



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

“NIVELES DE CONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS HÁBITANTES DEL BARRIO PUCACOCCHA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL AÑO 2012”

Tesis de grado previa a la obtención del título de Médico General.

DIRECTORA:

Dra. Albita Pesantez

AUTOR:

Leonardo Salas Espinosa

LOJA – ECUADOR

2012

“NIVELES DE CONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS HÁBITANTES DEL BARRIO PUCACocha DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL AÑO 2012”

CERTIFICACIÓN

AUTORÍA.

El presente trabajo es basado en el proceso de investigación realizado en el barrio Pucacocha de la ciudad de Loja en el periodo Marzo – Agosto del año 2012

Las ideas, opiniones, análisis, conclusiones y recomendaciones son responsabilidad exclusiva de su autor.

Leonardo Vicente Salas Espinosa

AGRADECIMIENTO.

Agradezco sobre todo a Dios, que siempre estuvo ayudándome en todo momento, desde el principio, sin su ayuda no hubiese cumplido esta meta.

Agradecimiento a toda mi familia y amigos de manera especial a mis padres y personas muy especiales que estuvieron cerca de mí brindándome su apoyo incondicional.

Agradezco de la misma manera a la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas y darme la oportunidad para crecer como profesional y como persona, así como a sus docentes por brindarme de forma desinteresada sus conocimientos y ayudarme en mi formación.

Agradezco además a la Dra. Albita Pesantez por su dirección y asistencia, así como a la Dra. Elvia Ruiz que con su experiencia supieron guiarme y asistirme durante la elaboración de mi trabajo investigativo.

Finalmente, agradezco a los moradores del barrio Pucacocha, así como a su presidente el Sr. Segundo Puglla por permitirme desarrollar la investigación en su barrio.

Leonardo Vicente Salas Espinosa

DEDICATORIA

La presente investigación esta dedicada a Dios, mis padres, familiares y amigos.

A Dios por regalarme la vida, la inclinación por esta carrera y la fuerza para seguirla.

A mis padres y familiares por el apoyo y amor brindado.

Y a mis amigos por sus palabras de aliento y porque con tan solo su presencia invitan a seguir adelante.

Leonardo Vicente Salas Espinosa

INDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
INDICE GENERAL.....	VI
1. RESUMEN - SUMMARY.....	VIII
3. INTRODUCCIÓN.....	10
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
4.1. DIABETES MELLITUS.....	14
4.1.1 DEFINICIÓN DE DIABETES MELLITUS.....	14
4.1.2. CLASIFICACIÓN.....	14
4.1.3. EPIDEMIOLOGIA DE LA DIABETES TIPO 2.....	14
4.1.4. FACTORES DE RIESGO.....	15
4.1.5. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE DIABETES MELLITUS.....	16
4.1.6. COMPLICACIONES CRÓNICAS Y COMO PREVENIRLAS.....	16
4.1.7. DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	18
4.1.7.1. DIAGNOSTICO DE PREDIABETES.....	19
4.1.8. EDUCACIÓN DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS.....	19
4.1.9. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	21
4.1.9.1. PLAN DE ALIMENTACIÓN.....	21
4.1.9.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	21
4.1.9.1.2. ELABORACIÓN.....	23
4.1.9.1.3. USO DE ALIMENTOS DIETETICOS.....	24
4.1.9.1.4. MODIFICACIONES EN PRESENCIA DE COMORBILIDADES.....	25
4.1.9.2. EJERCICIO FÍSICO.....	25
4.1.9.3. HÁBITOS SALUDABLES.....	26
4.1.10. TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES.....	26
4.1.11. INSULINOTERAPIA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	30

4.1.12. CONTROL CLÍNICO Y METABÓLICO DE LA DIABETES MELLITUS.....	30
4.1.12.1 METODOS PARA EVALUAR EL CONTROL DE LA GLUCEMIA.	31
4.1.12.2. PROTOCOLO DE CONTROL CLÍNICO Y DE LABORATORIO...	34
4.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	35
4.2.1. DEFINICIÓN.....	35
4.2.2. EPIDEMIOLOGIA.....	35
4.2.3. ETIOLOGÍA.....	36
4.2.4. EDUCACIÓN.....	36
4.2.5 .DIAGNOSTICO.....	37
4.2.6 .CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.....	38
4.2.7. HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	38
4.2.8. RIESGO DE DIABETES EN HIPERTENSIÓN.....	39
4.2.9. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN.....	40
4.2.9.1 .PRINCIPIOS GENERALES.....	40
4.2.9.2 .CAMBIOS DEL ESTILO DE VIDA.....	40
4.2.9.3 .TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.....	42
5. METODOLOGIA.....	45
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	50
7. DISCUSIÓN.....	69
8. CONCLUSIONES.....	73
9. RECOMENDACIONES.....	75
10. BIBLIOGRAFIA.....	76
11. ANEXOS.....	80
11.1. ANEXO 1. ENCUESTA.....	81
11.2. ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA APLICAR ENCUESTA.....	84
11.3. ANEXO 3. SOLICITUD A MORADORA DEL BARRIO PUCACOCCHA.....	86
11.4. ANEXO 4. FOTOGRAFIAS DE CAPACITACIÓN EN USO DE GLUCÓMETRO Y TENSÍOMETRO.....	88
11.5. ANEXO 5. TRÍPTICO DE CUIDADOS PARA DIABÉTICOS.....	92
11.6. ANEXO 6. TRÍPTICO DE CUIDADOS PARA HIPERTENSOS.....	94

1. RESUMEN.

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer los niveles de conocimiento en el autocuidado de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en los habitantes del barrio Pucacocha de la ciudad de Loja, en el periodo Marzo – Agosto del año 2012. Entre los conocimientos en autocuidado tenemos: Hábitos de vida saludable, el conocimiento para la realización de glicemia capilar y/o toma de presión arterial y conocimiento sobre prevención de complicaciones. Se realizó además capacitación sobre la toma de tensión arterial y uso de glucómetro y se diseñó una guía de cuidados en el hogar para personas diabéticas e hipertensas.

Para llevar a cabo la investigación se realizó un estudio descriptivo, transversal; fueron investigadas 54 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial residentes del barrio Pucacocha de la ciudad de Loja.

El instrumento para determinar los niveles de conocimiento en autocuidado fue la encuesta dirigida que se la aplico previa firma de consentimiento por parte del presidente del barrio.

Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto aplicando la encuesta en quince personas, la misma que dio resultados positivos.

Al aplicarla se les explico cada pregunta a las personas. La encuesta se la desarrollo en el lugar del domicilio de la persona diabética y/o hipertensa.

Como resultado se encontró que el nivel de conocimiento en la población diabética y/o hipertensa es medio en el 48%, bajo en el 30% y alto en el 22%.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial.

2. SUMMARY.

This research aims to understand the principal levels of knowledge in self-care of Diabetes Mellitus and hypertension in Pucacocha local residents of the city of Loja in the period from March to August of 2012. Among the self-management skills are: healthy lifestyle, knowledge to perform capillary glucose and / or blood pressure measurements and knowledge about prevention of complications. Training was also carried on taking blood pressure and glucometer use and design guidance on home care for diabetics and hypertensive.

To carry out the research was carried out a cross-sectional study, were investigated 54 people diagnosed with diabetes mellitus and / or hypertension Pucacocha neighborhood residents of the city of Loja.

The instrument to determine the levels of self-knowledge in the survey was conducted prior to the signing of consent applied by the president of the neighborhood.

To determine the validity and reliability of the instrument was piloted using the fifteen survey, which gave the same results.

When applied each question was explained to the person . The survey was the development in the place of residence of the person with diabetes and / or hypertension.

As a result it was found that the level of knowledge in the diabetic population and / or hypertension is medium in 48%, low in 30% and high in 22%.

Keywords: Level of knowledge, Diabetes Mellitus, Hypertension.

3. INTRODUCCIÓN.

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes e hipertensión constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida, no son fáciles de llevar; por lo cual es vital lograr que las personas diagnosticadas con estas patologías asuman nuevos patrones de conducta que les ayuden al control de su enfermedad.

El fenómeno de interés para esta investigación lo constituyen las acciones de cuidado a la salud que las personas adultas deben llevar a cabo para controlar su diabetes e hipertensión, incluyendo el tratamiento médico prescrito y más allá de éste. (1)

A partir del diagnóstico, los pacientes ponen en juego distintas estrategias de afrontamiento. Evalúan la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) para luego resolver los problemas de manera cognitiva o conductual, o reaccionar con simple pasividad o evitación. Para tratar de afrontar la enfermedad, es necesario normalizar los cambios en el estilo de vida, existiendo una diferenciación entre cumplimiento, que tiene una connotación pasiva, y adhesión, que implica un compromiso activo. Los factores que afectan esta última parece relacionarse con las características del tratamiento y con variables del contexto clínico. La adhesión es baja cuando las recomendaciones son de tipo profiláctico y no hay síntomas. (2)

Diversas investigaciones señalan que, pese a conocer las pautas de tratamiento, la mayoría de los diabéticos e hipertensos tienen dificultades para seguirlo ininterrumpidamente (en especial: el ejercicio físico, el análisis de glucosa, toma de TA y el cumplimiento de la dieta). Además que la mayoría de los pacientes no traslada sus conocimientos a conductas. Por lo tanto, surge la importancia del

aspecto emocional vinculado con la actitud para afrontar la cronicidad y aceptar un nuevo estilo de vida. De esta manera, la postura frente a la enfermedad minimiza o incrementa el impacto en el mundo familiar y laboral del paciente.

El autocuidado en las personas que sufren enfermedades crónico degenerativas son acciones que el individuo dirige hacia sí mismo en circunstancias y momentos determinados, buscando satisfacer ciertos requisitos que le lleven a un nivel óptimo de funcionamiento y mejor desarrollo. Es así que el autocuidado es autodirigido, autoiniciado, autocontrolado y persigue un fin específico que lleva al individuo a reflexionar, valorar y tomar decisiones a favor de su salud. (3)

Es por esto que he considerado importante determinar cual es el nivel de conocimiento en el autocuidado de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en los habitantes del barrio Pucacocha de la ciudad de Loja.

Para esto se realizó un estudio descriptivo transversal en el que fueron investigadas 54 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial residentes del barrio Pucacocha de la ciudad de Loja.

El instrumento para determinar los niveles de conocimiento en autocuidado fue la encuesta dirigida, que se la aplico en el lugar de domicilio de la persona diabética y/o hipertensa.

Los objetivos específicos planteados fueron: Conocer si los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial están capacitados para la realización de glicemia capilar y/o toma de presión arterial; Identificar el conocimiento sobre hábitos saludables y su cumplimiento en la población diabética e hipertensa del barrio Pucacocha; Determinar qué nivel de conocimiento tienen las personas con Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial sobre prevención de complicaciones; Capacitar sobre toma de tensión arterial y uso de glucómetro; Diseñar y difundir a través de un tríptico una guía de cuidados en el hogar para las personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial del barrio Pucacocha.

Como resultado se encontró que el nivel de conocimiento en la población diabética y/o hipertensa es medio en el 48%, bajo en el 30% y alto en el 22%.

