,0/100 000 habitantes. Durante 1995 hubo 4421 egresos hospitalarios (tasa 13,1/10000 habitantes). Esta enfermedad constituye la octava causa de consulta externa en varones y la cuarta en mujeres. ⁽⁴⁾

En Honduras se estima que la población afectada por Diabetes Mellitus es alrededor de 193,000 y según datos de mortalidad en Hospitales de Honduras en el año 2004, la Diabetes Mellitus era la tercera causa con un porcentaje de 5.6%, solo después de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 18.8% y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 6.3% y la cuarta causa las enfermedades cerebro vasculares con 5.0%. Los estudios en Honduras sobre enfermedades crónicas no transmisibles muestran que la obesidad es un problema de importancia creciente. Varios estudios realizados entre 2001 y 2004 mostraron que entre 2% y 4% de los niños menores de 5 años sufrían de obesidad. Otro estudio efectuado en escolares de la capital mostró que 20% presentaban sobrepeso y obesidad. Entretanto, una investigación sobre factores asociados a la diabetes Mellitus y la hipertensión arterial en la población adulta de Tegucigalpa realizada entre 2003 y 2004 mostró que 36% de las personas sufrían de sobrepeso y otro 23%, de obesidad. Esta investigación también mostró una prevalencia de diabetes Mellitus de 7,8%, lo que significaría

que en la capital del país habría cerca de 39.000 diabéticos, 42% de los cuales no estarían aún enterados de que sufren la enfermedad. La Secretaría de Salud notificó una incidencia de diabetes de 593 por 100.000 habitantes en 2004^(4, 5,6).

El estudio sobre factores asociados a la diabetes y la hipertensión antes mencionado mostró que 19% de la población adulta de Tegucigalpa sufría de hipertensión arterial, 53% tenía colesterol total elevado, 37% colesterol LDL elevado, 34% colesterol HDL bajo, y 29% triglicéridos elevados. Los registros rutinarios de la Secretaría de Salud mostraron que en 2004 la incidencia de hipertensión fue de 1.681 por 100.000 habitantes.⁽⁵⁾

En el Instituto Hondureño de Seguridad Social constituye una de las principales causas de morbilidad tanto ambulatoria como de internamiento, que afecta la calidad de vida del individuo y repercute en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales. La Diabetes Mellitus es un ejemplo por excelencia de esta situación, cuya interferencia puede abarcar aspectos de la vida familiar, estudiantil, laboral, económica y social.

III. JUSTIFICACION

En la actualidad la Diabetes Mellitus es una patología de alta prevalencia en nuestro medio, pues afecta a unos 240 millones de personas, y en gran parte de los casos se puede evitar con una dieta balanceada y ejercicios físicos, pero lamentablemente cada minuto muere un niño a causa de la Diabetes, y cada 30 segundos se amputa un pie o un miembro inferior completo por esta enfermedad. Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años, considerándose como una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor, y consumiendo gran parte de los recursos sanitarios en todos los países. Por todo lo anteriormente expuesto es considerada como un problema de salud mundial. Vivimos tiempos apremiantes cuando hablamos de Diabetes Mellitus, nos encontramos con una cantidad de información cada vez más voluminosa e impresionante sobre la prevención y los nuevos protocolos de tratamiento, pero a la vez con una incidencia de esta enfermedad pandémica, asociada a una morbimortalidad en crecimiento geométrico. ^(7,8)

Nuestro país en sus esfuerzos por garantizar una mayor esperanza y calidad de vida, se ve en la necesidad de prestarle especial atención a todos aquellos factores patológicos o no que propician un aumento, tanto de la morbilidad como de la mortalidad. Entre ellos se encuentra la Diabetes Mellitus, que constituye en la actualidad un problema de salud, debido al aumento de mortalidad por su causa, y cuyo riesgo a padecerla va en incremento debido a los malos hábitos alimenticios, el incremento de la Hipertensión Arterial, la obesidad, entre otros factores de riesgo; fundamentalmente la Diabetes Mellitus ² afecta al adulto y adulto mayor, por lo tanto se hace necesario estudiarla e identificar su comportamiento en nuestro medio teniendo en cuenta todos los factores asociados a ella, no solo los que determinan su aparición; una vez hecho esto se podrán proyectar en base al comportamiento detectado las medidas necesarias que contribuyan a reducir su incidencia, los daños ocasionados en la salud de las personas que la padecen, así como las acciones farmacológicas o no que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Debido a la falta de conciencia o incredulidad sobre los beneficios del tratamiento, por parte tanto de los pacientes como de los médicos, la diabetes, particularmente la del tipo dos, permanece insuficientemente diagnosticada e insuficientemente tratada, a pesar de las complicaciones que pueden disminuir de manera impresionante la calidad de vida.

Dicha premisa tiene gran importancia en todo el país, pero se hace prácticamente imprescindible, para garantizar una buena atención de salud sobre la base del conocimiento de factores que dañan la salud de la población y que se pueden sino eliminar, controlar o reducir su grado de peligrosidad; sobre todo en las departamentos y municipios de mayor afectación, y las áreas de salud que presenten no solo altos valores de prevalencia de Diabetes Mellitus, sino factores de riesgo que contribuyan al aumento de la misma y debido a que ya se ha mencionado la falta de estudios o investigaciones en el tema a nivel de Centro América, así como Honduras, especialmente en el Instituto Hondureño de Seguridad Social por tales motivos, se realiza la presente investigación, sobre la caracterización de Diabetes Mellitus en una Clínica de Atención del I nivel de atención del IHSS, que será de gran utilidad a las autoridades de nivel central del Instituto Hondureño de Seguridad Social, para reorientar las políticas y estrategias en lo referente a vigilancia de la salud, promoción de salud y prevención de ;la enfermedad y poder enfocar con evidencias a las enfermedades crónicas no transmisibles, así mismo será de gran ayuda a nivel operativo para poder conocer la situación de salud de la Diabetes Mellitus, siendo esta una línea base para elaborar acciones efectivas en el control de la enfermedad, articulando sus planes de trabajo en todas sus aéreas, especialmente en el área de promoción de la salud, y poder medir las intervenciones o resultados a mediano y largo plazo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son características fundamentales de la Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de la Clínica Periférica No. 3 del I nivel de atención del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, M.D.C, Fco. Morazán en el período comprendido entre agosto y septiembre del 2009?

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer las características Clínico Epidemiológicas en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Clínica Periférica No. 3 del I nivel de atención del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, M.D.C, Fco. Morazán en el período comprendido entre agosto y septiembre del 2009.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características socio demográficas de la población en estudio
2. Describir los antecedentes patológicos más comunes de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población analizada.
3. Determinar las manifestaciones clínicas y emocionales más comunes de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población en estudio
4. Identificar las complicaciones relacionada con la diabetes Mellitus mas frecuentes en la población analizada

VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIAS

Epidemiología

La prevalencia mundial de DM ha aumentado dramáticamente en las dos últimas décadas, de un estimado 30 millones de casos en 1985 a 177 millones en el año 2000. Basados en proyecciones actuales, más de 360 millones de individuos tendrá diabetes para el año 2030, aunque la prevalencia de ambas DM tipo 1 y 2 está aumentando a nivel mundial, la prevalencia de DM tipo 2 está aumentando más rápidamente debido al aumento de la obesidad y niveles bajos de actividad física. Esto es verdad en la mayoría de los países industrializados, donde 6 de 10 países con las tasas más altas están en Asia. En los Estados Unidos de América, la CDC estima que 20.8 millones de personas o 7% de la población tiene Diabetes para el año 2005 (30% de los individuos con Diabetes no diagnosticada). Aproximadamente 1.5 millones de individuos (> 20 años) fueron diagnosticados con diabetes en el año 2005. La Diabetes se incrementa con la edad, en 2005 la prevalencia de Diabetes Mellitus fue estimada en 0.22% en individuos < 20 años, 9.6% en aquellos mayores de 20 años y en personas mayores de 60 años la prevalencia de Diabetes fue del 20.9%.

Estimaciones a nivel mundial proyectan que para el año 2030, el mayor número de individuos con Diabetes estará en el rango de edad de 45 a 64 años de edad, ^(8, 12, 13)

Datos y estimaciones de la OMS en América Latina revelan que la Diabetes podría llegar a 32,9 millones para el 2030. En estos momentos y de acuerdo a los datos disponibles, las tasas más elevadas de prevalencia de diabetes corresponden a Belice (12,4%) y México (10,7%). De acuerdo a diversos estudios e informes, grandes capitales latinoamericanas como Managua, Ciudad de Guatemala y Bogotá están reportando tasas de prevalencia de entre un 8 al 10 por ciento. Se espera que el número de personas con diabetes en las Américas alcance las 65 millones en el año 2025. Actualmente, la diabetes afecta entre un 10% y un 15% de la población adulta de América Latina y el Caribe. La diabetes está relacionada con un alto riesgo de mortalidad prematura. Además la diabetes aumenta la morbilidad por complicaciones crónicas que afectan a la retina, a los

riñones y el sistema nervioso. Para abordar las altas tasas de prevalencia y la repercusión creciente de la diabetes, existen diferentes estrategias a nivel regional para abordar esta problemática como ser ^(1, 2,7):

- Iniciativa de Diabetes para las Américas (DIA)
- Iniciativa Centroamericana de la Diabetes (CAMDI)
- Proyecto Veracruz para la Mejoría de la Atención a la Diabetes (VIDA)
- Respuesta Institucional a la Diabetes y sus Complicaciones en el Caribe (IRDC)
- Proyecto de Diabetes de la Frontera México-Estados Unidos

Para poder realizar una caracterización adecuada en los pacientes diabéticos se debe realizar una descripción o análisis de las características clínico-epidemiológicas, incluyendo variables que cubran los aspectos socios demográficos, antecedentes patológicos personales y familiares, sintomatología clínica, complicaciones medicas, régimen terapéutico, etc.

Por lo consiguiente de deben conocer los aspectos fundamentales que se conocen sobre la Diabetes, a continuación se presenta los criterios diagnósticos, la clasificación, sintomatología, factores de riesgo y complicaciones de la Diabetes Mellitus según la ADA (American Diabetes Association), la Diabetes Mellitus se diagnostica según los siguientes criterios:

A. Diagnóstico^(9,10)

1. Síntomas de diabetes y determinación ocasional de una concentración de glucosa en sangre igual o mayor a 200 mg/dl. Ocasional se define como cualquier hora o día sin tener en cuenta el tiempo transcurrido tras la última comida. Los síntomas clásicos de la diabetes son los siguientes:
 - Poliuria (aumento en la frecuencia de orinar)
 - Polidipsia (mucho sed o boca seca)
 - Pérdida de peso inexplicable

2. Glucosa en sangre en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl. En ayunas se define como la ausencia de consumo de calorías durante un mínimo de 8 horas.
3. Glucosa en sangre a las 2 horas igual o mayor a 200 mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba debe realizarse tal como describe la Organización Mundial de la Salud con una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 gramos de glucosa anhidrida disuelta en agua.

B. Clasificación de la Diabetes Mellitus ^(9,10)

Diabetes Mellitus tipo 1 (anteriormente llamada diabetes de la juventud o diabetes dependiente de la insulina). La Diabetes Mellitus tipo 1 es provocada por una destrucción (inmunológica) de las células productoras de insulina del páncreas. Los pacientes con este tipo de diabetes deben de aplicarse insulina, de no hacerlo, pueden ser propensos a presentar un coma diabético y por esta razón el tratamiento desde el momento del diagnóstico es con insulina en inyecciones subcutáneas.

Diabetes Mellitus tipo 2 (anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes no dependiente de la insulina). La Diabetes Mellitus tipo 2 es la forma más frecuente de diabetes y se presenta como resultado de una resistencia a la acción de la insulina con una secreción insuficiente de la misma por el páncreas. Los pacientes con diabetes tipo 2 permanecen sin diagnóstico entre 5 a 10 años, como consecuencia de que los síntomas que presentan son leves, en otras palabras, presentan ligera elevación de la glucosa en sangre y por ello no manifiestan los síntomas de la enfermedad arriba señalados.

El riesgo de presentar diabetes se incrementa con la edad, la obesidad, la falta de ejercicio físico, hipertensión arterial (elevación de la presión arterial), dislipidemia (elevación de las grasas en la sangre, como son el colesterol y los triglicéridos).

Esta fuertemente asociada con una predisposición genética y además ocurre con mayor frecuencia en mujeres que presentan diabetes gestacional.

Diabetes Gestacional, se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se presenta durante el embarazo. Seis semanas después del parto, la paciente debe ser nuevamente evaluada, ya que en la mayoría de los casos las pacientes con diabetes gestacional retornan a valores normales de glucosa en sangre, pero en otras ocasiones pueden persistir con diabetes o intolerancia a glucosa.

