

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO EN EL HOSPITAL DE LEBU (Período 78-91 y 92-95)

Cuad. Méd. Soc. XXXVI, 2, 1995/ 23-29

*Dr. Julio Salgado O.,
Dr. John Araneda G.,
Dr. Santiago Ibacache C.,
Dr. Orlando Ahumada B.,
Dr. Sergio Tapia R.,
T.M. Juan Fernández S.*

INTRODUCCION

La Diabetes mellitus (D.M.) es un problema mundial de salud que afecta a las sociedades humanas sin que importen las condiciones de desarrollo socioeconómico de éstas, y constituye por tanto un importante problema de salud pública, afectando en nuestro país aproximadamente a un 5% de la población. Si bien es cierto que en su génesis aparecen involucrados una serie de factores, muchos de los cuales son todavía desconocidos, tienen una gran y especial importancia los hábitos nutricionales exacerbados y desfavorables. No obstante lo anterior, la mayor parte de los casos de Diabetes mellitus son el resultado de la interacción de factores ambientales en individuos genéticamente susceptibles, lo que hace posible identificar individuos de alto riesgo y protegerlos de los factores ambientales conocidos y controlables. Sin embargo, y a pesar de ser una enfermedad de fácil diagnóstico, muchas personas desconocen el hecho de ser diabéticos y cuando esta enfermedad se establece clínicamente es imprescindible que el equipo de salud ayude al paciente a identificar y a conocer cuáles son los factores de riesgo que acompañan a esta patología, dado que ésta es una enfermedad que si no se previene, detecta y trata adecuadamente deteriora la calidad de vida del individuo enfermo. Debido a esto, juegan un rol fundamental la educación y el énfasis con que realice sus actividades el equipo de salud en el tratamiento del paciente diabético y, es más, se hace indispensable, para lograr que éste comprenda la importancia de lo que significa tener esta patología y lograr controlarla.

En el Hospital de Lebu, hospital tipo 4 (con una

población asignada en el año 1994 de 21.448 habitantes), se procedió durante el año 1991 a rediseñar el trabajo del equipo de salud que atendía al paciente diabético hasta ese entonces. Este equipo estaba conformado por médico, enfermera, nutricionista, auxiliar de enfermería y se decidió integrar a la asistente social del establecimiento, lo que permitió trabajar tanto en el aspecto médico como en el entorno social de los pacientes.

Durante los primeros seis meses de 1991 se realizó el diseño de la nueva pauta de acción y estrategias a seguir por el equipo a partir de 1992, y cuyos objetivos fundamentales fueron:

1. Mejorar la calidad de la atención médica del paciente diabético.

2. Aumentar la cobertura de atención, estimulando la consulta precoz para detectar potenciales nuevos pacientes.

Para poder lograr esto se recurrió a las siguientes estrategias:

- a) Creación del Club de Diabéticos de Lebu.

- b) Incorporación al Consejo Económico y Social de la Ilustre Municipalidad de Lebu, con lo que se accedió a una subvención anual, la que ha permitido la adquisición de medicamentos, de instrumental médico, de alimentos especiales para diabéticos, etc.

- c) Adquisición de la personalidad jurídica (N° 100).

- d) Rediseño nutricional del desayuno que se otorga a los pacientes en cada control posterior a la toma de glicemia.

- e) Intenso programa de charlas en los establecimientos educacionales y en diversos programas radiales en Radio Teniente Merino de Lebu.

f) Realización anual en el mes de septiembre de la Colecta Nacional del Diabético, con lo cual se incrementan los ingresos para invertir en el beneficio de estos pacientes.

g) Iniciación de un programa de atención podológica semestral, contando con la colaboración de podólogos de Santiago.

h) Iniciación de un programa de atención oftalmológica primaria, con la colaboración de especialistas del Departamento de Oftalmología del Hospital Regional de Concepción.