Además la presente investigación muestra que los hábitos saludables que más se conocen son: evitar consumo de sustancias tóxicas (94%), cumplir adecuadamente el tratamiento médico (89%), acudir a la cita médica como parte de su autocuidado (83%), rutinas efectivas de ejercicio (70%), manejar adecuadamente situaciones estresantes (63%). En lo relacionado a la adecuada alimentación el 72% de la población posee un nivel de conocimiento medio. Por otra parte los hábitos que menos se conocen son los de higiene que debería tener el diabético y/o hipertenso como cuidado de pies, cuidados en cuanto a heridas, baños corporales con agua muy fría o muy caliente y el mantener un peso adecuado, aspectos en el que el 61% de población encuestada muestra nivel bajo de conocimientos.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 DIABÉTES MELLITUS

4.1.1. DEFINICIÓN:

La diabetes es un trastorno crónico de base genética caracterizado por tres tipos de manifestaciones: *a)* un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina; *b)* un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático y que afecta todos los órganos, pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina, y *c)* un síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y periférico. ⁽⁴⁾

4.1.2. CLASIFICACIÓN:

La Diabetes Mellitus se clasifica con base en el proceso patógeno que culmina en hiperglucemia. Las dos categorías amplias de la Diabetes Mellitus se designan tipo 1 y tipo 2. Los dos tipos de diabetes son anteceditos por una fase de metabolismo anormal de glucosa, conforme evolucionan los procesos patógenos. ⁽⁵⁾

4.1.3. EPIDEMIOLOGIA DE LA DIABETES TIPO 2

Latinoamérica incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con diabetes mellitus en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. La mayoría de la población latinoamericana es mestiza (excepto Argentina y Uruguay), pero todavía hay algunos países como Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala donde más del 40% de los habitantes son indígenas.

Estudios en comunidades nativas americanas han demostrado una latente pero alta propensión al desarrollo de diabetes y otros problemas relacionados con resistencia a la insulina, que se hace evidente con el cambio en los hábitos de vida, lo cual está ocurriendo en forma progresiva.

De hecho, entre un 20 y un 40% de la población de Centro América y la región andina todavía vive en condiciones rurales, pero su acelerada migración probablemente está influyendo sobre la incidencia de la diabetes mellitus tipo 2. La prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales es apenas del 1 al 2%.

La Diabetes Mellitus tipo 2 se diagnostica tarde. Alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años (en zonas rurales esto ocurre casi en el 100%) y en los estudios de sujetos con diabetes mellitus tipo 2 recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía oscila entre 16 y 21%, la de nefropatía entre 12 y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%. La diabetes mellitus tipo 2 ocupa uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta. Los estudios económicos han demostrado que el mayor gasto de atención a la persona con diabetes se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macrovascular y es cinco veces más alto cuando tiene ambas. La mayoría de las causas de hospitalización del diabético se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones. (6)

4.1.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo representan situaciones identificables que se asocian con Diabetes Mellitus; es por ello que se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o prevenir el desarrollo de la enfermedad o de sus complicaciones con varios años de anticipación; influye en ello la oportunidad con que se identifiquen y el control que se alcance en los factores modificables tales como sobrepeso, obesidad, control de las enfermedades concomitantes (hipertensión arterial),

trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, sedentarismo, estrés emocional, tabaquismo y alcoholismo. Asimismo se utilizan como orientadores para establecer el tratamiento apropiado a cada diabético y como indicadores del pronóstico de la calidad de vida y sobrevida.

Los factores de riesgo pueden presentarse en cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la enfermedad y pueden modificarse a través del tiempo; por ello es importante realizar una búsqueda intencional periódica para detectar en forma temprana la enfermedad y facilitar el diagnóstico y tratamiento oportunos con el inicio de medidas preventivas potenciales como la educación para la salud en grupos de riesgo, el control específico de factores modificables y evaluación de las opciones terapéuticas apropiadas a las características de cada diabético, lo cual repercutirá favorablemente en la morbilidad y mortalidad inherentes a la enfermedad.

4.1.5. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Hiperglucemia sintomática: Se produce poliuria seguida de polidipsia y pérdida de peso cuando los niveles elevados de glucosa plasmática causan una glucosuria intensa y una diuresis osmótica que conduce a deshidratación. La hiperglucemia puede causar también visión borrosa, fatiga y náuseas y llevar a diversas infecciones fúngicas y bacterianas. En la diabetes mellitus tipo 2, la hiperglucemia sintomática puede persistir días o semanas antes de que se busque atención médica; en las mujeres, la diabetes mellitus tipo 2 con hiperglucemia sintomática suele asociarse con prurito debido a candidiasis vaginal. (7)

4.1.6. COMPLICACIONES CRÓNICAS Y COMO PREVENIRLAS

Se sabe que con el tiempo la diabetes descontrolada lleva a complicaciones importantes:

- Problemas renales (insuficiencia renal y diálisis).

- Problemas visuales (catarata, alteraciones de la retina y ceguera)
- Alteraciones en el funcionamiento de los nervios (dolor crónico, ardor, cambios de la temperatura, insensibilidad, deformidad de articulaciones)
- Alteraciones en la circulación sanguínea (infartos cerebrales o cardiacos, falta de irrigación en los pies y otros órganos).
- Aterosclerosis

Todas estas complicaciones crónicas pueden ser silenciosas, tardan años en presentarse y finalmente llevan a discapacidad, a una menor calidad de vida e incluso a la muerte.

Afortunadamente estas complicaciones pueden prevenirse o retrasarse.

Para evitar complicaciones crónicas se debe:

Diagnosticar la diabetes lo más pronto posible.

Si usted tiene riesgo de tener diabetes (familiares con la enfermedad, obesidad, prediabetes u otras enfermedades) debe realizarse pruebas de sangre periódicamente.

Empezar un tratamiento lo antes posible. Si usted tiene niveles anormales de glucosa acuda a su médico y tome el tratamiento pronto. Si se detecta en etapas tempranas puede controlarse con dieta y ejercicio o tal vez requiera algún medicamento.

Continuar el tratamiento: si usted logra controlar sus niveles de glucosa con el tratamiento quiere decir que usted tiene una diabetes controlada, no que la diabetes ha desaparecido. Una vez que se le diagnostica diabetes, el tratamiento debe continuar de por vida.

Busque llegar a las metas que le propone el médico. Entre mejor control tenga de sus niveles de glucosa menor será el riesgo de complicaciones crónicas.

Reciba tratamiento para otras enfermedades que puedan contribuir al daño crónico como la hipertensión o el colesterol alto.

Deje de fumar. El tabaco aumenta el riesgo de todas las complicaciones crónicas.

Mantenerse activo. Esto reduce el riesgo de enfermedades crónicas y ayuda a controlar la diabetes.

Desarrollar hábitos saludables: con la dieta, ejercicio, medicamentos, revisión de pies, y todo lo que implica su control.

Revise sus pies diariamente: el daño a los nervios y a los pies puede ser silencioso, aunque no tenga molestias, cuide sus pies. (8)

El zapato ideal que debería usar debe tener las siguientes características: deberá corresponder a la medida de los pies del usuario, debe portar suela flexible, sin tacón debe ser fabricado de material blando, lo que permite proteger las extremidades de rozaduras o heridas, debe poseer un forro que evite el contacto directo de los bordes de las costuras con los pies y también debe tener punta ancha para evitar lesiones. (9)

Llevar un automonitoreo: si usted sabe sus niveles de glucosa puede controlarlos y corregirlos.

Tome el control de su enfermedad: no deje que la enfermedad lo controle a usted, una actitud participativa mejora su control y evita complicaciones, si usted no hace nada al respecto de su enfermedad, las consecuencias llegan pronto.(8)

4.1.7. DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS

El diagnóstico de diabetes tipo 2 se realiza en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl. Debe confirmarse con una segunda glicemia mayor a 126 mg/dl, en un día diferente. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas).
- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral.

4.1.7.1. Diagnóstico de pre-diabetes

La importancia del estado de pre-diabetes radica en que es un factor de alto riesgo de diabetes tipo 2, de enfermedad coronaria, y de mayor mortalidad cardiovascular. La conversión de la prediabetes a diabetes tipo 2 es de alrededor de 10% anual.

Se considera pre-diabetes a la glicemia alterada en ayunas o a la intolerancia a la glucosa.

- Glicemia alterada en ayunas (GAA) :

Glicemia en ayunas mayor de 100mg/dl y menor de 126mg/dl, en dos días diferentes.

- Intolerancia a la glucosa (IGO):

Glicemia a las 2 horas post carga entre 140-199 mg/dl. ⁽⁵⁾

4.1.8. EDUCACIÓN DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS

Propósitos básicos del proceso educativo:

- a) Lograr un buen control metabólico

- b) Prevenir complicaciones
- c) Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad
- d) Mantener o mejorar la calidad de vida
- e) Asegurar la adherencia al tratamiento
- f) Lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo – efectividad, costo – beneficio y reducción de costos.
- g) Evitar la enfermedad en el núcleo familiar.

La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados. Dichos factores son la obesidad, el sedentarismo, la dislipidemia, la hipertensión arterial y el tabaquismo. Todos los pacientes tienen derecho a ser educados por personal capacitado, .por tanto es necesario formar educadores en el campo de la diabetes.

El medico es y debe ser un educador, el mensaje que da en el momento de la consulta es de gran importancia por esto se recomienda que dedique de 3 a 5 minutos de la consulta a los aspectos más importantes de la educación. El médico o la persona responsable del equipo de salud debe identificar a los potenciales educadores y prestarles el apoyo necesario. Los medios masivos de comunicación desempeñan un papel muy importante en el proceso educativo a la comunidad.

La acción educativa debe valerse de material audiovisual y escrito con el mayor número de gráficos e ilustraciones. Los programas deben nacer de la realidad de cada región, por lo tanto debe evitarse importar programas de otras partes, que aunque sean de excelente calidad no siempre son aplicables al medio, no solo por su lenguaje sino porque son diseñados para otro ambiente sociocultural.

Algunas pautas claves durante las sesiones de educación son:

- Escuchar las inquietudes del paciente
- Manejar un lenguaje directo, apropiado y con ambientación

- Hacer participar a todo el equipo de salud
- Incorporar a la familia y a su entorno inmediato en el proceso educativo
- Controlar la eficacia y eficiencia de las medidas de educación y de la enseñanza de las destrezas
- Trazar objetivos reales derivados del conocimiento de la población y de experiencias (metas alcanzables)
- Valorar periódicamente los cambios de actitudes del paciente que reflejan la interpretación y puesta en práctica de las enseñanzas recibidas.

4.1.9. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA DIABETES MELLITUS 2

El tratamiento no farmacológico y en particular la reducción de peso en el obeso sigue siendo el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los procesos metabólicos de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2, incluyendo la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la hipertrigliceridemia y la hipertensión arterial. Se pueden lograr cambios significativos con una reducción de un 5 al 10% del peso y por consiguiente este debe ser siempre uno de los primeros objetivos del manejo de la diabetes en el paciente con sobrepeso.

El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

4.1.9.1 Plan de alimentación

4.1.9.1.1 Características generales:

Es el pilar fundamental del tratamiento de las diabetes, no es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. Este debe tener las siguientes características:

Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo), actividad física, enfermedades

intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.

Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: Desayuno, colación, almuerzo, colación, cena y colación nocturna. Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales y resulta especialmente útil en los pacientes en insulinoterapia.

