



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR
PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR DIABETES
MELLITUS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD N°2**

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Keyla María Vera Ramírez

DIRECTORA:

Dra. Enidth Marlene Moreno Ortega. Mg, Sc.

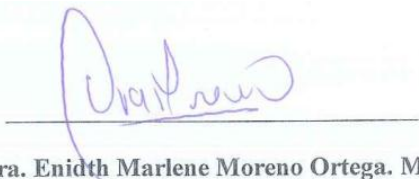
LOJA – ECUADOR
2016

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación titulado “CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD N°2” desarrollado por la Srta. Keyla María Vera Ramírez, previo a la obtención del Título de Médico General, ha sido dirigido, supervisado y revisado durante su desarrollo la misma que cumple con todos los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja por lo que autorizo su presentación ante el Tribunal de Grado respectivo.

Loja, 3 de octubre



Dra. Enidith Marlene Moreno Ortega. Mg. Sc
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Keyla María Vera Ramírez, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulada: CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD N°2 y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la duplicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Keyla María Vera Ramírez

Firma: 

Cédula: 0705891083

Fecha: 3 de octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Keyla María Vera Ramírez, declaro ser autora de la tesis titulada: CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD N°2 cumpliendo con el requisito que me permite obtener el título de **MÉDICO GENERAL**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, tres días del mes de 2016, firma la autora.

Firma:



Autora: Keyla María Vera Ramírez

Cédula: 0705891083

Dirección: Huaquillas, ciudadela José Mayón; Calles: Carchi y Jambeli

Correo Electrónico: k3ylita_917@hotmail.com

Teléfono Celular: 0984666336

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Enidith Marlene Moreno Ortega, Mg. Sc

TRIBUNAL DE GRADO.

PRESIDENTE: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

VOCAL: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc

VOCAL: Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a Dios por ser quien con su infinita bondad me dio vida, salud, paciencia y me supo guiar día tras día por el camino correcto para así alcanzar mis objetivos.

A mis padres por ser quienes más creyeron en mí, quienes me impulsaron cada vez que quise rendirme y quienes a pesar de las adversidades siempre buscaron la solución para que yo culmine con mi carrera.

De manera muy especial a mi hijo Iker, quien desde el día que nació se convirtió en mi motor, mi fuerza, y mis ganas de luchar, por quien mis metas cobraron mayor sentido dándome mejores y más grandes motivos para salir adelante.

Además este trabajo es dedicado a toda mi familia y amigos quienes de alguna manera me brindaron su apoyo y me dieron su ayuda incondicional en el transcurso de mi carrera.

Keyla María Vera Ramírez

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero dar gracias a Dios por permitirme poder cumplir este sueño que hoy se hace realidad y por haber sido mi guía al realizar esta investigación.

Además agradezco a los docentes de la Universidad Nacional de Loja en especial a la carrera de Medicina que contribuyeron a mi formación académica, profesional y moral.

De manera especial agradezco a mi Directora de Tesis la Dra. Marlene Moreno por su tiempo brindado y asesoría desde el inicio hasta la culminación de este proyecto investigativo.

A mis padres quienes han representado en todo momento una fuente de apoyo incondicional ya que sin ellos no podría haber cumplido con mi tan anhelada meta, ellos quienes con todo su amor me enseñaron a plantearme un objetivo y a luchar por alcanzarlo.

Y a mi hijo Iker le agradezco por el simple hecho de existir, ya que sin él, talvez no hubiera tenido el coraje necesario para luchar día tras día.

Keyla María Vera Ramírez

ÍNDICE

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORÍA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MARCO CONCEPTUAL	7
4.1. Diabetes Mellitus	7
4.1.1. Definición	7
4.1.2. Datos epidemiológicos de la Diabetes Mellitus	8
4.1.3. Clasificación	8
4.1.4. Factores de riesgo	12
4.1.5. Manifestaciones Clínicas	13
4.1.6. Diagnóstico de Diabetes Mellitus	13
4.1.7. Tratamiento de Diabetes Mellitus	14
4.2. Contexto Familiar	19
4.2.1. Concepto de contexto familiar	19
4.2.2. Influencia del contexto familiar para desarrollar diabetes mellitus	19

5. METODOLOGÍA	21
6. RESULTADOS	24
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	28
8. CONCLUSIONES	31
9. RECOMENDACIONES	32
10. BIBLIOGRAFÍA	33
11. ANÉXOS	37
11.1. ANEXO N°1	37
11.2. ANEXO N°2	38
11.3. ANEXO N°3	39

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1: Factores De Riesgo Para Diabetes	12
CUADRO N°2: Criterios Diagnósticos De La Diabetes Mellitus	13
CUADRO N°3: Objetivos Terapéuticos En Adultos	14
CUADRO N°4: Insulinas	18

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÀFICO N°1	24
GRÀFICO N°2:	25
GRÀFICO N°3	26
GRÀFICO N°4	27

1. TÍTULO

“CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA
DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD
Nº2”

2. RESUMEN

El propósito de este proyecto es realizar un análisis acerca del contexto familiar como factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud N°2 de Loja.

Este estudio tiene como finalidad determinar el contexto familiar como un factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 para el cual se empleó un método de estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, donde se evaluó a 50 pacientes que acudieron a consulta externa en el Centro de Salud N°2 de Loja durante los meses mayo, junio y julio del 2015.

Mediante técnicas de recolección de datos como la encuesta, obteniendo como resultados que el sexo femenino representa 62,0%; de los antecedentes de cada uno de los pacientes presentan sobrepeso o algún grado de obesidad 74,0%; hipertensión arterial 80,0%; síndrome de ovario poliquístico 16,0%; realizan ejercicio físico 6,0%; consumen alcohol 16,0%, consumen tabaco 6,0%; pacientes con familiares con diabetes mellitus 62,0%, en cuanto a los factores de riesgo presentes como antecedentes familiares presentan obesidad 58,0%; sedentarismo 56,0%; hipertensión 62,0%; síndrome de ovario poliquístico 6,0%; consumo de comida inadecuada 52,0%; consumo de alcohol 42,0%; consumo de tabaco 30,0%.

Con los datos recolectados se llegó a la conclusión que de los factores de riesgo presentes en las familias de los pacientes encuestados se observa que la hipertensión arterial es la más prevalente sin embargo se encuentra en proporciones muy similares en comparación con los demás factores de riesgo.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, contexto familiar, factor predisponente.

ABSTRACT

The purpose of this project was to carry out an analysis regarding family background as a predisposing factor for developing diabetes mellitus type 2 in Loja's health center No.2.

This study aims to determine family background as a predisposing factor for developing diabetes mellitus type 2 for which a quantitative, descriptive, cross-sectional study method was used, in which 50 patients who attended an external consultation in Loja's Health Center No.2 during the months of May, June and July 2015 participated.

Through data collection techniques such as the survey, it was obtained that females represent 62.0%; from their history it is revealed that each of the patients are overweight or have some degree of obesity 74.0%; arterial hypertension 80.0%; polycystic ovary syndrome 16.0%; perform physical exercise 6.0%; consume alcohol 16.0%, consume tobacco 6.0%; patients with family who have diabetes mellitus 62.0%. In terms of risk factors present in the family's history it was discovered that obesity 58.0%; physical inactivity 56.0%; hypertension 62.0%; polycystic ovary syndrome 6.0%; inadequate food intake 52.0%; alcohol consumption 42.0% and tobacco consumption 30.0% were present.