Otros tipos de Diabetes:

- Defectos genéticos en la función de células del páncreas.
- Defectos genéticos de la acción de la insulina.
- Enfermedades del páncreas.
- Enfermedades endocrinas.
- Inducida por fármacos o productos químicos.
- Infecciones.
- Formas infrecuentes de diabetes autoinmune.
- Otros síndromes genéticos que se asocian a veces con diabetes.

C. Sintomatología: (9,10,13)

- Poliuria (incremento de la frecuencia de orinar), Polidipsia (mucho sed, o boca seca), Pérdida de peso, Polifagia (mucho hambre), y Visión borrosa.

D. Factores de Riesgo (7, 8, 11,13)

- Factores Genéticos
- Características Demográficas
- Estilo de Vida
- Alteraciones Metabólicas

Es muy importante tener en mente todos los factores de riesgo que en un momento dado son desencadenantes de diabetes tipo 2. Cuantos más factores de

riesgo se presenten en una misma persona, más estará en riesgo de desarrollar diabetes.

Factores Genéticos

Ciertos grupos étnicos parecen especialmente expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas del Pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afro-americanos y los hispanos. Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo 2 corre un riesgo de un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Estos factores de riesgo genéticos hasta el momento no se pueden modificar.

Los estudios sobre gemelos aportan evidencias adicionales de la participación de factores genéticos en la diabetes tipo 2. Los informes iniciales mostraron que había una concordancia del 60 al 100% respecto a la enfermedad entre gemelos idénticos (de una única placenta). En concordancias de menos del 100%, se considera que existe una influencia de los factores no genéticos en el desarrollo de la diabetes tipo 2.

Características Demográficas

Edad. Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes tipo 2, pero a medida que incrementa la edad, también incrementan los pacientes con diabetes tipo 2. El promedio de edad al momento del diagnóstico de diabetes tipo 2 es más bajo en grupos raciales (hispanos, entre otros), que tienen una alta carga genética para el desarrollo de diabetes.

Sexo. A pesar de las inconsistencias en los estudios, los datos indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 % y 5.2% respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres mexicanas (10.9%), que en los hombres mexicoamericanos (7.7%).

Raza. Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que las personas de origen caucásico.

Estilo de Vida

Obesidad. Alrededor de un 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta de forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno debido, al menos en parte, a la disminución de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso se incrementa. El Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica indican que los individuos obesos tienen por lo menos 5 veces más riesgo de desarrollar diabetes que las personas con peso normal.

Las personas con una historia familiar de diabetes (ambos padres con diabetes tipo 2) se hacen más resistentes a la acción de la insulina a medida que aumenta el peso corporal que los que no tienen historia familiar de diabetes tipo 2.

El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo (debajo de la piel) e intra abdominal (entre las vísceras), se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 102 cm y en mujeres no mayor de 88 cm.

Inactividad Física. La actividad física disminuye el riesgo de presentar diabetes tipo 2. En un estudio de 8 años de duración realizado con enfermeras en los Estados Unidos de Norteamérica, un grupo de ellas llevaron a cabo actividad física una o más veces a la semana y otro grupo de enfermeras no realizaron ejercicio, el grupo con actividad física presentó una disminución de un 20% en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, comparado con el grupo sin actividad física.

Un grupo de médicos del sexo masculino de Estados Unidos quienes realizaron ejercicio en forma semanal, también disminuyó su riesgo de desarrollar diabetes en un 30%.

La realización de ejercicio (caminar a paso rápido de 30 a 45 minutos) 3 veces por semana está asociado con grandes reducciones en el riesgo del desarrollo de diabetes tipo 2, y los beneficios son mayores en aquellas personas con alto riesgo de diabetes tipo 2, por ejemplo aquellos que son obesos, hipertensos (con elevación de la Presión Arterial) o que tengan una historia familiar de diabetes.

El efecto protector del ejercicio puede ser en la prevención de la resistencia a la acción de la insulina, y produciendo una mejor acción de la insulina en los tejidos muscular, adiposo (grasa) y hepático (hígado).

Dieta. La ingesta de calorías, los componentes de la alimentación tales como hidratos de carbono y grasas son factores que influyen en el incremento de peso y desarrollo de diabetes tipo 2. Una alimentación alta en grasas está asociada a obesidad y a una distribución alterada de la grasa en el cuerpo. Por ejemplo, en personas con alteración a los hidratos de carbono, quienes fueron evaluados durante 2 años, con una alimentación de 40 gramos de grasa por día (360 calorías de grasa al día), incrementaron en 7 veces más el riesgo de diabetes comparado con otros factores de riesgo de diabetes.

Tabaquismo. Estudios sobre el efecto agudo del fumar sobre la tolerancia a la glucosa demuestran que la respuesta metabólica en una prueba con carga (toma oral) de glucosa se altera, dando mayor incremento de glucosa en la sangre (hiperglucemia) con el fumar. Así mismo los fumadores suelen presentar un aumento de las concentraciones en la sangre de insulina y poca acción de la insulina en los tejidos musculares, grasos y del hígado, además las personas que fuman tienen elevación del colesterol (grasa) malo (LDL), y esta elevación del colesterol es un factor de riesgo también para el desarrollo de diabetes tipo 2.

Urbanización. Ciertos cambios en el estilo de vida en grupo de población susceptible, pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La urbanización es generalmente relacionada a grandes cambios en el estilo de vida, como son la alimentación, la actividad física, así como un incremento en la

obesidad, la cual puede incrementar el riesgo de intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2.

Alteraciones Metabólicas

Alteración de la a la Glucosa (Pre diabetes). Estudios recientes en diferentes países ha demostrado que en grupos de pacientes con pre diabetes se puede retardar o prevenir la progresión a diabetes tipo 2. Un estudio norte americano llamado Programa de Prevención de Diabetes, que se realizó en 27 centros de investigación, con 3 200 adultos mayores de 25 años de edad, con alteraciones a la glucosa. Este estudio de 3 años de duración, reportó que una modesta disminución de peso, y ligeros cambios en el estilo de vida reduce en un 58 % la presentación de nuevos casos de diabetes tipo 2. Este estudio PPD mostró que es posible prevenir o retardar del desarrollo de diabetes entre los individuos con un alto riesgo de diabetes tipo 2, independientemente de su edad, sexo, y raza.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que todas las personas con pre diabetes, con sobrepeso y edad mayor de 45 años, deban ser considerados candidatos para prevención de diabetes, igual que personas menores de 45 años de edad, con sobrepeso, pre diabetes y otros factores de riesgo.

Resistencia a la Acción de la Insulina. Sin lugar a dudas la resistencia a la acción de la insulina es el elemento central que habrá que tomarse en cuenta en toda persona como parte de los factores de riesgo no sólo para diabetes tipo 2 sino en general como elemento de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Embarazo. Hay una relación directa entre el número de embarazos con la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2; a mayor número de embarazos mayor probabilidad de desarrollar diabetes. Además, la mujer que presenta diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo, es decir, antes del embarazo la mujer no tenía diabetes) y que normaliza su glucosa (azúcar) después del embarazo tiene un riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 de aproximadamente 5 a 10% cada año, en otras palabras 5 a 10 pacientes que tuvieron diabetes gestacional, después del parto cada año presentarán diabetes

E. Complicaciones^(7, 8, 11,13)

La nefropatía diabética (enfermedad del riñón causada por diabetes) se ha definido sobre bases clínicas como la presencia de proteinuria persistente (excreción de proteínas enteras por la orina de 500 miligramos en un día, o excreción de albúmina en la orina de 300 miligramos en un día) en la orina de pacientes con diabetes que además tienen retinopatía diabética (enfermedad de los ojos en pacientes con diabetes) pero que no tienen otra enfermedad del riñón.

La retinopatía diabética (enfermedad de los ojos causada por diabetes) es la causa más frecuente de nuevos casos de ceguera entre adultos de 20 a 74 años de edad con ambos tipos de diabetes, tipo 1 y tipo 2. Durante los primeros 20 años de padecer diabetes casi todos los pacientes con diabetes tipo 1 y más del 60% de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen retinopatía. Hasta un 21% de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen retinopatía en el momento del diagnóstico de la diabetes.

Las neuropatías diabéticas son un grupo heterogéneo, afectan diferentes partes del sistema nervioso y se presentan con diversas manifestaciones clínicas. Pueden ser manifestaciones clínicas focales (un solo sitio) o difusas. Las más comunes de las neuropatías son:

Neuropatía: Poli neuropatía crónica (sensitiva – motora) simétrica y distal, (región del cuerpo se puede encontrar sin sensibilidad o con incremento de la sensibilidad). Esta neuropatía es la más común de las neuropatías y hasta un 50% de los pacientes pueden presentar síntomas de la neuropatía que son los siguientes:

- Dolor quemante en los pies
- Dolor eléctrico, sensación de toques eléctricos en los pies.
- Sensación de piquetes en los pies
- Adormecimiento de los pies
- Incremento de la sensibilidad en los pies, molesta hasta un doble de la media o calcetín.

- Sensación de dolor profundo

Neuropatía focal y multifocal. Las mono neuropatías tienen un inicio abrupto, y afectan los nervios de las manos tanto el del cubito como el del radio, Las manifestaciones clínicas incluyen un inicio súbito con parálisis de la mano o de un pie o de un ojo

Neuropatía autonómica. Esta caracterizada por taquicardia en reposo (palpitaciones en reposo), intolerancia al ejercicio, disminución de la presión arterial en posición de pie, estreñimiento, disfunción eréctil, alteraciones de la sudoración y del sistema digestivo, y falta de síntomas cuando se presenta una baja del azúcar. Por consecuencia la neuropatía autonómica puede poner en riesgo la vida

Cardiovascular: Las complicaciones cardiovasculares Las enfermedades macro vasculares como son:

- La enfermedad arterial coronaria (infartos del corazón)
- El Accidente Vascular Cerebral
- La enfermedad Vascular Periférica

Los factores de riesgo que contribuyen al incremento de la enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2, están relacionados con el curso acelerado de la aterosclerosis y son las siguientes dislipidemias, hipertensión arterial, tabaquismo, sobrepeso y/o obesidad. Los pacientes con diabetes mellitus no solo deben tener bajo control el nivel de glucosa en la sangre, sino también la presión arterial, las grasas en la sangre, mantener un peso adecuado a su sexo y edad, y no fumar, el control de estos factores de riesgo al igual que la diabetes, incrementa la expectativa de vida en los pacientes con diabetes (7, 8, 11,12)

Otras complicaciones son, gastrointestinal (gastroparesia, diarrea,), genitourinario (uropatía, disfunción eréctil), dermatológico, infeccioso, cataratas, glaucoma, y enfermedad peri odontológica El riesgo de las complicaciones crónicas incrementa como una función de la duración de la hiperglucemia, usualmente se vuelven

aparentes en la segunda década de hiperglucemia, como la diabetes mellitus tipo 2 en muchas ocasiones tiene un periodo asintomático de hiperglucemia, muchos individuos con diabetes mellitus 2 tienen complicaciones al momento del diagnóstico⁽¹³⁾

La Declaración de las Américas sobre la Diabetes pone de relieve la importancia cada vez mayor de esta enfermedad como parte de la carga de morbilidad de la población y las estrategias eficaces que deberían aplicarse en los niveles de políticas nacionales sanitarias, de servicios sanitarios, así como las repercusiones sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, y sobre los sistemas de asistencia sanitaria que deben sufragar los costos de las complicaciones y la discapacidad⁽³⁾.

En nuestros días, al afrontar la situación de salud de los adultos a finales del milenio, se encuentra que las necesidades han cambiado por la influencia de fenómenos ambientales, demográficos y socioculturales. El envejecimiento de la población, la rápida industrialización y urbanización, la edad y el incremento de la esperanza de vida al nacer han modificado las situaciones epidemiológicas del país y han colocado a las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT como la mayor prioridad de este sector poblacional, lo que ha impuesto una atención específica tanto a la definición de sus prioridades como al diseño de sus programas de acción. La presencia de una ECNT conlleva un seguimiento a largo plazo, exige un modelo de atención que difiere esencialmente del modelo de acción médica para afrontar las situaciones agudas e implica una dimensión integral que trascienda el enfoque meramente clínico para abordar la presencia de factores sociales y las circunstancias de la vida diaria que pueden ayudar o entorpecer el buen control de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento⁽²⁾.

En este contexto, la Diabetes Mellitus (DM) es un problema de salud que se encuentra entre las primeras causas de morbilidad en nuestro país la cual, además de afectar el estado somático de la persona con diabetes, puede repercutir en su psiquis y en su interacción con la sociedad.