Si bien es cierto en nuestro Hospital (por ser de tipo 4) carecemos de mejores parámetros para evaluar en el tiempo el efecto que en nuestros pacientes han provocado las modificaciones hechas al Programa de Atención al Paciente Diabético a partir de 1992, como sería por ejemplo el tener acceso a la medición de la hemoglobina glicosilada, u otros indicadores de patologías asociadas a la diabetes, a saber:

1. Acceso al estudio nefrológico para evaluación del daño a nivel renal.

2. Estudio oftalmológico, para evaluación del daño a nivel ocular (si bien este último lo hemos implementado lentamente y con mucho sacrificio nuestro y del Departamento de Oftalmología del Hospital Clínico Regional de Concepción).

3. Acceso al Doppler, Arteriografía, etc., para prevención y tratamiento del Pie Diabético.

4. Etc., el equipo de salud de nuestro hospital teniendo en cuenta los cambios introducidos, y el nuevo espíritu con que hemos afrontado la atención del paciente diabético, mira con optimismo el futuro de nuestros pacientes, hacia quienes van dedicados nuestros mayores esfuerzos, y a cuatro años de introducidos dichos cambios, la intención del presente trabajo tiene por objeto hacer una evaluación de ellos, para analizar objetivamente lo realizado hasta el momento, teniendo en mente, en un futuro no lejano, poder acercar hasta nuestro Hospital nueva y más moderna tecnología, la que sumada a la intensa campaña educativa y de prevención en que hemos estado empeñados estos años nos permitirá mejorar la calidad integral de la atención de nuestros pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Evaluación de la calidad de la atención integral del paciente diabético en el Hospital de Lebu.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el perfil biomédico característico del paciente diabético controlado en el Hospital de

Lebu (sexo, grupo etario, patología asociada, nivel de glicemia, tratamiento usado).

2. Realizar análisis comparativo entre los pacientes que han permanecido en control por tres años con los que han permanecido más de tres años en control.

2.1. Determinar la adhesividad al tratamiento en ambos grupos.

2.2. Determinar el estado nutricional de ambos grupos al ingreso y actualmente.

2.3. Determinar el nivel de glicemia de ambos grupos al ingreso y actualmente.

2.4. Determinar el uso de insulina de ambos grupos actualmente.

MATERIAL Y METODO

Se analizaron el total de fichas clínicas de cada uno de los pacientes diabéticos que se controlan en el Hospital de Lebu, así como la tarjeta de control de pacientes crónicos en donde se registran los siguientes datos: nombre, fecha de nacimiento, edad, estado civil, escolaridad, domicilio, fecha de ingreso, peso de ingreso y glicemia de ingreso al programa, tratamiento, patología asociada, peso actual y glicemia actual. Se analizaron los datos de 227 pacientes, de los cuales se eliminaron para efectos de esta investigación 18 pacientes, los que dejaron de pertenecer al programa de diabéticos debido a: fallecimiento (7), traslado a otra ciudad (2) y abandono voluntario de tratamiento (9). Se realizó el estudio del estado nutricional de cada uno de los pacientes, tanto el del ingreso como el actual (abril de 1995), utilizando como parámetro los Índices de Peso y Talla (IPT) y el Índice de Masa Corporal (IMC), los cuales fueron sometidos a un estudio comparativo aparte y eligiendo para este trabajo el último parámetro, debido a que no se presentaban diferencias muy significativas entre ellos, y es el parámetro utilizado en nuestro hospital por el equipo de salud, para la evaluación nutricional de los pacientes. Se ocupó la Fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$ y se clasificó a los pacientes según los siguientes parámetros:

A) Hombres: Enflaquecido menor 20, Normal 20-24, Sobrepeso 25-29, Obeso mayor 30.

B) Mujeres: Enflaquecido menor 19, Normal 19-23, Sobrepeso 24-28, Obeso mayor 29.

Se subdividió a los pacientes en dos grupos según los años que llevan en control:

Grupo A: Pacientes con más de tres años en control, ingresados hasta diciembre de 1991. En total 105 pacientes (73 mujeres y 32 hombres).

Grupo B: Pacientes con tres años en control,

ingresados durante 1992. En total 44 pacientes (24 mujeres y 20 hombres).

Los pacientes actualmente en control suman 209, de los cuales 18 ingresaron en 1993, 32 en 1994 y 10 en 1995, los que por no llevar más de tres años en control no fueron incluidos en todos los análisis estadísticos de este trabajo.