Using the data collected, a conclusion was determined that of all the risk factors present in the families of the surveyed patients, arterial hypertension was the most prevalent, however, it was found in very similar proportions when compared to other risk factors.

Palabras clave: diabetes mellitus type 2, familiar background, predisposing factor.

3. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas (Rojas de P, 2012).

Además se considera que es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales (González A, 2010).

La Diabetes mellitus tipo 2 corresponde a lo que anteriormente se denominaba diabetes mellitus no insulino dependiente o del adulto, supone el 80-90% de todos los casos de Diabetes Mellitus, constituye un problema socio-sanitario y económico de primera magnitud y que en los próximos años va a adquirir características epidémicas, sobre todo en los países occidentales (Harrison, 2011).

Esta es una enfermedad que afecta a personas a nivel mundial, incrementándose cada vez más su incidencia, tal es así que actualmente existen aproximadamente trecientos ochenta y dos millones de personas afectadas con esta enfermedad en todo el mundo, de los que el 46% aún no han sido diagnosticados (Guariguata L, 2013).

Para la población ecuatoriana de 10 a 59 años participante en la ENSANUT-ECU, la prevalencia de diabetes, definida a partir de la glucemia ≥ 126 mg/dl es 2.7% en hombres y 2.8% en mujeres. Para el grupo de 30 a 59 años es 4.1%. La descripción de la prevalencia por decenios muestra para el quinto decenio de la vida es 10.3%, y las prevalencias en este decenio también son las más altas tanto en hombres (10.5%) como en mujeres (10.2%) (Freire WB, 2014).

En el Distrito de Salud 11D01-Loja en el perfil epidemiológico la diabetes mellitus aparece como 8º causa de morbilidad en el año 2014 con una incidencia de 1468 casos reportados siendo el sexo femenino el más afectado con 1023 casos y la edad predisponente es entre 50-64 años según la fuente estadística Distrito 11D01-Loja.

La diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 tienen causas distintas. Dos factores son importantes para ambas. En primer lugar se debe heredar una predisposición a la enfermedad. En segundo lugar, algo en el entorno debe desencadenar la diabetes como los hábitos desordenados que podría tener la familia (Giménez S, 2014).

Por tales motivos creo que es importante el desarrollo de este estudio ya que en la ciudad de Loja, específicamente en el Centro de Salud N°2 no se ha realizado una investigación que indiquen cuales son los factores de riesgo familiar y de ellos cual es el predisponente que podría estar contribuyendo en el desarrollo de la enfermedad.

La realización de este estudio, además es de total Trascendencia, Viabilidad y Factibilidad para establecer las condiciones de riesgo que están presentando los pacientes atendidos en esta unidad de salud ya que el personal médico tendrá la posibilidad de contar con recursos confiables para difundir prevención y saber sobre qué problemas se debe tratar directamente en estos pacientes y de esta manera disminuir la aparición de comorbilidades de las que la patología en muchas ocasiones está sujeta.

Por ello la presente investigación denominada: “contexto familiar como factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud N°2”, tiene como objetivo general: Determinar el contexto familiar como un factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud N°2 y como objetivos específicos: Identificar la prevalencia de personas con diabetes mellitus tipo 2 que tienen antecedentes familiares de diabetes mellitus; Describir los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 que posee cada uno de los pacientes; Conocer cuál

es el factor predisponente dentro de los antecedentes familiares que influye en el desarrollo diabetes mellitus tipo 2.

Para llevar a cabo el cumplimiento de todo lo mencionado anteriormente se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, en el que se aplicó una encuesta anónima, a 50 pacientes que acudieron a consulta externa en el Centro de Salud N°2 de Loja durante los meses mayo, junio y julio del 2015.

Y finalmente obteniendo como resultado que el factor de riesgo prevalente dentro de los antecedentes familiares es la hipertensión arterial, así mismo se evidenció que los demás factores de riesgo también se encuentran en altos índices en las familias de los pacientes encuestados.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Diabetes Mellitus

4.1.1. Definición.

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de DM resultado de una interacción compleja entre genética y factores ambientales (Harrison, 2011).

De acuerdo con la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser deficiencia de la secreción de insulina, disminución de la utilización de glucosa o aumento de la producción de esta. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la DM provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos, y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario. También predispone a enfermedades cardiovasculares. Dado que está aumentando su incidencia en todo el mundo, seguirá siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el futuro próximo (Harrison, 2011).

Se puede definir también como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas, lo que conlleva una afectación microvascular y macrovascular que afecta a diferentes órganos como ojos, riñón, nervios, corazón y vasos (Antón M, 2012).

Además, se considera que es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales (Gonzalez A, 2010).

4.1.2. Datos epidemiológicos de la diabetes mellitus.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 constituyen cerca del 85 a 95 % del total de la población diabética en los países desarrollados; estos porcentajes son más elevados en los llamados en vías de desarrollo. Esta entidad nosológica, es hoy un serio y común problema de salud mundial, el cual, para la mayoría de los países, ha evolucionado en asociación con rápidos cambios sociales y culturales, envejecimiento de las poblaciones, aumento de la urbanización, cambios en la dieta, reducida actividad física y otros estilos de vida y patrones conductuales no saludables (Gonzalez A, 2010).

En enero del 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, casi la mitad de esas muertes corresponden a personas menores de 70 años y un 55% a mujeres. Los egresos hospitalarios en las instituciones públicas del sector salud por diagnóstico de egreso según régimen de institución en el 2008, revelan que las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas ocupan el 6o lugar con un total de 4.6% (21,009) (Gonzalez A, 2010).

4.1.3. Clasificación

La DM puede clasificarse en cuatro categorías clínicas:

- **DM tipo 1 (DM1):** debida a la destrucción de la célula beta y, en general, con déficit absoluto de insulina.

- **DM tipo 2 (DM2):** debida a un déficit progresivo de secreción de insulina sobre la base de una insulinoresistencia.
- **Diabetes gestacional (DG):** DM diagnosticada durante el embarazo; no es una DM claramente manifiesta. Algunos pacientes no pueden clasificarse claramente como tipo 1 o tipo 2 porque la presentación clínica es muy variable, pero el diagnóstico se hace más claro con el paso del tiempo.
- **Otros tipos específicos:** como: Defectos genéticos en la función de las células beta, que comprende varias entidades. Cromosoma 12, HNF-1 alfa (antes MODY 3). Cromosoma 7, glucocinasa (antes MODY 2), Cromosoma 20, HNF-4 alfa (antes MODY 1). Mutaciones puntiformes del DNA mitocondrial asociado a sordera, efectos genéticos en la acción de la insulina, resistencia a la insulina tipo A., enfermedades endocrinas, acromegalia, síndrome de cushing, hipertiroidismo, diabetes inducida por drogas, Infecciones (Iglesias R, 2014).

Diabetes mellitus tipo 1.

La diabetes tipo 1 (DM1) corresponde a la entidad anteriormente denominada diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil, en la que la destrucción de las células β del páncreas conduce a una deficiencia absoluta de insulina. En la clasificación actual, la DM1 se subdivide en dos subtipos: DM1 A o autoinmune y DM1 B o idiopática.

DM1 A o autoinmune: enfermedad autoinmune en la que existe una destrucción selectiva de las células β del páncreas mediada por linfocitos T activados en sujetos con haplotipos HLA de predisposición. Después de un período preclínico de duración variable, durante el cual el paciente permanece asintomático, cuando la masa de células productoras de insulina llega a un valor crítico el paciente presenta la sintomatología

clásica: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y una progresiva cetosis que puede acabar en cetoacidosis, si no se instaura tratamiento con insulina exógena.

DM1 B o idiopática: como contraposición a la DM1 A, la DM1 B engloba a aquellos pacientes con mismas o iguales características, en los que no se encuentran datos de autoinmunidad ni haplotipos HLA de predisposición. Como entidad de reciente descripción se conoce poco de su etiología, evolución y pronóstico (Vitoria-Gasteiz, 2012).

Diabetes mellitus tipo 2.

En este caso, esta forma de DM corresponde a lo que anteriormente se denominaba diabetes mellitus no insulino dependiente o del adulto (por encima de los 40 años). El carácter no insulino dependiente de la enfermedad únicamente hacía referencia al tratamiento requerido a lo largo de la historia natural de la enfermedad, con la consiguiente confusión. En nuestros días sabemos, además, que cada vez son más frecuentes los casos de DM2 diagnosticados en jóvenes, adolescentes y niños. La DM2 supone el 80-90% de todos los casos de DM, afecta a un 6-10% de la población española y constituye, un problema sociosanitario y económico de primera magnitud y que en los próximos años va a adquirir características epidémicas, sobre todo en los países occidentales (Conget, I, 2010).

La importancia relativa de los defectos en la secreción de insulina o en la acción periférica de la hormona en la aparición de la DM2 ha sido, sigue y seguirá siendo motivo de debate. Teniendo en cuenta la íntima relación que guardan la secreción de insulina y la sensibilidad a la acción de la hormona en el complicado control de la homeostasis de la glucosa, es prácticamente imposible disecar por separado la contribución de cada una de ellas a la etiopatogenia de la DM2. Además, debemos tener

en cuenta que ambos fenómenos suelen coexistir y participan en una proporción diferente en la fisiopatología de la enfermedad, no sólo según la población estudiada, sino también según el período evolutivo de la misma.

Por otro lado, la expresión fenotípica de los defectos genéticos que condicionan las alteraciones en la secreción de insulina y en su acción periférica se encuentra modulada por diversos factores ambientales, muchos de ellos consecuencia directa de estas propias alteraciones. Ante esta compleja situación, y con buen criterio, la nueva clasificación de la DM de la ADA elude la discusión bizantina y propone que en la DM2 coexisten ambos defectos, pero que prevalecerá uno u otro según los casos.

En las situaciones en las que predomina la resistencia a la insulina, la masa de células β sufre una transformación capaz de aumentar su oferta de insulina y compensar la excesiva y anómala demanda. Sea cual sea el defecto inicial en la patogenia de la DM2, es obvio que el fracaso de la célula beta pancreática es una condición alarmante en el desarrollo final de la enfermedad y en su presentación clínica (Conget, I, 2010).

La DM2 es una entidad de carácter silencioso en las primeras etapas de la enfermedad. Esto, entre otras variables, determina que un elevado porcentaje de quienes la padecen desconozcan su condición y el diagnóstico frecuentemente se produzca en forma tardía ante la aparición de alguna de sus complicaciones. Si bien el cuerpo de la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra del rastreo de diabetes en la población general, existe un grupo de condiciones cuya presencia determina un riesgo aumentado de padecerla y por lo tanto debe realizarse pesquisa en quienes la presenten.

4.1.4. Factores de Riesgo de Diabetes Mellitus

- ❖ Antecedentes familiares de Diabetes (p, ej., padres o hermanos con diabetes mellitus tipo 2).
- ❖ Obesidad (IMC >25 kg/m²)
- ❖ Inactividad Física Habitual
- ❖ Raza o Etnicidad (p. ej., estadounidenses de raza negra, hispanounidenses, americano nativo, ascendencia asiática, isleño del Pacífico)
- ❖ Trastorno de la glucosa en ayunas, trastorno de la tolerancia a la glucosa o una A1C de 5.7 a 6.4% previamente identificada
- ❖ Antecedentes de Diabetes Mellitus Gestacional o nacimiento de un niño con peso de >4kg
- ❖ Hipertensión (presión arterial >140/90 mm Hg)
- ❖ Concentración de Colesterol HDL <35 mg/100 ml (0.90 mmol/L), concentraciones de triglicéridos >250 mg/100ml (2.82 mmol/L) o ambas
- ❖ Síndrome de Ovario Poliquístico o Acantosis nigricans
- ❖ Antecedentes de enfermedad cardiovascular (Harrison, 2011)

CUADRO N°1. FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS

MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrepeso y obesidad (central y total) ▪ Sedentarismo ▪ Intolerancia a la prueba de la glucosa y glucosa alterada en ayunas ▪ Síndrome metabólico ▪ Hipertensión arterial ▪ HDL-C bajo ▪ Hipertrigliceridemia ▪ Factores dietéticos ▪ Ambiente intrauterino 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raza ▪ Historia familiar ▪ Edad ▪ Sexo ▪ Historia de diabetes gestacional ▪ Síndrome de ovarios poliquístico

(Palacios A, 2012)

4.1.5. Manifestaciones Clínicas de la Diabetes Mellitus.

Los síntomas principales frecuentes de la diabetes mellitus son: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, fatiga, debilidad, visión borrosa, infecciones superficiales frecuentes y mala cicatrización de las heridas. Se deben obtener los antecedentes personales patológicos completos con énfasis en el peso, ejercicio, el tabaquismo, el consumo de alcohol, los antecedentes familiares de diabetes mellitus y los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. En un individuo con DM documentada es necesario valorar el cuidado anterior de la DM, determinar las concentraciones de HbA1c, obtener resultados de la glicemia vigilada por el propio paciente y de la frecuencia de hipoglucemia, también valorar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad (Farreras R, 2009).

4.1.6. Diagnóstico.

Los nuevos criterios se basan en niveles menores de glucosa con la finalidad de iniciar precozmente el tratamiento y reducir las complicaciones, incluye síntomas clásicos con glucemia en ayunas igual o mayor de 126 mg/dL y glucemia casual, igual o mayor a 200 mg/dL. Se define como ayuno la falta de ingesta calórica de, al menos, ocho horas (Rojas de P, 2012).

CUADRO N°2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DIABETES MELLITUS

Síntomas de diabetes más concentraciones de glucemia al azar ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/100 ml) o bien

Glucosa plasmática en ayunas ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/100 ml) o bien

Hemoglobina glicosilada $> 6.5\%$ o bien

Glucosa plasmática a las 2 h ≥ 11.1 mmol/L (200mg / 100ml) durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa

(ADA, 2011)

Se recomienda confirmar los valores en aquellos casos donde no se demuestre una hiperglucemia evidente acompañada de descompensación metabólica.

Sin embargo en los pacientes donde se sospecha DM1, no debería retardarse el tratamiento en espera de análisis confirmatorios (Rojas de P, 2012).

4.1.7. Tratamiento.

Los objetivos del tratamiento de la DM tipo 1 o 2 son: 1) eliminar los síntomas relacionados con la hiperglucemia, 2) eliminar o reducir las complicaciones de microangiopatía o macroangiopatía a largo plazo y 3) permitir al paciente un estilo de vida tan normal como sea posible (Harrison, 2011).

Para lograr estos objetivos, el médico debe identificar una meta de control glucémico en cada paciente, proporcionarle los recursos de educación y fármacos para lograr este nivel, y vigilar y tratar las complicaciones relacionadas con la DM. Los síntomas de la diabetes suelen resolverse cuando la glucosa plasmática es <11.1 mmol/L (200 mg/100 ml), y por tanto la mayor parte del tratamiento de la enfermedad se centra en lograr el segundo y tercer objetivos (Harrison, 2011).

CUADRO N°3. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN ADULTOS

INDICE	CIFRA COMO OBJETIVO
<ul style="list-style-type: none"> CONTROL DE LA GLUCEMIA 	
A1C	<7.0
Glucosa plasmática capilar en fase preprandrial	3.9 a 7.2 mmol/L (70 a 130 mg/100 ml)
Glucosa plasmática capilar en fase posprandial (pico)	< 10.0 <1.7 mmol/L (<180 mg/ 100 ml)
<ul style="list-style-type: none"> PRESIÓN ARTERIAL 	$<130/80$
<ul style="list-style-type: none"> LÍPIDOS 	
Lipoproteína de baja densidad	<2.6 mmol/ (<100 mg/100 ml)
Lipoproteína de alta densidad	>1 mmol/L (>40 mg/100 ml) en varones > 1.3 mmol/L (50 mg/100 ml) en mujeres
<ul style="list-style-type: none"> TRIGLICÉRIDOS 	<1.7 mmol/L (<150 mg/100 ml)

(ADA, 2011)

La atención del paciente con DM tipo 1 o 2 requiere un equipo interdisciplinario, para el éxito de este equipo es fundamental la participación del paciente, de sus aportaciones y de su entusiasmo, todos ellos esenciales para un tratamiento óptimo de la diabetes. Los miembros del equipo de salud incluyen el médico de atención primaria, el endocrinólogo o diabetólogo, o ambos, un educador en diabetes diplomado y un especialista en nutrición. Además, cuando surgen las complicaciones de la diabetes son fundamentales subespecialistas con experiencia en las complicaciones de la enfermedad (como neurólogos, nefrólogos, cirujanos vasculares, cardiólogos, oftalmólogos y podólogos, (Harrison, 2011).

Las personas identificadas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud, ya que el riesgo para desarrollar diabetes mellitus Tipo 2 y enfermedad cardiovascular es elevado, conforme a lo establecido en la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes.

En las personas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, de primera intención se recomienda la intervención no farmacológica (dieta y ejercicio) (Gonzalez A, 2010).

Nutrición: Reducir la sobre-ingesta calórica, principalmente la ingesta de carbohidratos refinados y de grasas saturadas. El objetivo es lograr la reducción de al menos un 5 a 10% del peso corporal. Consultar Manejo Nutricional de la diabetes mellitus tipo 2 y Obesidad (Gonzalez A, 2010).

Ejercicio: Se recomienda ejercicio aeróbico mínimo 30 minutos al día durante 5 veces a la semana. El tipo e intensidad del ejercicio debe adaptarse a la edad y condiciones físicas de cada paciente.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones. Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles adecuados de glucosa, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica de manera periódica (Gonzalez A, 2010).

El manejo inicial de pacientes con diabetes tipo 2 se hará mediante medidas no farmacológicas, mismas que se deberán mantener durante todo el curso del tratamiento. No obstante, lo anterior, existe evidencia de que el uso de medicamentos en etapas tempranas (prediabetes: glucosa de ayuno anormal e intolerancia a la glucosa) pueden disminuir la progresión hacia la diabetes manifiesta. En el caso de diabetes tipo 1, la indicación para el uso de insulina es al momento del diagnóstico en conjunto con las medidas no farmacológicas.

El manejo farmacológico se iniciará cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, incluso desde el diagnóstico, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática y para alcanzar metas de control lo más tempranamente posible, conforme a la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la diabetes mellitus. Los medicamentos que pueden utilizarse para el control de la diabetes tipo 2 son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos (Gonzalez A, 2010).

Así mismo, se podrán utilizar los inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas, glinidas, incretinas e inhibidores de la enzima 16 dipeptidilpeptidasa(DPP-4) o gliptinas y otros que en su momento apruebe la Secretaría de Salud, conforme a las Guías de Tratamiento Farmacológico para el Control de la diabetes mellitus; a uso de Insulinas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2 y a la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes.

Debe advertirse que en la mayoría de los tratamientos mediante hipoglucemiantes orales, puede desarrollarse falla secundaria a mediano y a largo plazos. Las causas más frecuentes de la falla son la pérdida progresiva en la capacidad de producir insulina por la célula beta, especialmente aquellos que promueven la producción de la hormona y la falta de adherencia al tratamiento (Gonzalez A, 2010).

Con respecto a la utilización de insulina en la diabetes tipo 1 el tratamiento indispensable que debe ser utilizado desde el momento del diagnóstico. En la diabetes tipo 2 cuando persiste hiperglucemia en ayuno, se puede iniciar con insulina nocturna de manera combinada con hipoglucemiantes orales de administración diurna, conforme a la guía uso de Insulinas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. Se debe realizar la medición, al menos una vez al año, de colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL, colesterol-LDL, HbA1c y examen general de orina, si este último resulta negativo para albuminuria se debe buscar microalbuminuria (Gonzalez A, 2010).

Insulinas: Debe emplearse siempre en el tratamiento de la DM1, y en un número importante de diabéticos tipo 2, desde que comenzara a usarse en humanos en los años veinte. Es una proteína de 51 aminoácidos encuadrados en dos cadenas que hoy se obtiene por ingeniería genética. Existen diferentes preparados comerciales que se diferencian en las sustancias añadidas con objeto de modificar sus características farmacocinéticas (comienzo, pico y duración de la acción). En la tabla aparecen las especialidades disponibles en la actualidad. La insulina se puede administrar mediante jeringa, dispositivos tipo pluma o bombas de infusión continua (Alfaro J & Sima A, 2011).

CUADRO N°4. INSULINAS

PREPARADO	INICIO,h	EFECTO MAXIMO (PICO), h	DURACION EFECTIVA, h
DE ACCIÓN CORTA			
Aspart	< 0.25	0.5-1.5	3.4
Glulisina	< 0.25	0.5-1.5	3.4
Lispro	< 0.25	0.5-1.5	3.4
Simple (regular)	0.5-1.0	2-3	4-6
DE ACCIÓN LARGA			
Detemir	1-4	---	Hasta 24
Glargina	1-4	---	Hasta 24
NPH	1-4	6-10	10-16
COMBINACIONES DE INSULINA			
.El esquema 75/25 incluye 75% de lispro protamina y 25% de lispro	<0.25	1.5 h	Hasta 10-16
.El esquema 70/30 incluye 70% de aspart protamina y 30% de aspart	<0.25	1.5 h	Hasta 10-16
.El esquema 50/50 incluye 50% de lispro protamina y 50% de lispro	<0.25	1.5 h	Hasta 10-16
.El esquema 70/30 incluye 70% NPH y 30% de insulina simple	0.5-1.0	Doble	10-16

(Harrison, 2011)

4.2. CONTEXTO FAMILIAR

4.2.1. Concepto.

Los miembros de una familia tienen en común genes, comportamientos, estilos de vida y ambientes que juntos pueden influenciar su salud y su riesgo de enfermedades crónicas. La mayoría de las personas ya tienen antecedentes familiares de alguna enfermedad crónica (por ejemplo, cáncer, cardiopatías coronarias y diabetes) o de otras afecciones (por ejemplo, hipertensión arterial e hipercolesterolemia). Las personas con un familiar cercano que padece una enfermedad crónica pueden tener un mayor riesgo de padecer esa misma enfermedad que aquellas personas sin tal familiar (Clifton R, 2013).

Para ser útil, los antecedentes familiares deben mostrar tres generaciones de los familiares biológicos de una persona, la edad al momento del diagnóstico de cada familiar afectado, y la edad y causa de muerte de cada familiar fallecido. Los antecedentes familiares de enfermedad son una herramienta útil para comprender los riesgos a la salud y para prevenir enfermedades en las personas y sus familiares cercanos.

Algunas personas pueden conocer mucho y otras muy poco de sus antecedentes familiares de enfermedad (Clifton R, 2013).

4.2.2. Influencia del contexto familiar para desarrollar diabetes mellitus tipo 2.

La familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes, conocimientos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud. Las relaciones existentes entre familia y proceso salud-enfermedad son innegables y pueden

analizarse teniendo en cuenta diversos momentos o etapas de este proceso (ALBA L, 2012)

A pesar de que se han encontrado defectos genéticos, que explican algunos de los casos de diabetes mellitus, tanto la investigación en poblaciones como los modelos en animales, no han sido suficientes para clarificar la serie de eventos que se manifiestan con aumentos en los niveles de glucosa en plasma y la resistencia a la insulina, lo cual sugiere un complejo sustrato genético. Esto sustenta la importancia de los antecedentes familiares ya que por lo general una misma familia comparte cultura, creencias y factores de riesgo como el sobrepeso y obesidad debido a mismas costumbres y patrones de alimentación que impactan en la carga genética, no sólo de los genes que se involucran directamente en el metabolismo de la glucosa (Izquiero-Valenzuelo A, 2010).

En la medida de que la población pobre no tiene acceso a una dieta variada, consume los alimentos procesados que puede adquirir fuera de casa y debe transportarse durante gran tiempo a los trabajos en los cuales se han colocado, este sedentarismo, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes. Así mismo, los cambios demográficos, el índice de nacimientos por familia, principalmente en regiones rurales, el abandono del campo, han propiciado una menor calidad en la educación, por falta de empleo, o por la subestimación de los padres con respecto a la educación de sus hijos. Esto significa escasa percepción de la población pobre con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles, que se acompaña de una mayor morbilidad y mortalidad, entre los grupos en pobreza y pobreza extrema (Izquiero-Valenzuelo A, 2010).

5. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Es de tipo cuantitativo porque las variables categóricas se midieron con instrumentos que convierten las variables nominales a numéricas además, se analizaron con estadística descriptiva, principalmente frecuencia y porcentaje, es descriptivo porque describe los hechos tal y como se encuentran en la realidad, es de corte transversal porque los datos se recolectaron en un determinado tiempo.

Universo

Todos los pacientes atendidos en el centro de salud N° 2 de la ciudad de Loja durante los meses mayo, junio y julio de 2015

Muestra:

Todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en total 50 pacientes atendidos en el centro de salud N° 2 de la ciudad de Loja durante los meses mayo, junio y julio de 2015.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2
- Pacientes mayores a 20 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1
- Pacientes menores a 20 años de edad.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Previo autorización por parte del jefe distrital administrativo y por intermedio del director técnico del centro de salud N° 2 de Loja, procedí a obtener las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, luego de esto

localicé a los pacientes en su lugar de domicilio donde previo a un consentimiento informado, a cada uno le pedí que responda una encuesta.

Para determinar los antecedentes familiares de cada paciente se les preguntó si tiene algún familiar (padres hermanos o abuelos) que presente obesidad, sedentarismo, hipertensión, síndrome de ovario poliquístico, alimentación inadecuada, consumo de alcohol o consumo de tabaco.

Para identificar la prevalencia de personas diabéticas con antecedentes familiares de diabetes mellitus se le preguntó mediante a cada paciente si tiene un familiar (padres, hermanos o abuelos) que sean diabéticos.

Para describir los factores de riesgo de cada paciente se les preguntó de qué sexo es, qué peso tiene, si realiza ejercicio físico, si consume alcohol o tabaco y si tiene hipertensión, todo esto me permitió saber los factores de riesgo que presentan así como datos relacionados con su familia y de esta manera obtuve la información que requería para la investigación. Luego con la información obtenida procedí a tabular los datos cuyos resultados obtenidos benefician a los pacientes en estudio.

Fuentes de información:

- **Primaria:** pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron de las encuestas.

Plan de análisis y presentación de los datos:

Se registraron, analizaron y tabularon los datos obtenidos mediante métodos estadísticos y se proyectaron los datos en gráficos de tipo barras.

Utilidad de datos obtenidos:

La información obtenida con la investigación será socializada al Centro de Salud N°2 mediante la entrega de una copia de la investigación con los resultados obtenidos para que así el personal médico este informado de los riesgos de diabetes mellitus tipo 2

en los pacientes que se atienden en esta unidad y puedan tomar medidas al respecto si fuesen necesarias para poder contribuir con el bienestar de los pacientes y de sus familiares que se atienden en esta institución.

Riesgos:

- **Investigador:** que algún porcentaje del universo no colabore con la información o que si lo hace de manera obligada se obtengan datos falsos creando sesgos dentro de la investigación.

Beneficiarios:

Los pacientes participantes de la investigación

Consideraciones éticas:

El presente estudio se llevó a cabo bajo el consentimiento y la supervisión de la directora de tesis y el personal administrativo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, además se rigió a la libre decisión de colaboración o no de cada uno de los participantes.

Identificación de las variables:

- **Variable independiente:** Contexto familiar
- **Variable dependiente:** Diabetes Mellitus tipo 2

6. RESULTADOS

Resultados para el Objetivo General: Determinar el contexto familiar como un factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud N°2.

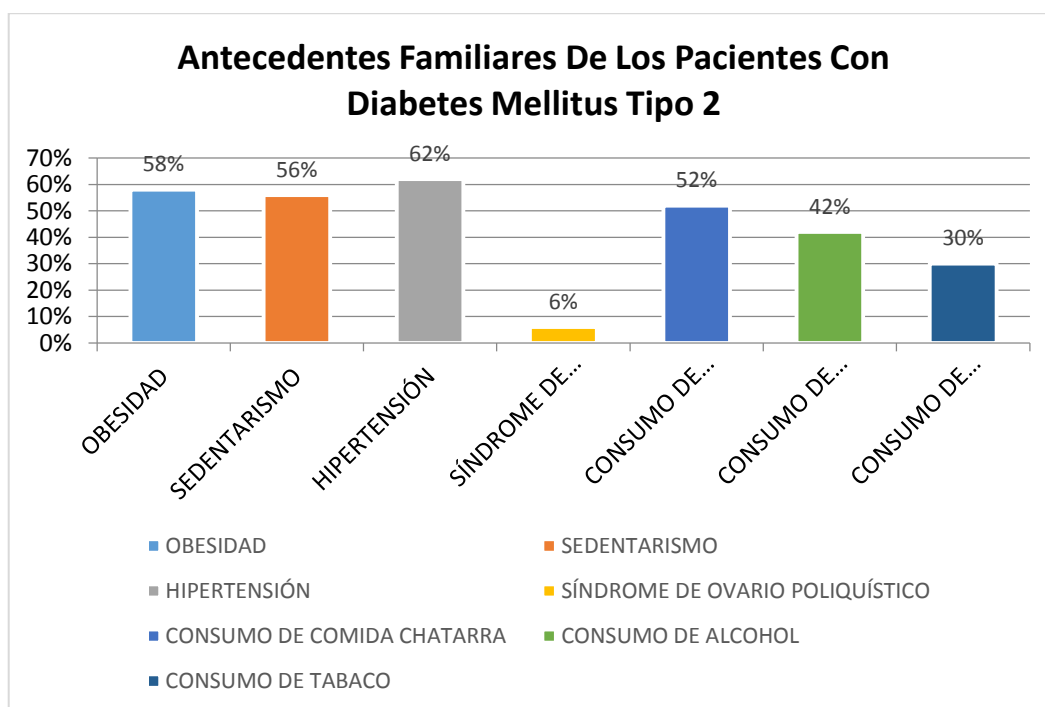
GRÁFICO N°1

Antecedentes Familiares De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2

ANTECEDENTES	CANTIDAD	PORCENTAJE
Obesidad	29	58,0%
Sedentarismo	28	56,0%
Hipertensión	31	62,0%
Síndrome de ovario poliquístico	3	6,0%
Consumo de comida inadecuada	26	52,0%
Consumo de alcohol	21	42,0%
Consumo de tabaco	30	30,0%

AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez

FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja



AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez

FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja

ANÁLISIS: De los pacientes diabéticos encuestados se observa que en cada familia la Hipertensión se presenta con mayor prevalencia representando el 62,0% (n=31), seguido por la Obesidad que representa el 58,0% (n=29) y el Síndrome de Ovario Poliquístico como el antecedente en menor proporción representando el 6,0% (n=3).

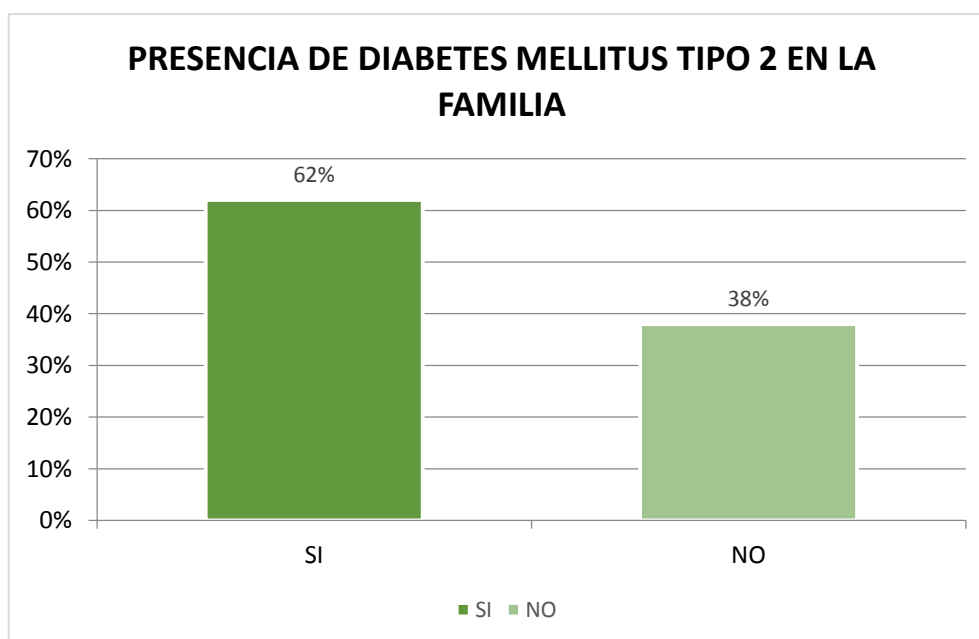
Resultados para el 1º Objetivo Específico: Identificar la prevalencia de personas con diabetes mellitus tipo 2 que tienen antecedentes familiares de diabetes mellitus.

GRÁFICO N°2

Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Centro De Salud N°2 De Loja Que Tienen Familiares Con Diabetes

FAMILIARES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	31	62%
No	19	38%
Total	50	100%

AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez
FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja



AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez
FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja

ANÁLISIS: De los pacientes encuestados se evidencia que la mayoría tiene familiares diabéticos, con una proporción del 62,0% (n=31) aquellos con familiares que tienen diabetes y en menor proporción los que no tienen familiares diabéticos representando el 38,0% (n=19).

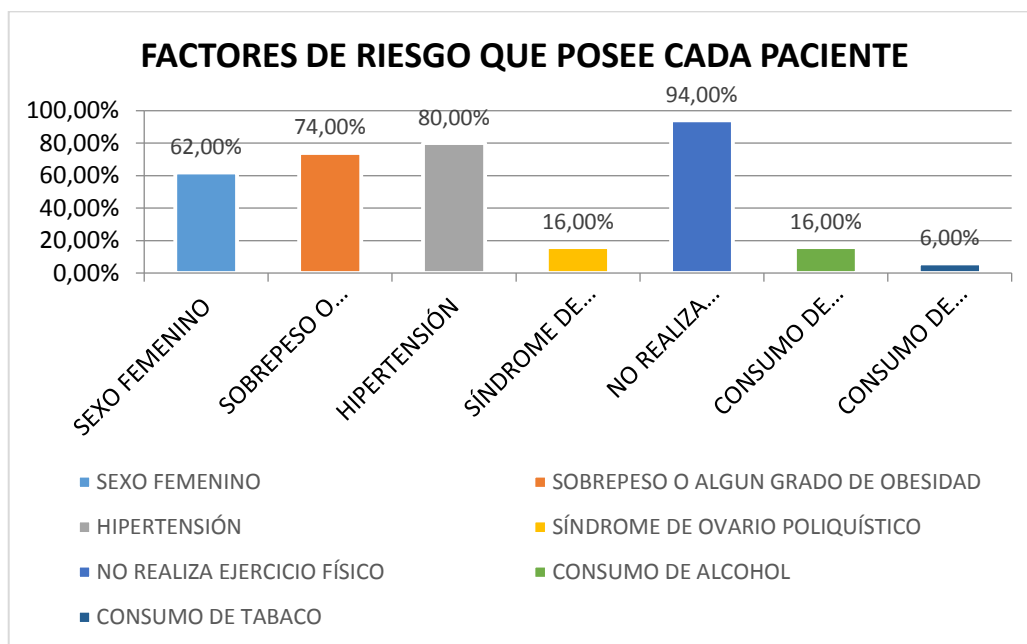
Resultados para el 2º Objetivo Específico: Describir los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 que posee cada uno de los pacientes.

GRÁFICO N° 3

Factores de riesgo que presentan los pacientes diabéticos que son atendidos en el centro de salud N° 2 de Loja.

ANTECEDENTES	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sexo femenino	31	62,00%
Sobrepeso o algún grado de obesidad	37	74,00%
Hipertensión	40	80,00%
Síndrome de ovario poliquístico	8	16,00%
No realiza ejercicio físico	47	94,00%
Consumo de alcohol	8	16,00%
Consumo de tabaco	3	6,00%

AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez
FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja



AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez
FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja

ANÁLISIS: de los pacientes diabéticos encuestados se evidencia que el factor de riesgo predisponente es el no realizar ejercicio físico con el 94,0% (n=47), seguido de la Hipertensión con el 80,0% (n=40), mientras que el factor de riesgo que se presenta con menos frecuencia es el consumo de tabaco representando el 6,0% (n=3).

Resultados para el 3° Objetivo Específico: Conocer cuál es el factor predisponente dentro de los antecedentes familiares que influye en el desarrollo diabetes mellitus tipo 2.

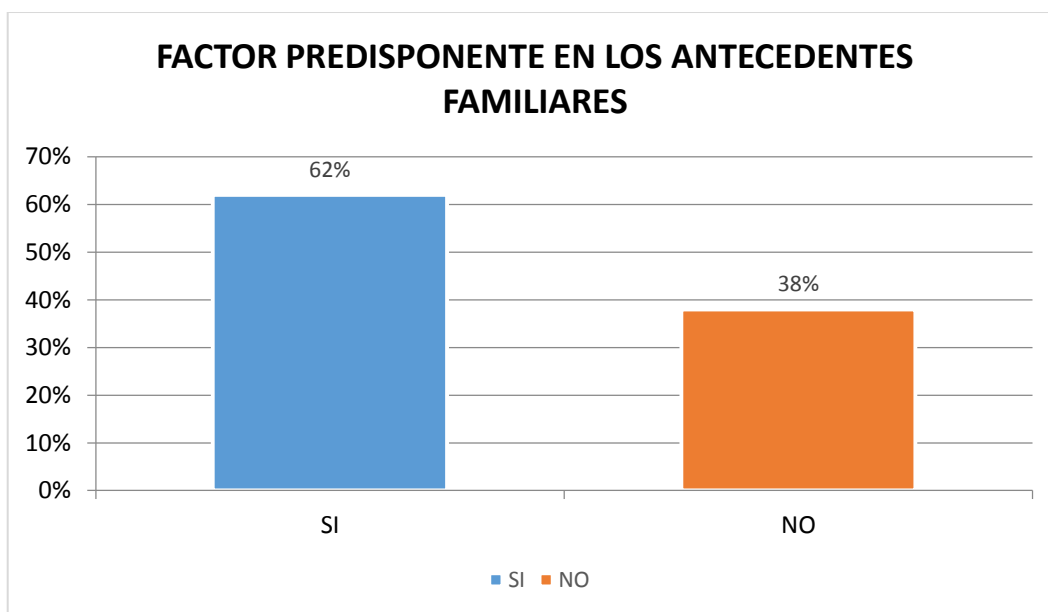
GRÁFICO N° 4

Factor Predisponente En Los Antecedentes Familiares Que Influye En El Desarrollo De Diabetes Mellitus Tipo 2 En Los Pacientes Diabéticos Que Son Atendidos En El Centro De Salud N° 2 De Loja.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	31	62,0%
No	19	38,0%
Total	50	100%

AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez

FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja



AUTORA: Keyla M. Vera Ramírez

FUENTE: Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja

ANÁLISIS: de los pacientes diabéticos encuestados se evidencia que dentro de los antecedentes familiares el 62,0% (n=31) presentan hipertensión arterial y el 38,0% (n=19) no lo presentan, constituyendo este el factor de riesgo predominante.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Aunque se conoce que el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 depende de factores ambientales y hábitos personales, cabe recalcar que también tiene una estrecha relación con los antecedentes familiares.

En cuanto a los factores de riesgo dentro de los antecedentes familiares de los pacientes diabéticos en este estudio se encontró que el 58,0% presentan obesidad; 56,0% sedentarismo; 62,0% hipertensión arterial; 6,0% síndrome de ovario poliquístico; 52,0% se alimentan inadecuadamente; 42,0% consumen alcohol y el 30,0% consumen tabaco, estos datos se compararon con un estudio denominado “Estudio metabólico de los familiares de pacientes con diabetes tipo 2”, realizado en Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en México por Ana Lilia Lozada Tequeanes en agosto del 2011 donde reportaron que 19.4% de los familiares encuestados fumaba en el momento del estudio y la prevalencia de sobrepeso y obesidad para el total de la muestra fue de 78,0%, lo que nos evidencia que dentro de los antecedentes familiares tanto en este estudio como en el de México existen altos índices de factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (Lozada A, 2011).

En cuanto a la prevalencia de pacientes con antecedentes familiares de diabetes, en este estudio el 62% de la población encuestada tiene familiares diabéticos, mientras que el 38% no los tienen, estos datos fueron comparados con un estudio titulado “Características clínicas y frecuencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente”, realizado en el Centro de atención al diabético en Granma-Cuba en el período comprendido entre enero de 2011 a julio de 2012, por el Dr. Eduardo Valdés Ramos donde se reportó que hubo predominio de los diabéticos con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus con el 60,6 % (Valdés R, 2013).

Esto nos demuestra que el antecedente familiar de diabetes es un factor muy frecuente en pacientes que han desarrollado la patología, por lo tanto, hay que poner énfasis en la población que aún no la tiene pero que por ser familiar de un diabético es posible que tenga la predisposición para desarrollarla en algún momento de su vida.

Refiriéndose a los factores de riesgo que posee cada paciente, en este estudio se evidenció que de los pacientes diabéticos que fueron encuestados el 62,0% son del sexo femenino y el 38,0% de sexo masculino, según el Índice de Masa Corporal el 74,0% presentan sobrepeso o algún grado de obesidad; el 80,0% presenta hipertensión arterial, el 16,0% síndrome de ovario Poliquístico, el 94,0% no realiza actividad física, el 16,0% consume alcohol, el 6,0% consume tabaco; al comparar estos datos con el estudio denominado “Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 y factores asociados en los pacientes mayores de 40 años”, realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca por Franklin Santiago Álvarez Palacios en el año 2013, hubo un predominio del sexo femenino con el 55,34%; sedentarismo 90,0%; IMC >25 kg/m² presentan el 60,0%; hipertensión arterial 35,92%; fuman o fumaron tabaco alguna vez 27,18%; 76,94% consumieron licor en algún momento de su vida.

Al parecer los datos comparados guardan mucha relación y similitud con excepción de la hipertensión arterial que en este estudio es más elevado, por lo tanto, hay que tener en cuenta que los factores de riesgo que presentan en la ciudad de Cuenca son casi los mismos que están presentando en este estudio (Álvarez F, 2014).

Refiriéndose al factor predisponente dentro de los antecedentes familiares que influyen en el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en este estudio se encontró que existe un predominio de pacientes que tienen familiares con hipertensión arterial representando el 62,0% al comparar estos datos con el estudio denominado “Identificación de factores de

riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2”, realizado en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 2 de México por Norma Angélica Cuevas Álvarez, Yolanda Vela Otero y Teodoro Carrada Bravo en el año 2012, donde se evidenció que el consumo de comida inadecuada fue el factor predisponente siendo el alimento potencialmente riesgoso para la salud, el consumo de refresco de cola que ocupó el primer lugar (94.7 %) (Angélica N, 2012).

8. CONCLUSIONES

Teniendo como tema de estudio “CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD N°2” y aplicando la respectiva encuesta he llegado a las siguientes conclusiones:

- ❖ En cuanto a los factores de riesgo dentro de los antecedentes familiares existe un alto índice en obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, consumo de comida inadecuada, consumo de alcohol y tabaco, sin embargo es muy poca la proporción de familiares de diabéticos que presenten síndrome de ovario poliquístico.
- ❖ Se observa que es mayor la población de pacientes que tienen familiares diabéticos, siendo así el antecedente familiar un factor muy influyente en los pacientes encuestados.
- ❖ Respecto a los factores de riesgo que posee cada paciente, el sexo femenino, el sobrepeso, hipertensión arterial, no realizar ejercicio físico representaron factores de riesgo que se encontraron en proporciones elevadas mientras el síndrome de ovario poliquístico fue el factor de riesgo menos frecuente.
- ❖ La Hipertensión Arterial es una patología que se encuentra estrechamente relacionada con la diabetes mellitus tipo 2, lo que se confirma, ya que en este estudio este factor representó el de mayor predominio.

9. RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda a los pacientes diabéticos que se atienden en el Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja que continúen sus citas de salud periódicamente y de esta manera llevar un mejor control de su patología, así mismo poder evitar la progresión de la enfermedad.

- ❖ Se recomienda a las familias de los pacientes diabéticos que se informen y conozcan sobre los factores de riesgo que pueden incrementar y facilitar la aparición de esta enfermedad.

- ❖ Se sugiere al Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja, continúe implementando campañas de promoción de salud para diabéticos y sus familias donde se lleve a cabo temas sobre nutrición, ejercicio físico adecuado, control de la enfermedad y hábitos que deben implementar o fortalecer cada una de las familias que tengan familiares diabéticos.

- ❖ Se sugiere al personal Médico del Centro de Salud N°2 de la ciudad de Loja que siga promoviendo una orientación adecuada, personalizada y grupal a los pacientes diabéticos atendidos y de esta manera mejorar la calidad de vida y disminución de comorbilidades que acompañan a la enfermedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Alba L, (2012). Familia y práctica médica. Departamento de Medicina Preventiva y Social de Colombia.
- ❖ Alfaro J & Simal A, (2011). Tratamiento de la Diabetes Mellitus. Sistema Nacional de Salud. Vol. 24–N.o 2.
- ❖ Almeida, Vitória de Cássia Félix de, Zanetti, Maria Lúcia, Almeida, Paulo César de, & Damasceno, Marta Maria Coelho. (2011). Ocupación y factores de riesgo para diabetes tipo 2: un estudio en trabajadores de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermería*.
- ❖ Álvarez F, (2014). Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 y factores asociados en los pacientes mayores de 40 años. Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.
- ❖ Angélica, N., & Vela-Otero, Y. (2006). Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 44(4), 313-320.
- ❖ Antón M, (2012). Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/10
- ❖ Compean L, (2011). Obesidad y Antecedentes heredofamiliares como factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- ❖ Conget, I. (2010). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista Española de cardiología*. Vol. 55. Núm. 05. Páginas 459-561

- ❖ Dennis L, (Ed). (2011). Harrison's Principios de Medicina Interna. Mcgraw-hill. 18th Edition. Pag 2968.
- ❖ Distrito Salud, (2014). Morbilidad en el año 2014. Estadísticas Distrito Salud 11D01. Loja.
- ❖ Farreras R, (Ed). (2009). Diabetes mellitus. Medicina Interna Volumen II Elsevier España.
- ❖ Freire WB, (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- ❖ García F, (2010). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. Rev Soc Perú Med Interna.
- ❖ Giménez S. (2014). Genética de la diabetes. Especialidades Médicas Endocrinología.
- ❖ Gonzalez A, (2010). Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud.
- ❖ Guariguata L. (2013). Atlas de la diabetes. FID. Sexta edición. Federación Internacional de Diabetes.
- ❖ Iglesias R. (2014). Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association ADA, (2014). Para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. American Diabetes Association (ADA).
- ❖ Izquierdo-Valenzuela A, (2010). Riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco. Salud en Tabasco.

- ❖ Klifton R. (2013). Antecedentes familiares de la enfermedad. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- ❖ Lozada A., Fabian, M. G., Plata, M. D. R. F., & Sancho, M. C. G. (2011). Estudio metabólico de los familiares de pacientes con diabetes tipo 2. *Medicina Interna de México*.
- ❖ Navarrete, M. D. S. L., Rojas, H. C., & Guzmán, L. R. (2012). Ponderación de los factores de riesgo para Diabetes mellitus tipo 2 en un consultorio de medicina familiar. *Atención Familiar*.
- ❖ Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C. A., Rauda, J., & Villalpando, S. (2012). Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2011. *Salud pública de México*.
- ❖ Orlandi González O, Álvarez Seijas E, Castelo Elías-Calles L, Hernández Rodríguez J, Rodríguez Anzardo BR, González Calero TM, et al, (2010). Guías cubanas de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el pesquiasaje, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Ciudad Habana: INEN; 2010. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/gpc_dm2_final.pdf
- ❖ Palacios, A., Durán, M., & Obregón, O. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*.
- ❖ Rojas de P, Elizabeth, Molina, Rusty, & Rodríguez, Cruz. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*.
- ❖ Sinche N. (2012). Mejoramiento de la calidad de atención para prevenir las complicaciones en pacientes diabéticos en Loja.

- ❖ Tenorio J. (2013). Campaña de Prevención e Información de la Diabetes. Hospital Enrique Garcés de Quito.
- ❖ Valdés Ramos, E., & Camps Arjona, M. D. C. (2013). Características clínicas y frecuencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- ❖ Vitoria-Gasteiz, (2012). Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus tipo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

11. ANEXOS

ANEXO #1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante

Soy estudiante de 10mo módulo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja y como parte de los requisitos para mi grado se llevará a cabo una investigación. La misma que trata sobre “Contexto familiar como factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, en el Centro de Salud N°2”

El objetivo del estudio es DETERMINAR EL CONTEXTO FAMILIAR COMO UN FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD N°2.

Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación la cual consiste en contestar un cuestionario o preguntas mediante una encuesta que le tomará aproximadamente 5 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta Confidencialidad y su nombre no será utilizado bajo ningún concepto.

El estudio no conlleva ningún riesgo de realizarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de la estudiante Keyla María Vera Ramírez sobre “Contexto familiar como factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, en el Centro de Salud N°2”

FIRMA DEL PARTICIPANTE



ANEXO #2
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

**“CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA
 DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CIUDAD DE LOJA”**

ENCUESTA

Sr.(a) se le solicita de manera muy comedida, se sirva responder las preguntas de este formulario; que tiene como objetivo Determinar el contexto familiar como un factor predisponente para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud N°2. La información es absolutamente confidencial.

Edad:

Sexo: Masculino.... Femenino....

Peso: Talla: IMC:

- Ha sido diagnosticado de Hipertensión: SI..... NO.....
- Realizada ejercicio físico: SI..... NO.....
- Consume alcohol. SI..... NO.....
- Consume tabaco: SI..... NO.....
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus: SI..... NO.....

Marque con una X los antecedentes que existan en sus familiares (hermanos, padres, abuelos).

- Obesidad.....
- Sedentarismo.....
- Hipertensión.....
- Síndrome de ovario poliquístico....
- Alimentación inadecuada.....
- Consumo de alcohol.....
- Consumo de tabaco.....
- Sin antecedentes.....

Gracias por su colaboración.



THE CANADIAN HOUSE CENTER

THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial **Nº 320 - 15**.

CERTIFICA.-

Que el resumen de Tesis titulada **"CONTEXTO FAMILIAR COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL CENTRO DE SALUD Nº 2**, realizado por la estudiante **KEYLA MARÍA VERA RAMÍREZ** con número de cédula **0705891083**, estudiante de la Carrera de Medicina, **AREA DE LA SALUD HUMANA** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 13 de Septiembre del 2016



LIC. ROSS SAMPAYO
DIRECTOR ACADÉMICO
THE CANADIAN HOUSE CENTER