La sal deberá consumirse en moderada cantidad (seis a ocho gramos) y solo deberá restringirse cuando existan enfermedades concomitantes como: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal.

No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas. Cuando se consuman deben ir acompañadas siempre de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que usan hipoglucemiantes orales o insulina. Esta contraindicado en pacientes con hipertrigliceridemia.

Las infusiones como café, te, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.

Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. No deben tomarse para calmar la sed, para esta debe preferirse agua.

Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/ día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.

4.1.9.1.2 Elaboración.

Calculo del valor calórico total:

El valor calórico total dependerá del estado nutricional de la persona y de su actividad física.

La persona con sobrepeso ($IMC > 25$) se maneja con dieta hipocalórica. Se debe calcular al menos una reducción de 500 Kilocalorías diarias sobre lo que normalmente ingiere. La mayoría de las dietas hipocalóricas efectivas contienen un valor calórico total de entre 1000 y 1500 Kcal. diarias. Esto implica sustituir la mayoría de las harinas por verduras, restringir la grasa contenida en los productos cárnicos y limitar el consumo de aceite vegetal.

La persona con peso normal (IMC entre 19 y 25) debe recibir una dieta normocalórica. Si ha logrado mantener un peso estable con la ingesta habitual, solo requiere modificaciones en sus características y fraccionamiento más no en su valor calórico total. Este se calcula entre 25 y 40 Kcal por kg por día según su actividad física.

En la persona con bajo peso ($IMC < 19$) que no tenga historia de desnutrición, la pérdida de peso generalmente indica carencia de insulina. Por lo tanto solo puede recuperarlo con la administración simultánea de insulina y alimentos cuyo valor calórico no tiene que ser necesariamente superior al normal.

Proporción de los nutrientes

Ingesta de proteínas: Se recomienda no excederse de 1 g por Kg de peso al día.

Ingesta de carbohidratos: Estos deben representar entre el 50% y 60% del valor calórico total, prefiriendo los complejos con alto contenido de fibras solubles como las leguminosas (granos secos) vegetales y frutas enteras con cáscara.

Conviene descartar los azúcares simples (miel , panela, melaza, azúcar) porque generalmente se tienden a consumir como extras.

Ingesta de grasas: Estas no deben constituir más del 30 % del valor calórico total. Se debe evitar que más de un 10% del valor calórico total provenga de grasa saturada. Es recomendable que al menos un 10% del valor calórico total corresponda a grasas monoinsaturadas. El resto debe provenir de grasas poliinsaturadas. No es aconsejable exceder el consumo de 300 mg de colesterol diarios.

4.1.9.1.3. Uso de alimentos dietéticos.

Edulcorantes: el uso moderado de aspartame , sacarina, acesulfame K y sucralosa no representa ningún riesgo para la salud y pueden recomendarse para reemplazarse el azúcar. Su valor calórico es insignificante. Por el contrario edulcorantes como el sorbitol o la fructosa si tienen valor calórico considerable y este debe tenerse en cuenta cuando se consumen como parte de productos elaborados.

Productos elaborados con harinas integrales: la gran mayoría de estos son elaborados con harinas enriquecidas con fibra insoluble (salvado) que no tienen ningún efecto protector sobre la absorción de carbohidratos. Su valor calórico suele ser similar al de su contraparte no dietética y por consiguiente deben ser consumidos con las mismas precauciones.

Lácteos “dietéticos”: en general son elaborados con leche descremada que tiene un valor calórico menor y un contenido de grasas saturadas mucho más bajo. Son recomendables y especialmente útiles para las comidas suplementarias junto con las frutas.

4.1.9.1.4. Modificaciones en presencia de comorbilidades.

Hipercolesterolemia: Restringir aun más el consumo de grasas de origen animal en cárnicos y lácteos, incrementar el consumo de pescado, preferir aceites vegetales ricos en ácidos grasos monoinsaturados o poliinsaturados y evitar alimentos con alto contenido de colesterol.

Hipertrigliceridemia: Las recomendaciones son muy similares a las de la persona obesa, con énfasis en la reducción de peso, limitar el consumo de carbohidratos refinados aumentando los ricos en fibra soluble y suprimir el alcohol.

Hipertensos: Restringir la ingesta de sal a 4 gramos diarios. La medida más sencilla es la de no agregar sal a las comidas, sustituyéndola por condimentos naturales.

Insuficiencia renal: dietas con restricción proteica de 0.3 a 0.8 g/kg han demostrado ser benéficas en pacientes con DM 1 y nefropatía pero su utilidad en DM 2 no ha sido demostrada. La proporción de proteínas de origen animal y vegetal debe ser 1:1.

4.1.9. 2. Ejercicio Físico.

Ejercicio es una subcategoría de actividad física que es planeada, estructurada y repetitiva.

El ejercicio deberá cumplir con las siguientes metas:

- A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.
- A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.

- A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo).
- Los pacientes insulinoquirientes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una bebida azucarada. Eventualmente el médico indicara un ajuste de la dosis de insulina.
- No se recomiendan los ejercicios de alto riesgo donde el paciente no pueda recibir auxilio inmediatamente (Alpinismo, aladeltismo, buceo, entre otras)

Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física.

Esta contraindicada la actividad física en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico.

4.1.9.3. Hábitos saludables

Es indispensable que toda persona con diabetes evite o suprima el hábito de fumar. El riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares aumenta significativamente y es aun superior al de la hiperglucemia.

4.1.10. TRATAMIENTO CON ANTIDIABETICOS ORALES

Es esencial que toda persona que requiera tratamiento farmacológico continúe con los cambios terapéuticos en el estilo de vida.

La asociación americana de diabetes (ADA) propone que se inicie metformina al tiempo con cambios terapéuticos en el estilo de vida en todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por considerar que el manejo no farmacológico termina siendo insuficiente antes del primer año.

La metformina es la única biguanida disponible y se debe considerar como el antidiabético oral de primera línea en todas las personas con DM2 y en particular las que tienen sobrepeso clínicamente significativo (IMC \rightarrow 27). (6)

Conducta terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2

El buen control glicémico mantenido en los primeros años desde el diagnóstico de la diabetes reduce el riesgo cardiovascular a largo plazo. El mejor control metabólico y el manejo multifactorial en etapas tardías de la enfermedad no tienen el mismo impacto en la reducción de estas complicaciones.

Etapa 1

Inicio del tratamiento: Cambio de estilo de vida más metformina.

Si la metformina está contraindicada o el paciente presenta intolerancia digestiva demostrada y persistente, pueden emplearse:

- Sulfonilureas
- Inhibidores DPP-4 o
- Tiazolidinedionas (considerar los posibles riesgos).

Las sulfonilureas constituyen en la actualidad los fármacos de primera elección en reemplazo de la metformina.

El uso de inhibidores DPP-4 o tiazolidinedionas (glitazonas), se podrían considerar en pacientes con alto riesgo de hipoglicemia o hipoglicemias frecuentes, y con hemoglobinas glicosiladas $<8\%$ por su menor efecto hipoglicemiante.

Etapa 2

Si después de 3 meses de tratamiento inicial estando con dosis máximas de metformina no se logra una hemoglobina glucosilada $<7\%$, asociar una

sulfonilurea o insulina. La elección del fármaco será definida por el nivel de la hemoglobina glucosilada.

Hemoglobina glucosilada mayor de 9%:

Preferir la asociación de metformina con insulina, más aún si el paciente está sintomático.

Hemoglobina glucosilada entre 7-9%:

Asociar sulfonilureas a metformina, como primera elección. Si al cabo de 3 meses no se logran las metas y el paciente está clínicamente estable, considerar el agregado de un tercer fármaco. Si la hemoglobina glucosilada está más cercana a la meta considerar el uso de inhibidor DPP- 4 ó tiazolidinedionas, A la inversa, si la Hemoglobina glucosilada está en niveles cercanos al 9%, preferir siempre insulina NPH nocturna. Si con cualquiera de estos esquemas de asociación no se logran las metas, mantener sólo la metformina junto a una o doble dosis de insulina NPH.

En esta etapa y como alternativa a las sulfonilureas, se puede considerar el uso de otros fármacos con menos evidencia científica que avalen su uso clínico, como es el caso de las glinidas, inhibidores de DPP-4 y tiazolidinedionas.

Etapa 3

Si en cualquiera de estas situaciones no se logran los objetivos en un plazo máximo de 3-6 meses, intensificar el tratamiento con insulina.

4.1.11. INSULINOTERAPIA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

En las siguientes condiciones un diabético tipo 2 puede requerir insulina en forma transitoria:

- Descompensaciones agudas graves
- Infecciones
- Infarto agudo de miocardio
- Accidente vascular encefálico
- Uso de medicamentos que elevan la glicemia (especialmente glucocorticoides)
- Cirugía y embarazo.

Esquemas:

Los pacientes con diabetes tipo 2 que no logran cumplir los objetivos de control metabólico con dosis máxima de terapia hipoglicemiante oral asociada, deberán ser tratados con insulina.

Si se cambia de tratamiento desde una terapia combinada con metformina y otro agente hipoglicemiante oral a insulina, en la mayoría de los casos se continúa con metformina.

El tratamiento se inicia con una inyección de insulina de acción intermedia (NPH) antes de acostarse (aproximadamente 21-23 horas) en dosis inicial de 0,2-0,3 U/Kg peso real. Las dosis se ajustan según controles de glicemia en ayunas. En algunas oportunidades será necesario el empleo de doble dosis de insulina intermedia, antes del desayuno y cena.

En el caso de pacientes enflaquecidos, suspender los hipoglicemiantes orales e iniciar insulino terapia exclusiva, doble dosis de insulina intermedia matinal y nocturna, en dosis inicial de 0,3 U/Kg peso, dividido en dos tercios antes del desayuno y un tercio nocturno.

Los individuos que no logran las metas de control en cualquier etapa de la evolución requerirán esquemas con insulina más complejos. Así mismo, en aquellos que presentan marcada inestabilidad metabólica e hipoglicemias frecuentes o severas con el uso de insulinas convencionales, el especialista resolverá si requiere el uso de análogos de insulina. (11)

4.1.12. CONTROL CLINICO Y METABOLICO DE LA DIABETES MELLITUS

El control de la Diabetes Mellitus elimina los síntomas, evita las complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. Al combinarlo con el control de otros problemas asociados como la hipertensión arterial y la dislipidemia, también previene las complicaciones macrovasculares.

Un buen control clínico y metabólico de la diabetes mellitus

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

Un buen control glucémico.

Estudios han demostrado que la relación entre la hemoglobina glucosilada estable y el riesgo de complicaciones es lineal, sin que se pueda identificar un nivel donde el riesgo desaparezca. Por ahora los valores normales siguen siendo la meta óptima.

Metas para el control de los parametros de control glucémico. Los valores de glicemia estan en mg/dl.

Nivel	Normal	Adecuado	Inadecuado
Riesgo complicaciones crónicas		Bajo	Alto
Glicemia en ayunas	< 100	70 - 120	->120
Glicemia 1 – 2 horas postprandial	<140	70 - 140	->140
A1c (%)	< 6	<6.5	-> 7
Metas para el control de los parametros de control glucémico; reproducido de guias ALAD de DMT2. Colombia.			

4.1.12.1 Métodos para evaluar el control de la glucemia

Automonitoreo.- Se recomienda hacer glucometrías diarias y a diferentes horas (pre y/o postprandiales) según criterio médico. El automonitoreo es especialmente útil para conocer el comportamiento de la glucemia en los períodos postprandiales y en las horas de la tarde y la noche, cuando el paciente no tiene acceso fácil al laboratorio.

Monitoreo en el laboratorio.- Toda persona con diabetes mellitus tipo 2 que no pueda practicar el automonitoreo debería medirse la glucemia una vez por semana o al menos una vez por mes.

Práctica del automonitoreo.- Se debe motivar a toda persona con Diabetes Mellitus para que utilice el automonitoreo regularmente. El automonitoreo es indispensable en las personas con diabetes mellitus tipo 2 embarazadas y/o que están utilizando insulina. La frecuencia depende de la intensidad de la insulino terapia.

Frecuencia sugerida para el automonitoreo de glucemia en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que están utilizando insulina.

Tipo de insulinoterapia	Frecuencia diaria mínima
Basal	1 (Ayunas)
Convencional	2 (preprandiales)
Intensiva	->3 (Pre y post – prandiales)
Frecuencia sugerida para el automonitoreo de glucemia en personas con diabetes mellitus tipo 2 que están utilizando insulina ; reproducido de guias ALAD de DMT2. Colombia..	

Frecuencia para medirse la hemoglobina glucosilada

La hemoglobina glucosilada se debe determinar cada tres o cuatro meses, especialmente si no está bien controlada. En pacientes con una diabetes estable debe medirse al menos dos veces al año.

Un buen control de los lípidos

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

En términos generales, ninguna persona con diabetes debería tener un cLDL por encima de 130 mg/dl (3.4 mmol/L) ni unos triglicéridos por encima de 200 mg/dl (2.3 mmol/L) Sin embargo, en los casos en que la hemoglobina glucosilada esté alta, la diabetes tenga una larga duración, se acompañe de algún otro factor de riesgo cardiovascular y/o el riesgo coronario calculado sea mayor del 20% a 10 años, se recomienda bajar estos niveles a menos de 100 (2.6 mmol/L) y 150 mg/dl (1.7 mmol/L) respectivamente.

Frecuencia para medir el perfil de lípidos

A toda persona con diabetes se le debe medir un perfil de lípidos anual o con mayor frecuencia si el resultado no es adecuado y/o está bajo tratamiento. Se debe medir en ayunas para evitar el efecto de la comida sobre los triglicéridos.

Peso que debería tener una persona con DM

Idealmente toda persona con diabetes debería tratar de mantener su índice de masa corporal en el rango normal (menor de 25 kg/m²). Sin embargo, se puede considerar un índice de masa corporal menor de 27 kg/m² como una meta intermedia que equivale a tener un sobrepeso menor del 20%.

Circunferencia de la cintura que debería tener una persona con Diabetes Mellitus

En la población latinoamericana se considera que hay obesidad abdominal cuando la circunferencia de la cintura es igual o mayor a 90cm en hombres y 80cm en mujeres.

Presión arterial que debería tener una persona con diabetes mellitus

En la mayoría de las guías actuales se propone que toda persona con Diabetes Mellitus mantenga su presión arterial por debajo de 130/80 mmHg y esta sigue siendo la recomendación de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.

Nivel más adecuado de microalbuminuria

El índice microalbuminuria/creatinuria se considera anormal a partir de 30 mg/gm y equivale a los 30 mg de albuminuria en orina de 24 horas.

4.1.12.2 Protocolo de control clínico y de laboratorio

El objetivo de este protocolo es permitir la evaluación inicial y periódica del paciente diabético en sus aspectos clínicos, metabólicos y psicosociales.

Protocolo para el seguimiento de la persona con Diabetes.

Procedimiento	Inicial	Cada 3 o 4 meses	Anual
Historia clínica completa	x		
Actualización de datos de historia clínica			x
Evolución de problemas activos y nuevos eventos		x	
Examen físico completo	x		X
Talla	x		
Peso e IMC	x	x	X
Circunferencia de cintura	x	x	X
Presión arterial	x	x	X
Pulsos periféricos	x		X
Inspección de los pies	x	x	X
Sensibilidad pies (vibración monofilamento)	x		X
Reflejos aquiliano y patelar	x		X
Fondo de ojo con pupila dilatada o fotografía no midriática de retina	x		X
Agudeza visual	x		X
Examen odontológico	x		X
Glucemia	x	x	X
A1c	x	x	X
Perfil lipídico	x		X
Parcial de orina	x		X
Microalbuminuria	x		X
Creatinina	x		x
Electrocardiograma	x		X
Prueba de esfuerzo	x		X
Ciclo educativo	x		X
Reforzamiento de conocimientos y actitudes		x	
Evaluación Psicosocial	x		X
Protocolo para el seguimiento de la persona con Diabetes; reproducido de guías ALAD de DMT2. Colombia.			

4.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

4.2.1. DEFINICIÓN:

La hipertensión es una situación caracterizada por el incremento de la resistencia periférica vascular total, junto a un aumento de la tensión arterial por encima de 140 mmHg de sistólica y 90 mmHg de diastólica.

La hipertensión frecuentemente está asociada con comorbilidades tales como: diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardiaca crónica, accidente vascular encefálico, accidente isquémico transitorio, enfermedad vascular periférica e insuficiencia renal crónica.

4.2.2. EPIDEMIOLOGIA

La diabetes mellitus y la hipertensión frecuentemente están asociadas, aumentando así su efecto negativo sobre el sistema cardiovascular. Más del 80% de la carga mundial atribuida a estas enfermedades son en países de bajos y medianos ingresos. En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%. En las poblaciones diabéticas, la prevalencia de la hipertensión es 1,5 a 3 veces mayor que en no diabéticos de la misma franja etaria. En la diabetes tipo 2, la hipertensión puede ya estar presente en el momento del diagnóstico o inclusive puede preceder a la hiperglicemia evidente. ⁽¹²⁾

En el Ecuador las 3 primeras causas de muerte son las cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes. La hipertensión constituye la sexta causa de mortalidad. ⁽¹³⁾

4.2.3. ETIOLOGÍA

La presión arterial resulta de la interacción de factores genéticos y factores ambientales. Estos últimos modulan la predisposición subyacente debida a la herencia y a determinados factores que aparecen durante la maduración fetal. En unos individuos predomina el peso genético, mientras que en otros los factores ambientales.

El 95% de las hipertensiones que observamos en la clínica no tienen una etiología definida, constituyen la llamada hipertensión arterial (HTA) esencial, también denominada primaria o idiopática, mientras que el 5% son secundarias a diversas causas entre las que destacan por su frecuencia las inducidas por drogas o fármacos, la enfermedad renovascular, el fallo renal, el feocromocitoma y el hiperaldosteronismo. (14)

4.2.4. EDUCACIÓN

Las estrategias para mejorar la salud de la población necesitan un manejo consistente e integral de los principales factores de riesgo que contribuyen a la incapacidad y mortalidad prematura. La educación al personal de salud se debe considerar una herramienta importante para mejorar las estrategias de tratamiento de la hipertensión.

Además, se recomienda enfáticamente la educación sistemática de los pacientes hipertensos. Este esfuerzo de educación debe involucrar a los pacientes en su propio tratamiento, y ayudar a la formación de los equipos de salud en el área de educación de pacientes. Se ha propuesto algunos programas educacionales para Latinoamérica. La promoción de la educación en la población general, y sobre todo en sujetos de alto riesgo, es muy aconsejable. La educación formal para niños y adolescentes debe incluir información acerca de estilos de vida sanos.

Se recomienda las siguientes estrategias:

1. Programas comunitarios de educación.
2. Estrategias operacionales para promover cambios de estilo de vida sobre todo en niños, adolescentes y adultos jóvenes.
3. Programas educacionales para médicos y equipos de salud (enfermeras, nutricionistas, etc.)
4. Programas de detección precoz de la hipertensión, y
5. Pautas para el control óptimo de las cifras tensionales. (12)

4.2.5. DIAGNOSTICO

Utilizamos el tensiómetro adecuadamente calibrado y validado. Los pacientes deben estar sentados y quietos en una silla durante, al menos 5 minutos (mejor que en la camilla de exploración), con los pies en el suelo, y el brazo a la altura del corazón, no haber ingerido alimentos, ni café, ni té, ni fumar los 30 minutos antes de la toma. La medida de la presión arterial de pie está indicada periódicamente, especialmente en quienes tengan riesgo de hipotensión postural. Un tamaño adecuado de brazalete (que sobrepase al menos en 80 % el brazo) debería usarse para una correcta toma. La presión arterial sistólica es el punto en el que se escucha el primero de dos o más sonidos (fase 1), y la presión arterial diastólica es el punto tras el que desaparece el sonido (fase 5). Se debe realizar 2 mediciones con espacio de 1 a 2 minutos y se registrará la tensión más alta.

En personas mayores, pacientes diabéticos y cuando se sospecha de hipotensión postural, se debe medir la presión arterial al primer y a los cinco minutos de haber asumido la posición de pie.

Cuando se detecta cifras elevadas se debe realizar la toma en los dos brazos. (4)

4.2.6. CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Clasificación	Sistólica, mmHg	Diastolica, mmHg
Normal	<120	< 80
Prehipertension	120 - 139	80 - 90
HTA en etapa 1	140 - 159	90 - 99
HTA en etapa 2	- >160	-> 100
HTA sistolica aislada	->140	< 90

Clasificación de la HTA; reproducido de HARRISON, principios de medicina interna, décimo séptima edición. 2009.

4.2.7. HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

No sólo se debe definir el grado de hipertensión, sino el momento en el cual se diagnosticó la hipertensión. Debe registrarse información acerca de la edad, sexo y raza. El examen físico debe incluir: medición de estatura, peso, cintura, cadera y cálculo de relación cintura a cadera e índice de masa corporal , la evaluación de los pulsos, frecuencia cardiaca, cifras de presión arterial, auscultación del corazón, búsqueda de soplos carotídeos, torácicos o periumbilicales, y un examen del fondo del ojo. Se debe buscar factores de riesgo asociados y posibles complicaciones, tales como edema periférico, angina de pecho, disnea, cefalea y latidos cardiacos ectópicos. Las mediciones de la presión arterial deben ser realizadas de acuerdo con las recomendaciones de la American Heart Association, en dos posiciones diferentes (sentado y de pie), para poder descartar una posible hipotensión ortostática (disminución de más de 20 mmHg en la sistólica y/o 10 mmHg en la diastólica), especialmente frecuente en los pacientes mayores. Cuando los valores de presión arterial sistolica y presión arterial diastolica corresponden a grados diferentes, se debe usar el grado mayor para definir la hipertensión de ese paciente.

4.2.8. RIESGO DE DIABETES EN HIPERTENSIÓN.

La evidencia epidemiológica sugiere que la hipertensión es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes. Un estudio prospectivo encontró que personas con hipertensión tenían una incidencia de diabetes 2,4 veces mayor que personas no hipertensas. Una explicación del riesgo mayor de diabetes en hipertensión es la activación del sistema reninaangiotensina. Tanto la vasoconstricción pancreática mediada por la angiotensina II y la hipokalemia mediada por la aldosterona inhiben la liberación de insulina inducida por glucosa de la célula beta.