RESULTADOS

1.-Los pacientes asistentes al control del programa de Diabetes mellitus del Hospital de Lebu son 209.

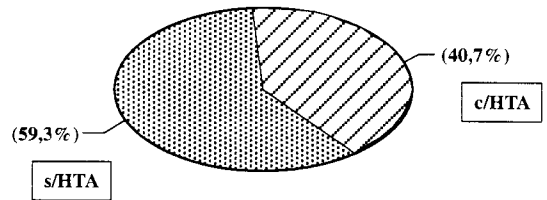
1.1. De estos pacientes 134 (64,11%) corresponden a sexo femenino y 75 (35,88%) al sexo masculino. (Gr. n° 1).

1.2. Más del 50% son mayores de 60 años para ambos sexos. (Gr. n° 2).

1.3. Existe alrededor de un 40% que tiene como patología asociada la hipertensión arterial en ambos sexos. (Gr. n° 3).

1.4. Más de un 30% presenta glicemia menor de 140 mg/dl en ambos sexos; casi 70% de los hombres

GRAFICO 3
Diabéticos Hospital Lebu
Relación de diabetes e HTA



y casi 60% en las mujeres tienen glicemias menores a 199 mg/dl. (Gr. n° 4).

2. El 89,95% de los pacientes (incluidos ambos sexos) utilizan como tratamiento hipoglicemiante la glibenclamida (único fármaco hipoglicemiante oral existente en nuestro Hospital); el 10,04% restante utiliza insulina como hipoglicemiante. (Gr. N° 5).

2.1. De los usuarios de insulina, el 33,33% presentan glicemias menores a 140 mg/dl, y el 66,66%

GRAFICO 1
Diabéticos Hospital Lebu
Distribución según sexo

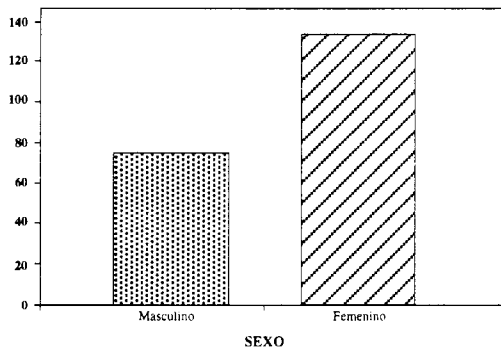


GRAFICO 2
Diabéticos Hospital Lebu
Distribución según grupo etario y sexo

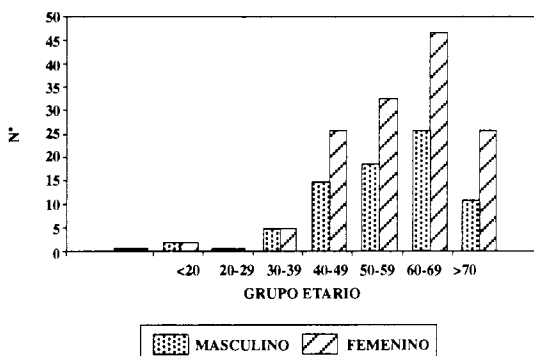


GRAFICO 4
Diabéticos Hospital Lebu
Relación de glicemia según sexo

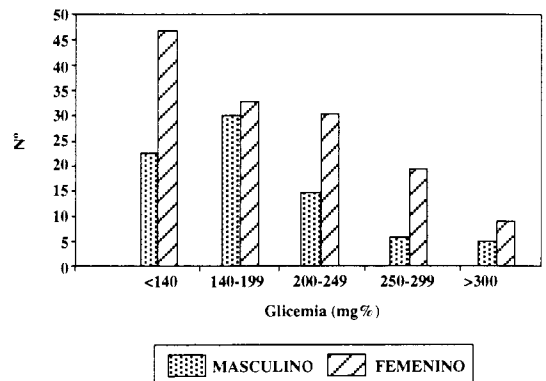
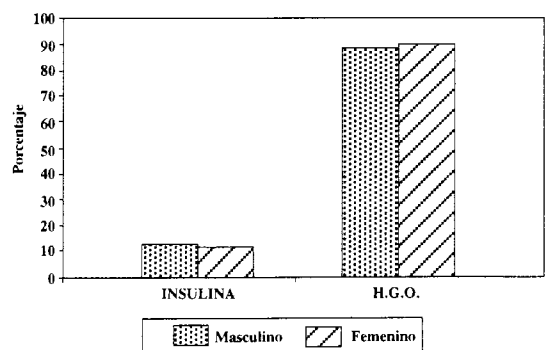