Específicamente en lo referente a la dimensión social, las personas con diabetes podrían tener una mayor probabilidad de enfrentar problemas de índole social, en relación con individuos que no experimenten la existencia de un padecimiento crónico, toda vez que la diabetes exige, de quienes la padecen, readecuaciones en sus estilos de vida.

VII. METODOLOGIA O DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

El presente estudio es de corte transversal, sobre las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica No. 3, del I nivel de atención, del Instituto Hondureño de Seguridad Social localizado en la Colonia Kennedy, Tegucigalpa comprendido entre los meses de agosto y septiembre del 2009.

El análisis de las variables definidas no se circunscribe a dicho período, pues para describir el comportamiento de dicha patología en el área referida es necesario hacer una caracterización de la presentación de la misma en pacientes cuyo debut como diabéticos de tipo 2 se efectuó en períodos anteriores al estudio.

Población de Estudio

Todos los pacientes adultos mayores de 18 años, de ambos sexos, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo estos 106 pacientes (ciento seis), con debut de la enfermedad tanto en fechas anteriores del inicio de la investigación como en el período comprendido de la misma, que asistieron a la consulta médica de la Clínica Periférica No.3 ó a las reuniones programadas del Club de Diabéticos de dicha Clínica que es realizada una (1) vez al mes para su control de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Área de Estudio

La Clínica Periférica No. 3, del Instituto Hondureño de Seguridad Social de la Colonia Kennedy, de la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Departamento de Francisco Morazán,

Unidad de Análisis

-Los pacientes descritos y las fichas familiares

Criterios de selección, inclusión y exclusión

- Criterio de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, de ambos sexos, mayores de 18 años, adscritos a la Clínica Periférica No 3 de Tegucigalpa del Instituto Hondureño de Seguridad Social

Criterio de exclusión:

- Pacientes adultos mayores de 18 años que asisten a la Clínica Periférica # 3 que no han sido diagnosticados con Diabetes Mellitus de tipo 2.
- Paciente menor de 18 años
- Que el paciente no quiera participar en el estudio
- Que no sea afiliado al Instituto Hondureño de Seguridad Social

Fuentes y obtención de datos

-Aplicación de una Encuesta (cuestionario); Fuente Primaria

-Revisión de las fichas familiares; Fuente Secundaria

Técnicas e Instrumentos

- El instrumento para la entrevista fue un cuestionario con la recolección de los datos pertinentes como ser: dieta que tenían antes de presentar la enfermedad, régimen terapéutico empleado, dieta alimentaria indicada o no (régimen terapéutico), hábitos dietético, asistencia a consultas regulares, asistencia a consultas especializadas y trastornos emocionales, incorporación a grupos de diabéticos, salario o pensión, condiciones de la vivienda y cantidad de familiares que conviven, datos necesarios para interpretar los resultados obtenidos; igualmente se recogieron las causas expresadas por los propios pacientes. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta con preguntas abiertas y cerradas.

- Revisión de las fichas familiares y complementación de la siguiente información: biotipo físico, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares patológicos de Diabetes Mellitus, hospitalizaciones (desde el momento del diagnóstico), complicaciones médicas presentadas, y dicha información fue llenada a la encuesta (cuestionario) respectiva de cada encuestado.

Procedimiento para la recolección de la información

- A todo paciente Diabético que llegó a la Clínica a consulta médica o a reunión del Club de Diabéticos, la encuesta fue aplicada por Técnicos en Atención Primaria (Promotores en Salud), previamente capacitados para el llenado de la misma y supervisado por el médico investigador y el departamento de trabajo social de dicha clínica.

Autorización

Antes de iniciar la investigación se pidió autorización vía escrito al gerente de la Clínica Periférica para la realización del estudio, así como la colaboración del personal de la clínica, como ser: personal de trabajo social, técnicos de atención primaria, enfermería, etc.

A cada persona participante se le explicó el propósito del estudio y se le solicitó su consentimiento para participar en el mismo. Además se le garantizó la confidencialidad de la información la cual solo podrá ser manejada por el investigador.

Minimización de Sesgos

Antes de la aplicación de la encuesta a los Técnicos de Atención Primaria se les realizó una introducción sobre la importancia del estudio y capacitación en el tema de Diabetes Mellitus y en el llenado correcto de la encuesta, con la correspondiente supervisión semanal en todo el proceso de la investigación.

Análisis de Datos

- La presentación de cuadros o gráficos debidamente rotulados, caracterizando la población en estudio e identificando los factores socio demográficos, , antecedentes personales y familiares patológicos, sintomatología al inicio de la enfermedad, estado emocional actual, complicaciones, régimen terapéutico, hospitalizaciones, consultas de control y de especialidad e integración a Club o Grupo de diabéticos
- Técnica estadística descriptiva, los datos se tabularon por computadora mediante el programa Epi-Info 3.5.1.

Variables y su Operacionalización

Variable	Definición operacional	Valores	Escala Medición de variables
Edad	Tiempo de vida en años cumplidos según carné de identidad hasta la fecha de culminación de la investigación.	18-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años 80 años	Continua
Sexo	Característica biológica individual	Masculino Femenino	Nominal
Enfermedades Asociadas	Enfermedades o procesos perjudiciales para la salud de aparición anterior o posterior a la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión arterial ▪ Dislipidemias ▪ Obesidad ▪ Predisposición genética (primer grado de consanguinidad) ▪ Factores nutricionales ▪ Inactividad muscular ▪ Otros 	Nominal
Antecedentes Patológicos Familiares	Enfermedades o procesos perjudiciales para que padecen los familiares de los entrevistados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión Arterial ▪ Dislipidemias ▪ Obesidad ▪ Enfermedades Cardiovasculares ▪ Diabetes ▪ Otros 	Nominal

Síntomas de debut	Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable por el médico o por el enfermo que antecede a la aparición de una enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poliuria ▪ Debilidad o fatiga ▪ Polifagia con pérdida de peso ▪ Visión borrosa recurrente (especificación de la causa) ▪ Neuropatía periférica ▪ Enuresis nocturna ▪ Polidipsia ▪ Asintomática 	Nominal
Complicaciones médicas	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, agravándola generalmente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cetoacidosis ▪ Coma hiperosmolar ▪ Enfermedades oftalmológicas ▪ Trastornos circulatorios ▪ Enfermedades renales ▪ Úlceras de los pies ▪ Manifestaciones cutáneas e infecciosas ▪ Neuropatía 	Nominal
Régimen terapéutico	Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos que se ponen en práctica para la curación o alivio de enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insulina ▪ Hipoglicemiantes orales ▪ Dieta 	Nominal
Trastornos del ánimo	Alteración, perturbación o cambio en sentido dañino del estado emocional.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión ▪ Ansiedad ▪ Estrés 	Nominal

VIII. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

El presente apartado resume los resultados encontrados en el estudio según la encuesta aplicada a 106 pacientes adultos mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 que asisten a consulta a la Clínica Periférica # 3 de Tegucigalpa, del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Honduras en el periodo de agosto y septiembre del 2009.

Resultados de acuerdo al componente socio-demográfico

Las edades de los pacientes estudiados estuvieron comprendidas desde los 19 a 89 años de edad, con una media de 59.62 años, mediana de 61 años, moda de 76 años (6 casos), desviación estándar de 12.45, intervalo de confianza del 95% de límite inferior de 57.22 y límite superior de 62.04. (Ver Anexos Tabla No.3) El grupo de edad más frecuente fue el de los 60 a 69 años con un 31.1% (33 casos), seguido del grupo de edad de 50 a 59 años de edad 27.4% (29 casos) mientras los grupos de edades menos frecuentes con 0.9% (1 caso) fueron los de 18-29 años y mayores de 80 años igualmente, seguido con el grupo de edad de 30 a 39 años con un 7.5% (8 casos). (Ver Anexos tabla No. 1 y gráfico 2)

En la distribución por sexo el 55.7% (59 casos) corresponden al sexo femenino y el 44.3% (47 casos) al sexo masculino, con una relación femenino: masculino de 1: 0.79. (Ver anexos tabla 1 y gráfico 1).

Con respecto a la calidad o categoría del asegurado el 56.6% (60 casos) son cotizantes directos, seguido de jubilado con un 40.6% (43 casos) y por último pensionado con un 2.8% (3). (Ver Anexos tabla 4).

Referente al salario o pensión de los entrevistados la media es de 6,474.57 Lps., con una mediana de 5,900 Lps. y moda de 5,500 Lps., con rangos desde 1,200 hasta 30,000 lempiras, con un intervalo de confianza del 95% de límite inferior de 5,488.57 Lps. y límite superior de 7,440.57 Lps. y desviación estándar de 5,067.82

Lps. (Ver anexos tabla 5). No hubo diferencias en el ingreso por salario o pensión según sexo ($p= 0.8785$), pero si en lo respecto a la calidad del asegurado con una ($p= 0.00$), ya que el cotizante directo tiene un ingreso medio de 8,860.91 Lps., el jubilado de 3,141.62 Lps. y pensionado de 6,166.66. Lps. (Ver tabla No. 6)

Con la variable escolaridad tenemos que el 36.8% (39) de los asegurados con Diabetes Mellitus cursaron la Primaria, el 26.4% (28) han cursado la secundaria, el 24.5% (26) diversificado, ningún tipo de escolaridad el 7.5% (8) y universitario el 4.7% (5). (Ver Anexos tabla No. 7)

Las condiciones de la vivienda son regulares en el 53.8% (57) de los pacientes, buenas en el 40.6% (43) y malas en el 5.7% (6). (Ver Anexos tabla No.8) Relacionado directamente con el salario o pensión con una $p= 0.0001$, ya que los pacientes con condiciones de vivienda buenas tienen un ingreso promedio de 8,845.23 Lps., con condiciones de vivienda regular tienen un ingreso promedio de 5,008.77 Lps y los que tienen condiciones de vivienda mala tiene un ingreso promedio de 3,233.33 Lps. (Ver Anexos tabla 9)

La cantidad promedio de familiares que viven en el núcleo familiar es de 4.8 personas, con una mediana de 4.5 y moda de 4, con un rango de 1 a 12 personas, con un intervalo de confianza del 95% de límite inferior de 4.4 y límite superior de 5.2 y desviación estándar de 2.2. No hay diferencias del número de familiares que viven en el núcleo familiar con respecto al sexo con una $p= 0.6888$. (Ver Anexos tabla 10)

La distribución de las características físicas es la siguiente sobrepeso 49.1% (52), peso normal 29.2% (31) y obeso 21.7% (23), con un chi-cuadrado de 0.25, 0.29 y 2.3 respectivamente (Ver Anexos tabla No. 11)

- *Antecedentes personales patológicos / enfermedades asociadas*

La población que presenta antecedentes personales patológicos es del 85.8% (91), 57.1% (52) en el sexo femenino y 42.9% (39) en el sexo masculino, del sexo femenino 88.1% presenta antecedentes personales patológicos mientras que del sexo masculino el 83% lo presenta. No hay diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo ya que $p=0.44$. (Ver Anexos tabla 12)

La distribución de los antecedentes personales patológicos más comunes de mayor a menor en frecuencia es de la siguiente forma; factores nutricionales 80.2% (85), Obesidad 70.6% (75), Hipertensión arterial 65.1% (69), Inactividad Muscular 64.5% (68), Predisposición genética 62.3% (66), Dislipidemias 46.2% (49), Enfermedades Cardiovasculares 9.4% (10) y Neuropatía 0.9% (1). No hubo diferencias con respecto al sexo, ya que el chi-cuadrado para cada antecedentes personal patológico era menor de 3.84 y con una $p > 0.05$.

(Ver Anexos tabla 13)

- *Antecedentes familiares patológicos*

La frecuencia de los Antecedentes Familiares Patológicos más comunes asociados a la Diabetes Mellitus es del 85.6% (89), 57.3% del sexo femenino y 42.7% del sexo masculino. En el sexo femenino 89.5% presenta dichos antecedentes mientras que en el sexo masculino se presenta en el 80.9%. No existe diferencia estadísticamente significativa según sexo que ya presentaron un chi-cuadrado de 0.61 y $p=0.43$. (Ver Anexos tabla 14).

La distribución de estos antecedentes familiares patológicos de forma descendente es la siguiente manera; Diabetes Mellitus con un 62.3% (66), Hipertensión Arterial con un 51.9% (55), Obesidad 28.3% (30), Enfermedades Cardiovasculares con un 19.8% (21) y Dislipidemias 6.6% (7). No existe diferencia estadística en relación al sexo ya que el chi-cuadrado en estos antecedentes fue menor de 3.84 y con una $p > 0.05$. (Ver Anexos tabla 15).