Además, la angiotensina II y la insulina comparten vías de transducción de señales. Así, la insulina activa a la proteinkinasa C a través de la fosforilación de tirosina del sustrato de receptor de insulina tipo 1 y tipo 2 (IRS-1, IRS-2) y estimula la vía de MAP-kinasa, mientras que la angiotensina II inhibe la señal de proteinkinasa C, que altera la señal intracelular de insulina, produciendo una resistencia a la insulina. El bloqueo del sistema renina-angiotensina disminuye a la hormona contrarreguladora norepinefrina, mejora la sensibilidad periférica a la insulina, y previene el desarrollo de diabetes en personas con hipertensión, cardiopatía o insuficiencia cardíaca, y disminuye los niveles de glicemia. Se recomienda que en pacientes hipertensos con síndrome metabólico y diabetes tipo 2 se deben usar IECA o BRA como primeras drogas antihipertensivas.

En las poblaciones latinoamericanas se debe hacer recomendaciones similares para este tipo de pacientes, sobre todo porque son más propensos a desarrollar resistencia a la insulina a menores niveles de obesidad abdominal, una condición con características epidémicas en Latinoamérica, asociada con cambios en la función vascular independientemente de otros factores de riesgo cardiovascular.

(12)

4.2.9. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

4.2.9.1 Principios Generales

La presión arterial se debe disminuir por lo menos a 140/90 mmHg (sistólica/diastólica), y a cifras aún menores según tolerancia, en todos los pacientes hipertensos. La presión meta debe ser al menos menor de 130/80 mmHg en pacientes con diabetes y en pacientes con riesgo alto o muy alto, tales como los que tienen condiciones clínicas asociadas (ACV, infarto de miocardio, disfunción renal, proteinuria).

La presión arterial sistólica es mejor predictor de riesgo en pacientes ancianos. También en estos pacientes la meta del tratamiento debe ser lograr <140mmHg. Para lograr más fácilmente la presión arterial deseada, el tratamiento antihipertensivo se debe iniciar antes de que se produzca daño cardiovascular significativo. El monitoreo ambulatorio de la presión arterial durante 24 horas es una herramienta útil que se debe recomendar, si está disponible, para reforzar o corregir el tratamiento.

4.2.9.2 Cambios del Estilo de Vida

Se recomiendan las modificaciones en el estilo de vida que se orienten a la salud en personas con la fase prehipertensiva y como complemento de la farmacoterapia en individuos hipertensos (5). Debe instituirse medidas de estilo de vida cada vez que sea apropiado en todos los pacientes hipertensos. (12)

Menor ingesta de sal

Ocurre mayor reducción en la presión arterial a menor consumo de sal. La ingesta diaria recomendada de sal para todos los pacientes con hipertensión o

prehipertensión es de 2.8g de sal o menos lo que equivale no agregar sal de mesa a los alimentos sino consumir solo la cantidad necesaria para prepararlos.

Realizar ejercicio

El ejercicio aeróbico (correr, natación, ciclismo entre otros) reduce 4mmHg la presión sistólica y 3 mmHg la presión diastólica. Lo mejor es encontrar una actividad que disfrute. Lo mínimo recomendado es realizar 30 minutos de ejercicio por lo menos 3 veces a la semana. En personas que tenga dificultad en realizar ejercicios extenuantes pueden realizar caminata, con beneficios similares.

Limitar el consumo de alcohol

Lo recomendado es que los hombres no consuman mas de 2 bebidas de alcohol por día y las mujeres no mas de 1.

Cambios en la dieta

Se sugiere una dieta rica en frutas y verduras (4-5 porciones al día) en fibra (cereales, arroz, pan integral; 7-8 porciones al día) en productos lácteos bajos en grasas(2-3 porciones al día), alimentos ricos en potasio (frijoles, trigo, nueces) en magnesio (almendras, garbanzo) y calcio (lácteos, pescado, mariscos, huevos) y baja en grasas saturadas. Este tipo de dieta reduce un 6 mmHg en la presión sistólica y 3 mmHg en la presión diastólica

Perder peso

Es uno de los cambios mas importantes que se puede hacer en el estilo de vida para reducir la presión arterial.

Una reducción de 10lb puede ayudar a reducir la presión arterial o prevenir la hipertensión. Una reducción de 20lb puede llegar a reducir la presión sistólica de 5-20 mmHg.

El índice de masa corporal y la circunferencia abdominal son marcadores clínicos fidedignos en la prevención cardiovascular. El índice de masa corporal óptimo para la población hipertensa es entre 18,5 y 25 Kg/m². Del mismo modo, una circunferencia abdominal adecuada es menor de 90 cm en los hombres y menor de 80 cm en las mujeres.

Dejar de fumar

Debe formar parte de cualquier plan de cambio en el estilo de vida para prevenir cualquier enfermedad y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Meditación

Trae diversos beneficios como reducir la presión arterial. Puede llegar a reducir la mortalidad en pacientes hipertensos. ⁽¹⁵⁾

4.2.9.3 Tratamiento Farmacológico

Se recomienda la administración de fármacos en sujetos cuya presión arterial sea de 140/90 mmHg o mayor. ⁽⁵⁾

Cinco clases mayores de agentes antihipertensivos son aptos para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, solos o en combinación: diuréticos tiazidas, bloqueantes del calcio, inhibidores de la ECA (IECA), bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) y beta bloqueantes. Los beta bloqueantes, sobre todo en combinación con un diurético tiazida, no se debe usar en pacientes con el síndrome metabólico o con alto riesgo de incidencia de diabetes. En estos

pacientes, el carvedilol, nebivolol o indapamida de liberación lenta pueden ser aptos. Debe prestarse atención continuamente a los efectos colaterales de las drogas, porque estos son la causa más importante del no cumplimiento. Las drogas no son equivalentes en términos de los efectos adversos, sobre todo en pacientes individuales. Las drogas que ejercen su efecto antihipertensivo durante 24 horas con una sola administración diaria deben ser preferidas porque una posología sencilla favorece el cumplimiento.

En los pacientes hipertensos con riesgo CV moderado o alto y condiciones específicas acompañantes, se recomienda las siguientes intervenciones farmacológicas:

1. IECAs o BRAs en pacientes con síndrome metabólico o diabetes tipo 2 porque los parámetros metabólicos no son afectados o pueden incluso mejorar.
2. IECAs o BRAs en pacientes con disfunción renal y microalbuminuria o proteinuria porque estos agentes enlentecen el progreso a la insuficiencia renal crónica y diálisis.
3. IECAs o BRAs en pacientes con disfunción ventricular izquierda sistólica y diastólica, aunque sea asintomática.
4. IECAs o BRAs y bloqueadores de los canales de calcio en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda porque estos agentes facilitan la regresión ventricular izquierda.
5. Beta bloqueantes en pacientes con enfermedad coronaria.
6. Bloqueantes de canales de calcio (dihidropiridinas) en hipertensos adultos mayores y en hipertensos afroamericanos.
7. Bloqueantes alfa adrenérgicos en pacientes con hipertrofia prostática.
8. Tiazidas y clortalidona en hipertensos afroamericanos, hipertensos adultos mayores o personas de bajos ingresos que no tienen acceso a otras drogas más costosas.
9. En hipertensos con insuficiencia cardíaca, diuréticos, IECAs, carvedilol o nebivolol, y espironolactona.

10. En pacientes post infarto de miocardio IECAs y beta bloqueantes.
11. La recidiva del accidente vascular encefalico se previene mejor con diuréticos (indapamida de liberación lenta) e IECA.
12. Los pacientes con enfermedad vascular periférica deben dejar de fumar y realizar ejercicios aeróbicos. Los bloqueantes de los canales de calcio son adecuados para bajar la presión arterial sin exacerbar los síntomas.
13. IECAs o BRAs en pacientes con fibrilación auricular recidivante. Beta bloqueantes o verapamilo en fibrilación auricular sostenida.
14. Estatinas y drogas antiplaquetarias en hipertensos de muy alto riesgo (prevención secundaria). (12)

5. METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo transversal.

Lugar: El estudio se llevó a cabo en el barrio Pucacocha de la ciudad de Loja en el periodo Marzo - Agosto del año 2012.

- **Ubicación geográfica:**

La población de Pucacocha pertenece a la parroquia urbana el Valle, cantón Loja, provincia Loja, y se ubica siguiendo la ruta de la vía antigua a la ciudad de Cuenca a 6 Km. aproximadamente desde el Terminal terrestre de la ciudad, teniendo como puntos de referencia, su límite al oeste el Colegio Militar Lauro Guerrero, al sur el complejo deportivo del Colegio de Médicos de Loja, con una extensión de aproximadamente 4000 metros cuadrados.

- **Límites :**

Norte: barrio Motupe bajo, Sur: barrio La Banda, Este: barrio, Amable María, Oeste: barrio San Jacinto.

Universo: Habitantes del barrio Pucacocha (1455 personas)

Muestra: Habitantes del barrio Pucacocha con diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial. (54 personas)

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial.

Criterios de exclusión: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1

Técnicas:

Encuesta: El instrumento para la recolección de la información fue la encuesta dirigida, siendo esta de mi autoría, tomando como base encuesta de estudio similar, la misma que consta de veinte preguntas. (anexo 1)

Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, aplicando la encuesta en quince personas, la misma que dio resultados positivos.

Al aplicarla se le explicó cada pregunta a las personas investigadas. La encuesta se la desarrollo en el lugar de domicilio de la persona diabética y/o hipertensa.

Procedimiento:

- Se realizó la revisión bibliográfica referente al tema, con el fin de fundamentar teóricamente la presente investigación.
- Se determinó el grupo a investigar mediante base de datos del hospital de Motupe.
- Se solicitó la autorización para encuestar a la población por parte del presidente del barrio, mediante una solicitud, así como a los pacientes diabéticos e hipertensos, las mismas que fueron aceptadas. (anexo 2 y 3)
- Se procedió a aplicar la encuesta personal con preguntas de acuerdo a la necesidad de la información.
- Para determinar el nivel de conocimiento en autocuidado en la población diabética e hipertensa se aplicó la encuesta, la misma que consto de veinte ítems y se clasifico el conocimiento de la siguiente manera:

Respuestas positivas entre 16 y 20: Nivel de conocimiento alto.

Respuestas positivas entre 10 y 15: Nivel de conocimiento medio.

Respuestas positivas menos de 10: Nivel de conocimiento bajo.

- Para el conocimiento y cumplimiento en cuanto a hábitos alimenticios saludables se tomo en consideración los 7 ítems dedicados a este subtema, clasificando el conocimiento y cumplimiento de la siguiente forma:

Respuestas positivas e indicación de cumplimiento entre 6 y 7: Nivel de conocimiento y cumplimiento alto en cuanto a hábitos alimenticios saludables.

Respuestas positivas e indicación de cumplimiento entre 5 y 3: Nivel de conocimiento y cumplimiento medio en cuanto a hábitos alimenticios saludables.

Respuestas positivas e indicación de cumplimiento menor de 3 : Nivel de conocimiento y cumplimiento bajo en cuanto a hábitos alimenticios saludables.

- De igual manera para el conocimiento y cumplimiento en cuanto a hábitos de higiene se tomo a consideración los 4 ítems dedicados a este subtema, clasificando el conocimiento y cumplimiento de la siguiente forma:

Respuestas positivas e indicación de cumplimiento en número de 4: Nivel de conocimiento y cumplimiento alto en cuanto a hábitos de higiene.

Respuestas positivas e indicación de cumplimiento entre 3 y 2: Nivel de conocimiento y cumplimiento medio en cuanto a hábitos de higiene.

Respuestas positivas e indicación de cumplimiento menor de 2: Nivel de conocimiento y cumplimiento bajo en cuanto a hábitos de higiene.

- Para el resto de hábitos saludables de autocuidado, su conocimiento y cumplimiento se los ha tabulado individualmente.
- Se determino el nivel de conocimiento en prevención de complicaciones que poseen las personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial encuestadas según su nivel de conocimientos en autocuidado.
- Con la información se procedió a realizar las tabulaciones de los resultados y la creación de las tablas porcentuales con su correspondiente análisis a través de Microsoft Word.
- Para dar cumplimiento al cuarto objetivo se procedió a realizar charla a la población encuestada del barrio Pucacocha, durante la cual se capacito sobre el uso de glucómetro y tensiometro. (anexo 4)
- Se realizó además la elaboración y difusión de trípticos como guía de cuidados tanto para el paciente diabético como hipertenso. (anexo 5 y 6).
- Finalmente se elaboró la discusión, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo investigativo.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

**TABLA Nº 1 GÉNERO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA DEL BARRIO
PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA**

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	18	33
Femenino	36	67
Total	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

En la tabla podemos observar que la población encuestada consistió en 36 personas del sexo femenino y 18 personas del sexo masculino.

TABLA Nº 2 INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--------------------	-------------------	-------------------

NINGUNA	3	6%
PRIMARIA	14	26%
SECUNDARIA	31	57%
SUPERIOR	6	11%
TOTAL	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

El mayor porcentaje de población con un 57% tiene instrucción secundaria, el 26% tiene instrucción primaria, el 11% tiene instrucción superior.

TABLA N° 3 OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
------------------	-------------------	-------------------

Trabajador público	11	20%
Trabajador privado	21	39%
QQDD	19	35%
Ninguno	3	6%
Total	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

El mayor porcentaje (39%) de población encuestada es trabajador(a) privado(a) como comerciantes, carpinteros, mecánicos y empleadas domesticas, el 35% se dedica a labores del hogar, el 20% es trabajador(a) público(a) y el 6% no tiene ninguna ocupación.

TABLA N° 4 EDAD DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCCHA DE LA CIUDAD DE LOJA

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35 - 45	10	19%
46 – 55	12	22%
56 – 65	18	33%
66 – 75	9	17%
76 – 85	4	7%
86 – 95	1	2%
TOTAL	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

En la edad entre 56 y 65 años se encuentra el mayor porcentaje de población encuestada con el 33%, seguido por el rango de edad de 46 a 55 años con porcentaje del 22%, el rango de edad que le sigue es de 35 a 45 años con el 19%.

TABLA Nº 5 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y AMBAS PATOLOGIAS ENCUESTADOS EN EL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes Mellitus	19	35%
Hipertensión Arterial	29	54%
Diabetes Mellitus más Hipertensión Arterial	6	11%
Total	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

La tabla muestra que el 54% presenta diagnóstico de Hipertensión Arterial, el 35% diagnóstico de Diabetes Mellitus y el 11% presenta ambas patologías.

TABLA Nº 6 NIVEL DE CONOCIMIENTO EN AUTOCUIDADO DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN AUTOCUIDADO.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	12	22%
Medio	26	48%
Bajo	16	30%
Total	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

En esta tabla podemos evidenciar que el 48% de la población diabética y/o hipertensa encuestada presenta un nivel medio de conocimientos en autocuidado, seguido del 30% que presenta un nivel bajo y solo el 22% presenta un nivel de conocimientos alto.

TABLA N° 7 CONOCIMIENTO SOBRE QUE ES LA GLICEMIA CAPILAR EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CONOCIMIENTO SOBRE QUE ES GLICEMIA CAPILAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conoce	15	60%
Desconoce	10	40%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.
 Autor: Leonardo Salas

La tabla nos muestra que 19 pacientes diabéticos más los 6 pacientes que padecen tanto diabetes como hipertensión el 60 % conoce que es una glicemia capilar, mientras el 40% lo desconoce.

TABLA Nº 8 CAPACIDAD PARA REALIZACIÓN DE GLICEMIA CAPILAR EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA

CAPACIDAD PARA REALIZACIÓN DE GLICEMIA CAPILAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	14	56%
No	11	44%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

En la tabla observamos que de las 19 personas diabéticas más las 6 personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial el 56% si esta en la capacidad de realizar una glicemia capilar, mientras que el 44% no lo está.

TABLA Nº 9 CAPACIDAD PARA TOMAR PRESIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CAPACIDAD PARA TOMAR PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	31%
NO	24	69%
TOTAL	35	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.
 Autor: Leonardo Salas

La tabla nos muestra que de los 29 pacientes hipertensos más los 6 que presentan diabetes e hipertensión, el 69% no está en la capacidad para tomar la presión arterial, mientras el 31% si lo está.

TABLA N° 10 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIETA ADECUADA Y SU CUMPLIMIENTO, EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

NIVELES	CONOCIMIENTO SOBRE DIETA ADECUADA		CUMPLIMIENTO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Alto	13	24%	6	11%
Medio	39	72%	38	70%
Bajo	2	4%	10	19%
Total	54	100%	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

La tabla nos muestra que el 72% de la población encuestada posee un nivel medio en cuanto a conocimiento de una dieta adecuada.

En cuanto al cumplimiento, el 70% de la población tiene un nivel medio de cumplimiento.

TABLA N° 11 NIVEL DE CONOCIMIENTO EN AUTOCUIDADO EN CUANTO A HÁBITOS DE HIGIENE Y SU CUMPLIMIENTO EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

NIVELES	CONOCIMIENTO DE HÁBITOS DE HIGIENE		CUMPLIMIENTO DE HÁBITOS DE HIGIENE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Alto	2	4%	2	4%
Medio	19	35%	16	30%
Bajo	33	61%	36	66%
Total	54	100%	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

La tabla nos muestra que el 61% de población encuestada muestra bajo nivel de conocimiento en autocuidado en cuanto a hábitos de higiene.

En cuanto al nivel de cumplimiento observamos que es bajo en el 66%.

TABLA Nº 12 CONOCIMIENTO EN AUTOCUIDADO EN LO REFERENTE A RUTINAS EFECTIVAS DE EJERCICIOS EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CONDICIÓN	CONOCIMIENTO DE RUTINAS EFECTIVAS DE EJERCICIOS		CUMPLIMIENTO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	38	70%	17	45%
NO	16	30%	21	55%
TOTAL	54	100%	38	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

En la presente tabla podemos identificar que el 70% de la población encuestada conoce rutinas efectivas de ejercicios como parte de su autocuidado. Así mismo podemos observar que del 70% que tiene este conocimiento, solo el 45% cumple esta práctica de autocuidado.

TABLA Nº 13 CONOCIMIENTO SOBRE IMPORTANCIA DE ACUDIR A CITAS MÉDICAS COMO PARTE DEL AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CONDICIÓN	CONOCIMIENTO SOBRE IMPORTANCIA DE CUMPLIMIENTO ACUDIR A CITA MEDICA			
	FRECUENCIA		FRECUENCIA	
		%		%
SI	45	83%	37	82%
NO	9	17%	8	18%
TOTAL	54	100%	45	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

La tabla nos indica que el 83% de la población encuestada conoce que debe acudir a la cita médica como parte de su autocuidado. De la población que conoce este hábito saludable lo cumple un 82%.

TABLA Nº 14 CONOCIMIENTO SOBRE IMPORTANCIA DE CUMPLIR ADECUADAMENTE EL TRATAMIENTO MÉDICO COMO PARTE DEL AUTOCUIDADO, EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA DEL BARRIO PUCACOCCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CONDICIÓN	CONOCIMIENTO SOBRE IMPORTANCIA DE CUMPLIR TRATAMIENTO MEDICO			
	CUMPLIMIENTO		CUMPLIMIENTO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	48	89%	42	88%
NO	6	11%	6	12%
TOTAL	54	100%	48	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

En la tabla podemos identificar que el 89% de la población encuestada sabe la importancia de cumplir el tratamiento médico como parte de su autocuidado. De la población que conoce este hábito, lo cumple un 88%.

TABLA N° 15 CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO ADECUADO DE SITUACIONES ESTRESANTES COMO PARTE DEL AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÓN DIABETICA E HIPERTENSA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CONDICIÓN	CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO ADECUADO DE SITUACIONES ESTRESANTES		CUMPLIMIENTO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	34	63%	14	41%
NO	20	37%	20	59%
TOTAL	54	100%	34	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

La tabla nos indica que el 63% de la población encuestada conoce que el manejo adecuado de situaciones estresantes es parte de su autocuidado. Por otra parte podemos observar que de la población que tiene este conocimiento, es cumplido por el 41%.

TABLA N° 16. CONOCIMIENTO EN CUANTO A EVITAR HÁBITOS PATOLÓGICOS COMO PARTE DEL AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CONDICIÓN	CONOCIMIENTO SOBRE EVITAR HÁBITOS PATOLÓGICOS			
	EVITAR HÁBITOS PATOLÓGICOS		CUMPLIMIENTO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	51	94%	31	61%
NO	4	6%	20	39%
TOTAL	54	100%	51	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.
 Autor: Leonardo Salas

En la tabla se identifica que el 94% de la población encuestada conoce que evitar hábitos patológicos es parte de su autocuidado. El 61% de la población que lo conoce lo cumple.

TABLA N° 17. CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS DE ALARMA EN DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ALARMA EN DM/ HTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONOCIMIENTO	38	70%
DESCONOCIMIENTO	16	30%
TOTAL	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

La tabla señala que el 70% de la población encuestada conoce los síntomas de alarma en diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, como poliuria seguida de polidipsia diaforesis, nauseas, cefalea, visión borrosa entre otras.

TABLA N° 18 NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DIABÉTICA E HIPERTENSA ENCUESTADA DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA EN PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	12	22%
Medio	26	48%
Bajo	16	30%
Total	54	100%

Fuente: Datos tomados de Encuesta aplicada a los pobladores del barrio Pucacocha. 2012.

Autor: Leonardo Salas

En esta tabla podemos evidenciar que el 48% de la población diabética y/o hipertensa encuestada presenta un nivel medio de conocimiento en prevención de complicaciones.

7. DISCUSIÓN

En la actualidad existen recomendaciones para el desarrollo de las habilidades de autocuidado de la persona con Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial para el control de su enfermedad. Para esto es necesario que la persona tenga una participación activa en la monitorización de su enfermedad: selección de alimentos, número de comidas, calidad y cantidad de alimento ingerido, regularidad de actividad física, automonitorización de la glucemia capilar, examen de los pies, uso de medicamentos en horarios y dosis correctas, retorno periódico a la consulta médica, conocimiento de señales y síntomas de hipoglucemia, hiperglucemia, entre otros cuidados. ⁽¹⁶⁾

Es por esto que el presente trabajo investigativo está orientado a buscar cuáles son “LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS HABITANTES DEL BARRIO PUCACOCHA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL AÑO 2012”

De los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo, en base a los objetivos planteados se pudo llegar a la siguiente discusión:

De las 54 personas diabéticas y/o hipertensas del barrio Pucacocha encuestadas se encontró que el 48% presenta un nivel medio de conocimiento en autocuidado. El 30% un nivel bajo y solo el 22% tiene un nivel de conocimientos alto. Estos resultados encontrados son similares a otros estudios realizados respecto al tema como es el caso del estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha – Es Salud – 2009” en Lima Perú, en donde se encuentra que del total de usuarios encuestados (243) , el 54,7 % presentó un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, mientras que el 30,0 % presentó un nivel de conocimiento bajo y el 15,3 % tuvo un nivel de

conocimiento alto, ⁽¹⁷⁾ resultados que se asemejan mucho al presente trabajo investigativo.