GRAFICO 5
Diabéticos Hospital Lebu
Tratamiento Hipoglicemiante



de ellos tienen glicemias menores a 199 mg/dl. (Gr. n° 6).

2.2. De los usuarios de hipoglicemiantes orales, el 33,51% presenta glicemias menores a 140 mg/dl, y el 62,23% de ellos tienen glicemias menores a 199 mg/dl. (Gr. n° 7).

3.- Al analizar como grupos separados los pacientes ingresados a control antes del año 1992 (grupo A) y los pacientes ingresados a control durante el año 1992 (grupo B) se puede determinar que:

3.1. Los hombres del grupo A presentaban al ingreso a control un Estado Nutricional (EN) de más de un 75% en Sobrepeso y Obesos para el índice nutricional (IMC), que se asemeja al EN de ingreso de los pacientes del grupo B. (Gr. n° 8).

En las mujeres este porcentaje sube alrededor del 90% para el grupo A y alrededor del 85% para el grupo B (Gr. N° 10).

3.2. Actualmente los hombres del grupo A han disminuido alrededor de un 10% el exceso de peso. En cambio el grupo B permanece con un porcentaje similar a su ingreso (Gr. n° 9).

GRAFICO 6
Diabéticos Hospital Lebu
Tratamiento con insulina

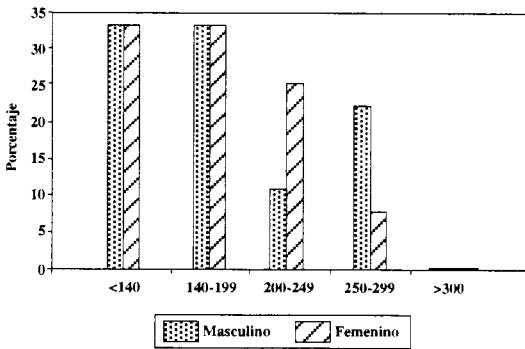


GRAFICO 7
Diabéticos Hospital Lebu
Tratamiento con H.G.O.