Se observa que el tiempo de diagnóstico más frecuente es de 1-5 años con 55.66% (59) en la población estudiada, seguido por 6 a 10 años con 33.02% (35), teniendo un porcentaje acumulado de 1 a 10 años de diagnóstico del 88.68% (94). (Ver Anexos tabla 16). El promedio de años de diagnóstico de los pacientes entrevistados es de 6.02 años, con una mediana de 5 años y moda de 4 años, con una desviación estándar de 4.43 años e intervalo de confianza del 95% con límite inferior de 5.1 a 6.8 años, sin diferencia estadística según sexos $p= 0.492$ (Ver Anexos tabla 17).

Es de hacer notar que la edad de diagnóstico más frecuente fue el grupo de edad de 60 a 69 años con un porcentaje del 33.9%, seguido por el grupo de edad de 70 a 79 años 25.47% (27), de 50 a 59 años de edad con 20.75% (22), 40 a 49 años de edad con 10.38% (11), mayor de 80 años 6.60% (7). Los pacientes al tener por lo menos 59 años ya habían debutado con la enfermedad el 33.96% de la población, con 69 años el 67.92% y 79 años el 93.40%. (Ver Anexos tabla 18). La edad promedio del diagnóstico de la Diabetes Mellitus para la población estudiada fue de 53.39 años, con una mediana de 55.5 y moda 60 años respectivamente e intervalo de confianza del 95% de 51.17 a 55.61 años de edad, No se encontró diferencias estadísticamente significativas según sexo, con una $p= 0.0637$, femenino con 51.76 y masculino con 55.89 años promedio de diagnóstico (Ver Anexos tabla 19).

Sintomatología Clínica

El porcentaje de pacientes que presentaron alguna sintomatología al momento del diagnóstico fue del 87.5% (91), 56% corresponde al sexo femenino y 44% al sexo masculino. Dentro del sexo femenino el 87.9% (51) presentaron síntomas y en el sexo masculino fue del 87% (40). No se observa diferencias estadísticamente significativas por sexo, $p= 0.881$ (Ver Anexos tabla 20).

En cuanto a la frecuencia de los síntomas se puede observar la siguiente distribución, exceso de orina con sed abundante con un 71,7% (76), debilidad y fatiga 56.6% (60), gran apetito con pérdida de peso 45.3% (48), visión borrosa 40.6% (43), emisión involuntaria durante la noche 11.3% (12) y neuropatía 0.9% (1). No se observa diferencias estadísticamente significativas por síntomas según sexo (Ver Anexos tabla 21).

Estado Emocional

El estado de ánimo o psicológico predominante post-diagnostico de Diabetes Mellitus de los pacientes encuestados mostro la siguiente distribución, el 32.1% (34) se consideran estar emocionalmente estables, luego el 26.4% (28) dicen padecer de alguna forma de depresión o tristeza, el 25.5% (27) sienten estar ansiosos y por último el 16% (17) padecer de estrés. No existe diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, $p= 0.102$. (Ver Anexos tabla 22)

Complicaciones Médicas Relacionadas a la Diabetes Mellitus

Las complicaciones medicas relacionados a la Diabetes Mellitus se observo en el 76.4% (81) de los pacientes entrevistados, 56.8% (46) al sexo femenino y 43.2% (35) al sexo masculino, dentro del sexo femenino el 78% han presentado complicaciones y en el sexo masculino ha sido del 74.5%, sin diferencia estadísticamente significativa entre los sexos, $p=0.673$. (Ver Anexos tabla 23)

La frecuencia de dichas complicaciones son las siguientes, trastornos circulatorios con un 49.1% (52), manifestaciones cutáneas e infecciosas 39.6% (42), enfermedades oftalmológicas 37.7% (40), neuropatía 34% (36), úlceras de los pies 11.3% (12), enfermedades renales 6.6% (7), no se reporto complicaciones agudas como ser cetoacidosis diabética o coma hiperosmolar. (Ver Anexos tabla 24). El 81.5% (66) de las complicaciones se encuentran en el grupo de edad de los 50 a 79 años de edad (Ver Anexos tabla 25). De los pacientes con complicaciones se

observa que en promedio estos pacientes habían sido diagnosticados hace 6.8 años mientras que los que no han presentado complicaciones habían sido diagnosticados hace 3.4 años, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, con una $t: 3.57$ y $p= 0.0005$. (Ver Anexos tabla 26)

En cuanto a la relación de escolaridad y complicaciones médicas, se puede observar que el 87.5% (7) de las personas sin escolaridad y el 87.2% (34) de las personas que cursaron primaria han presentado algún tipo de complicación, pero de la población en general el 42% habían cursado primaria, seguido de secundaria 24.7% y diversificado 21%. (Ver Anexos tabla 27).

Resultados de acuerdo al componente de régimen terapéutico

En cuanto al tratamiento indicado a los pacientes con Diabetes Mellitus 2, el 67.9% (72) reciben Biguanidas, el 57.5% (61) Sulfonilurea y Dieta en el mismo porcentaje que Sulfonilurea y por último el 17% (18) Insulina, lo que indica que el 88% de los pacientes reciben algún tipo de Hipoglicemiantes orales, el porcentaje que utilizan en combinación de ambos Hipoglicemiantes es del 33.9%(36). En relación al sexo se observa que en la indicación de las Biguanidas el sexo femenino corresponde a un 63.9% y el masculino a un 36.1%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, con una $p= 0.013$, en los demás regímenes terapéuticos no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo. (Ver Anexos tabla 28); y de las personas que tienen indicado régimen alimenticio o dietético el 54.1% (33) dicen cumplir la dieta de forma irregular, el 42.6% (26) lo cumplen de forma estricta y el 3.3% (2) alegan no cumplirlo de ninguna manera. (Ver Anexos tabla 29)

Resultados de acuerdo al componente de atención médica, social y hospitalaria

El porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus que han sido hospitalizados, después de su diagnóstico por causas relacionadas a la Diabetes Mellitus es del 33%(35), el 60% de las mujeres y el 40%% de los hombres. En cuanto a la

frecuencia y porcentaje de pacientes con complicaciones hospitalarias de la población internada fue del 22.9%, 37.5% (3) mujeres y 67% (5) hombres. Es de hacer notar que se han hospitalizados más las mujeres pero con más complicaciones los hombres. El promedio de estancia es de 7.4 días de los entrevistados, 5.7 días para las mujeres y 9.9 días para los hombres, posiblemente por tener más complicaciones. (Ver Anexos tabla 30)

De la población total encuestada, el 79.2 % (84) refiere que asiste siempre a sus consultas en la Clínica Periférica 3 para su control de la Diabetes Mellitus, otro 22.8% (22) lo hace a veces o en forma irregular (Ver anexos tabla 31), así como un 58.5% (62) de los pacientes asisten a otras unidades de Salud de diferentes niveles de atención dentro de la red de salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Secretaria de Salud o Servicios Médicos privados para su control de la Diabetes Mellitus o de enfermedades asociadas, en cuanto a la relación por sexos no existen diferencias estadísticamente significativas, $p= 0.319$, del sexo femenino asisten el 54.2% (32) y del masculino el 63.8% (30). (Ver Anexos tabla 32). El 84.1% (53) van a unidades de salud dentro del IHSS, distribuidos así: 74.6% (47) asisten al Hospital de Especialidades de Tegucigalpa, que es un centro de II y III nivel de atención, luego el 9.5% (6) van al Centro del Adulto Mayor, especialista en gerontología, y el resto 15.9% (10) asisten a unidades de salud de la Secretaria de Salud 4.8% (3) y servicios médicos privados 7.9% (5). (Ver Anexos tabla 33). En la Clínica Periférica 3 existe el funcionamiento de un Club de Diabéticos, que se dedica a actividades o acciones de promoción de la salud para el control de la Diabetes Mellitus y prevención de complicaciones posteriores, coordinado por personal de dicha clínica, donde asisten pacientes afiliados y no afiliados al Instituto Hondureño de Seguridad Social, encontrando que el 80.2% (85) de los pacientes entrevistados pertenecen a dicho grupo, 55.3% (47) del sexo femenino y 44.7% (38) del sexo masculino, ya analizando por género en sí el 79.7% de las mujeres y el 80.9% de los hombres, pertenecen a dicho Club de Diabéticos. (Ver Anexos tabla 34). Según la calidad o categoría del afiliado en estudio, el 49.4% (42) de los pacientes inscritos al Club de Diabéticos son cotizantes directos, 47.1% (40) son jubilados y 3.5% (3) son pensionados (Ver Anexos tabla No. 35),

pero si se hace la comparación por grupo el 93% de los jubilados, el 70% de los cotizantes directos y el 100% de los pensionados de toda la población pertenecen al Club de Diabéticos.

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el Instituto Hondureño de Seguridad Social existen pocos estudios sobre la Diabetes Mellitus 2, esencialmente sobre la caracterización de dicha enfermedad en pacientes que asisten a unidades de salud del I nivel de atención, por lo cual es el interés de este estudio, poder hacer una aproximación tanto clínica como epidemiológica de estos pacientes, para poder tener un línea base o diagnóstico del comportamiento de Diabetes Mellitus, para poder hacer las intervenciones necesarias en la red de servicios del IHSS basados en evidencia científica y fortalecer las políticas de salud principalmente en el área de promoción de la salud. ^(2, 8,11)

El predominio de los grupos de edades correspondientes a adulto y adulto mayor se corresponde con las características enunciadas sobre la DM 2 en la bibliografía consultada. En el presente estudio la mayoría de los pacientes con Diabetes Mellitus ya habían cumplido por lo menos 69 años, también observando el incremento de los casos según la edad aumenta. El deterioro de la tolerancia a la glucosa asociado al envejecimiento y estrechamente correlacionado con la ganancia de peso normal, lo que constituye un factor de riesgo de gran importancia, igualmente deben tenerse en cuenta los procesos fisiológicos propios del envejecimiento, unido a la disminución de la tolerancia a la glucosa o una disminución en la absorción de la misma, que pueden incrementarse y conllevar al desarrollo de la Diabetes. ^(12, 13,14)

Se puede notar que en relación al sexo, existe un predominio en el sexo femenino, con una relación de 1: 0.79, mujeres, lo que es consistente con lo revisado en la literatura, ya que refieren que la prevalencia es similar en hombres y mujeres y que aumenta un más en los hombres > de 60 años ^(2,) es de recordar que este no es un estudio de prevalencia de Diabetes Mellitus y generalmente las mujeres asisten más a los servicios de salud que los hombres. Estudios presentados por Bertha Carrasco y colaboradores y Gloria Lara Calderin de Cuba mostraron un

predominio en el sexo femenino ^(15,16), que puede ser explicado debido a que las mujeres en etapa de climaterio, de presentan insulino resistencia, trastorno metabólico que puede desencadenar DM 2; debido al déficit de estrógenos post menopausia que también favorece el desarrollo de la obesidad, las Dislipidemias y los trastornos del metabolismo de los carbohidratos ⁽¹³⁾.

La frecuencia de la calidad de aseguramiento de los pacientes con Diabetes Mellitus mostro predominio de los cotizantes directos, seguido de los jubilados y por ultimo pensionados, y esta distribución se puede deber a que los cotizantes directos son < de 65 años en hombres y < de 60 años en mujeres, lo que los convierte en un gran rango de edad desde el principio de la adultez a ese límite de edad.

En Honduras no se han realizado estudios que demuestren a relación la prevalencia de Diabetes Mellitus relacionado con escolaridad, ingreso salarial y condiciones de vivienda, pero debido a que nos encontramos en un periodo de transición epidemiológica, debido a cambios en el estilo de vida donde ahora nos afecta las enfermedades crónicas no transmisibles, recordando que están enfermedades antes eran problemas de los países desarrollados, con un Índice de Desarrollo Humano alto, pero que ahora afecta a países en vías de desarrollo, por lo cual la Diabetes Mellitus afecta por igual a todo el estrato social de un país, sin distinción de clase o nivel social, demostrado por Sarah y colaboradores, en su estudio de la prevalencia Global de Diabetes Mellitus ⁽¹⁷⁾. Estas variables de escolaridad, ingreso social y condiciones de vivienda que están ligados directamente a los determinantes sociales que inciden en la historia natural de enfermedad o complicaciones médicas a posteriori.