Así mismo, en el estudio titulado nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado del paciente hipertenso en el policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y Servicios de Transporte Asistido de Emergencia, Lima, Perú, 2006. se encuentra que el 16.7% calificó como nivel alto, el 66.7% nivel medio y 16.7% bajo.⁽¹⁸⁾ Como vemos este estudio muestra también que el mayor porcentaje se encuentra en un nivel medio de conocimiento, siendo en el nivel de conocimiento alto y bajo en donde se ubican el menor porcentaje de personas.

Por otra parte al correlacionar lo encontrado en el presente estudio con el estudio realizado por Baca Martínez, B. y colaboradores, en su investigación titulada: “Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado” que se realizó en el Hospital General N° 1 de Culiacán Sinaloa, Mexico, se puede observar que existe en ésta un mayor porcentaje de personas (79%) con un nivel de conocimientos insuficiente, seguido en menor porcentaje (16%) por el conocimiento regular y en muy bajo porcentaje (5.4%) el conocimiento suficiente.⁽¹⁹⁾ Este estudio en relación al presente, muestra que existe generalmente mayor porcentaje de población con conocimientos en autocuidado entre regular y bajo siendo el conocimiento alto o suficiente donde se encuentra el menor porcentaje de población.

Además el presente trabajo investigativo muestra que los hábitos saludables mejor conocidos son evitar consumo de sustancias tóxicas (94%), cumplir adecuadamente el tratamiento médico (89%), acudir a la cita médica como parte de su autocuidado (83%), rutinas efectivas de ejercicio (70%), manejar adecuadamente situaciones estresantes (63%) y la adecuada alimentación con un 72% de la población que posee un nivel de conocimiento medio. No así los hábitos de higiene pues el 61% de población encuestada muestra bajo nivel de conocimiento en cuanto a hábitos de higiene que debe seguir el diabético y/o hipertenso como cuidado de pies, cuidados en cuanto a heridas, baños corporales con agua muy fría o muy caliente y el mantener un peso adecuado.

Esto guarda relación a lo encontrado en el trabajo investigativo realizado por Baca Martínez en el cual se encuentra que los aspectos sobre los que más se conoce son el ejercicio donde existe conocimiento suficiente en el 46% y la alimentación con conocimiento suficiente en el 50%, no así el cuidado de sus pies donde el 75% de la población presenta conocimiento insuficiente. (19)

**CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES**

8. CONCLUSIONES:

- El 48% de la población diabética y/o hipertensa encuestada del barrio Pucacocha de la ciudad de Loja presenta un nivel medio de conocimiento en autocuidado.
- El 60 % de la población diabética encuestada conoce que es una glicemia capilar. Así mismo se identificó que el 56% de la población diabética está en la capacidad de realizar una glicemia capilar. Por otra parte el 69% de la población hipertensa no está en la capacidad de realizar la toma de presión arterial.
- En lo que respecta al conocimiento sobre hábitos saludables y su cumplimiento:

El 72% de la población encuestada, posee un nivel medio en cuanto a conocimiento de hábitos alimenticios saludables. En lo que se refiere al cumplimiento de estos hábitos, el 70% tiene un nivel medio de cumplimiento.

El 61% de población encuestada muestra bajo nivel de conocimiento en cuanto a hábitos de higiene que debe seguir el diabético y/o hipertenso. Así mismo el cumplimiento de estos hábitos es bajo en el 66%.

El 70% de la población encuestada conoce rutinas efectivas de ejercicios como parte de su autocuidado. De estos solo el 45% cumple con este hábito.

El 83% de la población encuestada conoce que debe acudir a la cita médica como parte de su autocuidado. De la población que conoce este hábito, lo cumple un 82%.

Se identificó que el 89% de la población encuestada sabe la importancia de cumplir adecuadamente el tratamiento médico como parte de su autocuidado. De la población que conoce este hábito, lo cumple un 88%.

El 63% de la población encuestada conoce que el manejo adecuado de situaciones estresantes es parte de su autocuidado. Por otra parte, de la población que tiene este conocimiento, solo lo cumple el 41%.

El 94% de la población encuestada conoce que evitar hábitos patológicos es parte de su autocuidado. El 61% de la población que lo conoce lo cumple.

El 70% de la población encuestada conoce los síntomas de alarma en Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial.

- El 48% de la población diabética e hipertensa encuestada presenta un nivel medio de conocimiento en prevención de complicaciones.

9. RECOMENDACIONES

- El personal de salud y en especial el Médico en cada cita debe tomarse el tiempo necesario en explicar cuales son las áreas más importantes que debe cuidar una persona con Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, y como hacerlo, asegurándose de que el paciente entienda y le de la importancia al autocuidado para que cumpla las indicaciones.
- Recomiendo a los pacientes y familiares se capaciten en el manejo de glucómetro y/o tensiómetro para que puedan llevar a cabo un automonitoreo que les permita mantener controlados sus niveles de glicemia y / o tensión arterial.
- Realizar campañas por parte de directivos del hospital de Motupe en las que se instruya a los pacientes sobre hábitos saludables de vida y la importancia de su cumplimiento, a través de hojas volantes, tripticos y a través de la iglesia por medio del sacerdote , brindando información en forma sencilla y clara.
- Así mismo recomiendo al personal de salud dar a conocer al paciente diabético y/o hipertenso siempre que exista la oportunidad, cuales son las complicaciones a las que se encuentra expuesto y lo que puede hacer para evitar o retrasar su aparición.

10. BIBLIOGRAFIA

10. BIBLIOGRAFIA:

- 1) Rivera Álvarez, Luz N (2006). CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL HOSPITALIZADAS EN CLINICA DE BOGOTA, COLOMBIA. (Spanish). Revista de salud Pública, (8)3 235-247. Retrieved from medic Latina data base.

- 2) Velandia – Arias, Rivera – Alvarez, Luz N Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. (Spanish) Revista de Salud Pública; jul/aug 2009, Vol. 11 Issue 4, p538-548, 11p, 2 Charts Retrieved from Medic Latina databas.

- 3) Ana L Salcedo-Rocha, Javier E García de Alba-García Elizabeth Sevilla, Dominio cultural del autocuidado en diabeticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. Rev Saúde Pública 2008; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200010

- 4) FARRERAS ROZMAN, Medicina Interna, Decimocuarta edición

- 5) HARRISON, Principios de Medicina Interna, decimo séptima edición. 2009.

- 6) GUIAS ALAD DE DIAGNOSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO2. disponible en : http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf

- 7) Merck A global health leader working to help the world be well . Disponible en: http://msdlatinamerica.com/assets/biblioteca/manual_merck/content_mmerck/MM_08_99.htm

8) GUIA DE AUTOCAIDADO PARA PERSONAS CON DIABETES.SMNE.
Disponible en:
<http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>.

9) Molero,G. Complicaciones tardías en pacientes con diabetes mellitus. (Tesis Doctoral). Cusco: Hospital Es Salud Quillabamba; 2003. Disponible en :
http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/situa/2003_n22/complicaciones.htm

10) DIABETES MELLITUS ETIOPATOGENIA.pdf. Disponible en :
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/IntegradoTercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/DiabetesMellitus.pdf>

11) MINISTERIO DE SALUD. GUÍA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO 2.SANTIAGO: Minsal, 2010

12) R. Sanchez, Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial.2010

13) Mi salud. Periódico del ministerio de salud pública del Ecuador. La hipertensión y diabetes son las principales causas de muerte en el Ecuador. Jueves, 06 de Octubre del 2011.

14)C. Maicas Bellido y cols. Etiología y Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Esencial. Monocardio N.º 3 • 2003 • Vol. V • 141-160.

.15) SUAREZ FERNANDEZ, Carmen. Convivir con la hipertensión. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2008. Primera ed. 118 p. ISBN: 9788498351606

16) Irasema Romero Baquedano. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(6):[09 pantallas] nov.-dec. 2010. www.eerp.usp.br/rlae

17) Cabrera-Morón Rommy, Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud – 2009. Rev enferm Herediana. 2010;3(1):29-36. Disponible en : http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Autocuidado%203_4.pdf

18) Gladis Leguía, Nivel de Conocimientos y Prácticas de Autocuidado del Paciente Hipertenso. Policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y Servicio de Transporte Asistido de Emergencia, Lima, Perú, 2006. Rev. de Ciencias de la Salud 2:1 2007. Disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev2/38-43.pdf>

19) Baca Martínez, B. y Col. Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado Hospital General Nro 1 de Culiacán Sinaloa; 2008 [página web de internet]. México, Disponible en : <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691>

20) American Diabetes Association. Todo sobre la diabetes en español. Disponible en: <http://www.diabetes.org/español/diabetes-tipo-2>.

21) National Diabetes information Clearinghouse. Lo que usted debe saber sobre la alimentación y la diabetes. NIH Publication N° 085043S Junio 2008.

11. ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

Encuesta

Elaborada por: Leonardo Salas

Tema: NIVELES DE CONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS USUARIOS QUE HABITAN EN EL BARRIO PUCACOCCHA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL AÑO 2012.

Sírvase por favor en responder lo siguiente:

1) Datos generales.

Nombre:..... Edad:.....

Genero:..... Ocupación:.....

Instrucción:..... Patología:.....

2) Autocuidado.

a) ¿Conoce usted que es la glicemia capilar? Si () No ()

b). ¿Sabe usted como realizar una glicemia capilar? Si () No ()

c) ¿Conoce usted y sabe como realizar la toma de presión arterial?

d) Conoce usted cuales son los hábitos saludables del siguiente listado. Señalelos e indique lo que usted cumple.

Alimentación:

1. Dieta balanceada, pobre en sal y azucar simple Cumple Si() No ()

2. Ingerir en la dieta diariamente porciones de frutas y verduras
Cumple Si() No ()

3. Preferir en la dieta diaria el consumo de carnes blancas como pescado y pollo.
Cumple Si() No ()

4. No ingerir alimentos fritos o ricos en grasa saturada. Cumple Si() No ()

5. No consumir bebidas industrializadas como gaseosas, jugos artificiales y otras.
Cumple Si () No ()

6. Tomar agua en cantidades adecuadas para sus actividades (2 litros) entre las comidas.

Cumple Si () No ()

7. Preferir para endulzar las bebidas o postres u otros alimentos, endulzantes sin calorías.

Cumple Si () No ()

Higiene:

8. Usar zapatos cómodos, no apretados ni flojos. Cumple Si () No ()

9. Evitar causarse heridas en cualquier parte de su cuerpo. Cumple Si () No ()

10. Evitar baños corporales con agua muy fría o muy caliente. Cumple Si () No ()

11. Mantener un peso corporal adecuado para su edad. Cumple Si () No ()

Ejercicios:

12. Realizar actividad física o ejercicio por lo menos 30 minutos al día o tres veces a la semana.

Cumple Si () No ()

Controles médicos:

13. Acudir a cita médica en fechas señaladas por su Doctor/a Cumple Si () No ()

14. Cumplir adecuadamente el tratamiento indicado por su médico Cumple Si () No ()

Psicológicas

15. Manejar adecuadamente situaciones familiares de trabajo, sociales que sean estresantes (preocupantes

) Cumple Si () No ()

Hábitos patológicos

16. Evitar el consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo u otras drogas.

Cumple Si () No ()

Complicaciones:

17. ¿Conoce usted síntomas o manifestaciones de alarma como Hipoglicemia, hiperglicemia, hipotensión, hipertensión?

Si () No ()

ANEXO 2.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA APLICAR
ENCUESTA, DIRIGIDA AL PRESIDENTE DEL BARRIO
PUCACOCHA.

Loja 15 de marzo del 2012

Segundo Oswaldo Puglla, Presidente del barrio “Pucacocha”, autorizo al señor estudiante de Medicina Leonardo Salas Espinosa, para que entreviste a los habitantes del barrio con diagnostico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, atendiendo a la solicitud presentada para la realización de su tesis titulada “NIVELES DE CONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN LOS HABITANTES DEL BARRIO PUCACOCCHA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL AÑO 2012”

A la vez que solicito muy comedidamente a los habitantes, se les brinde las facilidades para la realización de la misma.

Atentamente

.....

Sr. Segundo Oswaldo Puglla

PRESIDENTE DEL BARRIO PUCACOCCHA

ANEXO 3.
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA APLICAR
ENCUESTA A MORADORA.

Loja 17 de Marzo del 2012

Maria Quinche, residente del barrio “Pucacocha”, autorizo al señor estudiante de Medicina Leonardo Salas Espinosa, para que me entreviste , atendiendo a la solicitud presentada para la realización de su tesis titulada “NIVELES DE CONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN LOS HABITANTES DEL BARRIO PUCACOCHA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL AÑO 2012”

Atentamente

.....

Sra. Maria Quinche

ANEXO 4.
FOTOGRAFÍAS DE CAPACITACIÓN EN USO DE
GLUCÓMETRO Y TENSÍOMETRO







ANEXO 5.
TRÍPTICO DE AUTOCUIDADOS PARA PERSONAS
DIABÉTICAS

MEDICAMENTOS

¿Qué consideraciones son importantes respecto a los medicamentos en las personas con diabetes?

Los medicamentos para controlar los niveles de glucosa son un componente de tratamiento. Para obtener todos los beneficios de sus medicamentos tome en cuenta lo siguiente:

- ☞ Tome sus medicamentos en la cantidad y horario establecida.
- ☞ Establezca un horario para tomar sus medicamentos y tome un hábito.
- ☞ No tome medicamentos ni remedios que no le han sido indicados por un profesional de la salud.
- ☞ Si toma varios medicamentos puede ser útil un pastillero para organizarlos sin que se le olviden.
- ☞ Pregunte cómo debe tomar el medicamento: ¿en ayuno? ¿cuánto tiempo antes de los alimentos? ¿puede combinarse con otros pastillas o no? ¿en qué orden debe tomar todos sus medicamentos?
- ☞ Intente que alguien le ayude con los medicamentos si usted tiene problemas para recordar los horarios o si tiene problemas visuales.
- ☞ Si le cambian la dosis o tipo de medicamento debe llevar un control más estricto de sus niveles de glucosa y registrarlos en una libreta para que su médico pueda saber cómo reaccionó al cambio y cuál sea el que le sea necesario que se debe hacer en caso de que tenga problemas.



Es especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado.

METAS DE UN BUEN CONTROL

Parámetro	Metas	Comentarios
Glucosa	En ayuno 70-130 mg/dL. <180 dos horas después del alimento.	El autocontrol facilita llegar a esta meta.
Presión arterial	Menos de 130/80	Puede ser más estricto si hay complicaciones en riñones.
Colesterol	LDL Menos de 100 mg/dL. HDL >40 hombres y > 50 mujeres	También llamados: "Colesterol Malo" "Colesterol bueno"
Triglicéridos	Menos de 150 mg/dL.	Otro tipo de grasa en la sangre.

El control de la diabetes depende de muchas factores. Muchos de ellos dependen directamente del paciente, por lo que SU PARTICIPACIÓN ES INDISPENSABLE para lograr un buen control.



TOMA EL CONTROL DE LA DIABETES COME Y VIVE SANO



¿QUÉ ES LA DIABETES?

Es una enfermedad que produce la subida del nivel de azúcar (glucosa) en la sangre. Se presenta para toda la vida, pero puede controlarse y evitar complicaciones si es diagnóstica a tiempo.

¿CUÁLES SON LAS ÁREAS MÁS IMPORTANTES QUE DEBE CUIDAR UNA PERSONA CON DIABETES?

1. La dieta.
2. El programa de ejercicio.
3. La forma de tomar los medicamentos adecuadamente.
4. Aprender a resolver problemas frecuentes.
5. Lograr un control de los niveles de glucosa.
6. Prevenir complicaciones crónicas.

DIETA

Una dieta correcta es fundamental en el control de la hiperglucemia.



- Limitar la cantidad de azúcares simples como miel, mermeladas, refrescos, galletitas, dulces, chocolates, frutas en conserva, cervezas, vino, pastillas.
- Los alimentos ricos en fibras son muy aconsejables como: pan integral, fruta natural con piel, verduras frescas, verduras cocidas, habas secas.
- Se recomienda 1g/kg peso/día de proteína. Los alimentos ricos en ellas son: carnes, pescados, huevos, queso y leche.
- Moderar el consumo de grasas. Prevenir la elevación del colesterol en la sangre. Lo ideal sería tener un 70% de grasas vegetales y 30% animales.

APRENDER A COMER, sin olvidarnos del placer pero teniendo en cuenta LA SALUD.

EJERCICIOS

Mantenerse activa lo llenará de energía y lo hará sentirse mejor.

- ☞ El ejercicio debe ser de preferencia aeróbica: caminar, natación, ciclismo, baile, etc.
- ☞ Se recomienda hacer un mínimo de 30 minutos de ejercicio 3 veces por semana o más si es posible.

☞ Empece con ejercicio ligero y aumente progresivamente cada semana hasta tener una rutina completa. Por ejemplo: inicia con 10 minutos 3 veces por semana y aumenta 5 minutos a su rutina cada semana hasta llegar a la meta.



☞ No sobrepase al tiempo ni la intensidad. El ejercicio excesivo puede ser tan dañino como una vida sedentaria.

☞ Cuida que sus zapatos sean adecuados y no afectan a sus pies.

☞ Revise sus niveles de glucosa antes y después del ejercicio.

Recuerda que está tratando de establecer un hábito que debe durar toda la vida, por lo tanto, es mejor que el ejercicio que realice sea constante, agradable y efectivo.

ANEXO 6.
TRÍPTICO DE AUTOCUIDADO PARA PERSONAS
HIPERTENSAS

Perder peso



Es uno de los cambios más importantes que se puede hacer en el estilo de vida para reducir la presión arterial.

Una reducción de 10 lb puede ayudar a reducir la presión arterial o prevenir la hipertensión. Una reducción de 20 lb puede llegar a reducir la presión sistólica de 5-20 mmHg.

Otras intervenciones en el estilo de vida

Dejar de fumar

Debe formar parte de cualquier plan de cambio en el estilo de vida para prevenir cualquier enfermedad y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.



Meditación



Tiene diversos beneficios, como reducir la presión arterial. Puede llegar a reducir la mortalidad en pacientes hipertensos.

Conclusiones

Recuerde pues, que la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy común. La nivel mundial que poca gente sabe que la tiene, debido a que por sí misma no provoca ningún sintomatología, y que predispone a otro tipo de enfermedades cardiovasculares, siendo la HTA un riesgo para sí misma.

Debido a que es una enfermedad multifactorial, las causas que la provocan son muy diversas, y son tanto genéticas como ambientales.

Por esto, es importante revisarse la presión arterial de forma frecuente y contribuir en lo que podamos para adoptar medidas que nos permitan no solo mantener nuestra presión en niveles adecuados, sino que también beneficiaran nuestra salud en conjunto, y poder prevenir otro tipo de enfermedades.

Además de las intervenciones que los médicos puedan hacer, nosotros mismos podemos poner de nuestra parte para tener una mejor salud y una mejor calidad de vida.



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

HIPERTENSIÓN



Hablamos de hipertensión arterial cuando la presión arterial sistólica es >140 mmHg y/o cuando la presión arterial diastólica es >90 mmHg, pero se observa que niveles >120 de presión arterial sistólica y >80 mmHg de presión arterial diastólica se asocia con desarrollo de hipertensión arterial a largo plazo.

En la mayoría de las cosas la causa de la HTA es desconocida. Hablamos entonces de HTA esencial o primaria o idiopática. Suele aparecer entre los 30 y 60 años.

La HTA trae consigo importantes consecuencias para el organismo. Afecta a las arterias, corazón, cerebro, retina y riñones, llegando a provocar infartos en miocardio, insuficiencias cardíacas, dolores crónicos de cabeza, diabetes, enfermedades de la vista, insuficiencia renal entre otros.



MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA

Éstas incluyen una disminución de consumo de sal en los alimentos, un aumento en el ejercicio, moderar el consumo de alcohol, seguir los enfoques dietéticos para detener la hipertensión y perder peso.

Menor ingesta de sal

Ocurre mayor reducción en la presión arterial a menor consumo de sal. La ingesta diaria recomendada de sal para todas las personas con hipertensión la prehipertensión es de 2,8g de sal o menos, lo que equivale no agregar sal de mesa a los alimentos sino consumir solo la cantidad necesaria para prepararlos.



Realizar ejercicio

El ejercicio aeróbico (correr, natación, ciclismo, entre otros) reduce 4mmHg la presión sistólica y 3mmHg la presión diastólica. Lo mejor es encontrar una actividad que disfrute, sobre todo si la realiza en compañía de alguien más. Lo mínimo recomendado es realizar 30 minutos



de ejercicio por lo menos 3 veces a la semana. En personas que tengan dificultad en realizar ejercicios extenuantes pueden realizar caminata, con beneficios similares.

Limitar el consumo de alcohol



Es un cambio importante en el estilo de vida para reducir la presión arterial. Resultados de estudios han mostrado que logra reducir 3 mmHg en la presión sistólica y 2 mmHg en la presión diastólica. Los recomendados es que los hombres no consuman más de 2 bebidas de alcohol por día y las mujeres no más de 1.

Cambios en la dieta

Se sugiere una dieta rica en frutas y verduras (4-5 porciones al día) en fibra (cereales, arroz, pan integral); 7-8 porciones al día) en productos lácteos bajos en grasas (2-3 porciones al día), alimentos ricos en potasio (fríjoles, trigo, nueces) en magnesio (almendras, garbanos) y calcio (lácteos, pescado, mariscos, nueces) y baja en grasas saturadas.

Este tipo de dieta reduce un 6 mmHg en la presión sistólica y un 3 mmHg en la presión diastólica.