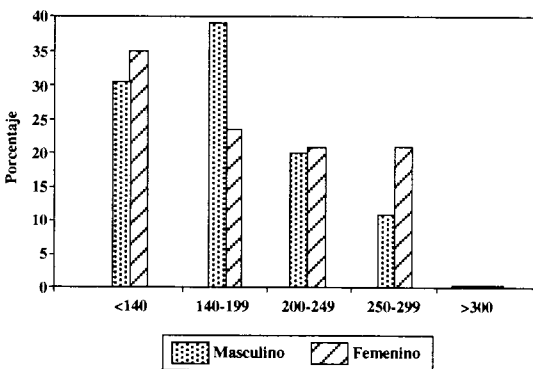


GRAFICO 8
Diabéticos Hospital Lebu
Estado nutricional ingreso varones

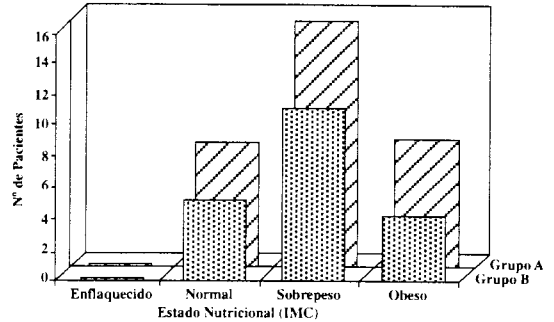


GRAFICO 9
Diabéticos Hospital Lebu
Estado nutricional actual varones

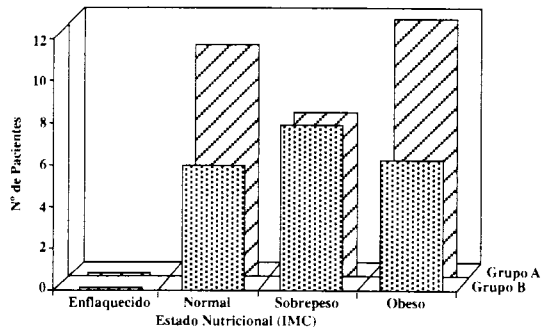
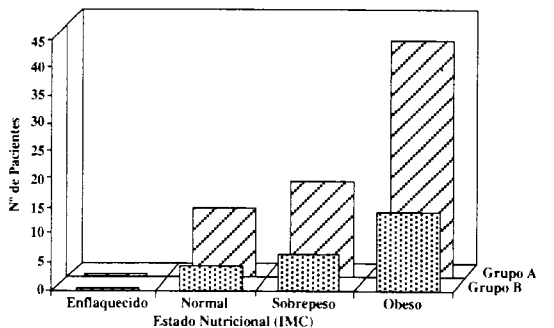


GRAFICO 10
Diabéticos Hospital Lebu
Estado nutricional ingreso damas



Las mujeres no presentan cambios significativos en su estado nutricional en ambos grupos de pacientes (Gr. n° 11).

3.3. Al considerar la adherencia de los pacientes al programa, se observa que el 67,61% del grupo A presenta una asistencia del 100% al control, así como se aprecia que respecto al grupo B ésta aumenta al 88,73% (Gr. n° 12 y Gr. n° 18).

3.4. Al analizar por sexo el nivel de glicemia de los pacientes, se aprecia que al ingreso tanto varones

GRAFICO 11
Diabéticos Hospital Lebu
Estado nutricional actual damas

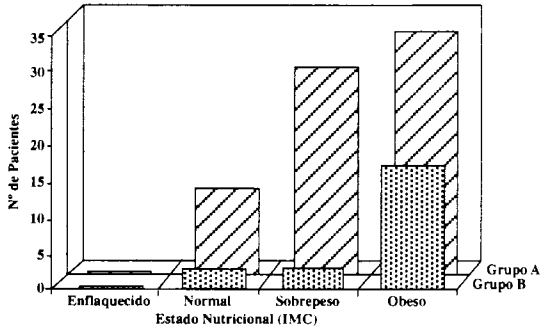


GRAFICO 13
Diabéticos Hospital Lebu
Nivel de glicemia ingreso varones

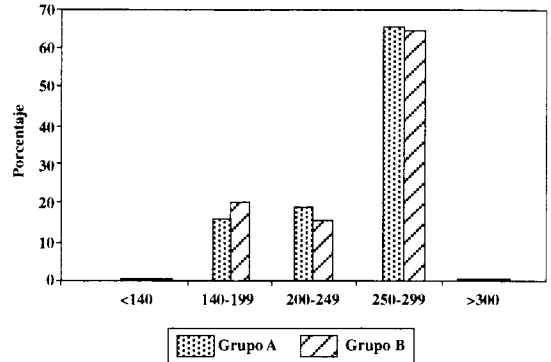


GRAFICO 12
Diabéticos Hospital Lebu
Adhesividad al control

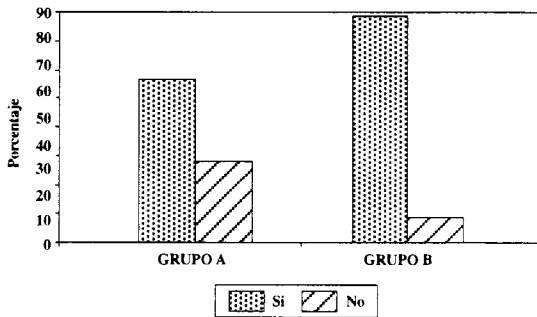


GRAFICO 15
Diabéticos Hospital Lebu
Nivel de glicemia ingreso damas

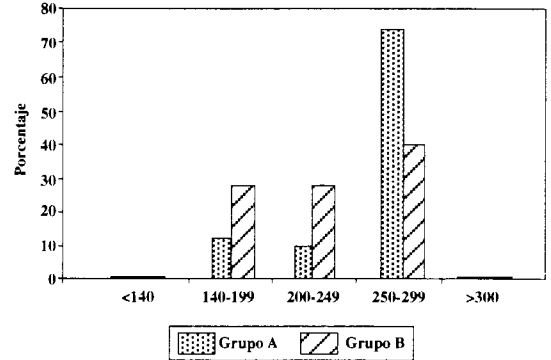
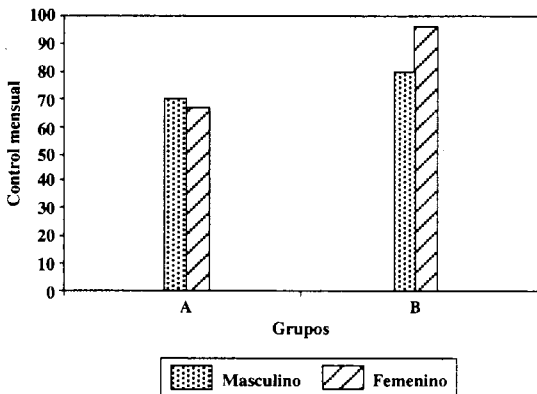


GRAFICO 18
Diabéticos Hospital Lebu
Adhesividad al control



ellos presenta glicemia menor a 140 mg/dl (para ambos sexos), y que el 20% de los varones y el 29,16% de las damas presenta glicemia entre 140 y 199 mg/dl. (Gr. n° 13 y Gr. n° 15).

3.6. En relación el momento actual, en el grupo A el 31,25% de los varones y el 34,24% de las damas presentan glicemias menores a 140 mg/dl; se aprecia también que el 56,25% de los varones tienen glicemias menores a 199 mg/dl, y que el 56,15% de las damas presentan glicemias en ese mismo rango. (Gr. n° 14 y Gr. n° 16).

3.7. En lo que se refiere al grupo B, el 25% de los varones y el 33,33% de las damas presentan glicemias menores a 140 mg/dl, mientras que el 75% de los hombres y el 74,99% de las mujeres presentan glicemias menores a 199 mg/dl (Gr. n° 14 y Gr. n° 16).

3.8. Los pacientes del grupo A (ambos sexos) que utilizan, como tratamiento hipoglicemiante, la insulina son 12, lo que representa un 57,14% del total de usuarios de insulina; respecto al grupo B,

como damas del grupo A, no presentan glicemias menores a 140 mg/dl, y sólo un 15,62% y un 13,69%, presentan glicemias entre 140 y 199 mg/dl para varones y damas, respectivamente (Gr. n° 13 y Gr. n° 15).

3.5. Al analizar la glicemia de ingreso de los pacientes del grupo B apreciamos que ninguno de

GRAFICO 14
Diabéticos Hospital Lebu
Nivel de glicemia actual varones

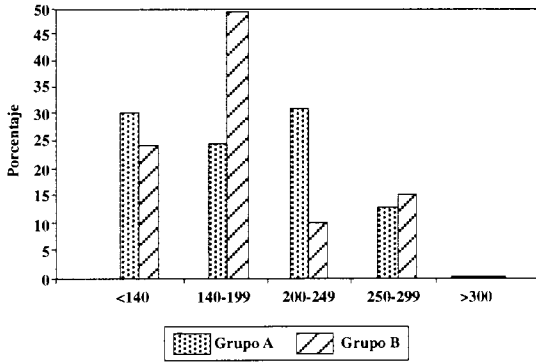


GRAFICO 17
Diabéticos Hospital Lebu
Tratamiento con insulina

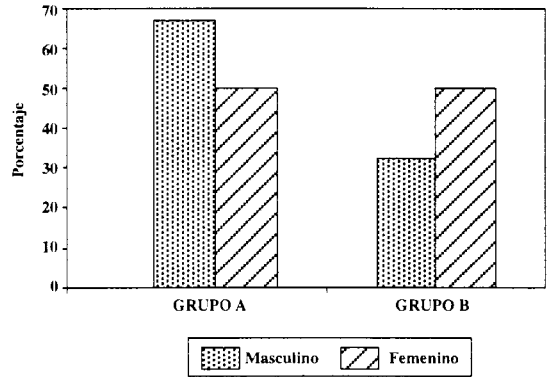


GRAFICO 16
Diabéticos Hospital Lebu
Nivel de glicemia actual damas

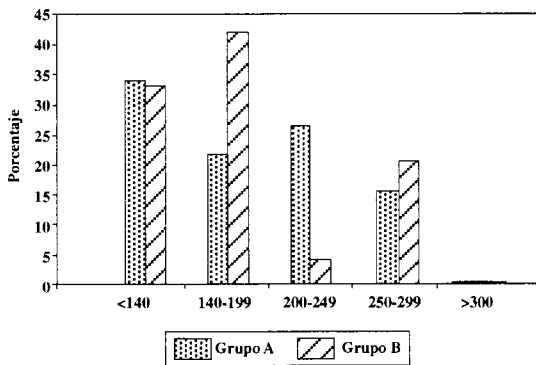
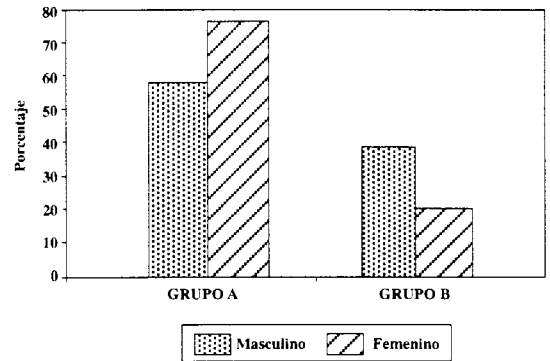


GRAFICO 19
Diabéticos Hospital Lebu
Tratamiento con H.G.O.



quienes utilizan este fármaco son 9 pacientes, que representan el 42,85% restante (Gr. n° 17).

3.9. Respecto a los usuarios de glibenclamida, 93 pacientes son del grupo A (72,65%); de éstos 26 (27,95%) son hombres, y 67 (72,04%) son mujeres. En lo que se refiere al grupo B, 35 pacientes utilizan la glibenclamida, y de éstos 17 (48,57%) son hombres, y los 18 restantes (51,42%) son mujeres. (Gr. n° 19).

CONCLUSIONES

1.- El paciente diabético asistente a control en el Hospital de Lebu se caracteriza por corresponder principalmente a pacientes de la tercera edad, mayoritariamente mujeres; casi la mitad de ellos con hipertensión arterial agregada, sólo un tercio de ellos muy bien controlados (glicemia menor a 140 mg/dl) y dos tercios de ellos con glicemias menores a 200 mg/dl.

2.- El paciente que usa como tratamiento hipoglicemiante insulina se encuentra bastante bien controlado; esto se puede deber a la educación del paciente y su grupo familiar, que siempre actúa como refuerzo, lo que no ocurre habitualmente con el paciente que usa hipoglicemiantes orales.

3.- Al analizar el EN de los pacientes diabéticos a su ingreso llama la atención que un muy alto porcentaje de ellos están en la categoría de sobrepeso u obesos para ambos grupos, y a pesar de estar durante muchos años en tratamiento (grupo A) y haber cambiado la calidad de atención y estrategias en la educación (grupo B), en ambos grupos no se ha logrado mejorar ostensiblemente su EN.

4.- Respecto a la adhesión al programa, el grupo B presenta una mayor adhesión que el grupo A, tanto si se comparan los respectivos grupos separados por sexo (grupo B: hombres 80%, mujeres 95,83%: grupo A: hombres 68,75%, mujeres 67,12%), así como analizados ambos grupos sin

distinción de sexo (grupo B 88,73% de adhesión: grupo A 67,61% de adhesión).

5.- En lo que respecta al control de glicemia se ha logrado mejorar sustancialmente debido a que al ingreso de los pacientes casi un 85% se encontraba con glicemias mayores a 200 mg/dl y actualmente un 30% de los pacientes está con glicemias menores a 140 mg/dl y un 60% presenta glicemias menores a 200 mg/dl para ambos grupos de pacientes.

6.- Se observa que existe aún un bajo porcentaje de pacientes que usa insulina (menos del 20% en ambos grupos), a pesar de que el equipo de salud, a veces lo considera necesario para lograr un mejor control individual del paciente; esto se debe principalmente a razones culturales (creencias, temores, etc.), lo que dificulta la labor del equipo de salud.

7.- Respecto al estado nutricional, se aprecia que al ingreso la distribución de frecuencias es similar en los grupos A y B (tanto para hombres como para mujeres). Sin embargo, en el "momento actual" existe una diferencia respecto a los hombres del grupo A, en los que disminuyeron porcentualmente los "con sobrepeso" y aumentaron los "normales", así como los "obesos", lo que se explica en parte, pues, al aumentar la adhesión al programa (en ese grupo), logramos que el paciente tomara conciencia de la importancia de modificar sus hábitos alimentarios, lo que explica el aumento del estado nutricional "normal", a expensas de una disminución en el parámetro "sobrepeso"; en relación al aumento en el parámetro "obeso", en parte se explica porque al reincorporar al programa pacientes que tenían baja adherencia (hasta ese entonces), éstos reingresaron con exceso de peso, y principalmente, por ser pacientes para los cuales no es motivador trabajar con la nutricionista en lo referente a cambiar hábitos alimentarios demasiado arraigados, por ser pacientes añosos, y no debiendo olvidar que por su condición de jubilados en su mayoría y/o por vivir de allegados, sus ingresos no les permiten manejar una dieta equilibrada, acorde con su patología de base.

Como conclusión final se puede decir que el paciente que padece Diabetes mellitus requiere del esfuerzo constante del equipo de salud y es necesario para poder brindarles una atención de salud de

buena calidad mantener la motivación, el control y la evaluación en forma permanente de todos y cada uno de los múltiples factores que intervienen en esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Steiner, D.F. Insulin today. *Diabetes* 26:322, 1977.
2. Sherwin, R., Felig, P. Pathophysiology of Diabetes mellitus. *Med. Clin. North Am.* 62:695-711, 1978.
3. Kannel, W.B., Mc. Gee, D.L. Diabetes and cardiovascular disease. *The Framingham Study J.A.M.A.* 241; 2035-38, 1979.
4. Peterson, C.M. *Diabetes Management in the 80's*. Phaegeer, New York, 1982.
5. Shyler, I.S. Symposium on home blood glucose monitoring. *Diabetes care* 3:57, 1980.
6. Arky, R.A. Current principles of dietary on therapy of Diabetes mellitus. *Med. Clin. North Am.* 62:655, 1978.
7. Hadden, D.R. Food and diabetes: the dietary treatment of insulin-dependent and non-insulin dependent diabetes. *Clin. Endocrinol. Metab.* 11:503, 1982.
8. Normas Técnicas para el control de la Diabetes mellitus. Series de divulgación clínica, para profesionales del S.N.S.S. Sec/PS-84-A-25.
9. Assal, J.p. Mühlhauser, I., Pennet, A. Patient education as basis for Diabetes care in clinical practice and research. *Diabetología.* 28:602-603, 1985.
10. Mella, I., García de los Ríos, M. Parker, M. Covarrubias, A. Prevalencia de Diabetes en el Gran Santiago, Chile. *Rev. Med. Chile.* 109:869-877, 1981.
11. Ministerio de Salud. Normas Técnicas para el Control de Diabetes mellitus. Santiago, 1983.
12. Olivares, S. La educación del paciente diabético. Bases para una propuesta metodológica. Santiago EPAS (5): 25-30, 1989.
13. Olivares, S. Andrade, M., Becerra, C. Lo que usted debe saber en alimentación y nutrición. Ministerio de Salud/UNICEF. Santiago, 1989.
14. Resler, M. Teaching strategies that promote adherence. *Nursing Clinic of North America*, 18(4):799-811, 1983.
15. Resler, M. Teaching strategies that promote adherence. *Nursing Clinics of North America* 18(4). 799-811, 1983.
16. Kravitz, A. et al. Emotional factors in Diabetes mellitus. Philadelphia: A. Marble, 767-781, 1971.