En cuanto a las enfermedades asociadas a la Diabetes Mellitus en el presente estudio se obtuvo los antecedentes personales patológicos y familiares, con el objetivo de obtener las frecuencias de dichas enfermedades o condiciones premórbidas que se presentaron antes y después del diagnóstico de Diabetes Mellitus que influyen directamente en el pronóstico de la Diabetes Mellitus. En la literatura

médica son ampliamente conocidos los factores de riesgo; historia familiar de Diabetes Mellitus (padre/madre o hermano con Diabetes Mellitus), obesidad (IMC > 25 kg/m²), inactividad física habitual, raza/etnicidad (afro-americano, latino, americano-nativo, americano-asiático, isleño del pacifico, identificación previa de intolerancia a la glucosa o glucosa en ayuna alterada, historia de Diabetes Mellitus gestacional o parto de un recién nacido mayor de 4 kg o 9 lbs., hipertensión arterial (> 140/90), HDL < 35 mg/dL y/o niveles de triglicéridos > 250 mg/dL, síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans, historia de enfermedad vascular ⁽¹³⁾. En la presente investigación la mayor parte de los pacientes diabéticos presento alguna enfermedad o estado pre-mórbido asociado a la Diabetes Mellitus, siendo la más frecuente el factor nutricional, debido a la ingesta de carbohidratos y grasas, demostrado que este factor pueden provocar disminución de la sensibilidad a la insulina y una tolerancia anormal a la glucosa, conduciendo también a la HTA, las Dislipidemias y la Obesidad ⁽¹⁸⁾. Respecto a la obesidad definida como IMC > 25 kg/m², se observa que ocupa el segundo lugar, seguido en orden decreciente por hipertensión arterial, inactividad muscular, predisposición genética, Dislipidemias, y enfermedades cardiovasculares.

Estos hallazgos son muy similares con estudios realizados en América Latina, por ejemplo Gloria López Stewart y e tal ⁽¹⁹⁾ estudio 3,592 pacientes con Diabetes Mellitus en nueve países de América Latina en 2007 donde la mayoría de los pacientes padecían enfermedades concurrentes asociadas con la Diabetes Mellitus 2, presentado en orden de frecuencia obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de Diabetes y una dieta inadecuada. Pérez Rivero y colaboradores realizo un estudio En el Policlínico Comunitario Docente “Tula Aguilera “del Municipio de Camagüey, Cuba en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2000 donde encontró una alta prevalencia de obesidad en pacientes diabéticos ⁽²⁰⁾, lo mismo que Falivene et al en Argentina de lo mismo que en nuestro estudio ⁽²¹⁾. El comportamiento de la HTA como patología asociada obtenido mediante esta investigación se corresponde con los resultados del estudio de Marelys Yanes Quesada y colaboradores ⁽²²⁾ de 329 pacientes con

hiperglucemia previa, ya que se presenta en más de la mitad de los casos, por lo que se concluyó que los pacientes con trastornos metabólicos tiene mayor prevalencia de HTA.

Así mismo se obtuvo correspondencia con el estudio realizado por P. Padilla Frías y colaboradores, en 160 pacientes diabéticos de tipo 2, donde un tercio eran hipertensos y con antecedentes patológicos familiares Diabetes Mellitus 2, y la mitad con trastorno lipídico ⁽²³⁾. Diabetes Mellitus 2 tiene una componente genético importante, donde los individuos con un padre con Diabetes Mellitus 2 tiene un riesgo elevado de padecer diabetes, y si ambos padres padecen de diabetes tipo 2, el riesgo se acerca al 40% ⁽¹³⁾.

Vargas et al ⁽²⁴⁾ en el estudio Diabetes Mellitus 2: Estilos de vida y Hemoglobina glicosilada, en Yucatán, México de una muestra de 483 pacientes, donde cerca de tres cuartos de los pacientes referían inactividad muscular y en nuestro estudio fue cerca de dos tercios, por lo que datos en ambos estudios están relacionados. En enfermedades cardiovasculares, Giorda et al ⁽²⁵⁾ realizo un estudio de recurrencia de eventos cardiovascular en pacientes con Diabetes Mellitus, con una muestra de 844 pacientes, en donde nuestro estudio arrojo un porcentaje levemente superior como antecedente pero recordando que el dato de Giorda et al es de recurrencia anual, teniendo en mente que los eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos aumentan 3 veces que en pacientes no diabéticos ⁽¹³⁾.

En nuestra población de estudio el tiempo de diagnostico de diabetes Mellitus al realizar la encuesta muestra que la mitad de la población había sido diagnosticados menos de hace cinco años, donde Varga Curie et al ⁽²⁴⁾ con 483 pacientes y Stewart et al ⁽¹⁹⁾. en 3592 pacientes demostraron idénticos resultados La edad promedio del diagnostico de la Diabetes Mellitus para la población estudiada concuerda con el estudio latinoamericano de Stewart et al ⁽¹⁹⁾.

Los pacientes en nuestro estudio muestran que a mayor edad mayor casos de Diabetes Mellitus, estos resultados concuerdan por mostrados en los datos en

Estados Unidos de América ⁽²⁶⁾, haciendo la aclaración que nuestro estudio no es un estudio de prevalencia, sino de caracterización de la enfermedad.

Referente a la sintomatología al momento del diagnóstico, la mitad de los pacientes presentan la triada de polidipsia, poliuria y polifagia y según la literatura médica esta tríada se presenta en el mismo porcentaje ⁽²⁾, hallazgos que son idénticos en nuestro estudio, lo mismo que Frías y Colaboradores donde dos tercios presentaron la triada más debilidad y fatiga en 160 pacientes, resultados similares en nuestro estudio ⁽²³⁾.

En pacientes diabéticos es frecuente encontrar alteraciones del estado de ánimo o alteraciones psicológicas, según los datos obtenidos aproximadamente tres cuartos partes de los pacientes presentaba algún tipo de alteración del estado de ánimo, basados en el Índice de Salud Mental que permite captar las cuatro dimensiones principales de salud mental: ansiedad, depresión, estrés y bienestar psicológico, donde el estudio de Arroyo et al con 973 pacientes con Diabetes Mellitus durante cuatro años mostró un Riesgo Relativo para desarrollar trastornos del ánimo del 1.61 ⁽²⁸⁾ y al mismo tiempo la depresión es un factor predisponente para la aparición de Diabetes Mellitus, con un riesgo relativo del 2.23, según el estudio de Eaton et al ⁽²⁹⁾ de diez años en una población de 3,481 adultos.

La información en este estudio sobre las complicaciones médicas relacionadas a la Diabetes Mellitus indica que dichas complicaciones se observan en la gran mayoría de los pacientes entrevistados, más en el sexo femenino, siendo las más frecuentes, trastornos circulatorios, manifestaciones cutáneas e infecciosas, enfermedades oftalmológicas, no se reportó complicaciones agudas como ser cetoadicidosis diabética o coma hiperosmolar. De los pacientes con complicaciones se observa que en promedio estos pacientes habían sido diagnosticados el doble de años que los pacientes sin complicación, con resultados muy similares con estudios internacionales sobre complicaciones en Diabetes Mellitus, como el de

Untiveros Mayorga et al ⁽¹⁹⁾, en España, con 94 pacientes, Nelson Crespo Valdés et al ⁽³¹⁾, en 654 pacientes y Gonzales Iglesias et al ⁽³²⁾ en 89 pacientes en Cuba.

Por lo que es imperativo evitar dichas complicaciones, demostrado en el estudio de Corona y colaboradores, se demostró que existe relación entre un buen estilo de vida y el control glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en dicho estudio se midió el estilo de vida a través del Instrumento para Medir Estilos de Vida en pacientes Diabéticos tipo 2 (IMEVID), teniendo una menor incidencia de complicaciones ⁽²⁷⁾.

Relacionado al régimen terapéutico, al comparar nuestro estudio con otros autores, como Stewart et al ⁽¹⁹⁾ en 3,592 pacientes, nuestros pacientes utilizan más Hipoglicemiantes orales, solos o una combinación, solo encontrando resultados similares en la utilización de insulina, mientras Untiveros Mayorga et al ⁽³⁰⁾, en España muestra menos cumplimiento relacionado con la dieta en forma estricta, así como la indicación de Hipoglicemiantes orales, pero datos muy parecidos en el uso de insulina, siendo levemente superior en nuestro medio.

En cuanto a la hospitalización estudios de MJP Membreño et al ⁽³³⁾, en México, con 147 pacientes diabéticos hospitalizados, predominó el sexo femenino igual que en nuestro estudio; y el promedio de estancia hospitalaria fue menor en nuestro estudio, solo el promedio días estancia de los hombres con complicaciones en nuestro estudio equiparan a este promedio encontrado en el estudio de MJ Membreño

En cuanto al componente de la atención médica tenemos que cerca de dos tercios de nuestros pacientes asisten a otras unidades de Salud para su control de la Diabetes Mellitus o de enfermedades asociadas, hallando resultados similares en el estudio de Stewart et al ⁽¹⁹⁾ en su investigación en América Latina.

Con relación a la incorporación o integración a grupos de Diabéticos, estructura muy importante, ya que estos Grupos de Promoción de la Salud e integración social mejora y en algunos casos evita factores de riesgo como la Obesidad, la Inactividad muscular, además de influir positivamente en el estado anímico de los pacientes. Del grupo poblacional estudiado la gran mayoría pertenecen a dicho grupo, en mayor proporción las mujeres comparándolo con el estudio de Gonzales Iglesias et al ⁽³²⁾ nuestros jubilados asisten en mayor proporción pero tienen tasas de hospitalizaciones más alta, mientras que en el estudio de Gonzales dichas tasas fueron menores y Vargas Curie et al ⁽²⁴⁾ en su estudio sobre estilos de vida del Diabético la afiliación a dichos grupos fue mucho menor que en nuestro estudio, mostrando que pocos pacientes tienen un buen estilo de vida repercutiendo en el control glicémico que igualmente fue bajo, de allí de la importancia de la participación en grupos de promoción de la salud, no solo en incorporación sino en las acciones de intervención que logran estos grupos en cambios en el estilo de vida.

X. CONCLUSIONES

1. Las características socio-demográfico del grupo poblacional estudiado fueron las siguientes, el sexo más afectado fue el femenino y el grupo de edad más frecuente fue el de 50 a 69 años, con edad promedio de 59.6 años, en su mayoría cotizantes directos, que han cursado la primaria, con condiciones de vivienda en estado regular, con un salario y/o pensión arriba del salario mínimo.
2. Las enfermedades relacionados con la Diabetes de mayor frecuencia fueron: los factores nutricionales, obesidad, hipertensión arterial, con predominio en las mujeres, diagnosticados en promedio a los 53.5 años, de edad y 6 años de haber sido diagnosticados.
3. Se observó un predominio del debut sintomático; asociado con la tríada de Poliuria, Polidipsia, Polifagia y además debilidad y fatiga, la mayoría con trastornos de ánimo en más de dos tercios.
4. Las complicaciones médicas se presentaron en la mayoría de los pacientes, con predominio en sexo femenino, escolaridad media (primaria, secundaria y diversificado), siendo las de mayor frecuencia trastornos circulatorios, manifestaciones cutáneas e infecciosas.
5. Los Hipoglicemiantes orales fueron el recurso terapéutico de mayor frecuencia y se observó la orientación de la Dieta en la mitad de pacientes estudiados, aunque esta no es acatada por los mismos en su gran mayoría.

6. El grado de Hospitalización fue alto, en más de un tercio de los pacientes, con predominio del sexo femenino, pero las complicaciones hospitalarias fue mayor en el sexo masculino, así como el promedio día estancia, y más de la mitad de los encuestados asiste a las consultas especializadas, en su mayoría en el IHSS.

7. La mayoría de los pacientes entrevistados, están adscritos al Club de Diabéticos, en su predominio mujeres, cotizantes directos.

XI. RECOMENDACIONES

A la Unidad de Vigilancia de la Salud del IHSS

1. Implementar de forma sistemática en las unidades de salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social a través del PAISFC (Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria) la identificación temprana de los factores de riesgo, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la Diabetes Mellitus.

A la Unidad de Promoción de la Salud del IHSS

2. Elaborar un Plan de Acción o Intervención en la comunidad, encaminado al mejoramiento de la calidad y estilo de vida de los pacientes, así como la prevención de complicaciones, en coordinación multidisciplinaria multisectorial.
3. Capacitar y actualizar al personal de los equipos de salud y otros en la temática de las enfermedades crónicas no transmisibles, para el adecuado control y prevención de estas enfermedades, haciendo énfasis en importancia de la dieta y ejercicio.

