



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL**

**“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA
DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES
DIABÉTICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA
BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN
CHONE. AÑO 2010”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTOR

Dr. José A. Bladimir Zambrano Vargas

DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Susana Donoso Mg. Sc.

CHONE - MANABÍ

2010

CERTIFICACIÓN

Lic.

Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010", el mismo que está de acuerdo con lo estatuido por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Chone, septiembre de 2010

.....
Lic. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad del autor.

Chone, septiembre de 2010

.....
Dr. Bladimir Zambrano Vargas
Cédula N° 130333337-9

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Dr. José Alejandro Bladimir Zambrano Vargas, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textual dice. “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Chone, septiembre del 2010

Dr. Bladimir Zambrano Vargas

CI: 130333337-9

DEDICATORIA

Con amor dedico el presente trabajo a las personas que quiero entrañablemente:

A mi esposa y mis hijos, con quienes comparto a diario los buenos y malos momentos de la vida, que son el pilar fundamental de la familia. A la memoria de mis padres que me supieron guiar y conducir a lo que soy hoy día.

A mis pacientes, colaboradores interminables de ésta gesta. A todas las personas que de una u otra manera colaboraron en el proceso del presente estudio; y de manera especial a la Lic. Susana Donoso, mi guía en todo el proceso de la maestría.

EL AUTOR

AGRADECIMIENTO

Ratifico mi agradecimiento entrañable a al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la excelente predisposición para el trabajo y también por ser parte del proceso para el mejoramiento profesional.

Al personal médico y administrativo del Subcentro de Salud Vanesa Bravo de la parroquia Canuto, quienes también fueron expeditos colaboradores del proyecto investigación aquí expuesto.

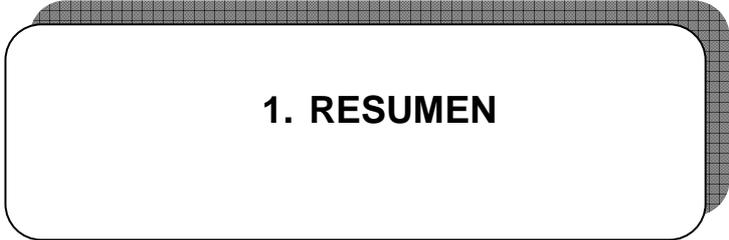
A todas las personas que permitieron y facilitaron los procesos de intervención aquí citados.

EL AUTOR

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CESIÓN DE DERECHOS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
1.RESUMEN	1
2.ABSTRACT	3
3.INTRODUCCIÓN	5
4.PROBLEMATIZACIÓN	9
5.JUSTIFICACIÓN	13
6.OBJETIVOS	15
7.MARCO TEÓRICO	17
7.1.MARCO INSTITUCIONAL	18
7.1.1.Aspectos geográficos	18
7.1.2.Dinámica poblacional	18
7.1.3.Misión Institucional	19
7.1.4.Visión Institucional	19
7.1.5.Organización administrativa	19
7.1.6.Servicios que presta la institución	20
7.1.7.Datos estadísticos de cobertura	20
7.1.8.Características geofísicas	21
7.1.9.Políticas de la institución	22
7.2.MARCO CONCEPTUAL	22
7.2.1. LA DIABETES	22
7.2.1.1. Historia de la Diabetes	22
7.2.1.2. Definición de la Diabetes Mellitus	23
7.2.1.3. Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Latinoamérica	24

7.2.1.4. Clasificación de Diabetes Mellitus	25
7.2.1.5. Síntomas de la Diabetes	27
7.2.1.6. Diagnostico de la Diabetes	27
7.2.1.7. Causas de la Diabetes	28
7.2.1.8. Consecuencias de la Diabetes	29
7.2.2. PREVENCIÓN DE LA DIABETES	29
7.2.2.1. Prevención Primaria	30
7.2.2.2. Prevención Secundaria	33
7.2.2.3. Prevención Terciaria	33
7.2.2.4. Prevención de las complicaciones	33
8. DISEÑO METODOLÓGICO	36
8.1. Matriz de involucrados	37
8.2. Árbol de problemas	39
8.3. Árbol de objetivos	40
8.4. Matriz de Marco Lógico	41
9. RESULTADOS	46
10. CONCLUSIONES	104
11. RECOMENDACIONES	106
12. BIBLIOGRAFÍA	108
13. ANEXOS	



1. RESUMEN

En el subcentro de salud Vanesa Bravo de la parroquia Canuto, cantón Chone, se reciben a diario alrededor de seis (6) personas con sintomatología típica de Diabetes, la misma que no puede ser controlada ni tratada por el personal de dicha institución médica debido a su poca experiencia en el área indicada.

En un diagnóstico situacional realizado en esta comunidad, se determinó que a pesar de la alta incidencia de pacientes éstos no reciben una atención integral en la unidad de salud, debido en gran medida a que no se ha institucionalizado la atención al diabético a pesar de ser una política del MSP, igualmente el personal no se ha actualizado en esta temática, situación que se agrava con la falta de conocimiento que tiene el enfermo y la familia sobre su autocuidado.

Ante esta situación se diseñó un proyecto de intervención titulado “Diseño e implementación de un programa de atención integral a los pacientes diabéticos en el subcentro de salud Vanesa Bravo de la parroquia Canuto del cantón Chone, año 2010”, cuya finalidad fue reducir la incidencia de esta patología para minimizar los efectos invalidantes y muertes ocasionadas por esta enfermedad y se operacionalizó a través de tres objetivos específicos: diseñar e implementar un programa de atención integral al paciente diabético en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo, actualizar al equipo de salud en conocimientos sobre diabetes y capacitar al grupo de pacientes diabéticos y sus familiares en su autocuidado.

Este proyecto ha beneficiado alrededor de 200 familias, atendiendo a 60 pacientes de los cuales 24 son diabéticos, 14 en riesgo y 22 en riesgo potencial, diagnosticados a través del examen de glicemia y seguimiento con hemoglobina glicosilada.

Como conclusiones se establece que el programa de atención integral al diabético tuvo una excelente acogida en la comunidad, además de un alto nivel de empoderamiento, pues las actividades organizadas en el proyecto se ejecutaron de manera exitosa, toda vez que se pudo determinar que el 40% de los 60 pacientes son diabéticos, 60% restante en riesgo alto y moderado en adquirir la enfermedad, por lo que el mantener este programa de atención integral es el mecanismo idóneo para que este colectivo de personas puedan evitar la aparición de esta terrible enfermedad



2. ABSTRACT

In Vanesa Bravo health sub-center, Canuto, Chone Canton, are received daily about six (6) people with typical symptoms of diabetes, the same can not be controlled or treated by the medical staff of that institution because of little experience in the area indicated.

In a situational analysis conducted in this community, it was determined that despite the high incidence of these patients do not receive comprehensive care in the health unit, due largely to non-institutionalized care despite being diabetic MSP policy, staff also has not been updated in this area, a situation aggravated by the lack of knowledge that the patient and family have about their self-care.

In this situation we designed an intervention project entitled: "Design implementation of a comprehensive care program for diabetic patients in Vanesa Bravo health sub-center, Canuto, Chone Canton", whose purpose was to reduce the incidence of this condition to minimize the disabling effects and deaths from the disease and was operationalized through three specific objectives: to design and implement a comprehensive care program for diabetic patients in the Health Sub Vanessa Bravo, upgrading the health team in knowledge diabetes and train the group of diabetic patients and their families in self-care.

This project has benefited about 200 families, serving 60 patients of which 24 are diabetics, 14 were classified at risk, and 22 with high risk, diagnosed by examining blood glucose and glycated hemoglobin monitoring.

As conclusions states that the primary prevention plan was very well received in the community, plus a high level of empowerment, as the activities organized in the project were implemented successfully, in addition it was determined that 40% of the 150 patients are diabetic, 60% left high and moderate risk of acquiring the disease, so prevention plan will be the ideal mechanism for this group of people to avoid the appearance of this terrible disease.

3. INTRODUCCIÓN

La Diabetes tipo 2, es una enfermedad crónica de alta prevalencia, con un alto coste social y un gran impacto sanitario determinado por el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas que producen una disminución de la calidad y esperanza de vida de los pacientes diabéticos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), el número de personas con diabetes se está incrementando de manera epidémica en todo el mundo.¹, este organismo señala:

“Más de 180 millones de personas en el mundo tienen diabetes, siendo probable que se duplique este dato antes del 2030. Se estima que una de cada 20 muertes en el mundo es atribuible a la diabetes y esta proporción es de una de cada 10 muertes en la población entre los 35 y 64 años de edad. En el año 2005, 1,1 millones de personas fallecieron a causa de la diabetes, la mitad de las muertes afectó a menores de 70 años, y más de la mitad (55%) a mujeres”.²

En Ecuador, “del 3 al 5% de la población adulta padece del mal”, afirma el Dr. Miguel Pasquel, miembro de la Asociación Americana de Diabetes, y también de la europea. El endocrinólogo añade que la mitad de estos casos “estaría sin diagnosticar”.

Según el Ministerio de Salud Pública, la diabetes es la tercera causa de muerte en el país. “El diabético no controlado se expone a muchas complicaciones”, indica la nutricionista Gladys Nájera de Carvajal, en el área asignada al club de diabéticos del Maldonado Carbo. La retinopatía diabética, que llega a causar ceguera; la neuropatía diabética, que aumenta el riesgo de úlceras en los pies; la insuficiencia renal y cardiopatías son las principales amenazas que rondan a los diabéticos.³

Este problema origina un campo de decisiones e indecisiones que deben ser aclaradas lo antes posible. Las propuestas como ésta son fundamentales para mejorar la situación de la población y las circunstancias en las que ésta enfrentará el futuro.

Debido a la importancia que expone el tema de la Diabetes tipo 2, la predisposición de los colaboradores del Subcentro de Salud Vanesa Bravo y del maestrante y los

¹OMS (World Health Organization).2006. *Diabetes mellitus. The cost of Diabetes*. Recuperado Julio de 2010. En Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236>.

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236>.

³ Diario Expreso. (2010). Sección Dominicales. Pág. 2. Domingo 13 de junio. Guayaquil, EC.

reducidos gastos que se hicieron en el proyecto de intervención en relación al beneficio que recibió la comunidad, éste tuvo un gran impacto social.

En el contexto de la intervención, se logró implementar el programa de atención integral con éxito, debido a que se notó mejoría en un alto porcentaje de los pacientes, quienes colaboraron permanentemente en las actividades desarrolladas como el campeonato de indoor-fútbol, caminata, ciclopaseo y bailoterapia, manejo de dieta saludable, cumpliendo con esto los objetivos marcados en el inicio del trabajo.

El programa se desarrolló a través de tres objetivos: el primero fue diseñar e implementar un programa de atención integral al paciente diabético en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo, para ello se realizaron actividades como el diseño y estructuración del programa, su difusión ante los directivos de la unidad de salud; posteriormente se realizó la atención preventiva, en la que se diseñó la historia clínica para el diabético y luego se procedió a dar la consulta respectiva, atendándose a 60 pacientes, de los cuales 22 se clasificaron en riesgo potencial o prediabéticos, 24 diabéticos diagnosticados a través del examen de glicemia, el resto de pacientes atendidos (14) presentaron riesgo asociado a su estilo de vida, destacando sus malos hábitos alimenticios.

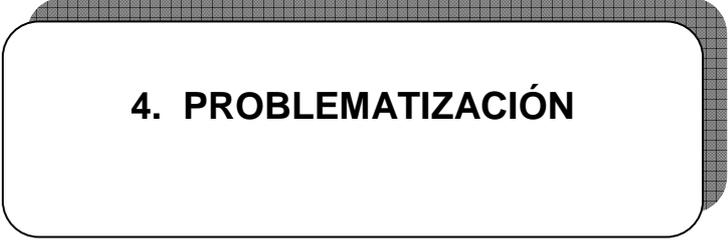
Al grupo de pacientes prediabéticos y diabéticos, se les instauró un tratamiento con manejo nutricional, educación sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico de acuerdo a sus necesidades. Se hizo también consultas de seguimiento para evaluar su adherencia al tratamiento y evolución de la enfermedad.

El segundo objetivo fue el de actualizar al equipo de salud en conocimientos sobre diabetes, se hizo hincapié sobre el manejo de normas de asistencia ambulatoria, primera visita, segunda visita y subsecuentes, control y seguimiento del diabético insulino dependiente, control y seguimiento del diabético no insulino dependiente, control y seguimiento de la gestante diabética, control odontológico, diseño y metodología de programas de educación al diabético en alimentación y actividad física.

El tercer objetivo fue capacitar al grupo de pacientes diabéticos y sus familiares en el

autocuidado de la diabetes, para lo cual se realizaron actividades como la ejecución de un plan de capacitación haciendo énfasis en dieta saludable, actividad física, tratamiento farmacológico, monitoreo y control médico, así mismo se organizo un picnic en el que se demostró el manejo de un menú saludable además de la organización de acciones que promuevan la actividad física, como es el campeonato de balón pie, organización de ciclo paseo y la instauración de un programa de bailoterapia.

En la actualidad el programa se mantiene desarrollándose de manera exitosa, hay el empoderamiento de los involucrados en el proyecto.



4. PROBLEMATIZACIÓN

La diabetes afecta a 240 millones de personas mundialmente y se espera que este número se incremente “dramáticamente” hasta los 380 millones para 2025, según la vicepresidenta de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) y presidenta de la Federación de Enfermos Europeos de Diabetes, Anne Marie Felton.

Felton, que colaboró en un seminario para la prensa organizado por Bayer Health Care en Basilea (Suiza), recordó que cada diez segundos una persona muere a causa de la diabetes y a otras dos se les diagnostica la enfermedad. Asimismo, afirmó que ésta es una enfermedad potencialmente catastrófica cuya solución “requiere la implementación de planes de todos los gobiernos”⁴

Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), de cada 10.000 habitantes, las principales causas de muerte en el 2009 fueron las siguientes: la diabetes mellitus con 29 fallecidos, enfermedades cerebrovasculares con 27,1 muertos, accidentes de transportes terrestres con 22,7 defunciones, enfermedades hipertensivas con 22,5 víctimas, entre otros⁵.

Según El Diario, durante el primer semestre del año, en Manabí se han reportado 9.653 casos de diabetes. De estos pacientes, 6.382 son mujeres y 3.271 son hombres, en el área de salud No. 1, que corresponde al Cantón Portoviejo.

Los datos son parte de las estadísticas oficiales de la Dirección Provincial de Salud de Manabí, aunque no hay ninguna explicación a esta situación, se estima que por el hecho de que la mujer se quede en la casa realizando las tareas domesticas, es más propensa a consumir alimentos que pueden causar esta enfermedad, sumado al sedentarismo⁶.

⁴ El número de diabéticos en el mundo rondara los 400 millones en 20 años. Recuperado el 20 de septiembre de 2009. Disponible en Web: <http://www.opensportlife.es/el-numero-de-diabeticos-en-el-mundo-rondara-los-400-millones-en-20-anos/>

⁵ Los males del corazón y el corazón nos están matando. Recuperado el 31 de octubre de 2010. Disponible en Web: <http://www.eluniverso.com/2010/10/31/1/1447/razones-estan-llevando-ecuatorianos-muerte.html>

⁶ Las mujeres son más propensas a la diabetes. Recuperado el 11 de noviembre de 2010. Disponible en Web: <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/172038-la-diabetes-ataca-mas-a-las-mujeres/>

Existen varios tipos de diabetes, de todas ellas el 80% es la tipo 2. La diabetes es un estado de hiperglucemia crónica debido a un déficit total o parcial de la hormona insulina que segregan las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas o por disminución de la sensibilidad de la hormona mencionada. Este desequilibrio origina alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos, los síntomas de la enfermedad son poliuria, polidipcia, polifagia. A medida que transcurre el tiempo la diabetes produce lesiones microvasculares de órganos blancos como riñón, ojo, corazón y las partes más distales del cuerpo como genitales y extremidades inferiores.

El incremento de la incidencia de la Diabetes es un problema en boga en los últimos años debido a múltiples factores que predisponen a los pacientes a la enfermedad. Estos agravantes tienen relación directa con el estilo de vida que llevan los pacientes, y, una vez contraída la enfermedad, las complicaciones son mayores cuando el paciente incumple con el tratamiento respectivo.

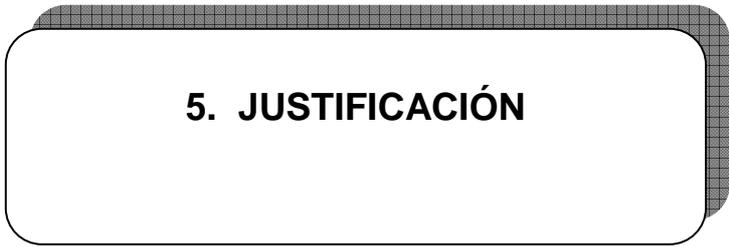
El vertiginoso incremento de la incidencia de la Diabetes en pacientes del Subcentro de Salud Vanesa Bravo de Canuto, y el no recibir una atención integral es el problema principal, y al hacer análisis de su causalidad se pudo establecer como factores determinantes los siguientes:

1. El Sub Centro de Salud no cuenta con un programa de atención al diabético, debido a que no se aplican las normas establecidas por el MSP, ocasionado en gran medida por el desinterés de los directivos del subcentro, lo que genera una ausencia del paciente al control con el consecuente abandono del tratamiento lo que le conlleva a un deterioro de su salud.
2. El personal del subcentro está desactualizado en el manejo de las normas de atención, toda vez que en esta unidad de salud no se ha desarrollado ningún programa de educación continua y porque ha sido un problema no priorizado por los directivos de la unidad de salud, situación que ha generado una mala calidad de atención y por ende el paciente se desmotiva en continuar con el tratamiento, agravando la poca adherencia al tratamiento que existe por parte de los pacientes.

3. Hay un desconocimiento del paciente y la familia sobre el autocuidado ya que el personal no cumple con las competencias de educar, promocionar la salud, hacer seguimiento a los pacientes, ya que hay un desinterés marcado de la autoridad local en mejorar la calidad de atención en esta unidad médica, lo que ocasiona que los pacientes y familiares no se sensibilicen hacia la necesidad de cambiar estilos de vida, lo que hace que se incrementen los factores de riesgo hacia la presencia de la enfermedad con el consecuente deterioro progresivo de su salud.

Todo este escenario antes descrito ha ocasionado un incremento de las complicaciones que produce la diabetes y que muchas de ellas pueden ser evitadas o postergar su aparición

Después del análisis del problema se registra la siguiente formulación operacional:
¿Es factible el diseño y la implementación de un programa de atención integral al paciente diabético en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo?



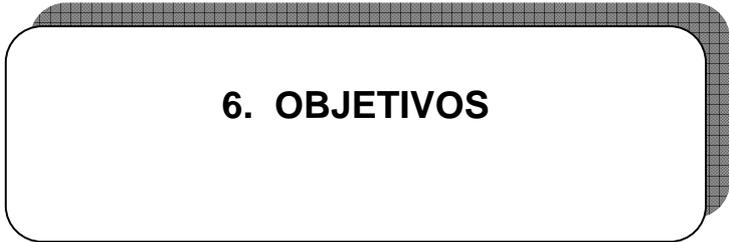
5. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes 2 se origina principalmente por dos causas: la predisposición genética (en menor escala) y los factores medioambientales, siendo estos últimos la principal causa de la enfermedad. Entre los factores medioambientales de mayor relevancia se puede citar el sobrepeso, obesidad, sedentarismo y principalmente los nefastos hábitos alimenticios. Todos ellos en combinación con la predisposición genética configuran el medio propicio para el desarrollo de una diabetes frondosa.

La actual propuesta pretende reducir el impacto social que provoca la Diabetes en los pacientes del Subcentro de Salud Vanesa Bravo, debido a que en la parroquia Canuto la incidencia de la enfermedad es alta, provocando grandes cantidades de amputaciones y muerte. La intervención que se ha hecho desde el enfoque médico señala que uno de los grandes problemas radica en que los pacientes no tienden hacia la prevención, lo que es muy preocupante, pues de seguir así el número de pacientes con diabetes, se incrementaría vertiginosamente. Es aquí donde toma relevancia científica y humana el presente plan de prevención primaria, pues con él se podrá reconocer la necesidad de una práctica educativa de manera que las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y actitudes que los faculten para el cambio de estilo de vida y la oportunidad de mejorar la atención al paciente, prestando mayor cuidado al desarrollo y utilización del servicio comunitario y ambulatorio.

El presente trabajo logró demostrar desde el área médico-científico, que la diabetes tipo 2 se puede prevenir, llevando un detallado control sobre la cultura alimenticia y sobre las actividades físicas implementadas para reducir la incidencia y severidad de la enfermedad mencionada. Los resultados evaluados han sido garantizados por exámenes de glucosa efectuados por orden médica.

Se comprobó que a través de la prevención primaria se puede controlar la enfermedad reduciendo los índices de severidad (invalidez y muerte), logrando mejorar las condiciones de vida de los pacientes, quienes además lograron modificar su estilo de vida (hábitos alimenticios y predisponibilidad a la ejercitación física).



6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes de la parroquia Canuto del cantón Chone, mediante la implementación de un programa de atención integral en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo, para mejorar su calidad de vida.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar e implementar un programa de atención integral al paciente diabético en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo.
- Actualizar al equipo de salud en conocimientos sobre Diabetes.
- Capacitar al grupo de pacientes diabéticos y sus familiares en el autocuidado de la diabetes.



7. MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. Aspectos geográficos.

La parroquia Canuto perteneció por 42 años al Cantón Rocafuerte, en la actualidad pertenece geográficamente al Cantón Chone, fue fundada el 13 de Agosto de 1862. Tiene varios sitios entre ellos: Hueso de Vaca, La Piñuela, Las Vainillas, Boca de Chorrera, