

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

**FACTORES QUE DETERMINAN EL REINGRESO DE
PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
Y DIABETES MELLITUS.
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y
MANOLO MORALES PERALTA. MANAGUA
1996**

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO
DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA**

PRESENTADO POR:

Lic. Ileana Haar Valle

Dra. Elba María Matamoros Montenegro.

Tutor:

Manuel V.



Dr. Guillermo González González

Médico Internista

Master en Salud Pública

Docente Investigador CIES-UNAN.

Alice Rola Portales G.

Managua, Nicaragua Julio 1999.

[Handwritten signature]

T
129
H112
1999
c.2

El paciente que padece una enfermedad crónica debe conocer todo lo que se sabe acerca de su padecimiento; su historia, naturaleza, cómo se desarrolla, los problemas que genera, el tratamiento. Necesita conocer los motivos del tratamiento. Debe ser capaz de distinguir los hechos médicos de las creencias populares, los prejuicios de la práctica sólida. Conociendo estas cosas, estará mejor armado para hacer frente a su enfermedad durante todos los días de su vida



*Dr. HENRY DOLGER
Dr. BERNARD SEEMAN*

INDICE

	Número de páginas
Agradecimiento.....	<i>i</i>
Dedicatoria.....	<i>ii</i>
Opinión del tutor.....	<i>iv</i>
Resumen.....	<i>v</i>
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	4
III. Justificación	10
IV. Planteamiento del Problema.....	11
V. Objetivos.....	13
VI. Marco Teorico.....	14
VII. Diseño Metodológico.....	36
VIII. Resultados.....	53
IX. Análisis de resultados.....	64
X. Conclusión	75
XI. Recomendaciones.....	77
XII. Bibliografía.....	78
XIII. Anexos	

AGRADECIMIENTO

Nuestro infinito y sincero agradecimiento a Dios por darnos la oportunidad de concluir este estudio.

A nuestro tutor: Dr. Guillermo González González, que con su permanente estímulo, dedicación, constancia y apoyo oportuno contribuyó a la culminación de este esfuerzo.

Al Dr. Edmundo Sánchez, por su valiosa asesoría en la etapa de procesamiento de la información de este estudio.

A la Dra. Martha González Moncada, por sus valiosos aportes y sugerencias al informe final.

Al personal de salud de los hospitales Antonio Lenín Fonseca y Manolo Morales Peralta, a los pacientes y familiares entrevistados por su colaboración en esta investigación.

Finalmente a cada uno de los docentes de la Escuela de Salud Pública (CES-UMAM- Managua); por brindarnos sus conocimientos durante nuestra formación profesional.

DEDICATORIA

A mis padres : Ernesto Haar García y Salvadora Valle R. por su esfuerzo y dedicación a lo largo de mi formación académica.

A mi hija : Larissa Jhadith por ser fuente fundamental de motivación y felicidad en cada momento de mi existir.

A mi esposo : Dr. Eddy López Guido, por motivarme a emprender mis estudios en el campo de la Salud Pública.

A mis hermanos (as) por el apoyo brindado.

Lic. Ileana Haar Valle

DEDICATORIA

*A mis padres: Raymundo Matamoros y
Elba María Montenegro Z, por el gran
apoyo a mi preparación profesional.*

*A mi hija, Yesling Mariel Osorio
Matamoros, por ser la inspiración para
seguir superándome.*

Dra. Elba Ma. Matamoros Montenegro

OPINION DEL TUTOR

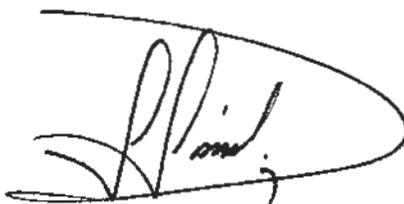
El reingreso de pacientes crónicos a las salas de hospitalización es uno de los problemas de la atención en salud que impactan las escuálidas economías de los sistemas sanitarios, reduciendo las posibilidades de atención a otros demandantes, al mismo tiempo que permite cuestionar la efectividad de las acciones que se ejecutan en la red de servicios, especialmente en países como los nuestros en los que no habiendo reducido la brecha sanitaria que se deriva del subdesarrollo, ya hemos comenzado a sentir la presión de los problemas de la tercera edad.

En el trabajo presentado por la Dra. Matamoros y la Lic. Haar, se identifica claramente que el reingreso de pacientes con problemas cardiovasculares y de diabetes mellitus no sólo se deriva de los riesgos biológicos que caracteriza a estos pacientes, sino que también está muy influenciado por factores económicos-sociales y del sistema de salud, los que también pasan a ser factores de riesgo en el curso que toman estas patologías.

En el caso del sistema de salud, es evidente que el reingreso es muy influenciado por lo que hacen, dejan de hacer o no hacen bien las unidades del primer nivel de atención, por lo poca funcionalidad del sistema de referencia y contra-referencia entre ambos niveles, por el poco énfasis en la promoción y prevención en las salas de hospitalización, etc., lo que en su conjunto conduce no sólo al reingreso a los hospitales, sino que también a que los pacientes, sus familiares o la comunidad puedan contribuir a la ejecución de acciones oportunas que contribuyan al bienestar de estos pacientes.

Este aspecto central del estudio es una contribución a la discusión sobre la eficacia y efectividad del sistema de salud y la búsqueda de soluciones prácticas en el corto y mediano plazo; retoma el tema de la integralidad y continuidad de la atención, especialmente en nuestro país donde la organización de los servicios se han rotulado bajo este enfoque; pero sobre todo abre nuevas interrogantes sobre el tema de la calidad de la atención en salud especialmente en un ámbito donde la relación costo/beneficio de las acciones realizadas representan un punto crucial de la gestión del sistema de salud.

Por todo ello, los resultados del trabajo de investigación de las autoras debe ser revisado, analizado e internalizado en todas sus dimensiones, especialmente si quiere contribuir a la mejora de los servicios de salud.



DR. GUILLERMO GONZALEZ GONZALEZ

RESUMEN

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son patologías de enorme trascendencia social debido a su gran morbilidad y mortalidad. En poblaciones adultas, tienen una larga evolución y existen muchos factores que influyen sobre ellas, predisponiendo al paciente a complicaciones, rehospitalizaciones periódicas y ocasionando un elevado número de incapacidades representando una carga económica para la sociedad desde el punto de vista laboral y de los costos derivados de su asistencia.

En Nicaragua son pocos los estudios que se han realizado para determinar los factores asociados con los constantes reingresos hospitalarios, especialmente los generados por las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes Mellitus. Por esta razón se realizó el presente estudio descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de conocer los factores que inciden en el reingreso de pacientes con Enfermedades Cardiovasculares y/o Diabetes Mellitus al Servicio de Medicina Interna en unidades hospitalarias de referencia Nacional : Manolo Morales Peralta y Antonio Lenin Fonseca, durante el año 1996.

Los resultados obtenidos indican la presencia de factores desde el punto de vista demográfico, sociales, económicos y culturales, así como factores derivados de las prácticas personales de los pacientes y sus familiares en el cuidado y control de la(s) patología(s) en estudio y los cuidados proporcionados por los Servicios de Salud, se concluye que éstos tuvieron relación con la frecuencia de los reingresos hospitalarios y la presencia de un elevado número de complicaciones clínicas.

Específicamente se determinó un alto porcentaje de autocuidado y que 4 de cada 10 familiares tienen prácticas deficientes en el cuidado de los pacientes que la educación brindada en los Servicios de Salud ha sido poco efectiva.

Las principales recomendaciones que se expresan en este estudio, van dirigidas a establecer estrategias de control y prevención, específicamente en pacientes que recién inician la etapa inicial de su enfermedad, el establecimiento de un programa de educación continua dirigido a pacientes, familiares y trabajadores de la salud con la ejecución de un Sistema de Monitoreo para evaluar contenidos y metodologías de enseñanza, así como facilitar suficientes recursos financieros, medios diagnósticos y de tratamiento en los diferentes niveles del Sistema de Asistencia Sanitaria por parte del Ministerio de Salud.

I. INTRODUCCION

En los países desarrollados, los grandes avances en el terreno de la etiología, inmunología, epidemiología, diagnóstico, profilaxis y terapéutica de las enfermedades transmisibles sirvieron de base para la puesta en marcha de programas sanitarios correctamente planificados y ejecutados, que junto con el incremento del nivel socioeconómico y cultural de la población, han hecho que a lo largo del siglo XX y de manera progresiva, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles hayan pasado a ocupar los primeros lugares en cuanto a importancia sanitaria y social. Dos hechos más han contribuido poderosamente a esta situación : Por una parte, la evolución demográfica con un progresivo envejecimiento de las poblaciones y, por otra, el incremento de la prevalencia de factores de riesgo, que han determinado que el aumento no solamente sea relativo, sino real.¹

Sierra López A. y Torrez Lana A. sostienen que los países en desarrollo se encuentran aún en situación inversa, siéndo las enfermedades transmisibles las que constituyen todavía un grave problema sanitario con el que se enfrentan en la actualidad. Sin embargo, según La Organización Mundial de la Salud, en América Latina la proporción de muertes atribuidas a estas enfermedades han venido aumentando sostenidamente en todas las regiones.

Podemos definir las enfermedades crónicas no transmisibles como "trastornos orgánicos o funcionales" que obligan a una modificación del modo de vida del paciente, y que han persistido o es probable que persistan durante largo tiempo".² Esta definición integran tanto los aspectos médicos como los sociales. Estas enfermedades son de enorme trascendencia social debido a su gran morbilidad y mortalidad que afectan principalmente a la población adulta en general y son consideradas un problema de salud pública en todas las sociedades. Estas tienen una larga evolución y existen muchos factores que influyen

¹ Sierra López A. y Torres Lana A. Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares. Cap. 55 pág. 830.

². Op Cit. pág. 830

sobre ellas, predisponiendo al paciente a complicaciones y rehospitalizaciones periódicas y a un elevado número de incapacidades y la carga económica que representa para la sociedad, tanto desde el punto de vista laboral como de los costos derivados de su asistencia.

El incremento de hábitos de consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y sal, la falta de ejercicios, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y otros cambios de modos de vidas relacionados con la urbanización y la industrialización acelerada, han dado lugar al aumento progresivo de las enfermedades crónicas-degenerativas, particularmente las Cardiovasculares y Diabetes Mellitus. Este conjunto de hábitos o factores de riesgo pueden producir múltiples repercusiones médicas, sociales y económicas sobre los pacientes que padecen las patologías antes mencionada, afecta física, biológica, psíquica y socialmente, hasta lograr que el paciente demande una atención especializada y de urgencia en unidades hospitalarias; por lo que se hace necesario tomar medidas o acciones concretas, que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad, invalidez y muerte prematura de los pacientes.

El aumento en la expectativa de vida ha determinado un mayor crecimiento en la población adulta, que es la que, sufre más específicamente las enfermedades crónicas. El grupo formado por las enfermedades del aparato circulatorio y la hipertensión, entre ellas las cerebrovasculares y las isquemias del corazón, así como la diabetes mellitus, afectan tanto a los sectores más pobres, como a los más prósperos. Esto se explica en parte por la importancia que tiene en su causalidad los factores de riesgo generalizados, como son el consumo del tabaco, la ingestión excesiva de alcohol, la alimentación inadecuada y el sedentarismo entre otros.

En Nicaragua dentro de las diez primeras causas de mortalidad general en el país prevalecen las enfermedades crónicas con enfermedades cerebrovasculares, enfermedades de la circulación pulmonar e infarto agudo al miocardio, lo que al agruparlas representan la primera causa de muerte. En relación con la morbilidad se reportan como principales

causas de egresos hospitalarios de enfermedades crónicas no transmisibles: asma bronquial, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.

En vista de esta problemática consideramos necesario realizar un estudio en el Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Manolo Morales Peralta y Antonio Lenín Fonseca siendo estas unidades clínicos-quirúrgicas de referencia nacional del país. Estas unidades reportaron para 1995 un total de 1,795 egresos hospitalarios por enfermedades crónicas no transmisibles, de este total el 35.04% son atribuidos a las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus. En relación a los reingresos hospitalarios las unidades en estudio no cuentan con datos precisos, por lo tanto se realizó una revisión de expedientes correspondientes a 1995 y se estima que para ese año se dieron aproximadamente entre 250-300 reingresos, por enfermedades crónicas no transmisibles.

El presente estudio da a conocer los factores demográficos, socio-económicos, culturales, de hospitalización, las prácticas que desarrollan los pacientes y sus familiares para el cuidado y control de estas patologías y los cuidados derivados de los servicios de salud que inciden en el reingreso de pacientes con enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus al Servicio de Medicina Interna en unidades hospitalarias referidas. El trabajo se centra en dos patologías cuya principal característica son los daños irreversibles en la salud del individuo y su asociación con mayores reingresos hospitalarios.

II. ANTECEDENTES

En todos los países se han creado programas de atención médica para el tratamiento de enfermedades especiales que constituyen cargas sociales y económicas particularmente graves. En general, las enfermedades que requieren de estos esfuerzos organizacionales especiales son prolongadas, gravemente incapacitadoras y de tratamiento costoso, como es el caso de las enfermedades crónicas.

A nivel mundial, alrededor de 12 millones de defunciones se debieron en 1990 a las Enfermedades Cardiovasculares (aproximadamente el 24% del total estimado de 50 millones de habitantes); en cambio en los países desarrollados de un total de 10.9 millones de defunciones, 5.3 millones se debieron a esta afecciones. En América Latina se estimó que ese mismo año hubo 800,000 defunciones por esta causa (25% del total de muertes) y en el Canadá y en EEUU la proporción se acercó al 50%.³

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de mortalidad y morbilidad en 31 países de las Américas; además representan la primera causa de hospitalización y la segunda de incapacidad a largo plazo en la población no hospitalizada. Hay indicios que esta región ha sido afectada por sucesivas ondas epidémicas de ECV, particularmente de algunas formas de enfermedad cerebrovascular y de la enfermedad isquémica del corazón.

En un estudio realizado en Argentina, se reportó que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares representó en 1985, el 9.9% del total de las muertes del país afectando mayormente al sexo masculino, éste país presenta la tasa más elevada de mortalidad por ECV de los países de las Américas.⁴

³ OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Volumen No. 2. Edición No 549 (Publicación Científica). pág. 224.

⁴ Hauger Klevene, J.H. Balossi, E.C. Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular en Argentina : 1962-1985. Búsqueda Automatizada LILACS/CD-ROM-25a edición. Mayo 1996.

En relación a la Diabetes Mellitus, se calcula que a nivel mundial aproximadamente 60 millones sufren de esta enfermedad, de ellos 40 millones viven en países en desarrollo. La tasa de mortalidad en 1985 fue de 8 y 13 por 100,000 habitantes para los hombres y mujeres respectivamente, las tasas se dieron en los grupos de mayor edad: en el de 45-64 años fueron de 17 y 25 por 100,000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente y en el grupo de 65 y más de 96 y 122.⁵

La Diabetes Mellitus es una de las primeras 10 causas de defunción en la mayor parte de los países americanos.⁶ En países desarrollados, la esperanza de vida de las personas con esta enfermedad es aproximadamente 75% de los no diabético y en los países en desarrollo, puede llegar a no ser mayor de 30 años.⁷

En los Estados Unidos para 1988, la Diabetes Mellitus fue la primera causa de diagnóstico primario en 45,000 egresos hospitalarios lo que representó una tasa de egreso ajustada por edad de 71.3 por 1000 personas con Diabetes Mellitus. También se estima que en este país cada año un 5.6 por mil diabéticos tienen amputación de miembros inferiores, 0.73 por mil desarrollan insuficiencia renal y 1.05 por mil tendrán ceguera.⁸

Los costos de los programas para el tratamiento de la diabetes en los Estados Unidos se han incrementado desde US\$ 1.650 millones en 1973 hasta US\$ 7.400 millones en 1984. En cambio en México, las consecuencias económica de la diabetes implican un gasto anual

⁵ OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Volumen 2 edición 1994(Publicación Científica No. 549) Pág. 250-251.

⁶ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 118, No.1 Enero de 1996. Pág.10

⁷ OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Volumen 2 Edición 1994 (publicación Científica No.549)Pág. 250

⁸ Op Cit. Pág. 254

estimado de US \$429,936.000 (US\$99,936.600 en costos directos: consumo de insulina, jeringas, costo por consulta y hospitalizaciones entre otros y US\$330,000.000 en costos indirectos: número de años productivos perdidos por discapacidad y muerte, y valores de la pérdida de la productividad).⁹

En Nicaragua, de acuerdo a informes estadísticos de la Dirección General de Información del MINSA, sobre mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles reportaron que entre los años 1990-1995 las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la hipertensión arterial se ubicaron como primer causa de defunción acumulando un total de 18,026 casos. El mayor número de casos se registró en 1995 (cardiovasculares 3,022 defunciones y 460 hipertensión arterial) alcanzando tasas de 71.0 por 100,000 habitantes para las cardiovasculares y de 10.8 por 100,000 habitantes para la hipertensión arterial. En segundo lugar lo ocupó las defunciones por tumores malignos, seguido de diabetes mellitus con un total de casos de 2,088 entre 1990-1995. En 1995 se reportó el mayor número de casos por diabetes mellitus (434 defunciones) alcanzando tasa de 10.2 por 100,000 habitantes (Ver informe estadístico No.1 en anexos).

Esta misma fuente de información, reportó según datos estadísticos de admisión y egresos hospitalarios, que a nivel nacional se registró un total acumulado de 15,242 egresos por enfermedades cardiovasculares y 5,695 por diabetes mellitus. Entre Enero - Agosto de 1995, se registró 3,802 egresos por ECV y 1,536 por diabetes.(Ver informe estadístico No.2 en anexos)

Referente a la mortalidad por estas patologías, se encontró que en 16 SILAIS del país, en el Ier. semestre de 1994, las ECV ocuparon el segundo motivo de consulta dentro de las enfermedades crónicas, teniendo una tasa de 689.0 consultas por 100,000 habitantes y de 317.4 por 100,000 habitantes para la diabetes Mellitus.¹⁰

⁹ Op Cit. Pág. 254

Según datos de admisiones y egresos hospitalarios en las unidades en estudio, el Servicio de Medicina Interna del Hospital Lenin Fonseca, reportó en 1995 un total de 455 egresos por ECV y 482 por diabetes mellitus, y en 1996 se dieron 694 egresos por ECV y 278 por diabetes representando el 64.1% y el 25.7% del total de egresos hospitalarios por ECV; respectivamente (ver informe estadístico No.3 en anexos).

En cambio en el Hospital Manolo Morales Peralta se contabilizó en 1995 un total de 415 egresos por ECV, lo que significó 2,827 días de estancia hospitalaria, para un promedio de 6.81 días por paciente, este mismo año se registró 214 admisiones y egresos por diabetes mellitus para un total de 2,767 días estancia hospitalaria, registrando cada paciente un promedio de 12.9 días. Para 1996, se reportaron 368 egresos por ECV para un total de 2,744 días de estancia, lo que significó un promedio de 7.45 días paciente. Con respecto a la diabetes se obtuvo 224 egresos para un total de 3,032 días de estancia hospitalaria, calculandose un promedio de 13.53 días por paciente (ver informe estadístico No. 3 y 4 en anexos).

Ante la problemática de las enfermedades crónicas en Nicaragua, se empezaron a generar los primeros intentos por la atención a estos pacientes, comenzando en el año de 1982, en el Hospital Manolo Morales la conformación de lo que se llamó “**Clubes de Pacientes Crónicos**”, agrupando a los pacientes por enfermedad: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, asmático, epiléptico y reumático; manejado por un equipo multidisciplinario.

A finales de 1983, se impartieron algunos talleres de capacitación para la formación de recursos humanos que manejarían estos grupos, desde de una perspectiva de atención multidisciplinaria, procediendo en el mes de marzo de 1984 a la derivación de los pacientes a su área de salud correspondiente. La experiencia en la conformación de estos clubes de pacientes fue retomada por algunas unidades de salud de atención primaria en Managua, sin embargo en ese momento los intentos que se habían hecho fracasaron debido a la falta de un programa oficial, que organizara, controlara y evaluara la ejecución de los mismos.

En el año 1986, con la reestructuración de la Dirección General de Atención Médica, se creó dentro de la Dirección de Programa, el departamento de Atención al Adulto, donde se ubica este tipo de enfermedades, para lo cual se definieron oficialmente las líneas de acción para su atención sistemática e integral, a través de un programa nacional de dispenzarización.

En 1988 el Ministerio de Salud aprueba y da a conocer el **Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles**, orientando su ejecución. En 1994 el Ministerio de Salud con la colaboración del grupo de médicos especialistas que apoyaron el programa, procedieron a revisar y actualizar las normas vigentes hasta la fecha.

Entre los estudio accesibles está el realizado en el Hospital de Rivas en 1992 sobre causas y frecuencia de reingresos de pacientes con ECNT, el que revela que de 161 pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por ECNT el 62.28% eran del sexo femenino, el grupo etáreo más afectado fue el de mayor de 45 años. La mayoría de los pacientes reingresados al servicio de Medicina Interna eran de procedencia urbana, con un nivel de escolaridad entre analfabeta y primaria. En este estudio se encontró que de cada 4 pacientes ingresados 1 era reingreso (22.3%), las principales causas de reingresos fueron por complicaciones. Se observó que el nivel de conocimientos transmitido por el personal de salud al paciente fue bueno; la mayoría de los pacientes incumplían con su dieta y tratamiento debido a problemas económicos.

Existe otro estudio sobre factores que influyen en la hospitalización de pacientes diabéticos realizado en 1992 en el Hospital Manolo Morales Peralta, en el cual se encontró que de 116 pacientes ingresados el 58.6% eran del sexo femenino, la procedencia de la mayoría de los pacientes era urbana (97.2%), con baja escolaridad, eran analfabetas (17.3%) y educación primaria (42.3%). Los ingresos por primera vez representando el 67.1% y las rehospitalizaciones fueron de un 47%. Las enfermedades más frecuentes de ingresos fueron la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Circulatoria.

El 65.3% de los pacientes realizaban control de su enfermedad de manera irregular, el 97.1% no estaban integrados al programa de ECNT; solamente un 12.5% de los pacientes estudiados realizaban autocontrol de su enfermedad y recibían educación al igual que sus familiares.

III. JUSTIFICACION

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles representan un enorme problema en los países en desarrollo, en Nicaragua actualmente se esta produciendo gradualmente un importante cambio en la estructura demográfica de la población, con un incremento en la esperanza de vida al nacer y por lo tanto el aumento de la magnitud de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles dentro del cuadro de salud nacional.

Existen pruebas, ampliamente objetivadas a través de serios estudios epidemiológicos, de que hay una asociación causal entre una serie de factores de riesgo que predisponen a las personas con enfermedades crónicas a sufrir el número más elevado de fenómenos que se traducen en la presentación de Crisis o períodos de descompensación que son causa de incapacidad temporal más o menos prolongadas, invalidez o complicaciones clínicas responsables de repetidas atenciones de urgencia con internamiento en unidades hospitalarias. Esta situación genera ausencias a la producción, así como también a elevar los costos en la atención sanitaria.

Por lo tanto, el motivo de la presente investigación es el de indagar que factores desde nuestro ámbito de estudio están incidiendo y determinando los constantes reingresos hospitalarios de pacientes diagnosticados específicamente con enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus, al Servicio de Medicina Interna en las unidades hospitalarias en estudio; pretendiendo de esta manera contribuir a una mejor comprensión de las causas que originan los altos índices de reingresos hospitalarios por estas patologías y en base a ello, aplicar estrategias de prevención y control en los servicios o programas ya existentes destinados al bienestar de los pacientes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los principios básicos de la Salud Pública es que, si todo lo demás es constante, prevenir es mejor que curar. En este sentido para prevenir los reingresos hospitalarios de pacientes con las patologías en estudio, es necesario, conocer los factores desde el punto de vista : demográfico, Socio-económico, culturales, de hospitalización y los derivados de los Servicios de Salud, así como todos aquellos factores relacionados con las prácticas propias que desarrollan los pacientes en el cuidado y control de su padecimiento, y las prácticas que desde la familia son brindados a éste. Estas son variables muy importantes que ameritan ser conocidas y analizadas con el objeto de adoptar estrategias desde el ámbito de los servicios de salud, la comunidad y la familia, para evitar complicaciones clínica, discapacidades y muertes prematuras en personas que padecen estas patologías. Además estas estrategias estarían encaminadas a disminuir los costos directos e indirectos que acarrearán.

En Nicaragua son pocos los estudios que se han realizado para determinar factores asociados con los reingresos hospitalarios, específicamente, en lo que se refiere a enfermedades crónicas, siendo uno de los principales obstáculos el inadecuado sistema de información para la obtención de datos precisos sobre los que se sustente un estudio de esta naturaleza.

El presente estudio se orientó a dar respuesta a las siguientes preguntas:

Cuáles son las principales características sociales, económicas, demográficas y de hospitalización que describen a los pacientes que demandan atención en el Servicio de Medicina Interna ?

Cuáles son las prácticas personales que desarrollan dichos pacientes encaminadas al control y cuidado de la patología que padecen, y qué asociación tienen éstas con los reingresos hospitalarios que han registrado ?

Qué cuidados de salud se le proporciona a estos pacientes por parte del Sistema Nacional de Salud ?

Cuáles son las prácticas que desarrollan los familiares en apoyo al paciente para el cuidado y control de su patología, y qué asociación tienen éstas con los reingresos hospitalarios del paciente ?

V. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer los factores que determinan el reingreso del paciente con Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus al servicio de Medicina Interna en unidades hospitalarias de referencia Nacional: Hospital Manolo Morales Peralta y Antonio Lenin Fonseca. Managua. Enero - Diciembre 1996.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Conocer las principales características demográficas, sociales, económicas, culturales relacionados con la hospitalizaciones de pacientes con Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus.
- Identificar la relación entre prácticas personales que desarrollan los pacientes para el cuidado y control de su patología y los reingresos hospitalarios.
- Identificar el tipo de cuidado en salud que reciben los paciente por parte del sistema de salud.
- Conocer la influencia de las prácticas que desarrollan los familiares en apoyo al cuidado y control de la patología del paciente en el reingreso de éstos.

VI. MARCO TEORICO

El cumplimiento de las responsabilidades de los gobiernos frente a la salud y la enfermedad de la población se originan en el reconocimiento de que el grado máximo de salud es un derecho de todo ser humano. En una u otra forma, este derecho está reconocido en la mayor parte de las constituciones políticas de los países y está claramente enunciada en la constitución mundial de la salud, que ha sido aprobada por los parlamentos de los países. El derecho a la salud se considera, desde hace mucho tiempo un derecho humano básico, si bien resulta evidente que no es posible garantizar a nadie ni la salud perfecta, ni la observación del derecho a la salud como tal ¹⁰. Por consiguiente, resulta más correcto hablar del derecho a la atención a la salud.

Por lo general se considera que la atención de la salud comprende una variada gama de servicios: protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación que deberán ser ofrecidos a través de un sistema de salud. Este sistema se puede definir como un conjunto de mecanismo a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad aun costo compatible con los fondos disponibles.¹¹

¹⁰ Roemer, Rut. El derecho a la Atención de la Salud. Pág. 16 en Módulo de Sistemas de Salud-Maestría Regular 1995-1996. Managua. UNAN-CIES.

¹¹ Guía para la Coordinación de la Atención Médica. Recopilación de recomendaciones de los cuerpos directivos y grupos expertos de la OPS. pág. 31 En Módulo Sistemas de Salud-Maestría Regular 1995-1996. Managua. UNAN-CIES.

6.1. Los Sistemas Sanitarios

Los sistemas de salud varían ampliamente, desde los regímenes de empresa privada, en que las prestaciones médicas, hospitalarias y farmacéuticas están regidas por la ley de la oferta y la demanda, hasta los regímenes socializados, en que el estado asume la responsabilidad total por la protección, fomento y recuperación de la salud de sus componentes. Lo corriente es que en los países estos diferentes sistemas se superpongan y se combinen en forma arbitraria, provocando derroche de recursos, duplicación de servicios y elevación artificial de los costos, con evidente perjuicios de la calidad y eficacia de las prestaciones.

Algunos autores, han establecido ciertos criterios para el diseño de un sistema de salud, y enfatizan que éste debe satisfacer una función social que se manifiesta por necesidades, aspiraciones y demandas de servicios de salud. Una de las aspiraciones más sentida de la comunidad es habitualmente disponer de prestaciones de salud para todos sus miembros sin excepción, sin embargo éste ideal de la cobertura universal se ve con frecuencia limitado por la insuficiencia de recursos humanos, materiales y financieros para ofrecer a toda la población prestaciones de salud de alta calidad científica. Por otra parte está demostrado que la elevación de la calidad de la prestación va inevitablemente acompañada de un alza de sus costos, derivadas no solo de la utilización de personal altamente especializado, sino , además del empleo de equipos electrónicos y otros, cuyo valor de compra y mantenimiento también contribuyen a elevar los costos. Se produce así una oposición entre cantidad, calidad y costos de las prestaciones, y esto probablemente constituye uno de los problemas más difíciles de resolver para los administradores de salud. Sí se aumenta la cantidad de las prestaciones disminuye su calidad y si se eleva su calidad aumenta los costos en tal proporción que se hacen inalcanzables para los habitualmente recursos financieros.¹²

¹² Sistema Nacional de Salud. Pág.13 En Módulo de Sistemas de Salud-Maestría Regular 1995-1996. Managua, CIES-UNAN.

Entre los países en desarrollo existe una gran diversidad de características y desempeño del sector de la salud, pero en la mayoría de los casos dicho sector enfrenta tres problemas principales:

- a. Asignación: gasto insuficiente en actividades relacionada con la salud y eficacias en función de los costos, como resultados de ello, se atenúa la ampliación de importante actividades relacionadas con la salud.
- b. Ineficiencia interna de los programas públicos, la insuficiencia de fondo para el financiamiento de gastos ordinarios no salariales (medicina, combustible y mantenimiento) es crónica, y esta situación, a menudo, reduce sensiblemente la eficiencia del personal de salud. A menudo, la calidad de los servicios de salud que presta el gobierno es baja; los usuario se enfrentan con personal despreocupado o acosado, escasez de medicamento, edificios y equipos deteriorados
- c. Desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud. Mientras continua el auge de las inversiones en costosas tecnología modernas que sirven a unos pocos, resulta insuficiente la dotación de fondos para las intervenciones simple y de bajo costo para el grueso de la población.

El proceso de atención de la salud, entendido como la activación individual o social de los mecanismos estimuladores, defensivos o reparativos de la integridad biosicosocial de las personas es también, un proceso complejo que comienza en el propio individuo.¹³ En todos los países se han creado programas de atención médica para el tratamiento de enfermedades especiales que constituyen cargas sociales y económicas particularmente

¹³ Paganini, José María. Et.al. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos y Experiencias. Washington. D.C. OPS/OMS. 1990. Pág.33.

graves, concentrándose con frecuencia los servicios de salud organizado en el tratamiento y la prevención de algunas enfermedades contagiosas o peligrosas de alguna otra manera para la poblaciones o bien que incapacita seriamente o cuyo tratamiento es costoso. Si bien la invalidez que requiere intervención ortopédica y los defectos de tipo sensorial suelen ser causa de incapacidad prolongada, hay otros males crónicos para los cuales se han organizado programas de salud dirigidos al adulto por ser los que mas padecen de estas enfermedades. Nos referimos a las enfermedades llamadas crónico-degenerativas, que por lo general, pero no siempre van acompañada de deterioro de los procesos metabólicos y tiene máxima prevalencia en los últimos años de la vida. Las más comunes de estas enfermedades son las cardíacas, el cáncer, el reumatismo y la diabetes. Todas estas y las demás enfermedades crónico-degenerativa se caracterizan por su larga duración, la necesidad de que el paciente acomode su vida a la enfermedad y no espere una curación completa, y la necesidad de servicios médicos y continuados.¹⁴

Sin embargo, la preocupación por la salud del adulto se ha reflejado más profundamente en los países industrializados. En estos el desarrollo económico, la disponibilidad de tecnología avanzada, el mejoramiento de los servicios sociales y de salud, el desarrollo de los programas de investigación médica, la amplia difusión de conocimientos de salud y las prácticas sanitarias, han producido resultados importantes que se reflejan en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad; y en el aumento de la esperanza de vida de la población.

Lo contrario sucede en los países no industrializados, y ante la carencia de tales condiciones se ven precisados a priorizar sus escasos recursos para enfrentar los riesgos para la salud, derivados de la falta de equidad y aumento en el número de pobres; concomitante con aquellos derivados de los cambios demográficos y epidemiológicos.

¹⁴ Roemer, Milton I. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. Conceptos, Métodos y Experiencia . Washington, DC. OPS/OMS. 1990. pág.33

La OPS consciente de la urgencia requerida ha propuesto tres estrategias programáticas para la salud del adulto que teóricamente facilitarían los cambios de orientación de los servicios y el énfasis en el trabajo concertado para la promoción de la salud con un enfoque amplio, pero factible, operacionalmente. Estas estrategias programáticas son:¹⁵

1. La promoción de la salud con énfasis en los cambios de estilos de vida.
2. La organización y transformación de los servicios de salud para la atención de los problemas del adulto y anciano, con énfasis en los SILOS.
3. La racionalización en la producción y uso de tecnologías de alta complejidad y alto costo.

Pese a la gran diversidad de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que afectan al adulto aparentemente aquellos que son más prevalentes están causalmente relacionados con ciertos eventos o atributos comunes que los preceden en el tiempo y que son los así llamados **factores de riesgo**. Diversas experiencias de intervención han demostrado influir favorablemente en el curso de varias ECNT, modificando los factores de riesgo comunes que los preceden. Esto constituye el llamado **Enfoque Integrado** de las ECNT, el que a través de un manejo operacional unificado y utilizando los servicios de salud existente permite el uso mas racional de los escasos recursos que tradicionalmente se encuentran diseminados entre una multiplicidad de diversos programas independientes, muchos de ellos verticales.¹⁶

¹⁵ Paganini, José María. Et al. Op Cit Pág 499

¹⁶ Ibid. Pág 500

Para interrumpir la secuencia de eventos que desembocan primero en la aparición de factores de riesgo y que luego lleva a la enfermedad y a la muerte por ECNT, es necesario emprender diversas acciones y proponer intervenciones de variadas naturaleza, y que han de considerarse como componentes básico del enfoque integrado:

- Prevención primaria y promoción de la salud pública. Componente imprescindible puesto que la aparición de factores de riesgo está principalmente vinculada con la adopción de ciertos estilos o modalidades de vida. Estas acciones pretenderán la adopción de hábitos y conductas saludables.
- Prevención secundaria. Pretende la identificación previa, el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de aquellos individuos que ya están afectados por factores de riesgo, o por las enfermedades mismas.
- Mejoramiento de los servicios de salud . En términos de facilitar el acceso, mejorar la dotación y la eficacia en su utilización.
- Participación intersectorial. Tanto las acciones de promoción de salud como las de prevención secundaria, van más allá del sector salud y requieren de la activa participación de otros sectores.
- Participación comunitaria. Puesto que la comunidad debe ser el sujeto y también el objeto de los cambios de estilos de vida , se requiere contar con mecanismos amplios de decisión y participación comunitaria.

6.2. Proceso de Reforma del Sector Salud

Con la reforma del sector salud en nuestro país, el Ministerio de Salud desde 1993, inició un período de análisis de sus políticas, planes y programas en salud, así como su

impacto en la situación de salud en la población. Como todo proceso social la reforma del sector salud adquiere en la práctica un desarrollo desigual de las diferentes estrategias que las componen ya que éstas avanzan y desarrollan en la medida que se les vaya construyendo escenarios viables de acuerdo a las facilidades y restricciones que brindan las condiciones económicas, sociales y políticas del país.

Uno de los elementos que contempla la reforma del sector, es su énfasis en la atención integral en salud, la que conceptualiza como el conjunto de cuidados que requiere el ser humano en su calidad de unidad biopsicosocial. Es un proceso continuo con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad dirigidas a los individuos, la familia, comunidad y al medio ambiente. Sin embargo este enfoque de atención integral en salud prioriza al binomio madre-niño.

En términos generales, en América Latina y particularmente en nuestro país, las políticas y los programas para los adultos mayores han sido escasos y se les ha asignado baja prioridad, la complejidad de los problemas de salud de los adultos exigen que se amplíen las actividades de investigación y se elaboren nuevas estrategias, se apliquen medidas especiales para prevenir las ECNT y sus consecuencias; y se orienten las políticas de salud dirigidas a la promoción de la salud a través del mejoramiento de la calidad de vida y del desarrollo humano.¹⁷

¹⁷ Ministerio de Salud-OPS/OMS. Programa de Atención a Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Nicaragua, pág.1

La salud en Nicaragua enfrenta demandas de atención cada vez más intensa que tienen su origen en el aumento de las enfermedades crónicas , por lo que el Ministerio de Salud en 1988 aprueba y da a conocer el Programa de Atención a pacientes con ECNT, orientando su ejecución. Las Normas del Programa orientan la atención del paciente en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud:

- Primer Nivel de Atención, lo constituyen los Centros de Salud, Puesto de Salud y Casas Bases. En este nivel se establecen acciones institucionales, de la comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos de la población con los recursos que conjuntamente dispongan. El Centro de Salud constituye la base del programa siendo el responsable de coordinar con el segundo nivel actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Segundo Nivel de Atención, lo constituyen las unidades hospitalarias. Este nivel es responsable de realizar acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación, rehabilitación de salud, con enfoque integral y orientación preventiva.

De igual forma las normas del programa establecen el sistema de referencia y contrareferencia para la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, mecanismo por el cuál se garantizará la continuidad del tratamiento a través de los distintos niveles de atención.

6.3 Las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes Mellitus.

Uno de los retos sanitarios y sociales más importante del siglo XX en las sociedades industriales lo constituyen la denominada transición epidemiológica. Por tal, entendemos el paso de un patrón de morbi-mortalidad centrado en las Enfermedades Infecto- Contagiosa a otro, en el que el peso fundamental recae sobre las enfermedades crónicas entre las que ocupa un lugar preeminente las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes Mellitus.

Las Enfermedades Crónicas tienen una o más de las siguientes características:¹⁸

- Son permanentes
- Dejan incapacidad residual
- Son causada por alteraciones patológicas irreversibles
- Requieren adiestramiento especial del paciente
- Requieren largo período de supervisión, observación o cuidado.

El incremento de la esperanza de vida está permitiendo que aparezcan en los países desarrollados y en vías de desarrollo enfermedades propias de la edad madura, como son las enfermedades crónicas que representan el deterioro orgánico del adulto por la acción de enfermedades previas, herencia, malos hábitos higiénicos, efectos continuados del medio ambiente y desgaste del organismo por envejecimiento. Estas enfermedades son el principal obstáculo a la prolongación de la vida entre personas de la edad media. Sin embargo aun cuando la prolongación de la esperanza de vida aumenta la probabilidad de adquirir enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus, este factor no determina por sí mismo un mayor riesgo de enfermedad o muerte por estas causas.¹⁹

Estas afecciones son una de las causas más importantes de discapacidad, pérdida de productividad, años de vida potencialmente perdidos, y deterioro de la calidad de vida. La atención de las ECV requiere la utilización de una cantidad apreciable de servicios curativos y la administración de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que consumen una proporción apreciable de recursos en salud.²⁰ El término de ECV comprende un conjunto diverso de afecciones del aparato circulatorio, entre los que se destacan la

¹⁸ Santana Rodríguez, Francisco Antonio. Causas y Frecuencia de Reingreso de Pacientes con Enfermedades Crónicas. Servicio de Medicina Interna, Hospital García Laviana. Rivas 1992 Pág. 5.

¹⁹ OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Vol. II Edición 1994 (publicación científica No. 549) pág. 231.

²⁰ Ibid. Pág. 224

Enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad hipertensiva, las enfermedades reumáticas crónicas del corazón, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón.²¹

Los principales componentes de la mortalidad por afecciones propias del corazón son en la mayoría de los países las enfermedades Cardiovasculares y las isquémicas del corazón. Aunque la hipertensión no está registrada como frecuente causa directa de defunción, constituye un factor de riesgo que contribuye a la mortalidad asociada con la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular.²²

Hay indicios de que la región de las Américas ha sido afectada por sucesivas ondas epidémicas de enfermedades cardiovasculares, particularmente de algunas formas de enfermedad cerebrovascular y de la enfermedad isquémica del corazón.²³

En relación a la Diabetes Mellitus, ésta es considerada como una enfermedad crónica que cada día adquiere mayor importancia como causa de morbilidad y mortalidad en las Américas, y se convierte en un problema de salud más relevante debida a las serias complicaciones a que puede dar origen, es también una costosa enfermedad no sólo financieramente si no también en términos de calidad de vida de aquellos que la padecen.

La esperanza de vida de las personas con esta enfermedad son aproximadamente 75% de la de los no diabéticos y en los países en desarrollo puede llegar a no ser mayor de 30 años. También se estima que en los EEUU, cada año un 5.6 por mil diabéticos tienen amputación de miembros inferiores, 0.73 por mil desarrollan insuficiencia renal y 1.05 por

²¹ OPS/OMS. Op Cit. Pág. 223

²² OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Vol. II edición 1994 (publicación científica No. 549) pág. 228.

²³ Ibid. Pág. 250.

mil tendrán ceguera.²⁴ La aterosclerosis es la complicación más común de la diabetes mellitus entre las personas de origen europeo. A ella se deben 75% de las defunciones cifra que es de dos a tres veces mayor a la correspondiente a las personas no diabéticas.²⁵ Aproximadamente el 50% del total de diabéticos existentes están sin diagnosticar y por lo tanto siu tratar, las complicaciones son frecuentes y graves y son causa de gran número de ingresos hospitalarios.²⁶

La Diabetes Mellitus es una enfermedad muy costosa por distintos motivos y a distintos niveles, así tenemos que a nivel familiar: puede existir encarecimiento de la economía familiar debido a dieta, medicación, jeringas, autocontroles, etc. A nivel sanitario: por sus complicaciones vasculares, nefropatías, neuropatías, etc. que ocasionan la elevación del gasto sanitario al multiplicarse las consultas a especialista, los ingresos hospitalarios y otros. A nivel social la Diabetes es causa de pérdidas de horas de trabajo, la jubilación anticipada, etc.²⁷

6.4 Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.

Para poder prevenir una enfermedad, es necesario conocer los factores de riesgo involucrados en su desarrollo. El conocimiento de los factores de riesgo de las ECV y la Diabetes Mellitus ha progresado notablemente, y permite hoy en día hacer su descripción y valoración.

²⁴ Ibid. Pág. 253-254.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Diabetes Mellitus. Ginebra 1994. pág. 55.

²⁶ Donald B. Bishop. Et al. Diabetes-Chronic Disease Epidemiology and control. En Módulo de Problemas de Salud-Maestría Regular 1995-1996. Managua, UNAN-CIES.

²⁷ Guía para la Elaboración del Programa del Adulto en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Colección APS. No. 3 Madrid 1987.

Entre aquellos factores hay que destacar para las ECV, los más importantes :

Habito de fumar : La relación entre el hábito de fumar cigarrillos y la enfermedad isquémica cardíaca es bien conocida a través de los numerosos estudios epidemiológicos realizados, que han demostrado que dicho hábito incrementa el riesgo de aparición de los procesos que se incluyen en la enfermedad isquémica cardíaca, con excepción del angor pectoris.²⁸

Hipertension Arterial : Se ha considerado que la hipertensión arterial es un factor de riesgo de importancia capital en las enfermedades cardiovasculares, especialmente en la enfermedad cerebrovascular, si bien lo es también en la enfermedad isquémica cardíaca.²⁹

Ausencias de Ejercicio Fisico: es un factor de riesgo relacionado a la enfermedad isquémica cardíaca. El ejercicio físico actúa aumentando el HDL-colesterol, disminuyendo la obesidad reduciendo el riesgo de desarrollo de la enfermedad hipertensiva y mejorando su control.³⁰

Obesidad : Un gran número de estudios transversales han puesto de manifiesto que existe una estrecha correlación entre la presión arterial y los pesos corporales relativos. Por otro lado estudios prospectivos han demostrado que los individuos que aumentan su peso sufren más frecuentemente afecciones coronarias.³¹

²⁸ Sierra López A. y Torres Lana A. Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares. Cap. 55 pág. 834.

²⁹ Ibid. pág. 836.

³⁰ Ibid. pág. 837

³¹ Ibid. pág. 839

Diabetes Mellitus : Es, sabido que la diabetes mellitus clínicamente manifiesta, se aumenta con un exceso de riesgo de enfermedad isquémica cardíaca, por su interrelación metabólica con la obesidad, lípidos sanguíneos y presión arterial, y posiblemente por sus efectos sobre la función del miocardio.³²

Alimentación Inadecuada: La mayor parte de los factores responsables de las enfermedades cardiovasculares, no son congénitas, sino adquiridas, dependen de nuestros hábitos de vida, especialmente de los alimenticios.³³

Factores Psicológicos y Sociales : En lo que respecta al estrés entendido como un estado psíquico caracterizado por una tensión nerviosa, violenta y largamente mantenida y que se acompaña de un grado de ansiedad importante resultante de modalidades del comportamiento determinado por variables psicológicas y sociales, se ha establecido una asociación con las enfermedades propias del corazón.³⁴

Alcohol: el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca es mayor en bebedores excesivos, hallándose los índices más favorables entre los bebedores ligeros y moderados (menos de 35g.de etanol/día). La incidencia de enfermedad isquémica cardíaca aumenta significativamente cuando la ingesta diaria de alcohol supera los 75 g por día.³⁵

También existe una relación con la aparición de hipertensión cuando se consume alcohol en grandes cantidades.³⁶

³² Ibid. pág. 837

³³ Schneider E. La Salud por la Nutrición. 5ta. edición. Editorial Safeliz. Madrid pág. 150.

³⁴ Ibid. pág. 837.

³⁵ Ibid. pág. 838.

³⁶ Ibid. pág. 839.

Edad y Sexo: deben considerarse como marcadores de riesgo, existiendo una asociación significativa con las enfermedades cardiovasculares. Así por ejemplo : que la hipertensión arterial es más frecuente entre adultos y ancianos, con respecto al sexo, se comprueba que, antes de los 35-40 años la hipertensión arterial es más frecuente en el sexo masculino, mientras que, a partir de los 65 años, se hace más común en el sexo femenino.³⁷

Junto a estos factores de riesgo, se han estudiado otros como :

- *- Antecedentes familiares
- *- Anticonceptivos Orales (para la enfermedad izquémica).
- *- Otras influencias (consumo de café, y otros factores como el ruido, la altitud y la temperatura.

Para la Diabetes Mellitus, se han determinado factores de riesgo, alguno de ellos válidos para las ECV, se puede enunciar los siguientes:

Obesidad y Sobrealimentación: La ingestión de cantidades de alimentos que superen las necesidades del individuo para un desgaste determinado conllevan un claro incremento en las posibilidades de desarrollar una diabetes, de modo que la obesidad es el factor desencadenante más común de la diabetes.³⁸

Factores Nutricionales: Existen pruebas surgidas de estudios de laboratorio y epidemiología en diversas poblaciones de que el consumo abundante de grasas saturadas y el escaso

³⁷ Sierra López A. y Torres Lana A. Op Cit. pág. 840.

³⁸ Schneider E. Op Cit. pág. 297.

consumo de fibras puede resultar en una disminución de la sensibilidad a la insulina y en una tolerancia anormal a la glucosa.³⁹ La dieta "opulenta" conlleva también otros cambios, tales como la hipertensión, la dislipemia y la obesidad.

Edad y Sexo: Las estadísticas llevadas, a cabo en España, han revelado que las mujeres presentan más frecuentemente la enfermedad que los varones, especialmente entre los 45 y los 60 años. Para las mujeres la posibilidad de una diabetes es el doble respecto de los varones, incidiendo de una manera aún más acentuada con la menopausia.⁴⁰ Conforme avanza la edad, se incrementa la posibilidad de contraer la enfermedad.

Estres intenso y Prolongado: Varios estados de estrés físico o emocional se relacionan con la intolerancia a la glucosa inducida por efectos hormonales en el metabolismo de la glucosa y en la secreción y acción de la insulina.⁴¹

El hábito de fumar: Es un factor estrechamente vinculado con el riesgo de aterosclerosis y diabetes. Aumenta así mismo en gran medida el riesgo de sufrir enfermedades macrovasculares y en las que sufren nefropatía clínica.⁴²

Actividad física: La actividad física regular reduce una serie de factores de riesgo aterógenos. Por ejemplo aumenta los niveles de LDE ayuda a reducir la obesidad y la presión arterial y mejora la sensibilidad a la insulina.⁴³

³⁹ Organización Mundial de la Salud Prevención de la Diabetes Mellitus. Ginebra 1994. pág. 35.

⁴⁰ E. Schneider Op Cit. pág. 296.

⁴¹ Ibid. pág. 36

⁴² Ibid. pág. 56.

⁴³ Ibid. pág. 60.

Otros estudios enfatizan que la Diabetes Mellitus tiene un componente hereditario, pero también obedece a factores asociados con el estilo de vida (dieta, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, consumo de café y el stress), además determinan que las complicaciones crónicas son una expresión obligada que se puede deber a un inadecuado control de la enfermedad y que en la mayoría de los casos se originan por falta de disciplina del enfermo e inadecuada o inexistente educación sanitaria.⁴⁴

La detección temprana y el tratamiento adecuado de la diabetes están dirigidos a tratar de evitar estas complicaciones que son incapacitantes a largo plazo incluyendo las ECV, ceguera, infección renal, úlcera en pie diabético y las amputaciones las cuales son motivos de frecuentes hospitalizaciones.⁴⁵

Se han relacionado las altas tasas de DM con diversos factores sociales como la ocupación, el estado civil, la religión, las condiciones económicas, el grado de educación y la residencia a zonas urbanas o rurales. En realidad estos factores se suelen confundir con los efectos de la obesidad y la inactividad física.⁴⁶

Los objetivos del tratamiento diabético van dirigidos a:⁴⁷

1. Preservar la vida y aliviar los síntomas de la enfermedad.
2. Capacitar al diabético para una vida más cercanamente posible a lo normal.

⁴⁴ Bishop B. Donald Et al. Diabetes Chronic Disease Epidemiology and control. pág. 220 En Módulo de Problemas de Salud. Maestría Regular 1995-1996.

⁴⁵ Ibid. pág. 221-235

⁴⁶ G. Piedrola, Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9a edición 1991. pág 613.

⁴⁷ Ministerio de Salud. Programa de Atención a Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Managua, Nicaragua, pág 26-27.

3. Mantener un buen control metabólico.
4. Evitar las complicaciones agudas de la diabetes.
5. Mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

La DM como enfermedad crónico-degenerativa requiere un tratamiento durante toda la vida para obtener un buen control metabólico, y esto está en dependencia de diversos factores, entre los cuales desempeña un papel fundamental la actitud del paciente ante sus cuidados diarios. Es por ello que la educación en Diabetes ha devenido cada vez más la piedra angular de la atención al diabético, el impacto de esta estrategia educativa ha presentado un logro en salud por contribuir al cumplimiento y disminuir el uso de medicamentos, la frecuencia de complicaciones agudas, los egresos y los gastos por cuidados clínicos.⁴⁸

En 1993 se realizó un estudio para determinar la capacidad de autocuidado del paciente diabético y los factores que estuvieron relacionados con esta capacidad, los resultados obtenidos señalan que sólo el 18.3% de estos pacientes poseen una alta capacidad para el autocuidado, en tanto el 81.7% no cuenta con esta capacidad. También se concluye que los factores que están asociados con la capacidad de autocuidados en estos pacientes son la autoestima, la escolaridad, el nivel ocupacional y la situación socioeconómica.⁴⁹

⁴⁸ S.A.S.T., Búsqueda automatizada, LILACS/CD-ROM 25a edición, Mayo 1996.

⁴⁹ Alarcón Sanhueza, Silvia Capacidad de Autocuidado del paciente Diabético Crónico. Búsqueda automatizada LILACS/CD-ROM 25a Edición. Mayo 1996.

La educación al paciente diabético debe incluir:⁵⁰

- a. Un conocimiento cabal de su problema
- b. El cumplimiento de las instrucciones impartidas por el personal multidisciplinario que lo atiende.
- c. El conocimiento de las complicaciones que puedan surgir en la evolución de su trastorno.
- d. Adecuación de su estilo de vida a su condición de diabético.

En relación a las ECV las tendencias son crecientes, las letalidades hospitalarias por ECV específicas y por complicaciones son elevadas. Al igual que en la Diabetes Mellitus, las ECV presentan ciertos factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad si tenemos que los antecedentes familiares predisponen a la enfermedad, la obesidad y la vida sedentaria, la Diabetes puede aumentar el riesgo de ECV, la edad constituye otro factor ya que se presenta más frecuentemente en la edad mediana y avanzada de la vida. La mortalidad afecta más a los hombres, a pesar de que la enfermedad misma es más frecuente en las mujeres.⁵¹

Existen otros factores que pueden influir en el aumento de las ECV tenemos los factores psicosociales que prevalecen en la región, entre las que se distinguen las asociadas con los movimientos migratorios hacia las zonas urbanas, los cambios psicosociales que acompañan a las migraciones favorecen transformaciones en las condiciones y estilos de vida tal como la adopción de nuevos patrones de alimentación, la adquisición de hábitos sedentarios y el aumento de consumo

⁵⁰ Moreno Salazar, Isania. Educación Diabetológica : Base Fundamental en el buen control de la Diabetes Mellitus. Búsqueda automatizada. LILACS/CD-ROM 25a edición, Mayo 1996.

⁵¹ Pan American Health Organization/World Health Organization. The Policy on Health and Well-Being. Document Reproduction series No. 33 Health Policies Development Programs. Washington DC. February 1993.

de alcohol y tabaco.⁵² En un estudio realizado en Brasil en 1991 se vio como algunos factores como la baja escolaridad, bajo nivel socio-económico y en individuos con ocupación de la que se requería poca calificación la prevalencia de las ECV era más alta, de igual forma estas enfermedades fueron responsable del mayor gasto de hospitalización en el país y ocuparon el tercer lugar en el número de internamiento (1074 millones de días).⁵³

6.5 Efectos socioeconomicos de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Son escasos los datos de los costos económicos de las enfermedades crónicas, especialmente en los países subdesarrollados. Los costos pueden dividirse en : Directos e Indirectos. Los costos directos incluyen cuidados de urgencia, hospitalización, servicios médicos, atención ambulatoria, cirugía, medicamento, pruebas de laboratorio y equipos. Los costos indirectos incluyen la mortalidad prematura, pérdidas de días de trabajo con la consecuente disminución de la producción e ingresos, costos de seguro, costos personales y costos intangibles tales como el dolor y sufrimiento.⁵⁴

Por ejemplo, en los Estados Unidos de América los Costos de la atención de la diabetes están aumentando rápidamente, en 1986, los costos directos alcanzaron 12,000 millones de dolares (1000 millones del cuidado de la diabetes y 5000 millones del tratamiento de las complicaciones. La proporción total del estimado de los costos de atención de salud relacionados con la diabetes es de 3.6% en los Estados Unidos de América y de 4 a 5% en el Reino Unido.⁵⁵

⁵² OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Vol. II edición 1994 (publicación científica No. 549) pág 231.

⁵³ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 120. No.5 Mayo 1996 pág 389.

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Diabetes Mellitus. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra 1994 pág 87.

⁵⁵ Ibid. pág 87.

El costo estimado por cada paciente diabético en 1992 fue de más de 3000 dolares en los Estados Unidos de América de 2000 dolares en Alemania, de 156 dolares en la República Unida de Tanzania y de <100 dolares en Bangladesh en 1989.⁵⁶

En relación a las enfermedades coronarias, se han estimado en los Estados Unidos, costos directos del cuidado de la salud, salarios perdidos y productividad, por más de US\$ 60 billones al año.⁵⁷

El monto gastado depende, naturalmente, de los recursos del país, de la proporción asignada a la atención de salud y de la competencia existentes por los fondos disponibles.

6.6. Organización de la atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Nicaragua.

La carencia de un política clara que oriente la atención de pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles en nuestro país son algunas de las consecuencias de la falta de programas de prevención y control de estas patologías, especialmente cuando se requiere de técnicas de diagnósticos, tratamiento y rehabilitación complejas y costosas que inciden desfavorablemente en la atención del paciente.

El Departamento Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Ministerio de Salud, como organo normativo, asesor y evaluativo, establece como niveles de atención a pacientes con estas patologías a:

⁵⁶ Ibid. pág 87.

⁵⁷ Ministerio de Salud. Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. pág. 6.

Primer Nivel de Atención: (Centros de Salud, Puestos de Salud y Casa Base) lo constituye el conjunto de acciones institucionales, de la comunidad, de la familia, los individuos y los servicios básicos de la población con los recursos que conjuntamente se dispongan.

El Centro de Salud constituye la base de la atención del paciente crónico y corresponde a este nivel de organización de los servicios de atención médica y coordinar con el segundo nivel de atención y la comunidad realizar actividades de promoción, prevención recuperación y rehabilitación, así como atención de emergencia a pacientes descompensados y su referencia, si así lo amerita, al segundo nivel de atención (Hospital).

Segundo Nivel de Atención: Se establece como el conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de salud que se realizan en los hospitales, con enfoque integral y orientación preventiva.

Le corresponde a este nivel:

- El paciente que lo amerite será internado en el servicio que le corresponde. El médico o el equipo médico del servicio evaluará a los pacientes que ingresaron por emergencia o por referencia del médico tratante, para un abordaje adecuado.
- Realizará análisis de morbi-mortalidad que permita tomar medidas preventivas y oportunas.
- Cumplirá con las normas establecidas por el Ministerio de Salud para el abordaje de estos pacientes.
- Egresará al paciente con la contrarreferencia debidamente llenada.

- Evaluará el programa y hará recomendaciones para mejorar la calidad.
- Participará en la capacitación del personal de salud.
- Deberá participar en investigaciones de salud.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia: El sistema de referencia y contrarreferencia es el mecanismo por el cual se garantiza la continuidad del tratamiento a través de los distintos niveles de atención. Su principal objetivo está encaminado a relacionar los distintos niveles de atención al adulto para la prestación ordenada de los servicios que requiera el paciente, de acuerdo a la complejidad de su enfermedad.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo descriptivo, corte transversal.

Area de estudio:

El área de estudio lo constituyó los ambientes del Servicio de Medicina Interna de dos Hospitales de referencia Nacional: Antonio Lenin Fonseca y Manolo Morales Peralta, ubicados en la Ciudad de Managua, así como el ámbito familiar del paciente.

Unidad de análisis:

Constituida por cada uno de los pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares y/o diabetes mellitus que reingresaron al Servicio de Medicina Interna en las unidades hospitalarias en estudio, durante el período Enero- Diciembre de 1996 y cuya procedencia fue del departamento de Managua.

Información requerida para determinación de universo y muestra de estudio:

- * Tendencia de los ingresos hospitalarios por Enfermedades Crónicas no Transmisibles al Servicio de Medicina Interna, durante el año 1995 y el I semestre de 1996, en los hospitales en estudio.
- * Patologías crónicas que tienen mayor cantidad de ingresos y reingresos hospitalarios en dichas unidades.

- * Comportamiento de los reingresos hospitalario según procedencia del paciente.

Para la obtención de esta información se realizó una revisión de fichas de admisión y egresos al Servicio de Medicina Interna de las unidades hospitalarias en estudio, así como historias clínicas de pacientes reingresados. Esta búsqueda inicial permitió definir la tendencia de las patologías crónicas atendidas en período de tiempo determinado y verificar cuales de éstas tenían mayor demanda de ingresos y reingresos hospitalarios. A partir de este proceso se define el universo y muestra de este estudio.

Universo de estudio:

Lo constituyeron un total de 126 pacientes diagnosticados con Enfermedades Cardiovasculares y/o Diabetes Mellitus (54 pacientes con ECV y 49 con DM y 13 con ambas patologías) que reingresaron al servicio de medicina interna en las unidades hospitalarias en estudio en el período comprendido de Enero a Diciembre de 1996.

Muestra:

Constituido por 79 pacientes de éstos; el 46% (36) diagnosticados con diabetes mellitus; el 46% (36) diagnosticado con enfermedades cardiovasculares; el 8.9% (7) diagnosticados con ambas patologías.

Para la selección de la muestra, se determinó como criterios de conveniencia para las investigadoras, que la procedencia del paciente fuera del departamento de Managua, debido a los costos económicos que genera la movilización a lugares distantes y dispersos para la aplicación de instrumentos de recolección de información, además se tiene como referencia que aproximadamente el 70% de los pacientes que son atendidos en las unidades hospitalarias en estudio, proceden de la ciudad de Managua.

Se consideran otros criterios de inclusión y exclusión a la muestra, tales como:

Criterios de inclusión:

- * Pacientes que durante el período en estudio tuvieron como mínimo dos ingresos de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna de las dos unidades hospitalarias en estudio. Estos pacientes son considerados por el sistema hospitalario nacional como **REINGRESOS**.
- * Pacientes diagnosticados con las patologías: Enfermedades Cardiovasculares y/o Diabetes Mellitus y cuyos reingresos sean por la misma causa.
- * Que las complicaciones clínicas presentadas por el paciente sean subyacentes al diagnóstico principal de las patologías establecidas en el estudio.
- * Pacientes mayores de 15 años.

Criterios de exclusión:

- * Paciente cuya procedencia o residencia actual sea fuera de los límites geográficos del Departamento de Managua y sus Municipios.
- * Pacientes menores de 15 años.
- * También se excluye de la muestra de estudio, a todo aquel paciente que al realizárséle su visita domiciliar, se constate su fallecimiento o se encuentre en estado crítico.
- * Paciente que durante el año en estudio haya tenido solo un ingreso hospitalario.

- * Pacientes con Enfermedades Crónicas diferentes a ECV y DM.
- * Causas de ingreso y/o complicaciones clínicas asociadas con otras patologías clínicas diferentes a ECV y DM.

Para valorar la representatividad del tamaño muestral en relación al universo de estudio (126 pacientes), se utilizó la base de cálculo STALCALC del programa EPI-INFO, se retoma como expectativa de frecuencia del evento, de que aproximadamente el 70% de pacientes atendidos en ambas unidades hospitalarias son procedentes de Managua para un margen de error del 10%, se estima que los 79 pacientes que conforman la muestra tienen un nivel de confianza por encima del 91.2%.

Obtención de información:

1. Fuente de Información:

La información fue recolectada directamente por las investigadoras, haciendo uso de dos fuentes principales:

- * Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes, las que constituyeron la fuente secundaria en la investigación.
- * Se solicitó información directa al paciente y su familiar más cercano, conformando la fuente primaria en el estudio.

2 Mecanismo de obtención de la información:

Los mecanismos de obtención de información en el estudio se basaron específicamente en la revisión de historias clínicas del paciente y visitas domiciliarias

para concluir con el llenado del instrumento de recolección de información dirigida al paciente y su familiar más cercano, durante el mes de mayo de 1997.

3 Instrumento de recolección de información:

Se utilizó un cuestionario semi-estructurado, dirigido al paciente y su familiar más cercano, completándose con información registrada en las historias clínicas. Este instrumento se validó en los ambientes del servicio de medicina interna en ambas unidades hospitalarias, a partir de un pilotaje, realizado a 10 pacientes con sus respectivos familiares. La validación del instrumento permitió la modificación en relación al orden de las preguntas, respuestas de items y adecuación de vocabulario para Facilitar la comprensión del mismo.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA O VALORES
Características demográficas sociales económicas y culturales de los pacientes en estudio	Distribución de las características sociales económicas y culturales de los pacientes en estudio	Procedencia: Origen de donde procede alguien	Barrio tradicional Zona residencial Asentamiento Zona rural
		Edad: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	15-34 años 35-49 años 50-54 años 65 y más años
		Sexo: Cnstitución orgánica que distingue macho y hembra	Masculino Femenino
		Escolaridad: Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela y/o centro de enseñanza.	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Técnico Universitario
		Ocupación: Oficio o actividad en que una persona emplea su tiempo.	Contador Doméstica Estudiante Mecánico Modista Pintor Vigilante Vendedor Zapatero Obrero Otros

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA O VALORES
		Situación de empleo	Cuenta propia Desempleo Empleado Subempleado Jubilado
		Ingresos económicos: Se refiere a la cantidad de dinero que mensualmente percibe el individuo	0 = Nulo 150- 900 = Bajo 901-1500 = Media 1501- 2000 = Moderado 2001-3000 = Adecuado
		Religión: Creencia y prácticas relativas a la que el individuo considera divino o sagrado	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otros
Datos de hospitalización del paciente	Información sobre aspectos relacionados con la hospitalización del paciente y evolución de su enfermedad	Diagnóstico clínico: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evolución científica de los signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos.	Diabetes Mellitus Enfermedades Cardiovasculares
		Evolución de la enfermedad: Periodo comprendido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento actual.	1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años 21-25 años 26-30 años < 30 años

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA O VALORES
		Número de ingresos hospitalarios: Número de aceptaciones formales de un paciente por el hospital para su atención médica	Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco veces Seis veces Siete veces
		Intervalo de tiempo entre ingresos hospitalarios: Se considera el tiempo que transcurre entre uno y otro ingreso hospitalario al Servicio de Medicina Interna	< 50 días 51-100 días 101-150 días 151-200 días 201-250 días 251-300 días
		Promedio días de estancia hospitalario: Es el promedio de días de atención hospitalaria que recibió el paciente sagrado	2-10 días 10.01-20.0 días 20.01-58.50 días 58.51-86.60 días
		Complicaciones propias de la patología diagnosticada: Estado agudizado de la patología en estudio y/o incapacidad parcial o total que requiere ingreso hospitalario de urgencia.	Diabetes descompensada Pié diabético Amputación de miembros Infección de vías urinarias Cetoacidosis diabética Úlcera- Neumonía Necrosis Abscesos Insuficiencia renal Nefropatía crónica Insuficiencia cardíaca Cardiopatía Infarto agudo del Miocardio Crisis hipertensiva Fibrilación auricular ACV Miocardiopatía Otras.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA	VALORES NUMERICOS	
				A	I
Prácticas personales del paciente	Aspectos relacionados con el autocuido y el autocontrol que ejerce el paciente sobre su patología en estudio	<u>Conocimiento sobre su patología:</u> Se refiere a la información que maneja el paciente en relación a su enfermedad, específicamente los signos de riesgo en la aparición de crisis	- Adecuado: Si contesta como mínimo. Tres principales síntomas que indican riesgo en la aparición de crisis. - Inadecuado; Si contesta menos de los tres principales signos de riesgo DM: Poliuria: Orinadera Polidipsia: Sed bastante Polifagia: Hambre bastante Visión borrosa Cefalea Mareos EDV: Dolor precordial Cansancio Taquicardia Edema de miembros	0	1
		<u>Medidas en situación de crisis:</u> Principales actividades que realiza el paciente en una situación de emergencia producida por su patología (último episodio)	- Se automedica: - Solicitó ayuda a familiares y/o vecinos - Acudió a solicitar atención médica - Utilizó remedios caseros - Administración inmediata de medicamentos según percepción médica	Si 1 0 0 1 0	No 0 1 0 1
		<u>Hábitos de vida:</u> Acto o respuesta conductual, prácticas o costumbres establecidas en el comportamiento del paciente por la repetición frecuente del mismo acto.	- Sedentarismo: - Alcoholismo - Tabaquismo - Stres - Higiene personal - Dieta - Práctica de ejercicio - Consumo de café	1 1 1 1 0 0 0 1	0 0 0 0 1 1 1 0

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA	VALORES NUMERICOS		
				S	AV y N	NI
		Cumplimiento de indicaciones médicas: Responsabilidad del paciente en relación a las recomendaciones terapéuticas orientadas por el personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Suministro de Tx según prescripción médica -Asistencia en citas médicas - Disminución en el consumo de café - Disminución en el consumo de tabaco - Disminución consumo de bebidas alcohólicas - Dietas - Ejercicio según indicación médica - Reposo - Siempre - Algunas veces - Nunca - No indicado 	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0
				Total 22 puntos		
Cuidados de los servicios de salud	Aspectos relacionados a los cuidados que el sistema de salud proporciona a los pacientes con las patologías en estudio, en sus diferentes niveles de atención	Clubes de pacientes con patologías crónicas, bajo la orientación y supervisión de un equipo multidisciplinario	Si No			

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA O VALORES
		Consultas médicas: procedimientos continuos para evaluar la naturaleza y evolución de la enfermedad del paciente para el establecimiento de diagnóstico pronóstico y tratamiento.	Si No
		Atención seguimiento domiciliar: Control del enfermo crónico de forma programada e integrada en su domicilio	Si No
		Suministro de medicamentos y exámenes clínicos: Acceso a métodos diagnóstico y tx. Sin desembolso monetario por parte del paciente	Siempre Algunas veces Nunca
		Educación en Salud: Conocimientos proporcionados por el personal de salud al paciente y/o familiar en el manejo adecuado de su patología crónica	Si No
		Sistema de referencia y contra referencia: el conjunto de normas y procedimientos técnicos para garantizar la calidad de atención en el traslado de paciente de la red de servicios de salud del MINSA.	Si No
		Servicio de rehabilitación y psico-social: Se considera como un servicio que esta dirigido a evitar la marginación del paciente intentando reducir al mínimo las repercusiones físicas y síquicas que la enfermedad y su Tx tienen sobre la vida laboral y social del paciente	Si No
		Comunicación: Relación de correspondencia entre persona salud, paciente y familiares permitiendole la oportunidad de formular preguntas sobre su problema.	Si No
		Orientación e información: Explicación clara que debe recibir el paciente en cuanto a hallazgos médicos.	Si No

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA O VALORES	VALORES NUMERICOS	
				A	I
Prácticas de los familiares en apoyo al cuidado y control de la patología del paciente	Se refiere a todos aquellos aspectos relacionados con el cuidado y control que los familiares del paciente desarrollan en relación a la patología(s) en estudio.	<p>Conocimiento sobre la patología del paciente:</p> <p>Información básica que maneja el familiar más cercano en relación a la enfermedad del paciente, específicamente sobre signos de riesgo en la aparición de crisis</p>	<p>- Adecuado: Si anuncia como mínimo 3 principales síntomas que indican riesgo en la aparición de crisis.</p> <p>- Inadecuado: Si contesta menos de los tres principales signos de riesgo</p> <p>DM: Poliuria: Orinadera Polidipsia: Sed bastante Polifagia: Hambre bastante Visión borrosa Cefalea Mareos</p> <p>EDV: Dolor precordial Cansancio Taquicardia Edema de miembros</p>	0	1
				SI	NO
		<p>Medidas en situación de emergencia: Acciones que realizan los familiares ante una crisis o trastornos patológicos que presenta el paciente como consecuencia de su enfermedad</p>	<p>- Traslado del paciente de emergencia al hospital - Suministro de remedios caseros - Automédica - Solicita ayuda a otros familiares o vecinos - Administrar Tx inmediato según prescripción médica</p>	0 1 1 0 0	1 0 0 1 1

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

COMPONENTE	DEFINICION	VARIABLE Y DEFINICION	ESCALA O VALORES	VALORES NUMERICOS	
				SI	No
		Cuidados en salud: Se entiende como todos aquellos cuidados permanente que amerita el paciente para el contacto adecuado de su patología y que por consiguiente sean del conocimiento de los familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda al paciente a mantener su dieta - Cuidado higiene de su persona - Le apoya en el suministro de su Tx y Ex.ci - Acude a su compañía durante citas médicas - Le facilita estabilidad emocional y afectiva 	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1
				11 puntos	

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se utilizó los siguientes procedimientos :

- * En relación a las preguntas abiertas de los cuestionarios, se procedió a codificarlas estableciendo valores o categorías que corresponden con los resultados de respuestas de los entrevistados.
- * Se utilizó el programa EPI-INFO versión 6.0 para el cruce de variables pertinentes al objeto de la investigación.
- * Para la construcción de cuadros y gráficos que presentan los hallazgos del estudio, se utilizó el programa computarizado de procesamiento de textos WORD-PERFECT versión 6.0 y el programa HARVARD-GRAPHIC versión 3.1.

Plan de análisis.

Para el análisis de los datos, se ordenó, clasificó y se agrupó la información obtenida considerando los objetivos del estudio.

En el cumplimiento del primer objetivo se utilizó la distribución de frecuencia simple y cruce de subvariables (Diagnóstico Clínico y situación actual de trabajo, grupo de edad y género, escolaridad y ocupación, ingresos económicos y escala salarial, procedencia y número de ingresos hospitalarios, procedencia e ingresos hospitalarios, intervalo de tiempo entre reingresos hospitalarios y patología(s) diagnosticada, promedio días estancias y patología(s), tiempo transcurrido desde el diagnóstico y número de ingresos hospitalarios, complicaciones clínicas y diagnóstico del paciente.

Para el alcance del segundo objetivo se exploraron variables relacionados con las prácticas personales del paciente:

- Conocimiento del paciente sobre principales síntomas de su patología.
- Medidas en situación de riesgo.
- Hábitos de vida.
- Cumplimiento de indicaciones médicas.

Se utilizó los siguientes pasos para el análisis de la información :

- 1- Se asignó 2 valores numéricos para ser aplicados a cada indicador de las variables mencionadas determinándose un valor de "0" para las practicas que se considerarán como ADECUADAS y un valor de "1" para lo INADECUADO. (Ver cuadro de operacionalización de variables).

- 2- Con la sumatoria obtenida se ubicó a cada paciente en una escala de valoración de conocimientos propuesta por las investigadoras que permitiera ordenar los indicadores establecidos:
 - * Prácticas personales optimas: 0 - 9 puntos
 - * Prácticas personales regulares: 10-15 puntos
 - * Prácticas personales deficientes: 16-22 puntos

- 3- Una vez realizado el procedimiento de calificación de prácticas personales del paciente, se realizó los siguientes cruces de variables.
 - Evaluación de los prácticas personales y escolaridad del paciente.
 - Evaluación de prácticas y No. de ingresos hospitalarios.
 - Conocimientos del paciente sobre su patología - educación.
 - Conocimientos del paciente y calificación de sus conocimientos.

Para el cumplimiento del tercer objetivo se utilizó la distribución de frecuencia simple para determinar el porcentaje de pacientes beneficiados con los cuidados provenientes de los servicios de salud.

En el alcance del cuarto objetivo, se utilizó procedimiento similar establecido para el cumplimiento del segundo objetivo. Para este efecto se utilizó la información obtenida del familiar más cercano al paciente, explorándose las variables : (ver cuadro de operacionalización de variables).

- Conocimientos sobre patología del paciente.
- Medidas en situación de emergencia.
- Cuidados que brindan al paciente.

Pasos para el análisis de la información

- 1- Se estableció 2 valores numéricos para ser aplicables en cada indicador de las variables en estudio, determinándose valor de "0" para las prácticas que se considerasen como **ADECUADO**, y valor de "1" para lo **INADECUADO**.
- 2- Con la sumatoria obtenida, se ubicó a cada familiar del paciente en una escala de caracterización de prácticas propuesta por las investigadoras :

Prácticas optimas	:	0 - 3 puntos
Prácticas regular	:	4 - 7 puntos
Prácticas deficientes	:	8 - 11 puntos

Después de caracterizadas las prácticas de los familiares del paciente, se realizó el siguiente cruce de variables:

- Evaluación y/o caracterización de prácticas y parentesco.
- Evaluación y/o caracterización de prácticas y No. de ingresos hospitalarios.

VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con un universo de 126 pacientes que reingresaron con Enfermedades Cardiovasculares 67.9% y/o Diabetes Mellitus 32.1% al Servicio de Medicina Interna en las unidades hospitalarias: Manolo Morales Peralta y Antonio Lenin Fonseca de la ciudad de Managua, en el período comprendido de Enero a Diciembre de 1996. Se seleccionó una muestra de 79 pacientes considerando criterios de inclusión y exclusión establecidos en este estudio.

Del total de pacientes que conforman la muestra el 45.6% fueron diagnosticados con enfermedades cardiovasculares, de éstos el 69.4% por hipertensión arterial, el 16.7% por enfermedad cerebrovascular y el 13.9% por enfermedad isquémica del corazón. En igual porcentaje se diagnóstico al 45.6% de los involucrados con diabetes mellitus, de éstos según especificaciones de su patología el 86.1% presentaban diabetes mellitus no insulino dependiente y el 13.9% con diabetes mellitus insulino dependientes. El 8.9% (7) del total de la muestra fueron diagnosticados con ambas patologías (ver cuadro No.1)

En relación a la situación actual de trabajo de los pacientes el 59.5% al momento de realizarse la entrevista se encontraban desempleados, predominando en éstos las enfermedades cardiovasculares (53.2 %), sólo un 3.8% refirió tener empleo (Ver cuadro No.2, gráfico No.1).

El grupo étareo más afectado por esta patologías es de 50-64 años (53.2%), seguido por el de 65-82 años (31.6%), de 35-49 año con un 10.1% y en el grupo de 15-34 años se registra un 5.1%, predominando en la mayoría de los grupos de edades el sexo femenino en un 62.0% (Ver cuadro No.3, gráfico No.2).

El 64.5% de los pacientes entrevistados refirieron ser casados(as) o acompañados (as) y el 35.5% solteros (as). En el 77.2% predominó la religión católica.

El nivel de escolaridad predominante en los pacientes en estudio corresponde a la primaria incompleta (44.3%), seguido de un 27.8% de analfabetismo, predominando la ocupación ama de casa (44.3%), los demás pacientes (55.7%) se encuentran dispersos en ocupaciones sobresaliendo: agricultor, chofer, doméstica, vendedor ambulante, entre otros. (Ver cuadro No., gráfico No.3).

El ingreso económico del 65.8% del total de pacientes oscila entre C\$150.00 y C\$ 900.00 córdobas, ubicándose para efecto de este estudio en una escala salarial "baja", el 16.5% registran un ingreso entre C\$901.00 a C\$1,500.00 córdobas considerándose un salario "medio". Es importante señalar que el 13.9% de los pacientes no perciben ingresos económicos, por lo tanto se consideran en la escala como ingresos "nulos" (Ver cuadro # 5, gráfico #4). En la mayoría de los hogares de los pacientes, los ingresos económicos provienen de ayudas familiares o pensiones proporcionadas por el Instituto de Seguridad Social (INSS).

El 73.4% de los pacientes proceden de barrios tradicionales de la capital, el 16.5% de zonas residenciales, el 7.6% de asentamientos o anexos y el 2.5% provienen de zonas rurales de la ciudad de Managua. Durante el período en estudio, los pacientes provenientes de barrios tradicionales aportaron la mayor cantidad de pacientes hospitalizados, registrando un total de 114 (57.%) aceptaciones formales o ingresos al Servicio de Medicina Interna (Ver cuadro No. 5 y 7, gráfico No.5 y 6).

Datos de hospitalización. De los pacientes involucrados, éstos registraron un total de 200 aceptaciones formales al Servicio de Medicina Interna en ambas unidades hospitalarias en estudio, lo que significó 121 reingresos hospitalarios de estos pacientes, predominando un intervalo entre reingresos hospitalarios menor o igual a 50 días (47.1%), seguido del intervalo entre 51 a 100 días (37.2 %), sobresaliendo los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus. Es importante señalar que los pacientes diagnosticados con ambas patologías (5.8%) sus reingresos estuvieron dados por un

intervalo mayor o igual a 50 días en la mayoría de los casos. El promedio general entre reingresos hospitalarios de los 79 pacientes en estudio fue de 67.34 días (Ver cuadro No. 8, gráfico No.7).

El total de aceptaciones formales al SMI(200) significó 2204 días de estancia hospitalaria. De los 79 pacientes el 48.1% presentó promedio de 2 a 10 días de estancia hospitalaria, predominando la hospitalización por enfermedades cardiovasculares, el 40.5% tuvo un promedio de 10.01 a 20 días de estancia hospitalaria; predominando las hospitalizaciones de pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovascular más diabetes mellitus. El 2.5 % de los pacientes registró un promedio de 58.51 a 86.60 días de estancia hospitalaria. En general se registró un promedio de 28 días de estancia hospitalaria por paciente (Ver cuadro No.9, gráfico No.8).

Se encontró que los pacientes que registraron Dos (62 %), Tres (29.1%), Cuatro (6.3%) y siete (1.3%) aceptaciones formales al Servicio de Medicina Interna en su mayoría tenían de 1 a 5 años de habersele diagnosticado su enfermedad. Los pacientes que tenían más de 21 años de diagnosticado su enfermedad, no registraron más de 2 ingresos hospitalarios, lo que sugiere que a medida que aumente el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, disminuyen paulatinamente los ingresos al SMI (Ver cuadro No.10, gráfico No.9).

Las complicaciones clínicas presentadas por los pacientes durante el período en estudio fueron determinados por el personal médico del Servicio de Medicina Interna, éstos acumularon un total de 178 complicaciones subyacentes a su patología diagnosticada. El 43.8% de las complicaciones clínicas fueron presentadas por pacientes diabéticos, sobresaliendo de éstas el 37.2%(29) por pie diabético, 20.5% (16) por insuficiencia renal crónica, 10.3% por infecciones urinarias, igual porcentaje por cetoacidosis diabética y el 6.4% (5) por pielonefritis (ver cuadro No.11).

Los pacientes diagnosticados con Enfermedades Cardiovasculares aportaron el 37.6% del total de complicaciones clínicas, de éstos el 29.8%(20) por Insuficiencia Cardíaca descompensada; 18.0% (12) por Cardiopatías (arteriosclerótica, isquémica e hipertensiva); en igual porcentaje por accidente cerebrovascular, el 16.4% por Miocardiopatía dilatada y se registran en menor porcentaje complicaciones tales como Infarto Agudo al Miocardio y crisis hipertensiva (ver cuadro No.11).

En pacientes diagnosticados con ambas patologías, se registró el 18.5% de las complicaciones registradas, de ésta el 24.2% (8) debido a crisis hipertensivas, el 18.2% (6) por insuficiencia renal crónica, igual comportamiento registraron las cardiopatías, el 12.1% por infarto agudo al miocardio, igual porcentaje por fibrilación auricular y en menor proporción se encontraron las infecciones urinarias y el PIE DIABETICO (ver cuadro No.11).

Prácticas personales del paciente: De los 79 pacientes, el 97.5% afirmaron, conocer los principales síntomas de su patología que le indican riesgo en la aparición de crisis como consecuencia de su enfermedad. Sin embargo al valorar éstos, sólo en el 29.9% de los pacientes se determinó que poseían conocimientos adecuados, ya que contestaron acertadamente los tres principales síntomas que le indican riesgo en la aparición de crisis como consecuencia de su enfermedad; en el caso de los pacientes diabéticos mencionaron lo que se conoce como las tres "P" (Poliuria- Orina fuerte; Polidipsia-Intensa sed ; Polifagia-hambre incontrolable), también reconocen estos pacientes otros síntomas tales como visión borrosa, cefalea, prurito, mareos y otros. En lo que se refiere a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, hicieron mención a 3 ó más síntomas típicos de éstas patologías como: Taquicardia, dolor precordial, edema de miembros, cansancio, acompañado en algunos casos de angustia vital y de sudor frío y otros. Para el 70.1% de la muestra de pacientes, se determinó sus conocimientos como inadecuados, debido a que no lograron

mencionar como mínimo tres principales síntomas que le indiquen riesgo en la presentación de crisis, un 2.5% de los involucrados refirió no conocer al respecto (ver cuadro No.12, gráfico No.10).

En relación a las medidas que adopta el paciente al detectar la aparición de crisis relacionado con su enfermedad se determinó:(Ver cuadro # 13)

- * El 61. 6% acuden a solicitar atención medica, un 38.4% no lo hace.

- * El 19% se administran el tratamiento inmediatamente según indicaciones médicas, el 81.0% no lo hacen por diferentes motivos, entre ellos, por los costos económicos que implica su adquisición.

- * El 39. 2% solicita ayuda a sus familiares o vecinos.

- * El 32. 9% utilizó remedios caseros.

- * El 53. 2% se automedicó

Otro aspecto relacionado con las prácticas de los pacientes son los hábitos o estilos de vida vrs. frecuencia en el cumplimiento de indicaciones médicas, determinandose que: (ver cuadro No.14 y 15)

- El 87.3% del total de pacientes son propensos a manifestar crisis de stress, siendo la causa principal problemas familiares y de índole económico.

- El 65. 8% de los pacientes presentan una vida sedentaria, en su mayoría estos pacientes presentan problemas de Obesidad.

En el 44.3% de los pacientes se observa el cuidado continuo en su higiene personal, por ejemplo en el paciente diabético el cuidado de sus pies. No obstante en el 55.7% de éstos presentan descuido notorio en su aseo personal, siendo más crítico durante periodos de hospitalización.

El 64.5% del total de involucrados, poseen el hábito de consumo de café, siendo éste más frecuente durante el periodo de compensación de su patología, en cuanto al cumplimiento de indicaciones médicas sólo en el 3.9% de éstos disminuyeron su consumo y un 84.3% con alguna frecuencia.

El 24% de los pacientes refieren el consumo de tabaco.

El 15.2% de los pacientes ingieren bebidas alcohólicas, siendo más frecuente en el sexo masculino, de éstos el 16.7% disminuyen su consumo y el 75% algunas veces.

Sólo el 29.1% del total de pacientes practican su dieta, como uno de los principales mecanismos para el control de su enfermedad, de éstos el 73.9% cumple con su dieta siempre y el 26.1% algunas veces.

El 36.7% de los pacientes estudiados realizan ejercicios según indicaciones médicas; en tanto un 26.6% se ven limitados a ejercerlos debido a contraindicaciones médicas y el 36.7% no lo practican.

Otras indicaciones médicas que fueron proporcionadas a los pacientes, se encontró que: (Ver cuadros No.15)

El 59.5% toman su tratamiento según prescripción médica. Existe en un 40.5% de los pacientes incumplimiento debido principalmente a la adquisición de tratamiento.

- El 58.2% del total de pacientes asisten a sus citas médicas periódicas, un 41.8% incumplen esta indicación médica, según los pacientes esto se debe fundamentalmente a la inaccesibilidad geográfica de los servicios de salud, los costos económicos que ocasiona su movilización y la deficiente calidad del Servicio brindado.
- El 31.6% cumplen con su estado de reposo orientado por el médico tratante y un incumplimiento en el 39.2% de los pacientes. En el 16.5% de los pacientes no ha sido indicado.

Para evaluar las prácticas de los pacientes se aplicó mecanismo descrito en la metodología de este estudio, y se determinó que el 46.8% del total de la muestra poseen prácticas deficientes para el cuidado y control de su patología, de éstos 56.8% son analfabetas; un 44.3% se ubicó en la escala regular, teniendo la mayoría de estos pacientes (54.3%) estudios primarios incompletos. Sólo un 8.9% de los pacientes se les calificó sus prácticas personales como óptimas prevaleciendo en ellos estudios secundarios (42.8%) y técnicos (42.8%) (Ver cuadro No.16 y 17, gráfico No.10 y 11).

De los pacientes que se les calificó sus prácticas personales como DEFICIENTES (37), el 81.1% aportaron entre 3 y 7 ingresos hospitalarios al Servicio de medicina Interna, en cambio, los pacientes que se les calificó sus prácticas como REGULARES (35), el 100% de éstos registraron dos ingresos hospitalarios y los ubicados en la escala de OPTIMO (7), aportaron dos ingresos hospitalarios (ver cuadro No. 18).

Cuidados al paciente brindados por el Sistema de Salud: En cuanto a los cuidados de salud que se le brindan a los pacientes con las patologías en estudio por parte del Sistema de Salud, se tiene: (ver cuadro No.19 y 20)

El 58.2% de los pacientes se encontraban integrados al Programa de Enfermedades Crónicas en sus respectivas unidades de Atención Primaria en salud, no obstante el 41.8% no gozan de este servicio.

El 8.9% de los pacientes se encontraban integrados a clubes de pacientes crónicos.

El 91.1% recibió educación sobre su patología de éstos en el 90.3% fue proporcionada por el MINSA, sin embargo a la mayoría se les calificó sus conocimientos como inadecuados (72.3%) (ver cuadro No.20 y 21).

Sólo el 1.3% del total de la muestra han recibido atención o seguimiento domiciliario como consecuencia de su enfermedad.

El 34.2% de los pacientes reingresados al SMI, fueron referidos de su respectivo centro de salud hacia unidades hospitalarias.

Al ser dado de alta el paciente, es decir, posterior a su internamiento, sólo el 57% fue referido al Programa de Crónicos de su Centro de Salud respectivo.

Durante la estancia hospitalaria del paciente, el 77.2% de éstos refieren haberseles informado a él o a su familiar sobre su situación de salud, inmediatamente después de su ingreso hospitalario.

Al 84.8% de los pacientes durante su internamiento se les dio oportunidad de hacer preguntas espontáneas sobre su situación de salud. Un 15.2% de los privó de esta oportunidad.

- El 16.5% de los pacientes refirieron que se les provee de medicamentos y exámenes gratuitos cuando así lo demandan, el 67.1% se les brinda este servicio en ciertas ocasiones, el 16.5% tienen que sufragar estos gastos.
- Al 39.2% de la muestra se les ha proporcionado servicio de rehabilitación o Psico-social, aún cuando sólo a un 2.5% no se le ha indicado (Ver cuadro No.19 y 20).

Prácticas de los familiares: En este estudio se entrevistó un total de 73 familiares, considerando el apoyo que le brindan al paciente en su padecimiento. De éstos el 68.5% pertenecen al sexo Femenino, y el 31.5% al sexo Masculino. Prevalece el parentesco de esposa (o) en un 32.9% e hija (o) en un 45.2% (Ver cuadro No.22).

El 87.7% del total de familiares entrevistados refirieron tener conocimientos sobre los principales síntomas de la enfermedad del paciente. No obstante al evaluarse esos conocimientos (según el mismo procedimiento aplicado para evaluar conocimientos en el paciente), se determinó que sólo en el 35.9% de estos poseen conocimientos adecuado, y en un 64.1% se les calificó como inadecuados. El 12.3% de familiares refirió no conocer al respecto (Ver cuadro No.23, gráficos No.12).

Al evaluar las prácticas de los familiares en apoyo al cuidado y control de la patología del paciente se exploró las medidas que adoptan al presentar el paciente una situación de crisis como consecuencia de su enfermedades, determinando:(ver cuadro No.24)

- El 76.7% refiere llevar de emergencia al paciente a la unidad hospitalaria más cercana.
- El 71.2% aduce suministrar remedios caseros al paciente.

- El 68.5% la medida que adoptan es la automedicación al paciente.
- El 84.9% refiere solicitar ayuda a otros familiares o vecinos.
- El 43.8% suministra tratamiento inmediato al paciente según indicaciones médicas.

Otro aspecto importante al evaluar las prácticas de los familiares, es el apoyo que brindan al paciente en sus cuidados permanentes: (ver cuadro No.25)

- El 24.7% ayuda al paciente en el cumplimiento de su dieta, un 75.3% adujo no hacerlo por diferentes motivos, sobresaliendo la situación económica de la familia.
- El 9.6% cuida y apoya al paciente en su higiene personal, por ejemplo: en el paciente diabético el cuidado de sus pies.
- El 12.3% refiere que apoya al paciente a garantizar el tratamiento y exámenes clínicos del paciente. Un 87.7% no lo hace aduciendo problemas económicos.
- El 16.4% acude en compañía del paciente durante sus citas médicas, el 87.7% afirman no hacerlo, por falta de tiempo y problemas económicos.
- El 79.55 % refieren facilitar al paciente estabilidad emocional y afectiva.

Al aplicar criterios de evaluación en la práctica de los familiares con respecto al cuidado y control del estado de salud del paciente, se determinó que el 50.7% de ellos poseen prácticas clasificadas como regulares, el 37% como deficientes y un 12.3 % sus prácticas se clasifican como óptimas. (Ver cuadro No.26, gráfico No.13).

Llama la atención que los familiares que poseen prácticas regulares (50.7 %) y óptimas (12.3 %), en apoyo al cuidado y control de la patología del paciente, en su mayoría tienen lazos sanguíneos muy cercanos a él (Ver cuadro No.27).

De los familiares que se les calificó sus prácticas como deficientes, (37.0%), la mayoría de éstos (69.6%) tienen a su cuidado pacientes que registran tres ingresos hospitalarios y de los familiares con prácticas calificados como regulares (50.7%), el 37.9% de ellos, tienen a su cargo pacientes que registraron 3 o más reingresos hospitalarios. Los pacientes que aportaron como mínimo dos ingresos hospitalarios al Servicio de Medicina Interna de las unidades hospitalarias en estudio, a sus familiares se les calificó las prácticas como óptimas. (ver cuadro No.28, gráfico No.15)

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

En este estudio se logró entrevistar por igual número a pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus en un 45.6% para cada grupo un 8.8% diagnosticados con ambas patologías respectivamente.

En el primero, prevaleció la hipertensión arterial, dato que se corresponde con el comportamiento de estadísticas de admisión y egresos hospitalarios a nivel nacional por Enfermedades Crónicas no Transmisibles, constituyendo ésta el principal motivo de hospitalización entre los años 1992 a 1995 por enfermedades cardiovasculares, registrando un total de 4,120 ingresos para un 21.6% del total de casos registrados, siendo un factor de riesgo fundamental en las cardiopatías isquémicas, de ahí su importancia y repercusión en la mortalidad general del país (ver cuadro No.1, anexo No.2).

Para el segundo grupo sobresale la diabetes mellitus no insulino dependiente (86.1%), la cual guarda estrecha relación según diferentes estudios con la etapa adulta del paciente, específicamente después de los 30 años, así como de otros factores como la obesidad. (ver cuadro No.1). El 8.8% de la muestra fueron diagnosticados con ambas patologías y como es sabido la diabetes mellitus del adulto clínicamente manifiesta se asocia con un exceso de riesgo de enfermedades cardiovasculares, por su interrelación metabólica con la obesidad, lípidos sanguíneos y presión arterial y posiblemente por sus efectos sobre la función del miocardio⁵⁸. Según el famoso estudio de la ciudad de Framingham, los diabéticos, a causa de su hiperglucemia (aumento del contenido de glucosa en sangre) padecen una mayor incidencia de infarto de miocardio y otras afecciones coronarias que el promedio de la población⁵⁸. Otro estudio representado por Joslin Clinic. (Boston, EEUU) durante 1960 - 68, reveló que el 76% de los diabéticos murieron por complicaciones cardiovasculares⁵⁹.

⁵⁸ Schneider, E. Op cit, pág 307 y 309

⁵⁹ Ibid. Pág. 309

Cabe señalar que en relación al universo de estudio las ECV, fueron las que aportaron el 42.8 (54) del total de pacientes reingresados, seguido de la diabetes mellitus, con un 38.8% (49) en 1996 en ambas unidades hospitalarias en estudio. La selección de la muestra obedeció a criterios establecidos en el estudio y la utilización de la base de calculo STALCALC para valorar representatividad de la muestra.

Del total de pacientes involucrados en el estudio es notoria la apreciación que los grupos étareos de 50 a 64 años y el de 65 a 82 años fueron los más afectados con predominio en el sexo femenino (ver cuadro No.3). Estos resultados se corresponden con el estudio realizado en el Hospital de Rivas en 1992, por Santana R. Francisco, sobre causas y frecuencias de reingreso al Servicio de Medicina Interna por Enfermedad Crónicas no Transmisibles, reflejando que el 62.28% de los pacientes eran del sexo femenino, y el grupo étareo más afectado era el de mayor de 45 años. Similares resultados se encontraron en estudio realizado en el Hospital Manolo Morales Peralta (Porras 1992), encontrando que de 116 pacientes ingresados el 58.6% eran del sexo femenino, el cual es frecuentemente afectado.

Sierra López A. y Torrez Lana A. determinan que la edad y el sexo son marcadores de riesgo como demostraron al hacer comparación de los tasas de incidencia o de mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles y que la diferencia entre ambos sexos y grupos de edad son notables. Estos autores han utilizado el término marcadores de riesgo y no el de factor, ya evidentemente, sobre la edad y el sexo, no caben actuaciones que tiendan a modificarlas.⁶⁰

En España, datos estadísticos de 1982 han revelado que las mujeres que padecen de diabetes presentan más frecuentemente la enfermedad que los varones, especialmente entre los 45 y 60 años. Para ellas la posibilidad de una diabetes es el doble respecto a los varones, incidiendo de una manera más acentuada con la menopausia.⁴¹

⁶⁰ Sierra, López, A. Op cit. Pág. 838.

Sin embargo en términos estadísticos la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus afecta más a los hombres, a pesar de que éstas son más frecuentes en las mujeres.⁵²

El nivel de escolaridad predominante en los involucrados en el estudio, es el de primaria incompleta (44.3%) y de analfabetismo (27.8%). La actividad laboral predominante es el de ama de casa (ver cuadro No. 4).

El perfil caracterizado por el nivel educativo de los pacientes en estudio es coincidente con resultados de investigaciones realizadas por Porras 1992 (Hospital Manolo Morales) y Santana 1992 (Hospital Rivas), el cual puede estar determinado por el acceso de pacientes provenientes de estratos pobres o muy pobres, que a su vez tienen bajo nivel educativo.

La frecuencia sobre el estado civil encontrado en los pacientes entrevistados se destaca el grupo de casados(as) para un porcentaje del 62.0% y con menor predominio el de solteros(as) con un 41.8%. En el 77.2% predominó la religión Católica.

En su mayoría los involucrados en el estudio (65.8%) perciben aproximadamente un ingreso económico mensual en su hogar entre C\$150.00 y C\$900.00 córdobas, ubicándose para efectos del estudio en una escala salarial "bajo", un porcentaje considerable del 13.9% del total de pacientes no perciben ingresos económicos (ver cuadro No.5). Es importante destacar que en la mayoría de los hogares de los pacientes los ingresos económicos provienen de ayudas familiares y/o pensiones proporcionados por el INSS. No relacionados en este estudio, si los ingresos económicos percibidos están acorde con el gasto de la canasta básica familiar.

El 73.4% (49) del total de pacientes en estudio proceden de barrios tradicionales de la capital y aportaron un total de 114(57%) de ingresos hospitalarios al Servicio de Medicina Interna (ver cuadro No.6 y 7). Lo anterior lo podemos relacionar con los resultados

obtenidos del estudio realizado por Santana R. Francisco donde se encontró que la mayoría de pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Hospital de Rivas en 1992, eran de procedencia urbana, igual resultado se tiene del estudio realizado en ese mismo año en el Hospital Manolo Morales Peralta por Porrás Gustavo, donde el 97.2% de los pacientes ingresados por Diabetes Mellitus eran de procedencia urbana. Estos resultados podrían estar influenciados por el tamaño poblacional de la ciudad de Managua, que según estimaciones de censo realizado en 1995, el área urbana concentraba el 89.1% del total de la población, en cambio, el área rural representaba el 10.9%.⁶¹ Además la accesibilidad geográfica de unidades hospitalarias en el casco urbano, permite mayor movilidad del flujo de paciente en relación al área rural.

Hospitalización y Reingreso: Referente a los datos de hospitalización de los 79 pacientes, éstos aportaron durante el período en estudio un total de 200 aceptaciones formales al Servicio de Medicina Interna en ambas unidades hospitalarias, se evidencia un predominio de intervalo de tiempo entre reingreso hospitalario menor o igual a 50 días para un 47.1% del total de los reingresos hospitalarios, y un intervalo entre 51 a 100 días para el 37.2% de éstos. Para estos sobresalen pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (Ver cuadro No.8).

En general, se estimó un promedio de 28 días de estancia hospitalaria, aumentado principalmente por estadias prolongadas de hospitalización por complicaciones manifiestas de diabetes mellitus (Ver cuadro No.9). En términos de costos este promedio (28 días) es elevado específicamente cuando se requiere de técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación complejas y costosas que inciden desfavorablemente en el presupuesto hospitalario del sector salud. En términos psicológicos y económicos los largos períodos de internamiento generan en el paciente inestabilidad emocional (ansiedad, baja del autoestima, stress, depresión, etc) y afectación en el ingreso económico familiar.

⁶¹ Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 1998. Pág.4

Los pacientes que registraron el mayor número de ingresos hospitalarios, tenían de 1 a 5 años de diagnosticada su patología. Por lo que determinamos que a medida que transcurre el tiempo de diagnosticado la enfermedad del paciente, disminuyen paulatinamente el número de reingresos hospitalarios al Servicio de Medicina Interna. La experiencia en la atención de los pacientes crónicos ha puesto en evidencia que el tiempo en que el paciente conviva con su enfermedad, es indispensable para que éste vaya adquiriendo conocimientos y aptitudes que le permitan aceptar las consecuencias de una enfermedad que dura toda la vida y en reconocer la necesidad de tomar conciencia de la misma y del compromiso personal que ella exige; así lo expone el grupo de estudio de la OMS, sobre prevención de la Diabetes Mellitus, reunidos en Ginebra en 1992.

Estos datos anteriores podrían sugerirnos la necesidad de establecer un programa de prevención dirigido a todos aquellos pacientes que recién inician la etapa inicial de su enfermedad y que por consiguiente disminuirían los riesgos de contraer complicaciones y por lo tanto disminuirían las estadísticas de admisión y egresos hospitalarios por estas patologías.

Los pacientes registraron un total de 178 complicaciones clínicas subyacentes a su patología(s) diagnosticada, los pacientes diabéticos fueron los que aportaron la mayor cantidad de complicaciones clínicas (ver cuadro No.11).

El pie diabético, causado fundamentalmente por amputación de miembros inferiores y úlceras crónicas de pie, seguida de la insuficiencia renal crónica, fueron las complicaciones que con mayor frecuencia se manifestó en los pacientes diabéticos (ver cuadro No.11). En los Estados Unidos cada año un 5.6 por mil diabéticos tienen amputación de miembros inferiores y 0.73 por mil desarrollan insuficiencia renal ²⁵. A diferencia de esto, en los pacientes diabéticos de origen europeo la complicación más común es la arterosclerosis y a ella se deben el 75% de las defunciones, con cifras que es de 2 a 3 veces mayor, que las correspondientes a las personas no diabéticas.²⁶

Esto debe sumarse al hecho de que en los países en desarrollo, la carencia de calzado apropiado y la falta de higiene, asociado a un control insuficiente de la diabetes, constituyen a menudo la principal causa de complicaciones por PIE DIABETICO, y con ello las amputaciones.

La insuficiencia cardíaca descompensada, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la miocardiopatía dilatada, fueron las principales complicaciones clínicas que con mayor frecuencia registraron los pacientes con ECV. (ver cuadro No.11). En literatura consultada éstas no son expresadas propiamente como complicaciones desencadenadas por tal o cual patología cardiovascular, pero si son enunciadas como principales causas de mortalidad por ECV y la estrecha interrelación entre ellas.

En pacientes con ambas patologías sobresalieron complicaciones por Crisis hipertensivas y la insuficiencia renal crónica (ver cuadro No.11).

Prácticas personales de los pacientes: El 72.3% de los pacientes se les valoró sus conocimientos sobre los principales síntomas de su patología como inadecuados (ver cuadro No.12). Según análisis de Prieto, alrededor de la educación a pacientes crónicos señala que generalmente el personal de salud desempeña la función del emisor, en ocasiones, éstas personas utilizan términos científicos que muchos pacientes no comprenden; en cuanto al mensaje, su formulación descansa exclusivamente en el emisor. Se abusa de los términos "debe", "tiene" y es "mejor que". Estos datos podrían dar la pauta para la aplicación de un modelo de educación en salud basado en una estrategia de comunicación interactiva, permitiendo nuevas posibilidades educativas que facilitarían la toma de decisiones en materia de salud y estilos de vida saludable.

En relación a los medidas que adoptan los pacientes ante una situación de crisis desencadena por su patología, se hizo notorio que el paciente está incurriendo frecuentemente en mecanismos incorrectos como la automedicación, el no acudir a solicitar atención médica inmediata, utilización de remedios caseros, entre otros. (ver cuadro No.13).

En la mayoría de los pacientes se determinó manifestaciones constantes de crisis de stress (87.3%); vida sedentaria asociada a problemas de obesidad (65.8%); consumo de café (64.5%), descuido en su higiene personal (55.7%), e incumplimiento de dieta según prescripción médica (70.4%). Minoritariamente la muestra presentó hábitos en el consumo de bebidas alcohólicas (15.2%), consumo de Tabaco (24%) y ausencia en la práctica de ejercicios según prescripción médica (36.7%) de los pacientes en estudio (ver cuadro No.14)

Sierra López A. y Torrez Lana A. enfatizan que en numerosos estudios epidemiológicos realizados como el de Doll y Hill en el Reino Unido y el de Framingham, han demostrado que la presencia de hábitos anteriormente señalados, incrementan el riesgo de aparición de los procesos que se incluyen en las enfermedades de origen cardiovascular. Resultados similares presento un comité de expertos de la OMS reunidos en Ginebra en 1992, que determinaron que el alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, ingesta de café, así como factores psicológicos y sociales como el stress crónico son favorecedores en el aumento de riesgo para la aparición de complicaciones crónicas en pacientes diabéticos.-

Otros resultados obtenidos en relación a cumplimiento de indicaciones médicas, se encontró que el 40.5% de los pacientes incumplen con la administración de su tratamiento, debido fundamentalmente al costo económico que genera su adquisición, el 41.8% refirieron no asistir a sus citas médicas periódicas por problemas económicos, inaccesibilidad de los servicios de salud y la deficiente calidad de la atención brindada y el 39.2% incumplen con su estado de reposo (ver cuadro No. 15). La falta de disciplina en el enfermo con respecto al control de su patología es otro de los factores que ha sido señalado como desencadenante de complicaciones agudas en pacientes crónicos. ⁴⁵

Al evaluar las prácticas personales de los pacientes en el cuidado y control de su patología, se concluyó que el 48.6% poseen prácticas DEFICIENTES, de éstos el 56.8% son analfabetas. Un 44.3% se les ubicó en la escala de REGULAR, de éstos el 54.3% poseen estudios primarios incompletos. Sólo un 8.9% de los pacientes se les calificó sus prácticas como OPTIMAS, prevaleciendo en ellos sus estudios secundarios y técnicos (ver cuadro

No.16 y 17). En un estudio realizado por Alarcón S. Silvia sobre capacidad de autocuidado de pacientes diabéticos crónicos, determinó que sólo el 18.3% poseían una alta capacidad para el autocuidado de su enfermedad, en tanto el 81.7% no poseían esta capacidad, concluye que la autoestima, la escolaridad, el nivel ocupacional y la situación socio-económica son factores que están asociados a esta capacidad. 50

Los resultados de la evaluación de las prácticas personales del paciente se asociaron con el número de ingresos hospitalarios, determinándose que los pacientes que registraron más de dos reingresos hospitalarios, poseen prácticas deficientes para el cuidado y control de su patología (ver cuadro No.18) contrario a éstos los que registraron como mínimo 2 aceptaciones formales al Servicio de Medicina Interna se les calificó sus prácticas como regulares y óptimas (ver cuadro No.18). Lo anterior nos permite determinar que las prácticas que desarrollen los pacientes para el cuidado y control de su patología(as), es uno de los factores determinante en el aumento o disminución de los ingresos hospitalarios causados en su mayoría por complicaciones agudas o crónicas.

Cuidados al paciente brindados por el Sistema de Salud: Con respecto a los cuidados que reciben los pacientes por parte del Sistema de Salud, se encontró que del total de la muestra el 58.2% reciben consultas médicas periódicas en el programa de Enfermedades Crónicas en sus respectivos Centros de Salud, sólo el 8% estaban integrados a los club de pacientes crónicos y el 1.3% recibió atención o seguimiento domiciliar como consecuencia de su enfermedad (ver cuadro No. 19). Esto indica que a nivel de la Atención Primaria en salud existe una deficiente captación, seguimiento y control de pacientes con las patologías en estudio y por consiguiente el deficiente desarrollo de actividades de promoción, prevención y atención tal y como lo establece las normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles en nuestro País.

El 82.2% de los pacientes involucrados en el estudio recibió educación sobre su patología a través de Hospitales y Centros de Salud del MINSA. Sin embargo se determinó

que en la mayoría de éstos (72.3%) la educación fue poco efectiva ya que se les calificó sus conocimientos como Inadecuados, sobre las principales síntomas de su patología.(ver cuadro No. 21). Esta situación podría explicarse con la posición presentada anteriormente por prieto, o la de García González Rosario y et al, cuando señala que la educación en salud no es solo un producto, sino también un proceso que es responsabilidad de los Servicios de Salud, las instituciones sociales y la población a la que está dirigida la intervención educativa. Por otra parte, la formación del personal de salud y la orientación tradicional de las estrategias de comunicación han tenido un carácter eminentemente biológico y unidireccional.

Los mecanismos de Referencia y Contrarreferencia para la atención de los pacientes estudiados presenta deficiencia, fundamentalmente debido a la poca captación de los pacientes en su primer nivel de atención y el incumplimiento por parte de personal hospitalario de las normas que establece la referencia de los pacientes a su primer nivel de atención (sólo el 57% de los pacientes dados de alta se les envió a su Centro de Salud respectivo (ver cuadro No. 19)

El deficiente aseguramiento del tratamiento y exámenes clínicos sin costo alguno para los pacientes en estudio, evidencia que el Sistema Nacional de Salud se encuentra con una carga muy pesada para dar solución a la diversidad de problemas que generan las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente cuando se requiere de técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación complejas y costosas que inciden desfavorablemente en el presupuesto asignado a las unidades Hospitalarias y de atención primaria. Sumado a esto, esta la situación socio-económica de los pacientes que no les permite asegurar la continuidad de su tratamiento y el control adecuado de su patología. (ver cuadro No. 20)

En el estudio, el 39.2% de los pacientes se les proporcionó Servicio de Rehabilitación, y/o Psicosocial, aún cuando solo al 2.5% no ha sido indicado por su médico tratante (ver cuadro No.20). El servicio de rehabilitación ha sido catalogado como indispensable en la atención de pacientes diabéticos amputados, al igual que el Servicio de

Atención Psico-social, debido a los problemas sociales y psicológicos (crisis de stress) que presentan los pacientes con enfermedades crónicas.

Prácticas de los familiares: En lo que respecta a los familiares del paciente, se evidencia que generalmente la responsabilidad en el cuidado y seguimiento del padecimiento de los pacientes en estudio recae en aquellos parientes que tienen una convivencia o lazos consanguíneos muy cercanos a éste, prevaleciendo familiares del sexo femenino (ver cuadro No. 22).

En el 35.9% de los familiares entrevistados se les calificó sus conocimientos sobre los principales síntomas de la patología del paciente como adecuados (ver cuadro No.23) Relacionando éstos con lo determinado en los pacientes, un porcentaje menor (29.9%) se les ubicó en esta escala. En parte se puede explicar éstos con lo que plantea García G. Rosario y et al, al referirse que el familiar es un individuo que constantemente esta requiriendo de información y un mínimo de conocimientos para convivir con un paciente crónico, y ayudarlo a sobrellevar las exigencias terapéuticas, de ahí que posiblemente el familiar posea más conocimiento sobre la enfermedad, que el paciente mismo. Al evaluar las prácticas que desarrollan los familiares en apoyo al cuidado y control del padecimiento del paciente, se hizo notorio la adopción en la mayoría de los familiares, de medidas no adecuadas en situación de emergencia como es : La automedicación (65.8%) y el Suministro de remedios caseros (71.2%) (ver cuadro No.24).

Otro aspecto evaluado para caracterizar las prácticas de los familiares, es el apoyo que éstos brindan al paciente en sus cuidados permanentes para evitar crisis o complicaciones relacionadas con su enfermedad, se hizo evidente que en lo relacionado a garantizar la dieta, tratamiento o exámenes clínicos, el apoyo es mínimo debido fundamentalmente a la situación económica que se vive en el seno familiar. Sin embargo el 79.5% de los familiares refirieron facilitar al paciente estabilidad emocional y afectiva, la cual fue corroborada con el paciente (ver cuadro No. 25).

Con la información obtenida de los familiares se concluyó que el 12.3% de los entrevistados poseen prácticas óptimas en apoyo al cuidado y control de la patología del paciente, el 50.7% se les calificó como regulares y en el 37.0% como Deficientes (ver cuadro No.26).- Los familiares que se les calificó sus prácticas como óptimas y regulares, en su mayoría tienen convivencia o lazos consanguíneos cercanos al paciente(ver cuadro No.27). Sin embargo se determinó que los pacientes que aportaron más de dos ingresos hospitalarios al Servicio de Medicina Interna de los hospitales en estudio, se les calificó las prácticas de sus familiares en apoyo a su patología como deficientes y/o regulares (ver cuadro No. 28). Por lo anterior concluimos que el apoyo familiar es determinante en la frecuencia de ingresos hospitalarios del paciente.

X. CONCLUSIONES:

1. Los ingresos al Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Manolo Morales Peralta y Antonio Lenín Fonseca diagnosticados con diabetes mellitus y/o enfermedades cardiovasculares se caracterizaron por ser pacientes de la tercera edad, sexo femenino, bajo nivel de instrucción, acompañad@s o casad@s, católic@s y bajos ingresos económicos .
2. La demanda de reingresos por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus proviene de barrios tradicionales de la capital (57%) con una alta estancia hospitalaria (28 días) y recién diagnosticados (1 a 5 años).
- 3) Se evidencia un promedio de intervalo de tiempo entre reingreso hospitalario menor o igual a 50 días en el 47.1% de los involucrados y un intervalo entre 51 a 100 días para el 37.2%, sobresaliendo los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.
- 4) Las complicaciones clínicas asociadas a las patologías es estudio son frecuentes y tempranas, principalmente en diabéticos (43.8%) en donde el pie diabético y la insuficiencia renal crónica determinan el reingreso hospitalario. Para los pacientes con enfermedades de origen cardiovasculares, se registró como principales complicaciones la insuficiencia cardíaca cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y la miocardiopatía dilatada y en pacientes que padecen ambas patologías (DM + ECV) predominan las complicaciones por insuficiencia renal crónica y crisis hipertensiva.
- 5) Los pacientes desarrollaron prácticas personales deficientes o regulares para el cuidado y control de su patología, determinando el reingreso hospitalario de los mismos.

- 6) La captación de estos pacientes en las unidades del primer nivel de atención es baja, el seguimiento domiciliar de los mismos es mínimo y la atención a través de mecanismos de referencia y contrareferencia es baja de acuerdo a las características de sus patologías.
- 7) Las actividades de educación que brindan las unidades del primer nivel de atención y las desarrolladas por los servicios hospitalarios estudiados han sido poco efectivas en los pacientes y en los familiares lo que se refleja en el nivel de conocimientos que estos manejan sobre estas patologías.
- 8) El deficiente aseguramiento de tratamiento y exámenes clínicos por parte del Sistema de salud y sumado a esto la situación económica de los pacientes no permite el control adecuado de su patología, y por ende la disminución de complicaciones clínicas.
9. El predominio de las prácticas desarrolladas por los familiares fueron regulares y deficientes en el cuidado y control de la patología (as) del paciente, evidenciando relación con frecuentes reingresos hospitalarios.
10. En síntesis podemos afirmar que las características socio-económicas, demográficas, el nivel cultural del paciente, el inadecuado control de la enfermedad en la mayoría de los casos debido a la falta de disciplina del enfermo, sumado a esto el deficiente aseguramiento de tratamiento y técnicas de diagnóstico accesibles al nivel económico del paciente por parte del Sistema de Salud, la falta de apoyo familiar, la deficiente captación, seguimiento y control del paciente en el primer nivel de atención primaria y la utilización de metodologías inadecuadas de enseñanza para la educación del paciente y su familiar, fueron los principales factores que determinaron el reingreso hospitalario por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus al Servicio de Medicina Interna de las unidades hospitalarias: Manolo Morales Peralta y Antonio Lenin Fonseca, durante el año 1996.

XI. RECOMENDACIONES

- 1- Es preciso establecer estrategias de control y prevención primaria para las enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente para la Diabetes Mellitus y las Enfermedades Cardiovasculares con énfasis en poblaciones de elevada prevalencia.
- 2- Deben llevarse a cabo investigaciones específicas que determinen la magnitud de las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes Mellitus, los costos y consecuencias de éstas en poblaciones de riesgo.
- 3- Establecer un plan de educación continua dirigido a pacientes y familiares, en lo que respecta a mejorar conocimientos y adquirir aptitudes adecuadas para el cuidado y control de la patología del paciente y con ello prevenir posibles complicaciones clínicas y los constantes reingresos hospitalarios. (Se anexa propuesta)
- 4- El Departamento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles a nivel nacional, deberá retomar la capacitación a los equipos de asistencia sanitaria, en el primer y segundo nivel de atención para la actualización de conocimientos concernientes a la atención integral del paciente y orientación preventiva e impulsar actividades de promoción de la salud.
5. Monitorear el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención en salud establecidos en las normas del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
- 6- Fomentar la formación de los club de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles estableciéndose metas y objetivos que permita al paciente ejercer sus derechos y desempeñar sus roles adecuadamente.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Alarcón Sanchucza, Silvia. Capacidad de Autocuidado del Paciente Diabético Crónico. Busqueda automatizada LILACS/CD-RUM. 25a. Ed. Mayo. 1996.
- Bishop B.Donald et al. Diabetes. En Módulo de Problemas de Salud. Maestría Regular 1995-1996. Managua, UNAN-CIES.
- Cochrane, A.L. Eficacia y Eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios Barcelona. SALVAT, 1985.
- Fornells Vallés, J.M. Control y Prevención de Enfermedades Crónicas. Programas Comunitarios Integrados. Atención Primaria. Vol. II, No 4, 1985 (Revisiones). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la Elaboración del Programa del Adulto en Atención Primaria de Salud. Madrid. 1987.
- García González. et al Comunicación y Educación Interactiva en Salud y su Aplicación al Control del Paciente Diabético. 2(1):32-35, 1997.
- Guía para la Coordinación de la Atención Médica. Recopilación de recomendaciones de los cuerpos directivos y grupos expertos de la OPS. En Módulo: Sistemas de Salud. Maestría Regular 1995-1996 Managua. UNAN-CIES.
- Lessa, Ines, et.al. Doencas Crônicas Nao-Transmissivers nu Brasil: dos factores de riscoao impacto social. Bol. Oficina Panamericana. 120 (5): 389-409. Mayo 1996.
- Llanos, Guillermo, Libramn, Ingrid. La Diabétes en las Américas. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana 118(1): 1-15. Enero 1995.
- Manual de Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Diabétes Mellitus Washington, DC.OPS- OMS. 1998 (Serie PALTEX No.2)
- Nicaragua. Ministerio de Salud. Normas de Atención a Pacientes Crónicos. Managua.OPS-OMS. 1992.
- Nicaragua. Ministerio de Salud. Programa de Atención a Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Managua. OPS-OMS. s.f.
- Nicaragua. Ministerio de Acción Social. Las Reformas del Sector Social. Managua. MAS. Diciembre 1995.

- Nicaragua.Ministerio de Salud. Aprendiendo Estadísticas de Salud. Manual Práctico de Estadística y Registro Médicos. Managua. MINSA 1995.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Diabetes Mellitus. Ginebra 1994.
- Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud de las Américas. vol 2 Washington, D.C. OPS-OMS. 1994. (Publicación Científica No 549).
- Paganini, José María, et al. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos y Experiencias. Washington, DC: OPS/OMS. 1990. (Publicación Científica No.519).
- Pan American Health Organization/World Health Organization. The Policy on Health and Well-Being. Washington D.C. February 1993. (Document Reproduction series No 33 Health Policies Program).
- Phillips, Margaret. et.al. La Diabétes en México: Qué nos dice la encuesta Nacional de Salud. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana. 117 (4): 307-313. Octubre 1994.
- Piura López, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación. Managua, El Amanecer, 1994.
- Roemer, Milton I. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. Siglo XXI. 1980.
- Roemer, Ruth. El Derecho a la Atención de la Salud. Módulo Sistema de Salud. Maestría Regular 1995-1996. Managua, UNAN-CIES.
- Sierra, López, A. Y Torres Lara, A. Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares. Cap. 55. Págs. 830- 841. En: Piédrola, Gil, G. et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9a edición. Barcelona. Masson- Salvat. 1991.
- Sistema Nacional de Salud. Módulo Sistema de Salud. Maestría Regular 1995-1996. Managua, UNAN-CIES.
- Schneider, E. La Salud por la Nutrición 5ta. edición. Madrid, Safeliz.s.f.
- Santana, Rodríguez, Francisco Antonio. Causas y Frecuencia de Reingreso de Pacientes con Enfermedades Crónicas en el Servicio de Medicina Interna. Hospital Gaspar García Laviana Rivas. 1992.
- Terán Caldera, María Delma. Factores Psico-sociales que afectan el pronóstico de la enfermedad hipertensiva. Hospital Manolo Morales Peralta. Managua. 1993.
- Vuorí, H.V. El Control de los Servicios Sanitarios. Conceptos y Metodología. Barcelona 1988.

INFORME ESTADISTICO No.1
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
TASA 100.000 HABITANTES
REPUBLICA DE NICARAGUA 1990- 1995

CAUSAS	1990		1991		1992		1993		1994		1995		TOTAL
	No	TASA											
Cardiovasculares	2637	68.1	2605	65.1	2644	64.0	2878	67.4	2979	70	3022	71	16.765
Tumores malignos	1016	26.2	1063	26.5	1102	26.6	1120	26.2	1184	27.8	1216	28.5	6.701
Diabetes mellitus	217	5.6	289	7.2	370	8.9	366	8.5	434	10.2	412	4.6	2.088
Asma Bronquial	178	4.5	176	4.4	147	3.5	128	3.0	124	2.9	107	2.5	860
Epilepsia	58	1.5	6	1.6	48	1.1	70	1.6	48	1.1	52	1.2	282
Hipertensión	158	4.0	124	3.1	131	3.1	191	4.4	197	4.6	460	10.8	1.261

Fuente: Dirección General de Sistema de Información. MINSA.

INFORME ESTADISTICO No.2
DATOS ESTADISTICOS DE ADMISION Y EGRESOS HOSPITALARIOS POR
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
REPUBLICA DE NICARAGUA

ENFERMEDADES CRONICAS	ENERO- DICIEMBRE 1992	ENERO- DICIEMBRE 1993	ENERO- DICIEMBRE 1994	ENERO- AGOSTO 1995
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES				
Enfermedades cerebrovasculares	887	906	903	587
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	91	124	129	67
Enfermedades hipertensivas	108.3	1129	1130	778
Enfermedades isquémica del corazón	665	796	934	723
Enfermedades de la circulación pulmonar	49	43	39	30
Enfermedades crónicas del corazón	155	127	190	117
Otras formas de enfermedades del corazón (Insuf, cardiaca, cardiomiopatías, disritmia, cardiaca y otros)	1756	1859	2247	1500
SUB- TOTAL	4686	4984	5572	3802
DIABETES MELLITUS	1700	1876	2119	1536
EPILEPSIA	391	504	478	342
ASMA BRONQUIAL	6578	6001	6228	4362
ARTRITIS	* SD	SD	SD	SD

Fuente: Dirección General de Sistema de Información. MINSA.

SD: Sin datos

INFORME ESTADISTICO No.3
ADMISION Y EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
MANAGUA, 1995- 1996

UNIDAD HOSPITALARIA	HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA				HOSPITAL MANOLO MORALES PERALTA			
	1995		1996		1995		1996	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMEDADES CRONICAS								
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	455	42.5	694	64.1	415	57.2	368	55.1
DIABETES MELLITUS	482	45.0	278	25.7	214	29.5	224	33.5
ASMA BRONQUIAL	108	10.1	92	8.5	72	10.0	54	8.1
ARTRISTIS	-	-	6	0.6	19	2.6	14	2.1
EPILEPSIA	25	2.3	12	1.1	5	0.7	8	1.2
TOTAL	1070	100	1.082	100	725	100	668	100

Fuente: Estadística y Registro médicos (ESYREM)
Hospital Antonio Lenin Fonseca y Manolo Morales Peralta.

INFORME ESTADISTICO No.4
DATOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES CRONICAS
Y DIABETES MELLITUS- HOSPITAL MANOLO MORALES PERALTA
MANAGUA. 1995- 1996

ENFERMEDADES CRONICAS	1995			1996		
	TOTAL DIAS ESTANCIA	TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS	PROMEDIO DIAS ESTANCIA	TOTAL DIAS ESTANCIA	TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS	PROMEDIO DIAS ESTANCIA
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV)	2.827	415	6.81	2.744	368	7.45
DIABETES MILLITUS (DM)	2767	214	12.9	3.032	224	13.53

** PDE = $\frac{\text{Días estancia}}{\text{Egresos totales}}$

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Encuesta # _____
1.2 # Expediente: _____
1.3 Unidad Hospitalaria _____
1.4 Nombre del paciente _____
1.5 Dirección actual _____
-
-

II. CARACTERISTICAS SOCIALES, DEMOGRAFICAS, CULTURALES, ECONOMICAS Y DATOS DE HOSPITALIZACION DEL PACIENTE.

2.1 Procedencia:

- a. Barrio tradicional
b. Zona residencial
c. Asentamiento
d. Zona Rural
e. Municipio

2.2. Edad: _____

2.3 Sexo:

- a. Femenino
b. Masculino

2.4 Estado Civil:

- a. Soltero(a)
b. casado(a)
c. acompañado(a)
d. viudo(a)

2.5. Escolaridad:

- a. analfabeta
b. primaria incompleta
c. primaria completa
d. secundaria incompleta
e. secundaria completa
f. técnico
g. universitario

2.6. Ocupación:

- a. ama de casa /_/_/
- b. obrero /_/_/
- c. secretaria /_/_/
- d. comerciante /_/_/
- e. agricultor /_/_/
- f. albañil /_/_/
- g. doméstica /_/_/
- h. zapatero /_/_/
- i. otros: _____

2.7. Religión:

- a. Católico /_/_/
- b. Evangélico /_/_/
- c. Testigo de Jehová /_/_/
- d. Otros _____

2.8. Cuál es su situación actual de trabajo?

- a. desempleado /_/_/
- b. subempleado /_/_/
- c. empleado /_/_/
- d. cuenta propia /_/_/

2.9 Recibe Ud.ayuda económica, alimentación, medicamentos u otros?

si /_/_/ no /_/_/

2.10.De donde proviene ese apoyo?

- a. familiares /_/_/
- b. vecinos /_/_/
- c. amigos /_/_/
- d. instituciones caritativas /_/_/
- e. otros:

2.11. Cuál es su ingreso económico mensual? _____

2.12. Qué enfermedad le diagnosticaron?

- a. Diabetes Mellitus /__/
- b. Enfermedades Cardiovasculares /__/

2.13. Cuánto tiempo ha transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad hasta el momento actual? _____

2.14. DATOS DE HOSPITALIZACION DEL PACIENTE (REVISION DE HISTORIA CLINICA)

No de ingresos hospitalarios	Intervalo de tiempo entre ingreso hospitalarios	No. días estancia hospitalaria	Causas de hospitalización
1	//////////		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
TOTAL			

III. PRACTICAS PERSONALES DEL PACIENTE EN SU AUTOCUIDO Y AUTOCONTROL.

3.1. Conoce Ud. los principales síntomas que indican riesgo en la aparición de crisis relacionada con su enfermedad, podría mencionarlos?

3.2. Qué medidas toma Ud. al detectar la aparición de una crisis relacionada con su enfermedad?

- a. Se automedica sí/__/ no/__/
- b. solicita ayuda a sus familiares o vecinos sí/__/ no/__/
- c. Acude a solicitar atención médica sí/__/ no/__/
- d. Utiliza remedios caseros sí/__/ no/__/
- e. Otras: _____

3.3 De los siguientes hábitos, cuáles forman parte de su vida diaria

- a. Sedentarismo sí/__/ no/__/
- b. Alcoholismo sí/__/ no/__/
- c. Tabaquismo sí/__/ no/__/
- d. Stress sí/__/ no/__/
- e. Cuidado continuo de la higiene personal sí/__/ no/__/
- f. Cuidado continuo en la ingesta de alimento no recomendado por el personal médico. sí/__/ no/__/
- g. Práctica continua de algún ejercicio según indicaciones médicas. sí/__/ no/__/
- h. Consumo de café sí/__/ no/__/

3.4 Cumple Usted con las siguientes indicaciones médicas?

- | | Siempre | Alguna vez | nunca |
|---|---------|------------|-------|
| a. Dieta | /___/ | /___/ | /___/ |
| b. Toma de tratamiento según prescripción médica. | /___/ | /___/ | /___/ |
| c. Asistencia a citas médicas | /___/ | /___/ | /___/ |

- d. Disminución en el consumo de café. /__/ /__/ /__/
- e. Disminución en el consumo de tabaco. /__/ /__/ /__/
- f. Disminución en en consumo de bebidas alcohólicas. /__/ /__/ /__/
- g. Ejercicios según indicaciones médicas. /__/ /__/ /__/
- h. Reposo según orientación médica. /__/ /__/ /__/

IV. CUIDADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- 4.1 Recibe Ud. consultas médicas periódicas en el programa de Dispensarizados, en su centro de salud respectivo? (Si su respuesta es negativa, especifique por qué?)

si /__/ no /__/

- 4.2 Está Ud. integrado a los clubes de pacientes crónicos? (Si su respuesta es negativa, especifique por qué?)

si /__/ no /__/

- 4.3 A recibido Ud. alguna vez atención o seguimiento domiciliar como consecuencia de su enfermedad (Específicamente por personal de su centro de salud correspondiente)?

si /__/ no /__/

4.4 Se le ha proveído de medicamentos y exámenes clínicos en Unidades de salud (Hospitales y Centros de Salud) sin desembolso monetario?

Siempre	Alguna veces	nunca
/__/	/__/	/__/

4.5 Ha recibido Ud. educación para el cuidado y control de su enfermedad?

Si /__/ No /__/

4.6 De quién a recibido Ud. educación?

- a. Centro de Salud
- b. Hospital
- c. Cruz Roja
- d. Familiar
- e. Vecino
- f. Otros. _____

4.7 En estado de crisis, el médico del centro de salud lo ha referido a unidades hospitalarias?

Si /__/ No /__/

4.8 Una vez que Ud. ha egresado del hospital, se le ha referido a su centro de salud para ser integrado al programa de dispensarizado?

Si /__/ No /__/

4.9 Ha recibido Ud. servicios de rehabilitación o psicosocial por parte de unidades de salud? (Si su repuesta es negativa, especifique por qué)

Si /__/

No/ _____

4.10 Ha tenido Ud. y su familiar oportunidad de formular preguntas acerca de su padecimiento o problema de salud durante su estancia hospitalaria?

sí /__/ no/__/

4.11 Recibió Ud. o su familiar información espontánea sobre su estado de salud por parte del personal hospitalario?

si / __/ no/ __/

V. PRACTICAS FAMILIARES EN EL CUIDO Y CONTROL DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

5.1 Qué parentesco tiene Ud. con el paciente?

- a. Padre
- b. Hijo(a)
- c. Esposo(a)
- d. Hermano(a)
- e. Nieto(a)
- f. Tío(a)
- g. Otros. _____

5.2 Conoce Ud. cuales son los principales síntomas de la enfermedad de su familiar que amerite atención médica de emergencia, podría enunciarlos?

5.3 Qué medidas toma Ud. al presentar el paciente una crisis como consecuencia de su enfermedad?

5.4 Conoce cuáles son los principales cuidados permanentes que se le brinda al paciente para el control adecuado de su patología, especifiquelos?

5.5 Le brinda Ud. apoyo al paciente en estos cuidados?

Siempre

Alguna veces

nunca

/_/

/_/

/_/

GRACIAS POR SU COLABORACION

CUADRO No.1

ESPECIFICACION DE DIAGNOSTICO DE PACIENTES INVOLUCRADOS EN EL ESTUDIO
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

ENFERMEDADES CRONICAS	No.	PORCENTAJE
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV)		
* HIPERTENSION ARTERIAL	25	69.4
* ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	6	16.7
* ENFERMEDAD IZQUEMICA DEL CORAZON	5	13.9
SUB TOTAL	36	100
DIABETES MELLITUS (DM)		
* DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE	5	13.9
* DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	31	86.1
SUB TOTAL	36	100
(EVC+DM)		
* HIPERTENSION + DMNID	4	57.1
* ARTERIOSCLEROSIS + DMNID	3	42.9
SUB TOTAL	7	100
TOTAL	79	---

Fuente: Historial Clínico del paciente.

CUADRO No 2

PACIENTE SEGUN DIAGNOSTICO CLINICO Y SITUACION ACTUAL DE TRABAJO
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

DIAGNOSTICO CLINICO	SITUACION ACTUAL DE TRABAJO											
	CUENTA PROPIA		DESEMPLEADO		EMPLEADO		SUB EMPLEADO		JUBILADO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
DIABETES MELLITUS	9	69.2	19	40.4	2	66.7	3	37.5	3	37.5	36	45.6
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	4	30.8	25	53.2	1	33.3	2	25	4	50	36	45.6
DIABETES MILLETUS + ECV	-	-	3	6.4	-	-	3	37.5	1	12.5	7	8.9
TOTAL	13	100	47	100	3	100	8	100	8	100	79	100

CUADRO No 3

**PACIENTES SEGUN GRUPOS ETAREO Y SEXO
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

GRUPOS ETAREO	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
15-34	1	2	3	10	4	5.1
35-49	6	12.2	2	6.7	8	10.1
50-64	27	55.1	15	50	42	53.2
65-82	15	30.6	10	33.3	25	31.6
TOTAL	49	100	30	100	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997

CUADRO No.4

PACIENTES SEGUN ESCOLARIDAD Y OCUPACION
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

ESCOLARIDAD	OCUPACION																No	%
	AC	AC	AG	AL	CH	CM	CR	DO	E	MC	MO	OB	P	V	VR	ZP		
ANALFABETA	1	8	3			1		3						1	3	2	22	27.8
PRIMARIA COMPLETA		9								1			1		1		12	15.2
PRIMARIA INCOMPLETA		18	1	2	2	3		3				3			2		35	44.3
SECUNDARIA COMPLETA					1	2			1								3	3.8
SECUNDARIA INCOMPLETA					1					1	1		1				4	5.1
TECNICO						1	2										3	3.6
TOTAL	1	35	4	2	4	7	2	6	1	2	1	3	2	1	6	2	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997. Historial clínico del paciente

A:	AYUDANTE	DO:	DOMESTICO
AC:	AMA DE CASA	E:	ESTUDIANTE
AG:	AGRICULTOR	MC:	MECANICO
AL:	ALBAÑIL	MO:	MODISTA
CH:	CHOFER	OB:	OBRERO
CM:	COMERCIANTE	P:	PINTOR
CR:	CONTADOR	V:	VIGILANTE
VR:	VENDEDOR	ZP:	ZAPATOS

CUADRO No.5

PACIENTES SEGUN INGRESOS ECONOMICOS VRS ESCALA SALARIAL
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

INGRESOS ECONMICOS	ESCALA SALARIAL											
	ADECUADO		MODERADO		MEDIO		BAJO		NULO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0									11	100	11	13.9
C\$ 150- 900							52	100			52	65.8
C\$ 901- 1.500					13	100					13	16.3
C\$ 1.501- 2.000			2	100							2	2.5
C\$ 2.001- 3.000	1	100									1	1.3
TOTAL	1	100	2	100	13	100	52	100	11	100	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997

CUADRO No.6

**PROCEDENCIA DEL PACIENTE Y FRECUENCIA DE INGRESOS HOSPITALARIOS
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA DE INGRESOS HOSPITALARIOS											
	2		3		4		6		7		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
ASENTAMIENTO	3	6.1	6	26	4	80	1	100	1	100	15	7.6
BARRIO TRADICIONAL	33	67.3	16	70	-	--	--	--	--	--	49	73.4
ZONA RURAL	-	-	1	4.3	1	20	--	--	--	--	2	2.5
ZONA RESIDENCIAL	13	26.5	-	--	-	--	--	--	--	--	13	16.5
TOTAL	49	100	23	100	5	100	1	100	1	100	79	100

Fuente: Encuesta. Historial Clínico del paciente.

CUADRO No.7

**PROCEDENCIA DEL PACIENTE Y TOTAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

PROCEDENCIA	TOTAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS	
	No	%
ASENTAMIENTO	53	26.5
BARRIO TRADICIONAL	114	57
ZONA RURAL	7	3.5
ZONA RESIDENCIAL	26	13
TOTAL	200	100

Fuente: Encuesta. Historial Clínico del paciente.

CUADRO No. 8

REINGRESO HOSPITALARIOS SEGUN INTERVALOS DE TIEMPO ENTRE ACEPTACIONES FORMALES AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y PATOLOGIA (S) DEL PACIENTE.SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA. ENERO- DICIEMBRE 1996

INTERVALOS (DIAS)	PATOLOGIAS							
	DIABETES MELLITUS		ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR		DM + ECV		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
> 50	27	47.4	24	42.1	6	85.7	57	47.1
51- 100	26	45.6	18	31.6	1	14.3	45	37.2
101- 150	2	3.5	8	14			10	8.3
151- 200	2		4	7			6	5
201-250			2	3.5			2	1.6
251- 300			1	1.8			1	0.8
TOTAL	57	100	57	100	7	100	121	100

Fuente: Historial clínico del paciente

CUADRO No. 9

**PROMEDIO DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA Y PATOLOGIA(AS) DEL PACIENTE
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA. ENERO- DICIEMBRE 1996**

PROMEDIO DIAS ESTANCIA	PATOLOGIAS DEL PACIENTE							
	DIABETES MELLITUS		ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR		DM + ECV		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
2- 10 días	15	41.7	20	55.6	3	42.9	38	48.1
10.01- 20.0 días	14	38.8	14	38.8	4	57.1	32	40.5
20.1-58.50 días	6	16.7	1	2.8	-	-	7	8.9
58.51-86.50 días	1	2.8	1	2.8	-	-	2	2.5
TOTAL	36	100	36	100	7	100	79	100

Fuente: Historial clínico del paciente

CUADRO No. 10

**PACIENTES SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNOSTICO DE SU ENFERMEDAD
Y NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS. HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES
PERALTA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA. ENERO - DICIEMBRE 1996**

TIEMPO TRANSCURRIDO	NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS											
	2		3		4		6		7		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1- 5 años	16	32.7	11	47.8	3	60	-	-	1	100	31	39.2
5-10 años	10	20.4	3	13	1	20	1	100	-	-	15	19
11-15 años	9	18.4	3	13	1	20	-	-	-	-	13	16.5
16-20 años	6	12.2	6	26.1	-	-	-	-	-	-	12	15.2
21- 25 años	5	10.2	-	-	-	-	-	-	-	-	5	6.3
26-30 años	3	5.1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3.8
TOTAL	49	100	23	100	5	100	1	100	1	100	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997. Historial Clínico del paciente- Abril 1997

CUADRO No. 11

PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES CLINICAS
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

COMPLICACIONES CLINICAS	DIAGNOSTICO DEL PACIENTE							
	DM		ECV		DM +ECV		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
INSUFICIENCIA CARDIACAS DESCOMPENSADA			20	29.8	3	9.1	23	12.9
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	16	20.5			6	18.2	22	12.3
PIE DIABETICO (ULCERAS CRONICAS+ AMPUTACION)	29	37.2			1	3.0	30	16.9
CARDIOPATIA (ARTERIOSCLEROTICA IZQUEMICA,HIPERTENSIVA)			12	18.0	6	18.2	18	10.1
CRISIS HIPERTENSIVA			6	8.9	8	24.2	14	7.9
ACV			12	18.0			12	6.7
MIOCARDIPATIA DILATADA			11	16.4			11	6.2
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO			6	8.9	4	12.1	10	5.6
INFECCIONES URINARIAS	8	10.3					9	5.1
CETOACIDOSIS DIABETICA	8	10.3					8	4.5
PIELONEFRITIS	5	6.4					5	2.8
FIBRILACION AURICULAR							4	2.2
NEFROPATIA DIABETICA CRONICA	3	3.8					3	1.7
NEUROPATIA DIABETICA	3	3.8					3	1.7
NECROSIS MIEMBRO INFERIOR	3	3.8					3	1.7
ABCESO	3	3.8					3	1.7
TOTAL	78	100	67	100	33	100	178	100

Fuente: Historial Clínico del paciente. Departamento de Estadísticas y Registros Médicos

CUADRO No. 12

**CONOCIMIENTO DE SU PATOLOGIA Vs CALIFICACION
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE	CALIFICACION DE CONOCIMIENTOS					
	ADECUADOS		INADECUADOS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
SI	23	29.9	54	70.1	77	97.5
NO	-	-	2	3.0	2	2.5
TOTAL	23	100	56	100	99	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997

CUADRO No. 13

**PACIENTES SEGUN MEDIDAS QUE ADOPTA EN SITUACION DE CRISIS
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

MEDIDAS	SI		NO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
ACUDE A SOLICITAR ATENCION MEDICA	55	61.6	24	38.4	79	100
ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO INMEDIATO	15	19.0	64	81.0	79	100
SOLICITA AYUDA A FAMILIARES Y/O VECINOS	31	39.2	48	60.8	79	100
UTILIZA REMEDIOS CASEROS	26	32.9	53	67.1	79	100
SE AUTOMEDICA	42	53.2	37	46.8	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 14**HABITOS DE VIDA DEL PACIENTE
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

HABITOS DE VIDA	SI		NO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
SEDENTARISMO	52	65.8	27	34.2	79	100
TABAQUISMO	19	24	60	76	79	100
ALCOHOLISMO	12	15.2	67	84.8	79	100
STREES	69	87.3	10	12.7	79	100
CUIDADO CONTINUO DE LA HIGIENE PERSONAL	35	44.3	44	55.7	79	100
DIETA	23	29.1	56	70.9	79	100
PRACTICA DE EJERCICIO SEGUN INDICACION MEDICA	29	36.7	50	63.3	79	100
CONSUMO DE CAFE	51	64.5	28	35.5	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 15

FRECUENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

INDICACIONES MEDICAS	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA		NO INDICADO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
TOMA DE TRATAMIENTO SEGUN PRESCRIPCION MEDICA	47	59.5	32	40.5					79	100
ASISTENCIA A CITAS MEDICAS	46	58.2	33	41.8					79	100
DISMINUCION EN ELCONSUMO DE CAFE	2	3.9	43	84.3	6	11.8			51	64.5
DISMINUCION EN CONSUMO DE TABACO	3	15.7	15	79	1	5.3			19	24
DISMINUCION EN ELCONSUMO DE BIBIDAS ALCOHOLICAS	2	16.7	9	75	1	8.3			12	15.2
CUIDADO EN LA INGESTA DE ALIMENTOS (DIETA)	17	73.9	6	26.1					23	29.1
EJERCICIOS SEGUN INDICACION MEDICA	9	11.4	20	25.3	29	36.7	21	26.6	79	100
REPOSO	25	31.6	31	39.2	10	12.7	13	16.5	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 16

**EVALUACION DE PRACTICAS Vs ESCALA DE VALORES
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

VALORES ESTABLECIDOS	EVALUACION DE PRACTICAS							
	DEFICIENTE		REGULAR		OPTIMO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
0-9 PUNTOS	-	-	-	-	7	100	7	8.9
10-15 PUNTOS	-	-	35	100	-	-	35	44.3
16-22 PUNTOS	37	100	-	-	-	-	37	46.8
TOTAL	37	100	35	100	7	100	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997

CUADRO No. 17

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE SEGUN EVALUACION DE PRACTICAS
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

ESCOLARIDAD	EVALUACION DE PRACTICAS							
	DEFICIENTE		REGULAR		OPTIMO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
ANALFABETA	21	56.8	1	2.8	-	-	22	27.8
PRIMARIA COMPLETA	-	-	12	34.3	-	-	12	15.2
PRIMARIA INCOMPLETA	16	43.2	19	54.3	-	-	35	44.3
SECUNDARIA COMPLETA	-	-	2	5.7	1	14.3	3	3.8
SECUNDARIA INCOMPLETA	-	-	1	2.8	3	42.8	4	5.1
TECNICO	-	-	-	-	3	42.8	3	3.8
TOTAL	37	100	35	100	7	100	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997

CUADRO No. 18

PACIENTES SEGUN VALORACION DE PRACTICAS PERSONALES Y NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
 MANAGUA. ENERO- DICIEMBRE 1996

PRACTICAS PERSONALES DEL PACIENTE	NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS											
	2		3		4		6		7		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
DEFICIENTE	7	14.3	23	100	5	100	1	100	1	100	37	46.8
REGULAR	35	71.4	-	-	-	-	-	-	-	-	35	44.3
OPTIMO	7	14.3	-	-	-	-	-	-	-	-	7	8.9
TOTAL	49	100	23	100	5	100	1	1	1	100	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997

CUADRO No. 19

**CUIDADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

SERVICIOS EN SALUD	SI		NO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
CONSULTAS MEDICAS PERIODICAS PROGRAMA DE CRONICOS	46	58.2	33	41.8	79	100
INTEGRADO CLUB PACIENES CRONICOS	7	8.9	72	91.8	79	100
ATENCION O SEGUIMIENTO DOMICILIAR	1	1.3	78	98.7	79	100
EDUCACION AL PACIENTE	72	91.1	7	8.9	79	100
REFERENCIA A UNIDADES HOSPITALARIAS	27	34.2	52	65.8	79	100
REFERENCIA A UNIDADES DE APS (PROG. CRONICOS)	45	57	34	43	79	100
INFORMACION AL PACIENTE Y/O FAMILIAR	61	77.2	18	22.8	79	100
OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS	67	84.8	12	15.2	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 20

**CUIDADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

SERVICIOS EN SALUD	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA		NO REFIERE		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
MEDICAMENTOS Y EXAMENES CLINICOS GRATUITOS	13	16.5	53	67	13	16.5			79	100
SERVICIOS DE REHABILITACION O PSICO-SOCIAL	31	39.2			46	58.2	2	2.5	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 21

PACIENTES QUE RECIBEN EDUCACION SOBRE SU PATOLOGIA Y CALIFICACION DE CONOCIMIENTOS. HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

QUIEN BRINDA EL SERVICIO ?	CALIFICACION DE CONOCIMIENTOS			
	ADECUADO	INADECUADO	No.	%
MINSA	18	47	65	82.2
CRUZ ROJA	3	1	4	5.1
CLINICA PRIVADA	2	1	3	3.8
NINGUNO	--	7	7	8.9
TOTAL	23	56	79	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 22

**FAMILIARES SEGUN PARENTESCO CON EL PACIENTE Y SEXO
HOSPITAL MANOLO MORALES PERALTA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

PARENTESCO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		No	%
	No	%	No	%		
HIJA(O)	25	50	8	34.8	33	45.2
ESPOSA (O)	14	28	10	43.5	24	32.9
HERMANA(O)	3	6	2	8.7	5	6.8
NIETA (O)	2	4	2	8.7	4	5.5
MADRE	2	4	--	--	2	2.7
NUERA	3	6	--	--	3	4.1
TIA (O)	1	2	--	--	1	1.4
CUÑADA(O)	--	--	1	4.3	1	1.4
TOTAL	50	100	23	100	73	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 23

CONOCIMIENTOS DEL FAMILIAR SOBRE PRINCIPALES SITOMAS DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE VRS CALIFICACION DE CONOCIMIENTOS HOSPITAL MANOLO MORALES PERALTA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

CONOCIMIENTOS DE SINTOMAS	CALIFICACION				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO		No	%
	No	%	No	%		
SI	23	35.9	41	64.1	64	87.7
NO	-	-	9	36	9	12.3
TOTAL	23	100	50	100	73	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No.24

FAMILIARES SEGUN MEDIDAS QUE ADOPTAN AL PRESENTAR EL PACIENTE
 CRISIS COMO CONSECUENCIA DE SU PATOLOGIA
 HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
 MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996

MEDIDAS	SI		NO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
LLEVAR AL PACIENTE DE EMERGENCIA AL HOSPITAL	56	76.7	17	23.3	73	100
SUMINISTRAR REMEDIOS CASEROS	52	71.2	21	28.3	73	100
AUTOMEDICA	50	68.5	23	31.5	73	100
SOLICITA AYUDA A OTROS FAMILIARES O VECINOS	62	84.9	11	15.1	73	100
ADMINISTRA TRATAMIENTO SEGUN INDICACIONES MEDICA	32	43.8	41	56.2	73	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 25

**FAMILIARES SEGUN APOYO QUE BRINDAN AL PACIENTE EN SUS
CUIDADOS PERMANENTES
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

MEDIDAS	SI		NO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
AYUDA AL PACIENTE A MANTENER SU DIETA	18	24.7	55	75.3	73	100
CUIDA DE SU HIGIENE PERSONAL	7	9.6	66	90.4	73	100
LE APOYA EN EL SUMINISTRO DE TXTO Y EXAMEN CLINICO	9	12.3	64	87.7	73	100
ACUDE EN SU COMPAÑIA DURANTE CITAS MEDICAS	12	16.4	61	83.6	73	100
LE FACILITA ESTABILIDAD EMOCIONAL Y AFECTIVA	58	79.5	15	20.5	73	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 26

**FAMILIARES SEGUN EVALUACION DE PRACTICA EN EL CUIDADO Y CONTROL DE LA PATOLOGIA DEL
PACIENTE .HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA.
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

VALORES ESTABLECIDOS	EVALUACION DE PRACTICAS							
	DEFICIENTE		REGULAR		OPTIMO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
0-3	-	-	-	-	9	100	9	12.3
4-7	-	-	37	100	-	-	37	50.7
8-11	27	100	-	-	-	-	27	37.0
TOTAL	27	100	37	100	9	100	73	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

CUADRO No. 27

**FAMILIARES SEGUN EVALUACION DE PRACTICA EN APOYO AL CUIDADO Y CONTROL DE LA PATOLOGIA DEL PACIENTE Y PARENTESCO
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA.
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. MANAGUA, ENERO- DICIEMBRE 1996**

PARENTESCO	EVALUACION DE PRACTICAS							
	DEFICIENTE		REGULAR		OPTIMO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	%	
HIJA (O)	11	40.7	19	51.4	3	33.3	33	45.2
ESPOSA (O)	5	18.5	14	37.8	5	55.6	24	32.9
HERMANA (O)	2	7.4	3	8.1	-	-	5	6.8
NIETA (O)	4	14.8	-	-	-	-	4	5.5
MADRE	-1	-	1	2.7	1	11.1	2	2.7
NUERA	3	11.1	-	-	-	-	3	4.1
TIA (O)	1	3.7	-	-	-	-	1	1.4
CUÑADA (O)	1	3.7	-	-	-	-	1	1.4
TOTAL	27	100	37	--	9	100	73	100

Fuente: Encuesta Mayo 1997.

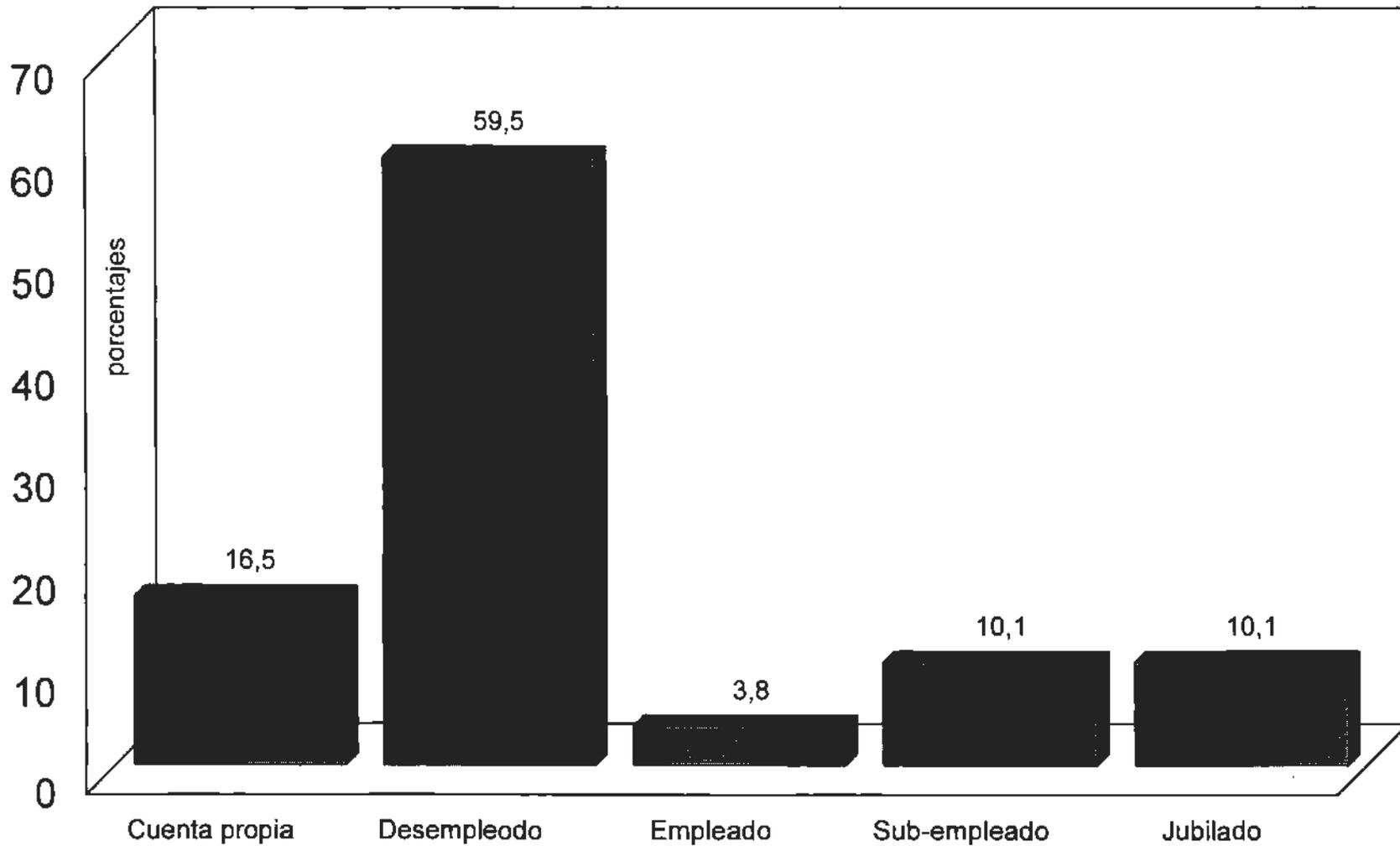
CUADRO No. 28

**FAMILIARES SEGUN VALORACION DE PRACTICAS Y NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS. HOSPITAL
LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES
SERVICIO MEDICINA INTERNA. MANAGUA ENERO- DICIEMBRE 1996**

EVALUACION DE PRACTICAS DE FAMILIA	No. INGRESOS HOSPITALARIOS DE LOS PACIENTES											
	2		3		4		6		7		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
DEFICIENTE	11	24.4	16	69.6	-	-	-	-	-	-	27	37.0
REGULAR	23	47.0	7	30.4	5	100	1	100	1	100	37	50.7
OPTIMO	9	18.4	-	-	-	-	-	-	-	-	9	12.3
SIN DATOS	6	12.2	-	-	-	-	-	-	-	-	6	7.6
TOTAL	49	100	23	100	5	100	1	100	1	100	79	100

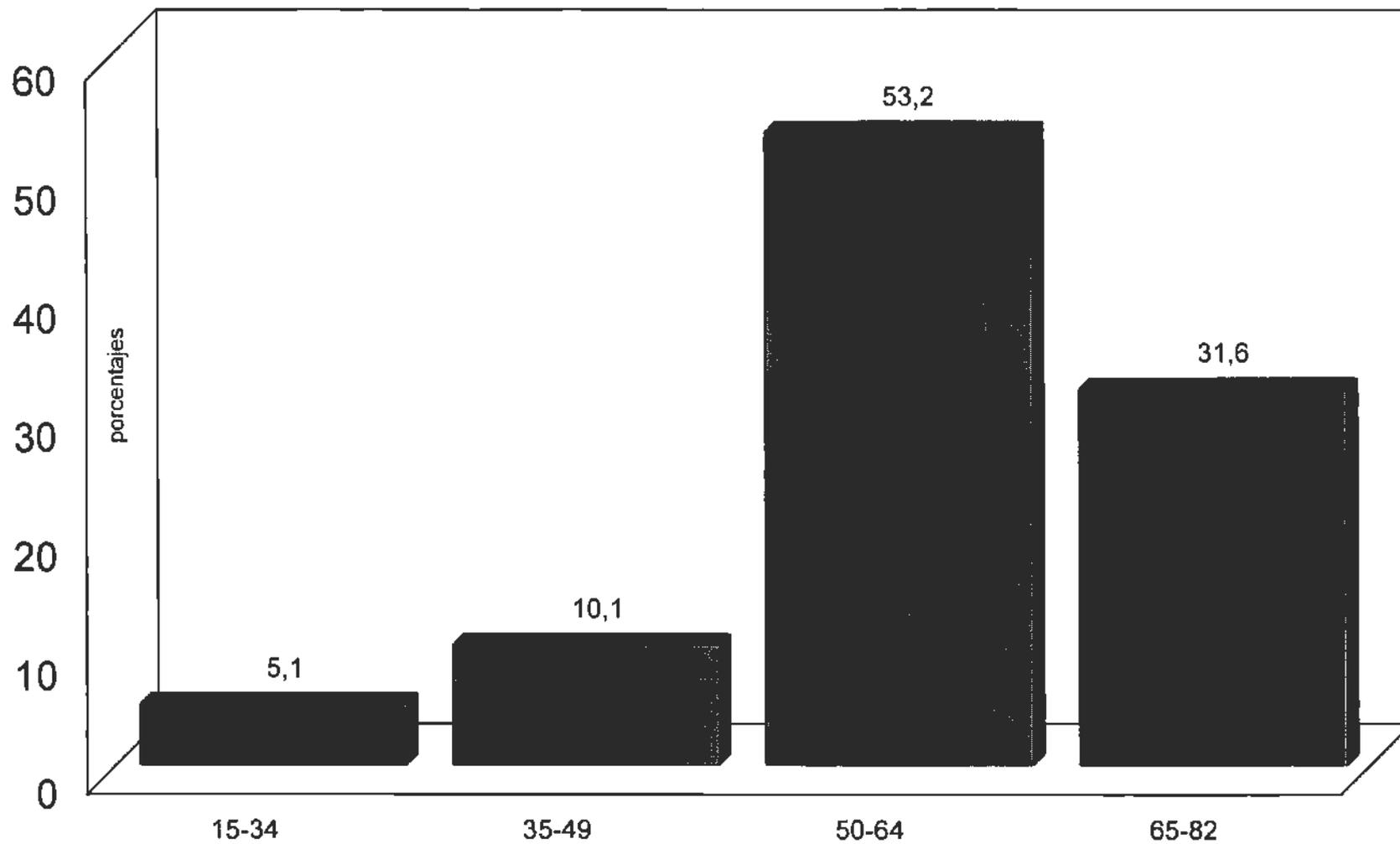
Fuente: Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.1
PACIENTES SEGUN SITUACION ACTUAL DE TRABAJO
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA



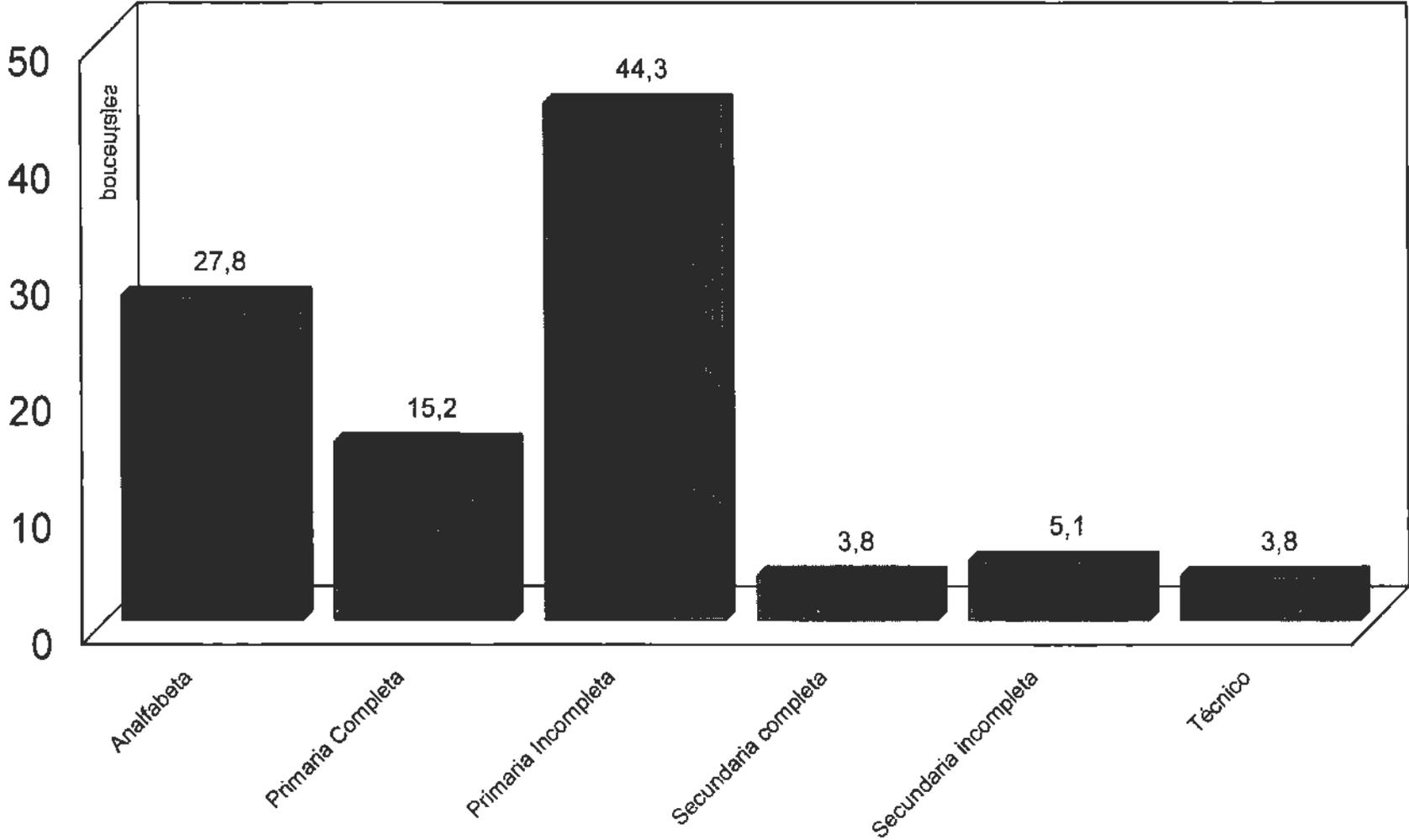
Fuente: Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.2
PACIENTES SEGUN GRUPO ETAREO HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y
MANOLO MORALES PERALTA



Fuente: Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.3
PACIENTES SEGUN ESCOLARIDAD HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA
Y MANOLO MORALES PERALTA



Fuente: Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.4
PACIENTES SEGUN INGRESO ECONOMICO MENSUAL HOSPITAL
ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA

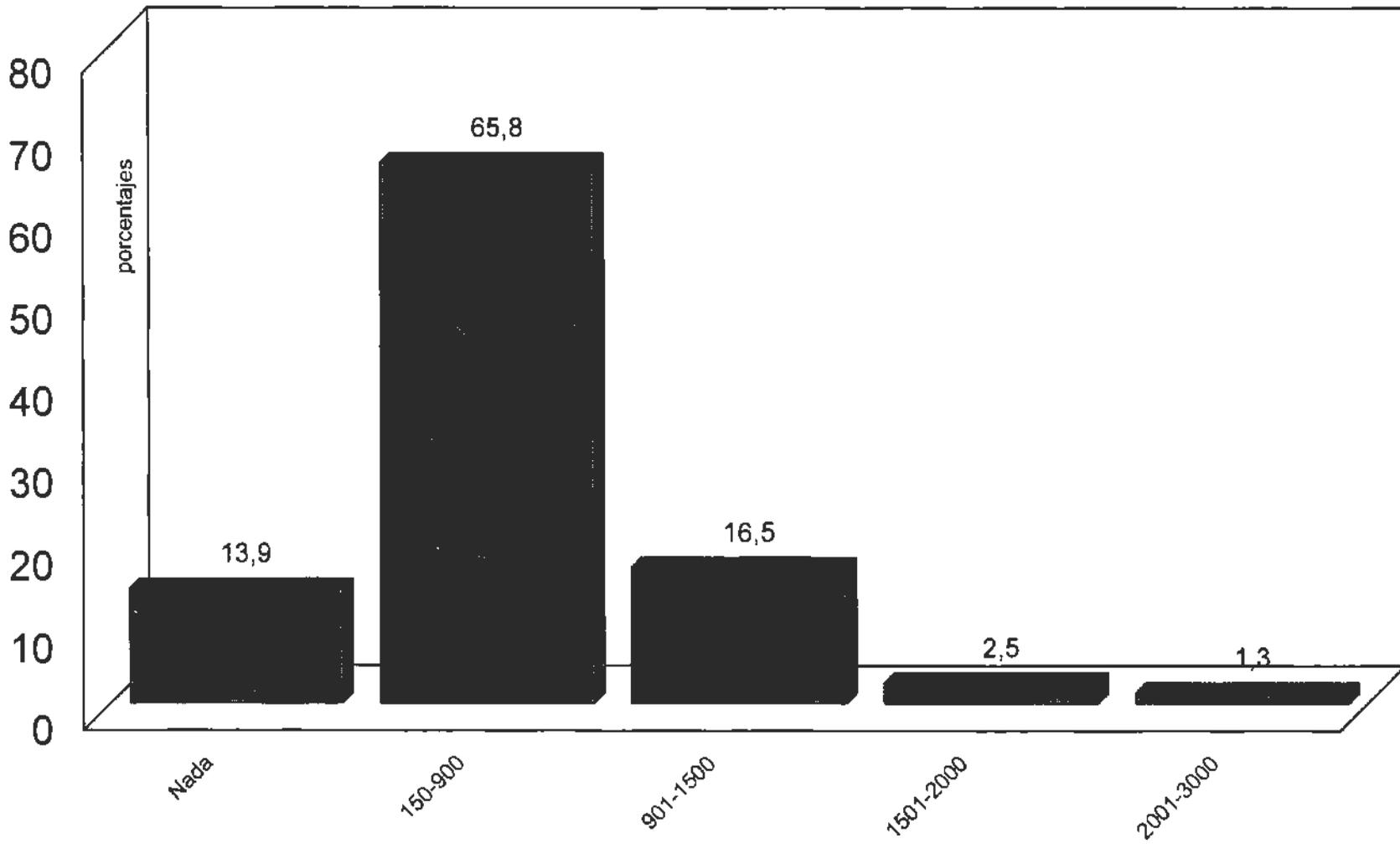
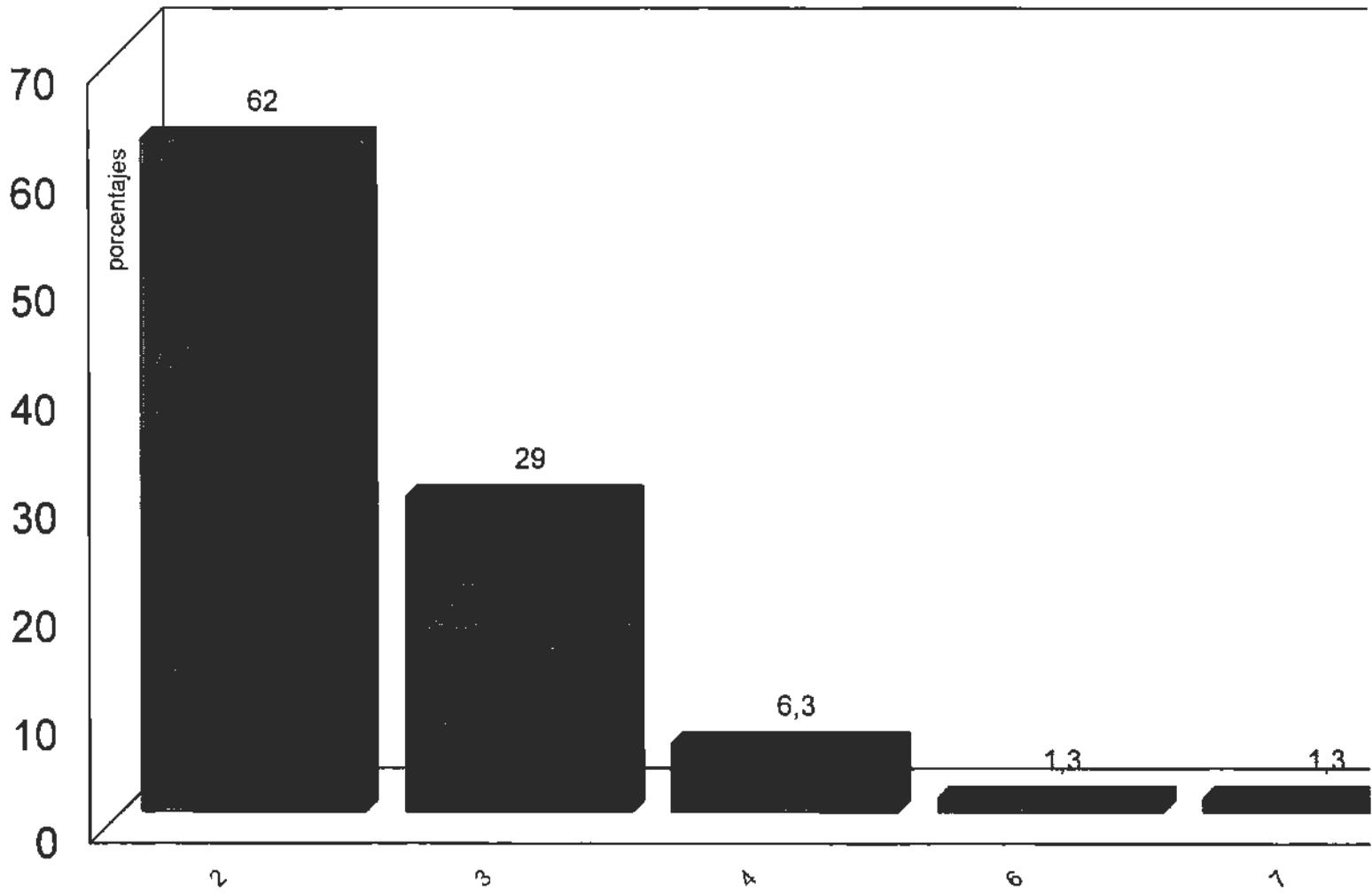
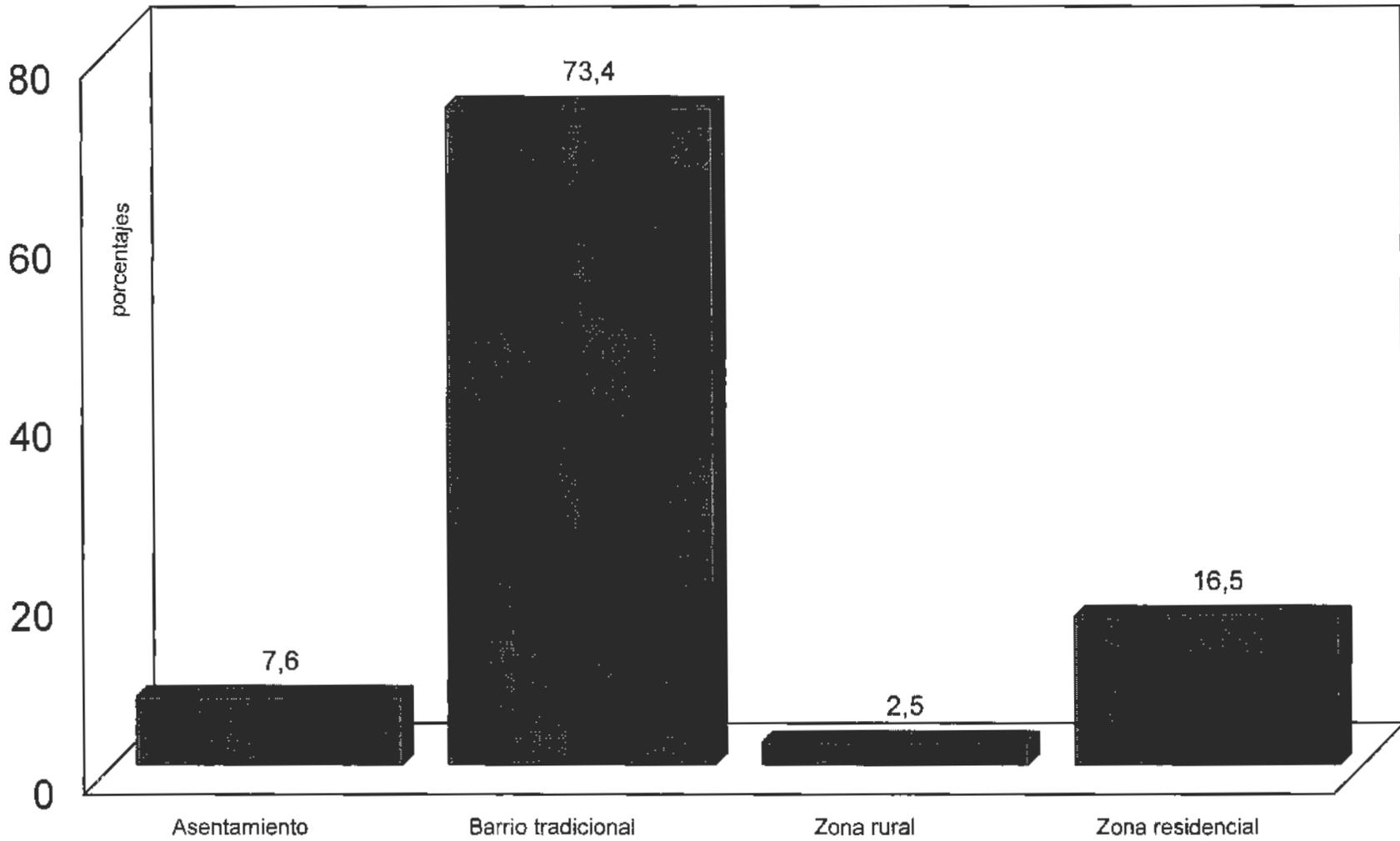


GRAFICO No.5
PACIENTES SEGUN INGRESOS HOSPITALARIOS HOSPITAL
ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA



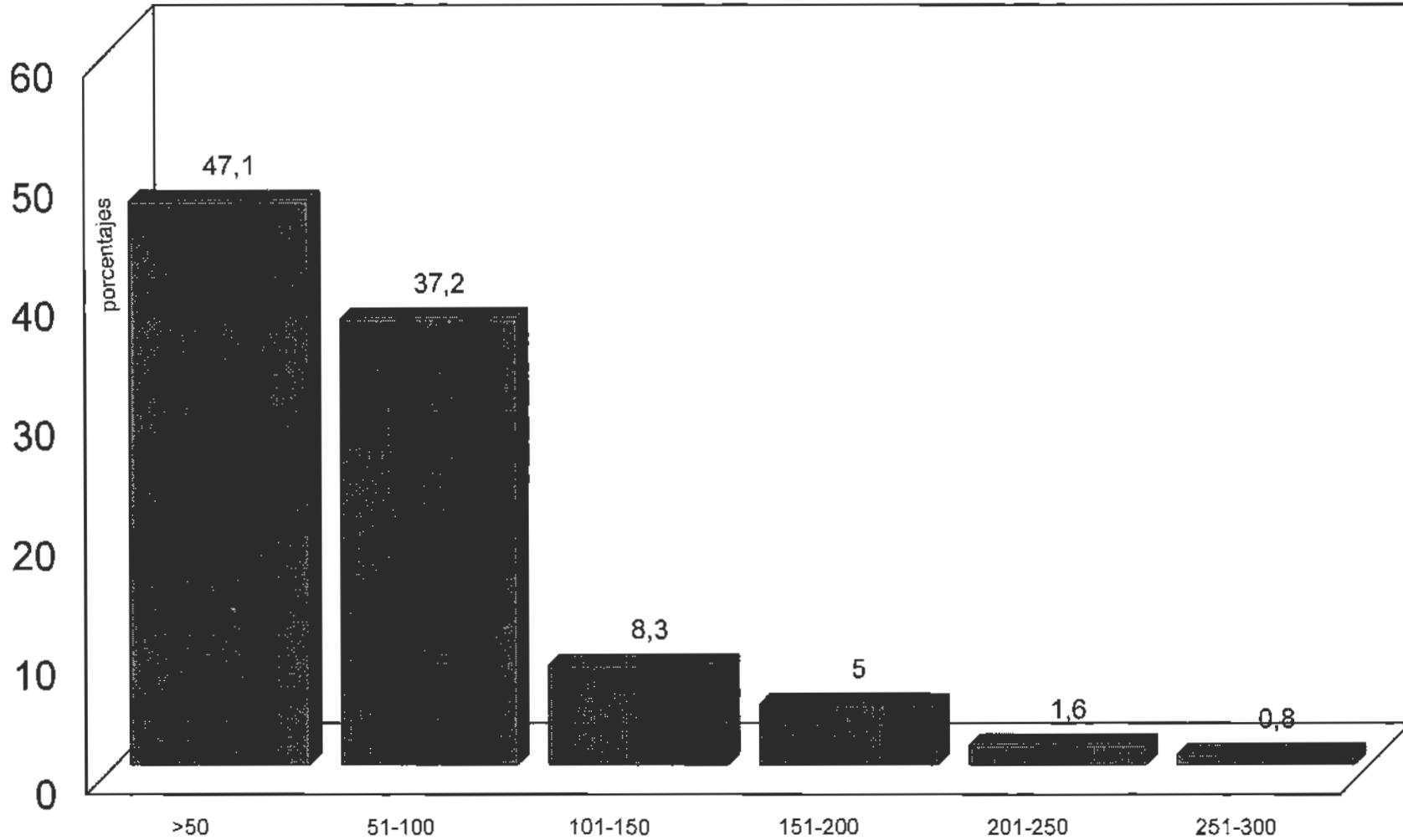
Fuente: Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.6
PACIENTES SEGUN PROCEDENCIA.
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLOMORALS PERALTA



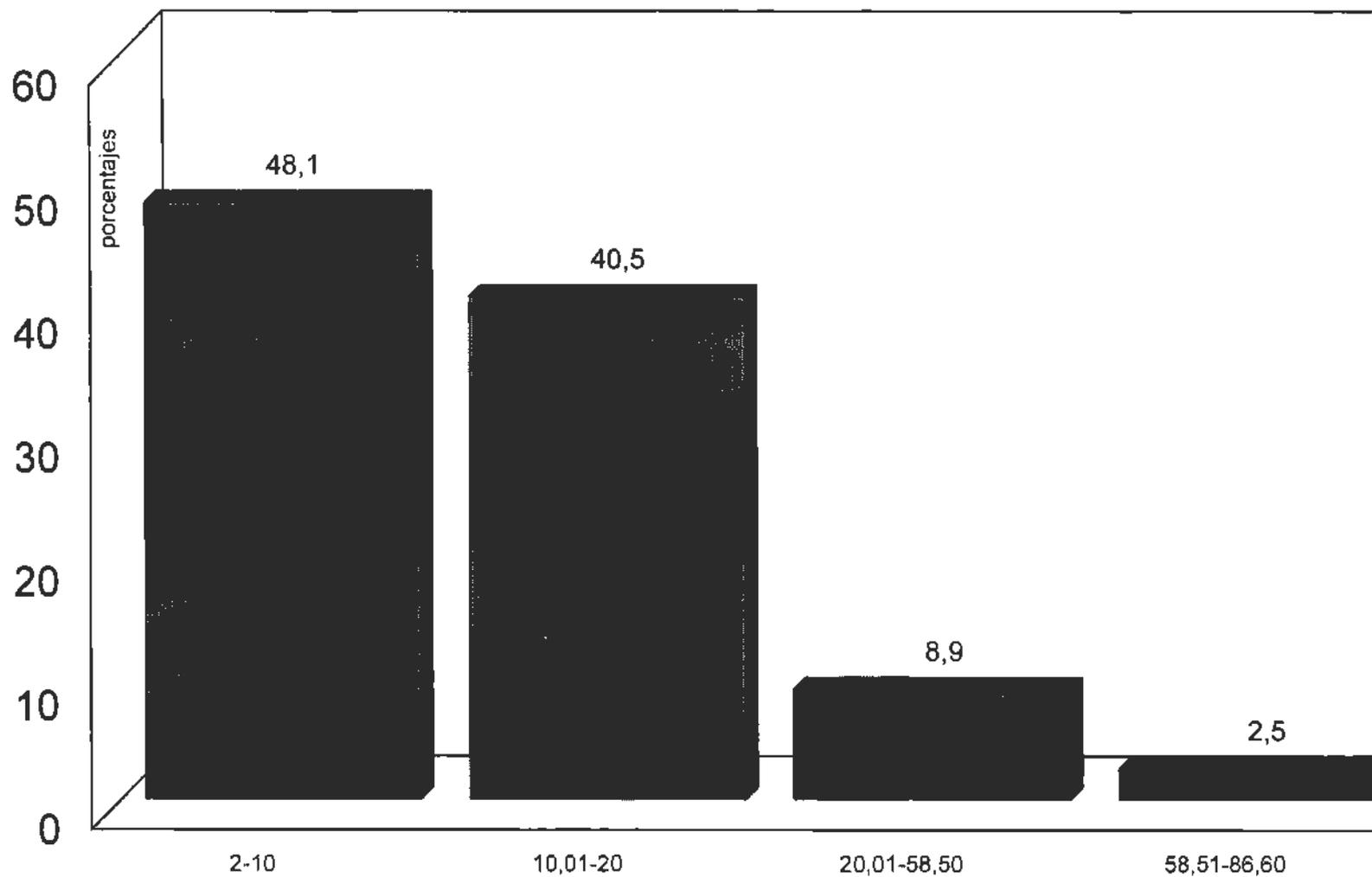
Fuente: Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.7
REINGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN INTERVALO DE TIEMPO (DIAS)
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSEC Y MANOLOMORALES PERALTA



Fuente: Encuesta mayo 1997

GRAFICO No.8
PACIENTES SEGUN ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS)
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA



Fuente: Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.9

PACIENTES SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO (AÑOS) DESDE EL DIAGNOSTICO DE SU ENFERMERDAD.
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA

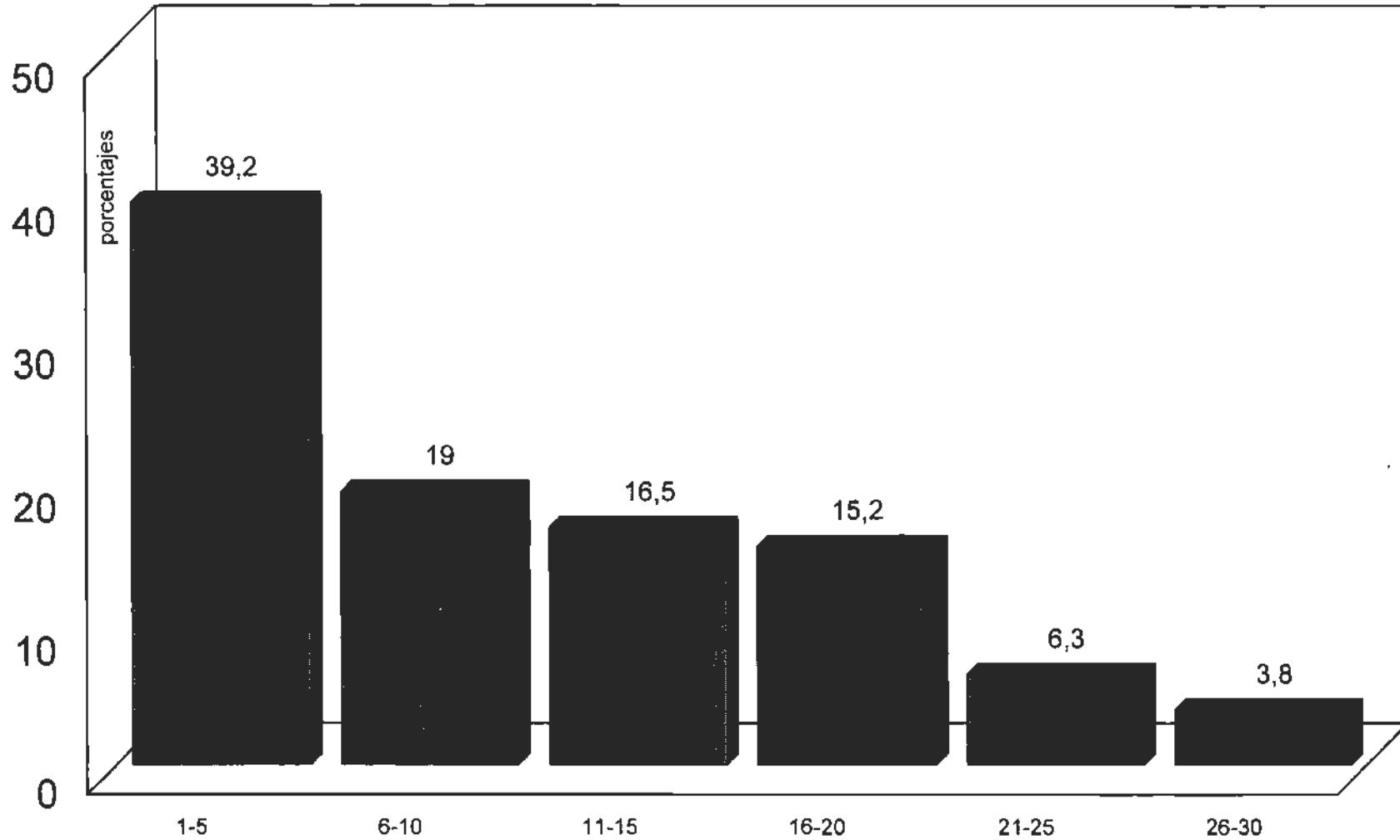
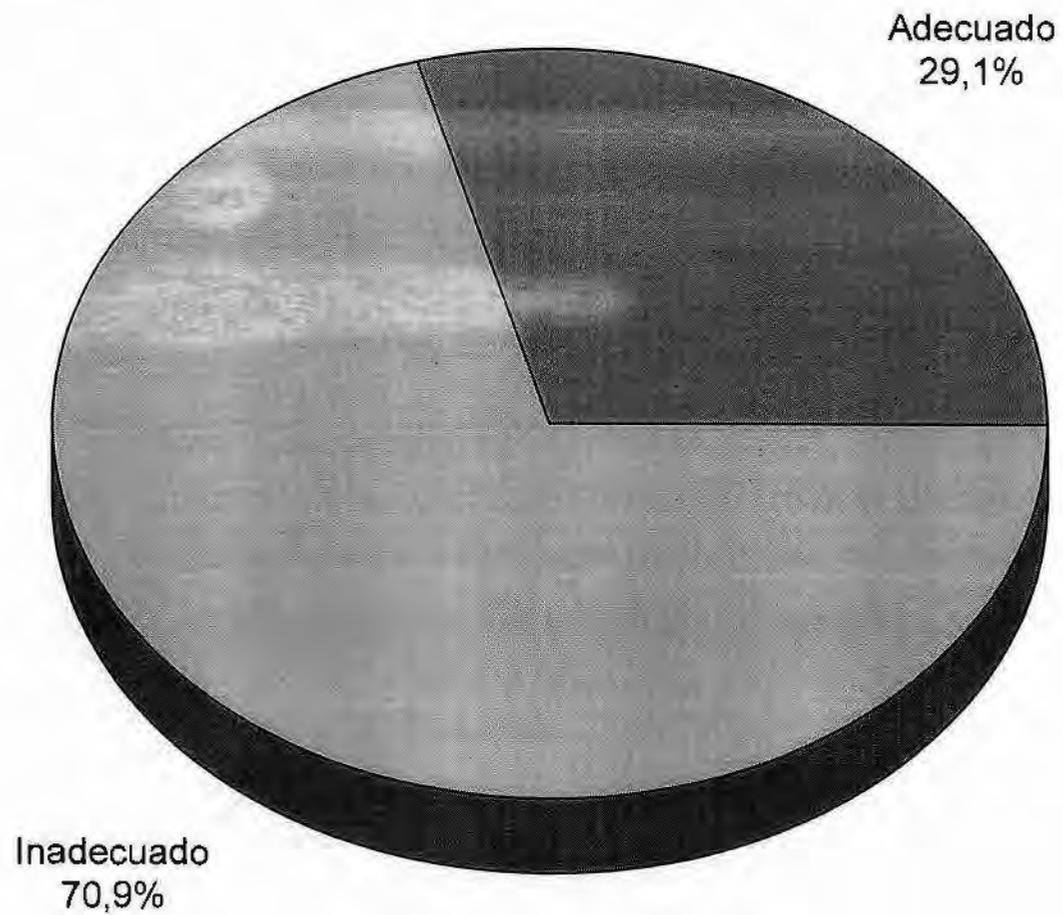


GRAFICO No.10
PACIENTES SEGUN CALIFICACION DE CONOCIMIENTOS
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA



Encuesta Mayo 1997

GRAFICO No.11

PACIENTES SEGUN EVALUACION DE PRACTICAS PERSONALES
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA

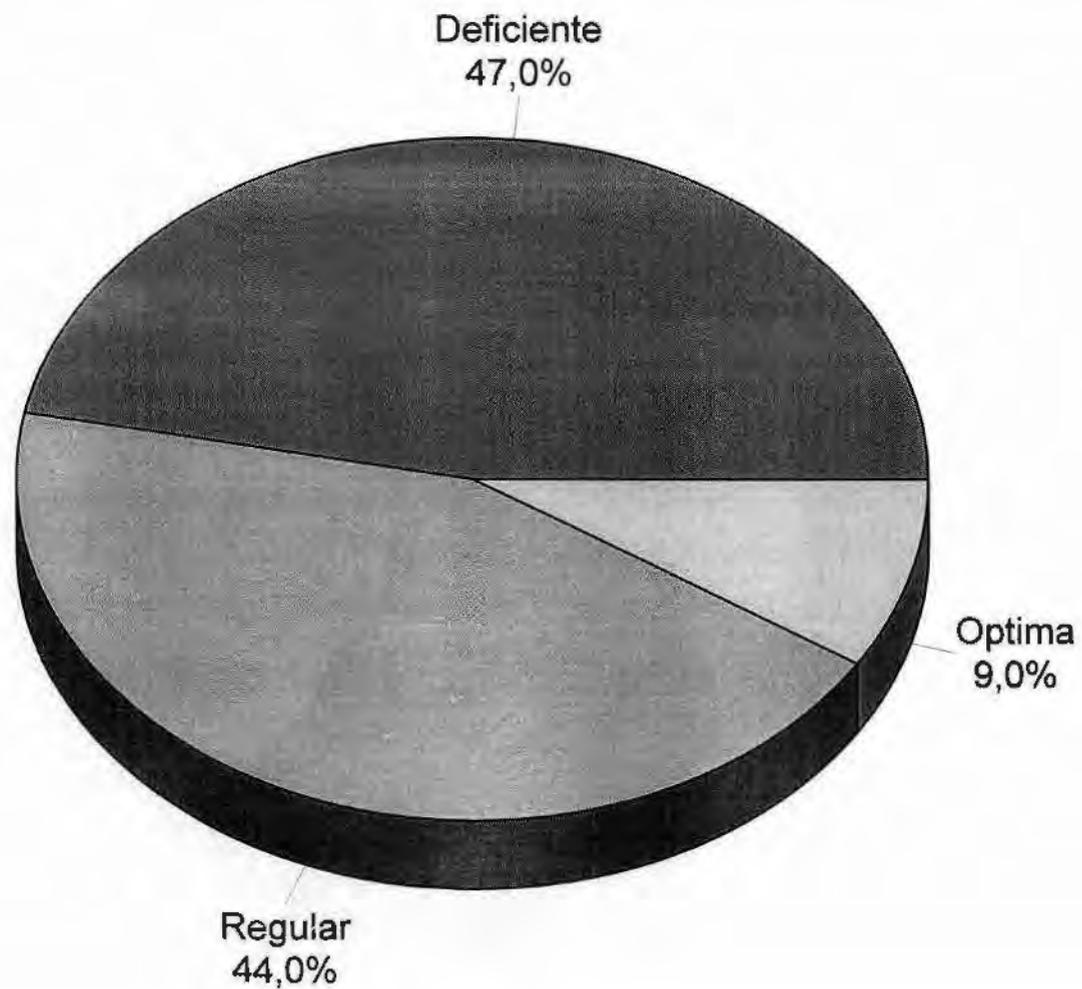


GRAFICO No.12
FAMILIARES DEL PACIENTE SEGUN CALIFICACION DE CONOCIMIENTOS
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA

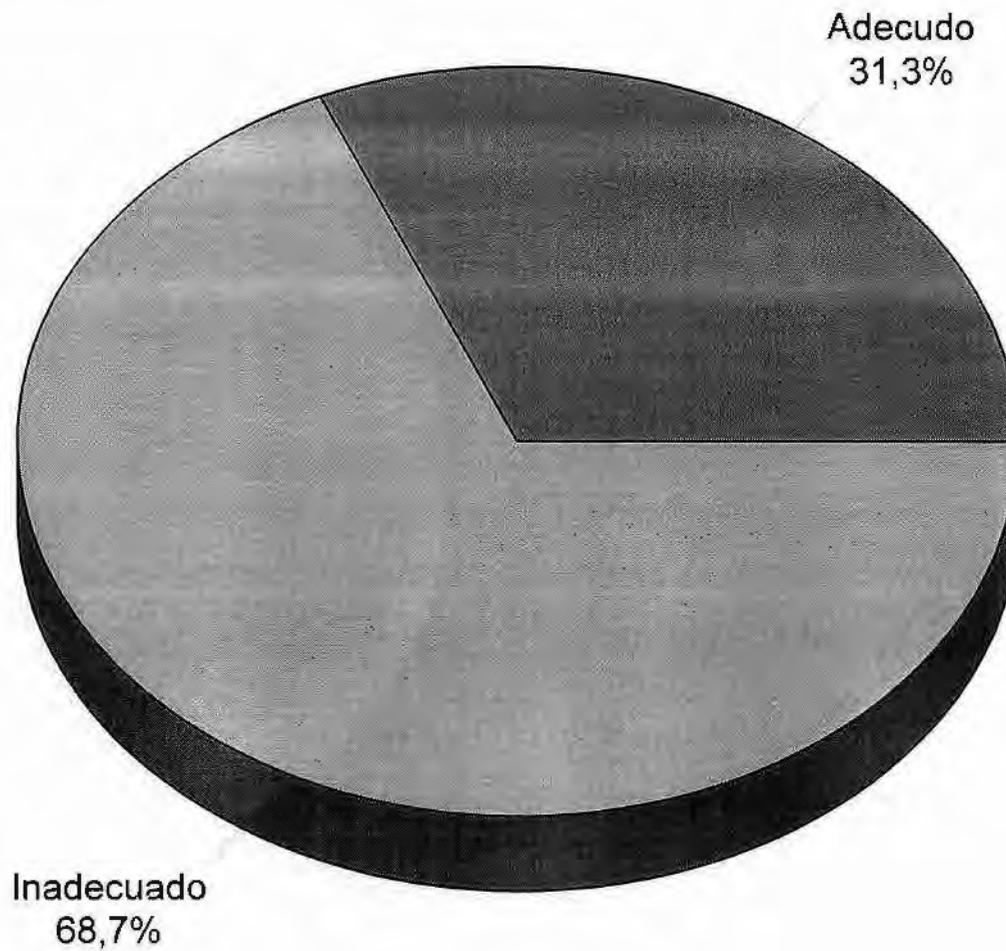
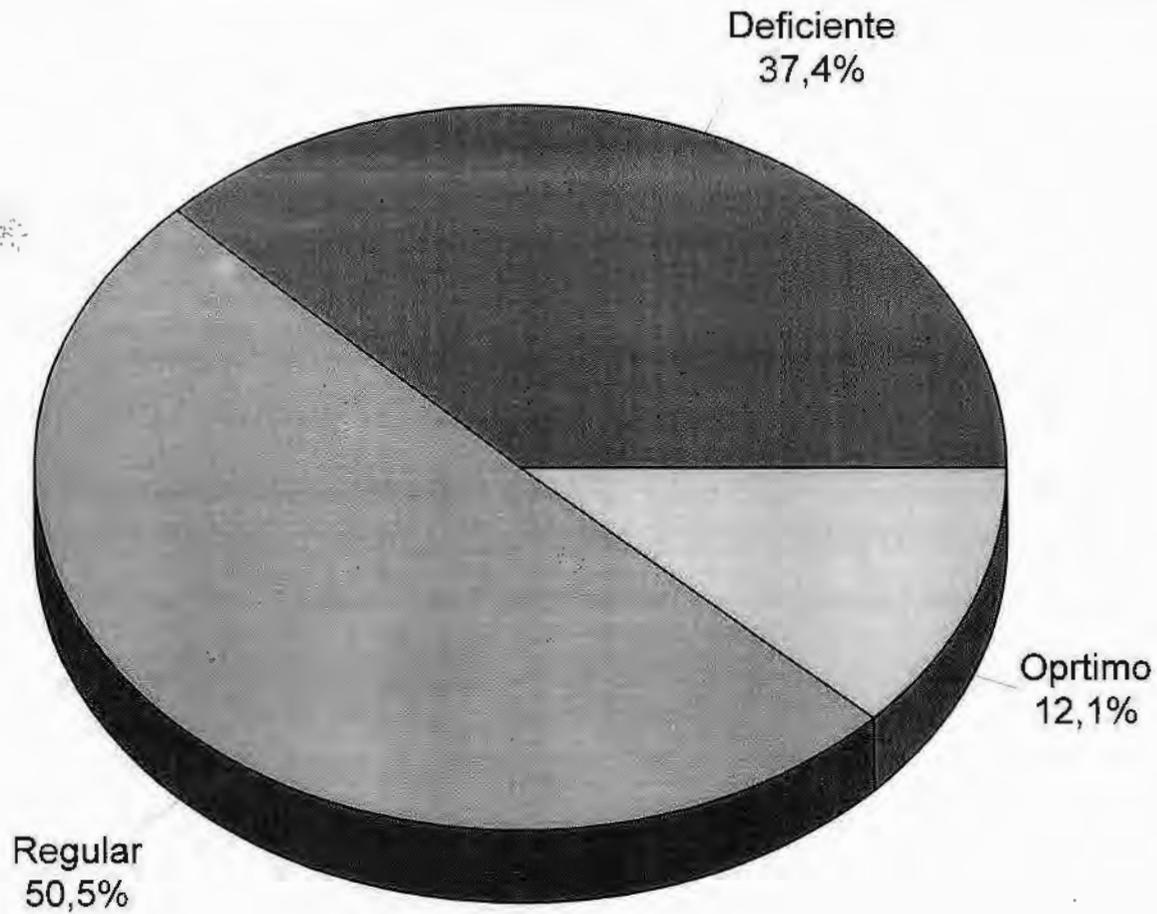


GRAFICO No.13
FAMILIARES DEL PACIENTE SEGUN EVALUACION DE PRACTICAS
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES PERALTA



Fuente: Encuesta Mayo 1997

PLAN EDUCATIVO CONTINUO DIRIGIDO A PACIENTES Y FAMILIARES (PROPUESTAS)

TEMATICAS EDUCATIVAS A DESARROLLAR

1. ASPECTOS CLINICOS

- * Definición
- * Evolución de la enfermedad
- * Factores de riesgo
- * Signos y síntomas
- * Origen y manifestaciones de complicaciones clínicas.
- * Tratamiento

2. CUIDADOS NUTRICIONALES

- * Importancia de la alimentación
- * Interacción nutrientes- tratamiento
- * Obesidad y sobrealimentación (causas, consecuencias y dieta)
- * Hiperlipidemia (causas, consecuencias y dieta)
- * Recomendaciones dietéticas

3. ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES DEL PACIENTE

- * Estado emocional del paciente (stress, depresión, ansiedad)
- * Relaciones afectivas (familia y comunidad)
- * Aislamiento psicológico y social del paciente
- * Sexualidad en la tercera edad

4. CUIDADO DE ENFERMERIA

- * Higiene personal
- * Técnicas de asepsia y antisepsia en pacientes con pie diabéticos
- * Técnicas de curación de micosis y pequeñas cortaduras
- * Técnicas en la aplicación de insulina
- * Orientaciones generales para el cuidado de pie diabético (calzado, cortado de uñas, etc).

5. REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL

- * Importancia de la rehabilitación
- * Afecciones clínicas que requieren rehabilitación (amputación, accidentes cerebro vasculares, afecciones osteo-musculares, etc)
- * Orientación sobre técnicas de incorporación a la actividades laborales y sociales.
- * Importancia del apoyo familiar en la rehabilitación e integración social.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

a) Aspectos metodológicos de enseñanza:

Mensaje: Se deberá apoyar en un lenguaje sencillo y práctico, pudiendo optar porque el contenido educativo sea formulado por los pacientes, familiares o por el personal de salud.

Emisor y Receptor: Todos los participantes desempeñarán ambas funciones, a fin de establecer un dialogo abierto y espontáneo.

Código o Lenguaje: Ha de ser simple y fácil de comprender, independiente del nivel de escolaridad y grupo de edad de cada paciente y familiares.

Medios y recursos: Deberán incorporarse de acuerdo a los objetivos planteados y posibilidades de los servicios de salud.

Métodos y Técnicas de enseñanza: Deberán facilitar el intercambio de experiencias, la capacidad de pensar y decidir, junto con el facilitador, cuáles sean sus necesidades de salud. Se pueden utilizar diversas técnicas de animación, análisis y reflexión.

b) Aspectos Organizativos:

Pacientes y familiares: Dirigir el proceso de capacitación, estableciéndose grupos de pacientes por patología, acompañados de sus familiares y realizar abordaje individual del paciente cuando así se amerite.

EQUIPO CAPACITADOR

Las temáticas educativas a desarrollar con el paciente y familiar, deberán ser facilitadas por un equipo de salud multidisciplinaria conformada por:

- Médico (responsable de atención dispensarizada)
- Enfermera
- Trabajadora Social y/o educador
- Psicóloga
- Farmacéutica
- Fisioterapeuta

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

a) Aspectos metodológicos de enseñanza:

Mensaje: Se deberá apoyar en un lenguaje sencillo y práctico, pudiendo optar porque el contenido educativo sea formulado por los pacientes, familiares o por el personal de salud.

Emisor y Receptor: Todos los participantes desempeñarán ambas funciones, a fin de establecer un dialogo abierto y espontáneo.

Código o Lenguaje: Ha de ser simple y fácil de comprender, independiente del nivel de escolaridad y grupo de edad de cada paciente y familiares.

Medios y recursos: Deberán incorporarse de acuerdo a los objetivos planteados y posibilidades de los servicios de salud.

Métodos y Técnicas de enseñanza: Deberán facilitar el intercambio de experiencias, la capacidad de pensar y decidir, junto con el facilitador, cuáles sean sus necesidades de salud. Se pueden utilizar diversas técnicas de animación, análisis y reflexión.

b) Aspectos Organizativos:

Pacientes y familiares: Dirigir el proceso de capacitación, estableciéndose grupos de pacientes por patología, acompañados de sus familiares y realizar abordaje individual del paciente cuando así se amerite.

EQUIPO CAPACITADOR

Las temáticas educativas a desarrollar con el paciente y familiar, deberán ser facilitadas por un equipo de salud multidisciplinaria conformada por:

- Médico (responsable de atención dispensarizada)
- Enfermera
- Trabajadora Social y/o educador
- Psicóloga
- Farmacéutica
- Fisioterapeuta