A la Dirección Médica y Desarrollo de Servicios de Salud del IHSS

4. Fortalecer la capacidad resolutive del unidades de salud del I nivel de atención, con la incorporación de un Internista y la disponibilidad de los medicamentos necesarios para los diabéticos y la implantación de un laboratorio en cada unidad de salud del I nivel de atención

Al personal Gerencial y Medico del la Clínica Periférica 3

5. Reorientación y fortalecimiento del club de diabéticos en acciones concretas sobre prevención secundaria a través de promoción del ejercicio, importancia del apego al tratamiento tanto en la alimentario y farmacológico.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Quantifying selected major risks to health. In: The World Health Report. World Health Organization (2003). <http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index1.html> (accessed 25 September 2003)
2. WHO (World Health Organization). Diabetes mellitus: report of a WHO Study Group. Tech Rep Ser: 727. Genève: WHO, 1985.
3. Lic. Warren Hart y Lic. Manuel Collazo Herrera, Costos del diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus en diferentes países del mundo, Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos, Rev Cubana Endocrinol 1998;9(3);212-20
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la salud, Programa de enfermedades no transmisibles Taller CAMDI II: vigilancia y control de la diabetes, Tegucigalpa, honduras, 13-14 noviembre de 2000
5. Palma R, Pineda E, Fernández E, Amándola L. Prevalencia de Diabetes Mellitus e hipertensión arterial y factores asociados en Tegucigalpa 2003–2004. Datos preliminares. En prensa.
6. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa: INE; 2004.
7. Rodríguez MM. R. Parker. Informe de diagnóstico de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles relacionados con dieta y estilos de vida en la compañía ACCESO. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; 1995.
8. McCarty D. Zimmet P. Diabetes 1994 to 2010. Global estimates and projections, International Diabetes Institute Melbourne Australia. A WHO, collaborating centre for Diabetes 1995
9. American Diabetes Association; Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus; Diabetes Care. Volume 28. Supplement 1. Enero de 2005.

10. Gavin JR, Alberti KG, Davidson MB y cols. Reporte del comité de expertos en diagnóstico y clasificación de diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26(1) S5 – S20
11. World Bank. *World Development Indicators* 2005. Disponible en: <http://devdata.worldbank.org/data-query>. Acceso el 3 de marzo de 2006.
12. Kasper DL, Braunwald E, editores. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16 ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2005.
13. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17 ed. Nueva York: McGraw-Hill Medical; 2008.
14. Amaro S, Mateo de Acosta O. Características clínicas de la Diabetes Mellitus en 250 pacientes de 15 años y más. *Rev Cubana Med* 1971;10:555-60
15. Carrasco B, Zubizarreta K, Nuez M. Características antropométricas de la grasa corporal: relación con factores de riesgo vascular y con las complicaciones crónicas vasculares de diabéticos tipo 2. En: *Resúmenes Temas Libres. XIII Congreso Asociación Latinoamericana Prevención en la Diabetes. VII Congreso cubano de Diabetes*; 2007 noviembre; Palacio de las Convenciones, Ciudad de la Habana. Cuba; p 39.
16. Lara Calderín G, Rivas Alpizar E, Hernández Gutiérrez C, Alonso Vila Y, Milán Laras E. Factores de Riesgo según determinantes de salud en incidencias de Diabetes Mellitus. En: *Resúmenes Temas Libres. XIII Congreso Asociación Latinoamericana Prevención en la Diabetes. VII Congreso cubano de Diabetes*; 2007 noviembre; Palacio de las Convenciones, Ciudad de la Habana. Cuba; p 26.
17. Wild Sarah, Roglic Gojka, Green Anders, Sicree Richard, King, Hilary: *Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030*. *Diabetes Care*, Volume 27, Number 5, May 2004 [Sitio en Internet] Disponible en: www.diabetesonline.com/febrero2008/milanes_e_intervencion.pdf [consultado 26/1/08 12.47pm].
18. Gómez Gerique J.A. *Hiperlipemia y diabetes*. Barcelona: Liplotex S.A.; 1996

19. Gloria López Stewartl,*; Marcos Tambasciall , et al, Control de la diabetes Mellitus tipo 2 por médicos generales del sector privado en nueve países de América Latina, Rev Panam Salud Publica vol.22 no.1 Washington Julio 2007
20. Pérez Rivero JL, Naranjo Regueira JL, Hernández-Hernández R. Caracterización de la diabetes Mellitus en un área de Salud. Rev. Cubana. Med. Integr 4/2002.
21. Falivene, Mariana A. - Toledo, Edith E. - Marder, Gabriel, Obesidad- Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en pacientes de Puerto Vilelas (Chaco), Argentina, Resumen: M-044 Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005, Universidad Nacional del Nordeste
22. Yanes Quesada M, Perich Amador P, González Suárez R, Yanes Quesada MA, Cruz Hernández J, Vázquez Díaz GJ, *et al.* Factores Clínicos relacionados con la hipertensión Arterial en pacientes con trastornos de tolerancia a los carbohidratos. En: Resúmenes Temas Libres. XIII Congreso Asociación Latinoamericana Prevención en la Diabetes. VII Congreso cubano de Diabetes; 2007 noviembre; Palacio de las Convenciones, Ciudad de la Habana. Cuba; p 39.
23. Padilla Frías P, Barca Barrera M, Barón Ramos JA, Prado Díaz Y. Comportamiento clínico de la Diabetes Mellitus tipo 2 de debut en el Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". En: Resúmenes Temas Libres. XIII Congreso Asociación Latinoamericana Prevención en la Diabetes. VII Congreso cubano de Diabetes; 2007 noviembre; Palacio de las Convenciones, Ciudad de la Habana. Cuba; p 53.
24. Yessica Karina Vargas Curie, Dra. Patricia Isolina del Socorro Gómez, Diabetes Mellitus tipo 2: Relación del estilo de vida y la Hemoglobina glucosilada (HbA1c), Rev Enferm IMSS 2008; 12 (2): 79-82.
25. Carlo B. Giorda, MD, Angelo Avogaro, MD, Recurrence of Cardiovascular Events in Patients With Type 2 Diabetes, Epidemiology and risk factors, Diabetes Care, volume 31, number 11, November 2008

26. Castillo–Salgado C. Mujica O. Loyola E. A sub regional assessment of demographic and Health trends in the Americas: 1980–1998. Stat Bull Metrop Life Insur Co 1999. 80(2).
27. Corona-Meléndez JC, Bryan-Marrugo M, Gómez-Torres YA. Relación entre estilo de vida y control glicémico en pacientes con DM2. Ministerio de Salud Revista Electrónica 2008.1-7.
28. Arroyo C, Hu FB, Ryan LM y colaboradores, Síntomas Depresivos en Diabetes Mellitus 2, Diabetes Care 27(1):129-133, Ene 2004
29. W Eaton, H Armenian, J Gallo, L Pratt and D E Ford, Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study, Diabetes Care October 1996 vol. 19 no. 10 1097-1102
30. Untiveros Mayorga Charlton Fernando*, Núñez Chávez Olga**, Complicaciones tardías en Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud - Cañete. Rev Med Hered 15 (2), 2004
31. Nelson Crespo Valdés et al, Caracterización de la diabetes Mellitus, Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(4)
32. González Iglesias R, Novales Amado A, Trasancos Delgado M. Características clínico-epidemiológicas de la Diabetes Mellitus en población adulta, ingresados en el Centro de Atención al Diabético de Pinar del Río Septiembre 2006 – abril 2007. En: Resúmenes Temas Libres. XIII Congreso Asociación Latinoamericana Prevención en la Diabetes. VII Congreso cubano de Diabetes; 2007 noviembre; Palacio de las Convenciones, Ciudad de la Habana. Cuba; p 20.
33. Membreño MJP, Zonana NA, Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad, Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 97-102

ANEXOS



ANEXO No. 1

Caracterización de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Instituto Hondureño de Seguridad Social



ENCUESTA

I. Datos personales

- a Nombre y apellidos: _____
- b Edad: _____
- c Sexo: F _____ M _____
- d Categoría: Cotizante directo _____ beneficiario _____ pensionado _____ jubilado _____ otros _____
- e Ocupación: _____ Salario o pensión: _____
- f Escolaridad: _____ ninguna _____ primaria _____ secundario _____ diversificado _____ universitario
- g Condiciones de la vivienda: B _____ R _____ M _____
- h Cantidad de familiares que conviven en su núcleo familiar: _____
- i Características físicas: _____ obeso _____ con sobrepeso _____ peso normal

II. Antecedentes patológicos personales/ Enfermedades Asociadas:

- a Hipertensión arterial: _____
- b Dislipidemia: _____
- c Obesidad: _____
- d Enfermedades cardiovasculares: _____
- e Neuropatía: _____
- f Inactividad muscular: _____
- g Otros: _____
- h Fecha de diagnóstico o debut de la Diabetes Mellitus: _____

III. Antecedentes patológicos familiares:

- | | Grado de parentesco |
|--|---------------------|
| a Hipertensión arterial: _____ | _____ |
| b Dislipidemia: _____ | _____ |
| c Obesidad: _____ | _____ |
| d Enfermedades cardiovasculares: _____ | _____ |
| e Diabetes: _____ | _____ |
| f Otros: _____ | _____ |

IV. ¿Antes de debutar con la enfermedad, usted tenía una dieta balanceada?

- Sí _____ No _____
Alimentos más frecuentes: _____

V. ¿Qué síntomas presentaba al diagnosticársele la enfermedad:

- _____ Gran apetito con pérdida de peso
- _____ Exceso de orina con sed abundante
- _____ Ninguno
- _____ Debilidad y fatiga
- _____ Visión borrosa Afectación de: _____
- _____ Neuropatía Tipo: _____
- _____ Emisión involuntaria de orine, durante la noche

VI. ¿Qué complicación ha presentado desde que se le diagnosticó la Diabetes?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| _____ Cetoacidosis | _____ Coma hiperosmolar |
| _____ Enfermedades oftalmológicas | _____ Trastornos circulatorios |
| _____ Enfermedades renales | _____ Úlceras de los pies |
| _____ Neuropatía | _____ Manifestaciones cutáneas e infecciosas |

VII. ¿Qué enfermedad ha presentado desde que se le diagnosticó la Diabetes?

VIII. ¿Qué medicamento usted tiene indicado?

IX. ¿Tiene dieta alimentaría indicada?

Sí _____ No _____

¿Cumple con ella? Siempre: _____ Irregularmente: _____ Nunca: _____

¿Por qué? _____

X. En caso de haber estado hospitalizado:

Causa: _____

Tiempo: _____

Complicaciones Intrahospitalarias: _____

Estado de egreso: _____

XI. Asiste a las consultas regulares:

Siempre: _____ A veces: _____ Nunca: _____

De no asistir ¿por qué? _____

XII. Aparte de la consulta regular ¿asiste a otra, cuál? _____

¿Dónde? _____

XIII. ¿Está incorporado a Grupos de Diabético u otro tipo de centro de actividad física?

Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

IX. Estado emocional

a Estresado: _____

b Deprimido: _____

c Ansioso: _____

TABLAS DE RESULTADOS

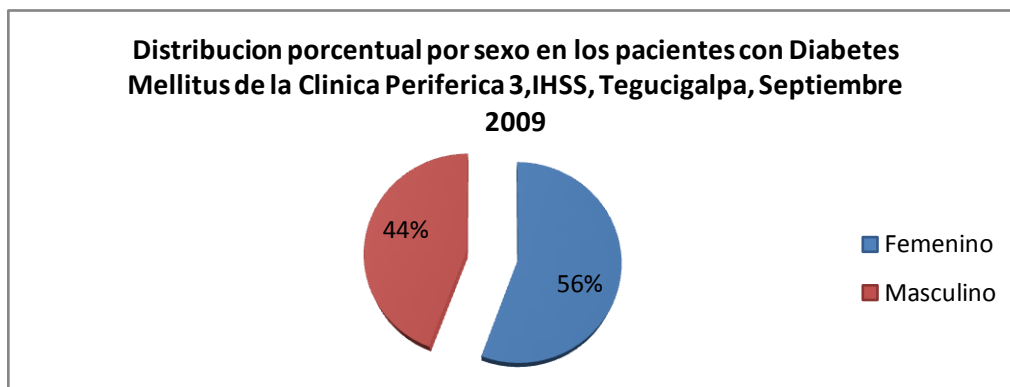
Tabla No.1

Distribución de los pacientes con Diabetes Mellitus por edad y sexo de la Clínica Periférica # 3 IHSS, Tegucigalpa, Agosto y Septiembre 2009

GRUPOS DE EDAD	Femenino	Masculino	TOTAL	Porcentaje Acumulado
18-29	1	0	1	<u>0.9</u>
Fila %	100.0	0.0		
Col %	<u>1.7</u>	<u>0.0</u>	<u>0.9</u>	
30-39	6	2	8	<u>8.4</u>
Fila %	75.0	25.0		
Col %	<u>10.2</u>	<u>4.3</u>	<u>7.5</u>	
40-49	6	6	12	<u>19.7</u>
Fila %	50.0	50.0		
Col %	<u>10.2</u>	<u>12.8</u>	<u>11.3</u>	
50-59	18	11	29	<u>47.1</u>
Fila %	62.1	37.9		
Col %	<u>30.5</u>	<u>23.4</u>	<u>27.4</u>	
60-69	18	15	33	<u>78.2</u>
Fila %	54.5	45.5		
Col %	<u>30.5</u>	<u>31.9</u>	<u>31.1</u>	
70-79	10	12	22	<u>99</u>
Fila %	45.5	54.5		
Col %	<u>16.9</u>	<u>25.5</u>	<u>20.8</u>	
>80	0	1	1	<u>100</u>
Fila %	0.0	100.0		
Col %	<u>0.0</u>	<u>2.1</u>	<u>0.9</u>	
TOTAL	59	47	106	
Fila %	<u>55.7</u>	<u>44.3</u>		
Col %			<u>100.0</u>	

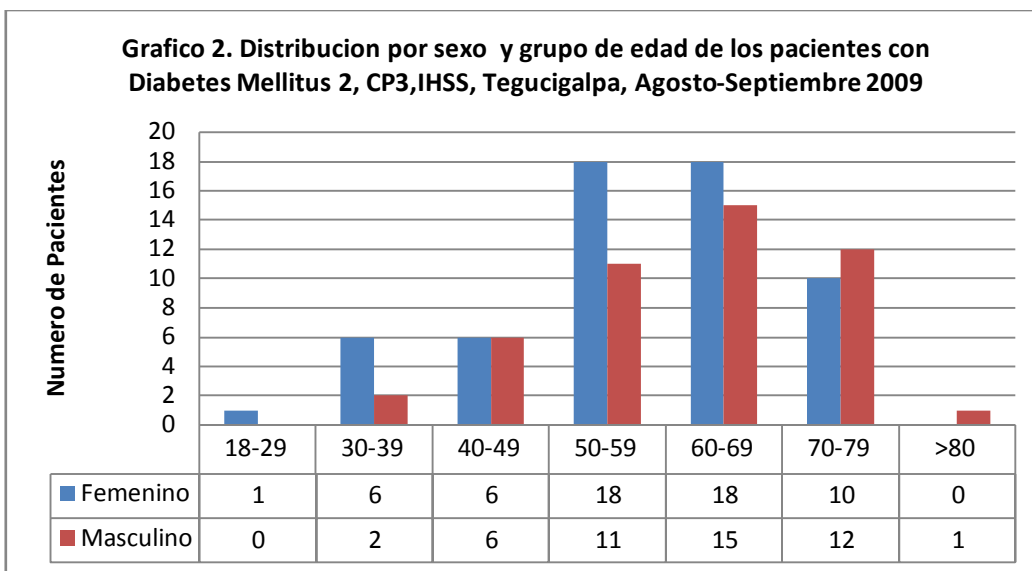
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Gráfico No 1. Distribución por sexo en los pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto y Septiembre 2009.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Grafico No 2. Distribución por sexo y grupo de edad de los pacientes con Diabetes Mellitus 2, en la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto Septiembre del 2009



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No. 3, Análisis Descriptivo de la Edad por sexo y de la poblacional total estudiada

Sexo	Edad									P	
	Conteo	Promedio	Desviación Std	Error Std	Mediana	Moda	Intervalo de Confianza		Mínimo		Máximo
							Inferior	Superior			
Femenino	59	57.525	12.407	1.609	58	63	54.335	60.716	19.000	77.000	0.052
Masculino	47	62.255	12.168	1.764	65	65	58.757	65.754	32.000	86.000	
TOTAL	106	59.623	12.469	1.211	61	76	57.221	62.024	19.000	86.000	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No. 4. Distribución de pacientes Diabetes Mellitus según Categoría por sexo

Categoría	Femenino	Masculino	TOTAL
Cotizante Directo	39	21	60
Fila %	65.0	35.0	
Col %	<u>66.1</u>	<u>44.7</u>	<u>56.6</u>
Jubilado	19	24	43
Fila %	44.2	55.8	
Col %	<u>32.2</u>	<u>51.1</u>	<u>40.6</u>
Pensionado	1	2	3
Fila %	33.3	66.7	
Col %	<u>1.7</u>	<u>4.3</u>	<u>2.8</u>
TOTAL	59	47	106
Fila %	<u>55.7</u>	<u>44.3</u>	
Col %			<u>100.0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No. 5 Análisis Descriptivo del Salario o Pensión según sexo

Sexo	Salario o pensión										P
	Conteo	Media	Desviación Std	Error Std	Mediana	Moda	Limites de Confianza		Mínimo	Máximo	
							Inferior	Superior			
Femenino	59	6532.203	4601.3656	596.770	5800	5500	5348.919	7715.488	1200.000	25000.000	0.8785
Masculino	47	6379.681	5649.3165	819.097	6000	6000	4755.563	8003.799	1300.000	30000.000	
TOTAL	106	6464.575	5067.8230	492.230	5900	5500	5488.573	7440.578	1200.000	30000.000	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No.6, Análisis Descriptivo del Salario o Pensión según Categoría de Afiliación

Categoría	Salario o pensión										P
	Conteo	Media	Desviación Std	Error Std	Mediana	Moda	Limites de Confianza		Mínimo	Máximo	
							Inferior	Superior			
Cotizante Directo	60	8860.917	5298.1391	681.485	7250	5500	7509.658	10212.176	1500.000	30000.000	0.00
Jubilado	43	3141.628	2194.5039	332.316	2600	1400	2482.707	3800.548	1200.000	12000.000	
Pensionado	3	6166.667	3055.0505	1447.006	5500	3500	3297.521	9035.813	3500.000	9500.000	
TOTAL	106	6464.575	5067.8230	492.230	5900	5500	5488.573	7440.578	1200.000	30000.000	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No.7, Distribución del nivel de Escolaridad según sexo en pacientes con Diabetes Mellitus de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Septiembre 2009

Escolaridad	Femenino	Masculino	TOTAL
ninguna	7	1	8
Fila %	87.5	12.5	
Col %	<u>11.9</u>	<u>2.1</u>	<u>7.5</u>
primaria	17	22	39
Fila %	43.6	56.4	
Col %	<u>28.8</u>	<u>46.8</u>	<u>36.8</u>
secundaria	15	13	28
Fila %	53.6	46.4	
Col %	<u>25.4</u>	<u>27.7</u>	<u>26.4</u>
diversificado	18	8	26
Fila %	69.2	30.8	
Col %	<u>30.5</u>	<u>17.0</u>	<u>24.5</u>
universitaria	2	3	5
Fila %	40.0	60.0	
Col %	<u>3.4</u>	<u>6.4</u>	<u>4.7</u>
TOTAL	59	47	106
Fila %	<u>55.7</u>	<u>44.3</u>	
Col %			<u>100.0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No.8, Distribución de las condiciones de vivienda según sexo en pacientes con Diabetes Mellitus de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Septiembre 2009

Condiciones de la vivienda	Femenino	Masculino	TOTAL
buena	24	19	43
Fila %	55.8	44.2	
Col %	<u>40.7</u>	<u>40.4</u>	<u>40.6</u>
mala	4	2	6
Fila %	66.7	33.3	
Col %	<u>6.8</u>	<u>4.3</u>	<u>5.7</u>
regular	31	26	57
Fila %	54.4	45.6	
Col %	<u>52.5</u>	<u>55.3</u>	<u>53.8</u>
TOTAL	59	47	106
Fila %	<u>55.7</u>	<u>44.3</u>	
Col %			<u>100.0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No.9, Análisis Descriptivo de las Condiciones de la Vivienda según Salario o pensión en los pacientes con Diabetes Mellitus de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto- Septiembre 2009

Condiciones de la vivienda	Salario o pensión										P
	Conteo	Media	Desviación Std	Error Std	Mediana	Moda	Limite de Confianza		Mínimo	Máximo	
							Inferior	Superior			
buena	43	8845.233	6732.0929	1019.447	7500	8000	6823.858	10866.607	1400.000	30000.000	0.0001
mala	6	3233.333	2063.6537	772.732	2550	1400	1701.149	4765.518	1400.000	6000.000	
regular	57	5008.772	2481.2353	327.300	5500	5500	4359.797	5657.746	1200.000	11000.000	
TOTAL	106	6464.575	5067.8230	492.230	5900	5500	5488.573	7440.578	1200.000	30000.000	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No.10, Análisis Descriptivo de Familiares que viven en el núcleo familiar según sexo y población estudiada en pacientes con Diabetes Mellitus de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto Septiembre 2009

Sexo	Cantidad de familiares que viven en el núcleo familiar										P
	Conteo	Media	Desviación Std	Error Std	Mediana	Moda	Limite de Confianza		Mínimo	Máximo	
							Inferior	Superior			
Femenino	59	4.763	1.9239	0.250	5	5	4.268	5.257	1.000	11.000	0.6888
Masculino	47	4.936	2.5230	0.366	4	4	4.211	5.661	1.000	12.000	
TOTAL	106	4.840	2.2002	0.214	4.5	4	4.416	5.263	1.000	12.000	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 11. Distribución de los pacientes con Diabetes Mellitus según características físicas y sexo de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

Características físicas	Femenino	Masculino	TOTAL
obeso	16	7	23
Fila %	69.6	30.4	
Col %	27.1	14.9	21.7
peso normal	16	15	31
Fila %	51.6	48.4	
Col %	27.1	31.9	29.2
sobrepeso	27	25	52
Fila %	51.9	48.1	
Col %	45.8	53.2	49.1
TOTAL	59	47	106
Fila %	55.7	44.3	
Col %			100.0

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla No. 12 Frecuencia de las Enfermedades Asociadas en los pacientes con Diabetes Mellitus la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi cuadrado	P
Factores de Riesgo	52	39	91	0.57	0.44
Fila%	57.1	42.9			
Col%	88.1	83.0	85.8		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 13. Distribución de las Enfermedades Asociadas más comunes según sexo en los pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

Antecedentes Patológicos Personales	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Hipertensión Arterial	41	28	69	1.13	0.28
Fila %	59.4	40.6			
Col %	69.5	59.6	65.1		
Dislipidemias	25	24	49	0.79	0.37
Fila %	51.0	49.0			
Col %	42.4	51.1	46.2		
Sobre peso y Obesidad	43	32	75	0.29	0.589
Fila %	57.3	42.7			
Col %	72.9	68.1	70.6		
Enfermedades Cardiovasculares	4	6	10	1.09	0.29
Fila %	40.0	60.0			
Col %	6.8	12.8	9.4		
Neuropatía	1	0	1	0.80	0.36
Fila %	100.0	0.0			
Col %	1.7	0.0	0.9		
Inactividad Muscular	38	30	68	0.00	0.95
Fila %	55.9	44.1			
Col %	64.4	63.9	64.2		
Factores Nutricionales	46	39	85	0.41	0.52
Fila %	54.1	45.9			
Col %	78.0	83.0	80.2		
Predisposición Genética	38	28	66	0.26	0.61
Fila %	57.6	42.4			
Col %	64.4	59.6	62.3		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 14. Frecuencia de Antecedentes Familiares Patológicos más comunes de la Diabetes Mellitus 2, en los pacientes con DM 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto- Septiembre 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Antecedentes Familiares Patológicos	51	38	89	0.61	0.43
Fila %	57.3	42.7			
Col %	89.5	80.9	85.6		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 15. Distribución de Antecedentes Familiares Patológicos más comunes según sexo en los pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Septiembre 2009

Antecedentes Familiares Personales	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Hipertensión Arterial	32	23	55	0.29	0.58
Fila %	58.2	41.8			
Col %	54.2	48.9	51.9		
Dislipidemias	4	3	7	0.0067	0.93
Fila %	57.1	42.9			
Col %	6.8	6.4	6.6		
Obesidad	16	14	30	0.09	0.76
Fila %	53.3	46.7			
Col %	27.1	29.8	28.3		
Enfermedades Cardiovasculares	14	7	21	1.28	0.25
Fila %	66.7	33.3			
Col %	23.7	14.9	19.8		
Diabetes	38	28	66	0.26	0.61
Fila %	57.6	42.4			
Col %	64.4	59.6	62.3		
Otros	6	4	10	-	-
Fila %	60.0	40.0			
Col %			100.0		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 16. Frecuencia y Porcentaje de años de diagnostico según quinquenios de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

Años de Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1-5 años	59	55.66%	55.66%
6-10 años	35	33.02%	88.68%
11-15 años	8	7.55%	96.23%
16-20 años	3	2.83%	99.06%
21-25 años	0	0.00%	99.06%
26-30 años	1	0.94%	100.00%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 17. Promedio de años de diagnostico de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 según sexo de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto Septiembre 2009

Promedio años de Diagnostico según sexo											
Sexo	Conteo	Media	Mediana	Moda	Desviación Standard	Error Standard	Limite de Confianza		Mínimo	Máximo	P
							Inferior	Superior			
Femenino	59	5.763	5	4	3.99	0.518	4.735	6.791	1.000	20.000	0.4925
Masculino	47	6.362	7	8	4.95	0.719	4.936	7.787	1.000	30.000	
TOTAL	106	6.028	5	4	4.43	0.431	5.174	6.883	1.000	30.000	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 18. Edad de Diagnostico de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 según grupos de edad de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto- Septiembre 2009

GRUPOS DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
18-29	1	0.94%	0.94%
30-39	2	1.89%	2.83%
40-49	11	10.38%	13.21%
50-59	22	20.75%	33.96%
60-69	36	33.96%	67.92%
70-79	27	25.47%	93.40%
>80	7	6.60%	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 19. Promedio de Edad de Diagnostico en pacientes con Diabetes Mellitus de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto- Septiembre 2009

Promedio de Edad de Diagnostico de Diabetes Mellitus según sexo											
Sexo	Conteo	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Error Standard	Limites de Confianza		Mínimo	Máximo	P
							Inferior	Superior			
Femenino	59	51.763	54	57	11.34	1.472	48.845	54.680	17.000	72.000	0.063
Masculino	47	55.894	57	63	11.17	1.620	52.681	59.106	24.000	79.000	
TOTAL	106	53.594	55.5	60	11.40	1.108	51.398	55.791	17.000	79.000	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 20. Frecuencia de pacientes con Diabetes Mellitus 2 que presentaron sintomatología al momento del Diagnostico de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-Cuadrado	P
Sintomatología al Diagnostico	51	40	91	0.0223	0.881
Fila %	56.0	44.0			
Col %	<u>87.9</u>	<u>87.0</u>	<u>87.5</u>		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 21. Frecuencia de la Sintomatología al Diagnostico pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, 2009

Sintomatología	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Gran apetito con pérdida de peso	25	23	48	0.45	0.500
Fila %	52.1	47.9			
Col %	42.4	48.9	45.3		
Exceso de orina con sed abundante	44	32	76	0.54	0.461
Fila %	57.9	42.1			
Col %	74.6	68.1	71.7		
Debilidad y Fatiga	35	25	60	0.400	0.526
Fila %	58.3	41.7			
Col %	59.3	53.2	56.6		
Visión Borrosa	24	19	43	0.000	0.979
Fila %	55.8	44.2			
Col %	40.7	40.4	40.6		
Neuropatía	1	0	1	0.804	0.369
Fila %	100.0	0.0			
Col %	1.7	0.0	0.9		
Emisión Involuntaria de orina, durante la noche	8	4	12	0.664	0.415
Fila %	66.7	33.3			
Col %	13.6	8.5	11.3		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 22. Frecuencia del estado del ánimo post diagnostico de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto- Septiembre 2009.

Estado emocional predominante	Femenino	Masculino	TOTAL
emocionalmente estable	16	18	34
Fila %	47.1	52.9	
Col %	27.1	38.3	32.1
depresión	16	12	28
Fila %	57.1	42.9	
Col %	27.1	25.5	26.4
ansiedad	20	7	27
Fila %	74.1	25.9	
Col %	33.9	14.9	25.5
estrés	7	10	17
Fila %	41.2	58.8	
Col %	11.9	21.3	16.0
TOTAL	59	47	106
Fila %	55.7	44.3	
Col %			100.0

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 23. Frecuencia y Porcentaje de Complicaciones Médicas según sexo en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Complicaciones Medicas	46	35	81	0.1776	0.673
Fila %	56.8	43.2			
Col %	78.0	74.5	76.4		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 24. Distribución de las complicaciones medicas más comunes según sexo en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

Complicaciones	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Cetoacidosis	0	0	0	--	--
Fila%	0	0	0		
Col%	0	0	0		
Enfermedades Oftalmológicas	17	23	40	4.50	0.033
Fila%	42.5	57.5			
Col%	28.8	48.9	37.7		
Enfermedades Renales	2	5	7	2.22	0.135
Fila%	28.6	71.4			
Col%	3.4	10.6	6.6		
Neuropatía	19	17	36	0.18	0.668
Fila%	52.8	47.2			
Col%	32.2	36.2	34.0		
Coma Hiperosmolar	0	0	0	--	--
Fila%	0	0	0		
Col%	0	0	0		
Trastornos Circulatorios	27	25	52	0.57	0.447
Fila%	51.9	48.1			
Col%	45.8	53.2	49.1		
Ulceras de los Pies	4	8	12	2.73	0.098
Fila%	33.3	66.7			
Col%	6.8	17.0	11.3		
Manifestaciones cutáneas e infecciosas	25	17	42	0.42	0.516
Fila%	59.5	40.5			
Col%	42.4	36.2	39.6		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 25. Distribución de las Complicaciones Medicas relacionados con la Diabetes Mellitus 2 según Grupo de Edad en pacientes de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009.

GRUPOS DE EDAD	Si	No	TOTAL
18-29	1	0	1
Fila %	100.0	0.0	
Col %	<u>1.2</u>	<u>0.0</u>	<u>0.9</u>
30-39	4	4	8
Fila %	50.0	50.0	
Col %	<u>4.9</u>	<u>16.0</u>	<u>7.5</u>
40-49	9	3	12
Fila %	75.0	25.0	
Col %	<u>11.1</u>	<u>12.0</u>	<u>11.3</u>
50-59	19	10	29
Fila %	65.5	34.5	
Col %	<u>23.5</u>	<u>40.0</u>	<u>27.4</u>
60-69	26	7	33
Fila %	78.8	21.2	
Col %	<u>32.1</u>	<u>28.0</u>	<u>31.1</u>
70-79	21	1	22
Fila %	95.5	4.5	
Col %	<u>25.9</u>	<u>4.0</u>	<u>20.8</u>
>80	1	0	1
Fila %	100.0	0.0	
Col %	<u>1.2</u>	<u>0.0</u>	<u>0.9</u>
TOTAL	81	25	106
Fila %	<u>76.4</u>	<u>23.6</u>	
Col %			<u>100.0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 26. Complicaciones Medicas relacionados con los años de Diagnostico de Diabetes Mellitus en pacientes de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009.

Complicaciones	Cuento	Años de Diagnostico de Diabetes Mellitus								P	
		Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Error Estándar	Intervalo Confianza		Mínimo		Máximo
							Inferior	Superior			
si	81	6.840	6	5	4.64	0.515	5.817	7.862	1	30	0.0005
no	25	3.400	4	4	2.17	0.429	2.549	4.251	1	8	
TOTAL	106	6.028	5	5	4.43	0.431	5.174	6.883	1	30	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 27. Frecuencia de Complicaciones Médicas de Diabetes Mellitus según escolaridad en pacientes de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto Septiembre 2009

COMPLICACIONES			
Escolaridad	Yes	No	TOTAL
diversificado	17	9	26
Fila %	65.4	34.6	
Col %	<u>21.0</u>	<u>36.0</u>	<u>24.5</u>
ninguna	7	1	8
Fila %	87.5	12.5	
Col %	<u>8.6</u>	<u>4.0</u>	<u>7.5</u>
primaria	34	5	39
Fila %	87.2	12.8	
Col %	<u>42.0</u>	<u>20.0</u>	<u>36.8</u>
secundaria	20	8	28
Fila %	71.4	28.6	
Col %	<u>24.7</u>	<u>32.0</u>	<u>26.4</u>
universitaria	3	2	5
Fila %	60.0	40.0	
Col %	<u>3.7</u>	<u>8.0</u>	<u>4.7</u>
TOTAL	81	25	106
Fila %	<u>76.4</u>	<u>23.6</u>	
Col %			<u>100.0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 28. Régimen Terapéutico más empleado para el tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 en pacientes de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto Septiembre 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Biguanidas	46	26	72	6.15	0.0130
Fila %	63.9	36.1			
Col %	<u>78.0</u>	<u>55.3</u>	<u>67.9</u>		
Sulfonilurea	34	27	61	0.0003	0.9851
Fila %	55.7	44.3			
Col %	<u>57.6</u>	<u>57.4</u>	<u>57.5</u>		
Insulina	8	10	18	1.10	0.2913
Fila %	44.4	55.6			
Col %	<u>13.6</u>	<u>21.3</u>	<u>17.0</u>		
Dieta	36	25	61	0.65	0.4180
Fila %	59.0	41.0			
Col %	<u>61.0</u>	<u>53.2</u>	<u>57.5</u>		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 29. Cumplimiento del Régimen Dietético en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto Septiembre 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL
Siempre	16	10	26
Fila %	61.5	38.5	
Col %	<u>44.4</u>	<u>40.0</u>	<u>42.6</u>
Irregular	18	15	33
Fila %	54.5	45.5	
Col %	<u>50.0</u>	<u>60.0</u>	<u>54.1</u>
Nunca o casi Nunca	2	0	2
Fila %	100.0	0.0	
Col %	<u>5.6</u>	<u>0.0</u>	<u>3.3</u>
Total	36	25	61
Fila %	<u>59.0</u>	<u>41.0</u>	
Col %			<u>100.0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 30. Frecuencia de Hospitalización, Complicaciones y Promedio de Estancia post diagnostico en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL
Hospitalización	21	14	35
Fila %	60	40	
Col %	<u>35.6</u>	<u>29.8</u>	<u>33</u>
Complicaciones	3	5	8
Fila %	37.5	33.3	
Col %	<u>14.3</u>	<u>35.7</u>	<u>22.9</u>
Promedio de Estancia	5.7	9.9	7.4

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 31. Calidad de Asistencia a consultas medicas en la Clínica Periférica, 3 IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009 de pacientes con Diabetes Mellitus 2.

Asistencia a las consultas medicas	Femenino	Masculino	TOTAL
siempre	47	37	84
Fila %	56.0	44.0	
Col %	<u>79.7</u>	<u>78.7</u>	<u>79.2</u>
a veces	12	10	22
Fila %	54.5	45.5	
Col %	<u>20.3</u>	<u>21.3</u>	<u>20.8</u>
Nunca	0	0	0
Fila %	0	0	
Col %	0	0	0
TOTAL	59	47	106
Fila %	<u>55.7</u>	<u>44.3</u>	<u>100.0</u>
Col %			

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 32. Porcentaje de pacientes con Control Médico en otras unidades de salud con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto- Septiembre 2009

	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Control Médico en otras Unidades de Salud	32	30	62		
Fila %	51.6	48.4		0.99	0.319
Col %	<u>54.2</u>	<u>63.8</u>	<u>58.5</u>		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 33. Distribución de la asistencia médica a otras Unidades de Salud de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa, Agosto-Septiembre 2009

Control Médico en otra Unidad de Salud	Femenino	Masculino	TOTAL
Adulto Mayor IHSS	3	3	6
Fila %	50.0	50.0	
Col %	<u>9.1</u>	<u>10.0</u>	<u>9.5</u>
CESAMO	1	0	1
Fila %	100.0	0.0	
Col %	<u>3.0</u>	<u>0.0</u>	<u>1.6</u>
Clínica Privada	4	1	5
Fila %	80.0	20.0	
Col %	<u>12.1</u>	<u>3.3</u>	<u>7.9</u>
Hospital IHSS	22	25	47
Fila %	46.8	53.2	
Col %	<u>66.7</u>	<u>83.3</u>	<u>74.6</u>
Hospital Secretaria Salud	1	1	2
Fila %	50.0	50.0	
Col %	<u>3.0</u>	<u>3.3</u>	<u>3.2</u>
Otro	1	0	1
Fila %	100.0	0.0	
Col %	<u>3.0</u>	<u>0.0</u>	<u>1.6</u>
TOTAL	33	30	62
Fila %	<u>52.4</u>	<u>47.6</u>	
Col %			<u>100.0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 34. Incorporación de los pacientes estudiado con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Periférica 3, IHSS, Tegucigalpa a Grupos de Diabéticos o Grupos afines.

	Femenino	Masculino	TOTAL	Chi-cuadrado	P
Incorporación a Grupos de Diabéticos u otro Grupo afin	47	38	85	0.02	0.878
Fila %	55.3	44.7			
Col %	<u>79.7</u>	<u>80.9</u>	<u>80.2</u>		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009

Tabla 35. Relación entre afiliación a Club de Diabéticos y Calidad o categoría del Afiliado de la población estudiado.

Afiliación a Grupo o Club de Diabéticos	Cotizante Directo	Jubilado	Pensionado	TOTAL
Si	42	40	3	85
Fila %	49.4	47.1	3.5	100
Col %	<u>70.0</u>	<u>93.0</u>	<u>100.0</u>	<u>80.2</u>
No	18	3	0	21
Fila %	85.7	14.3	0.0	
Col %	30.0	7.0	0.0	19.8
TOTAL	60	43	3	106
Fila %	56.6	40.6	2.8	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA PARA CARACTERIZAR CLINICA Y EPIDEMIOLOGICAMENTE A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL IHSS, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2009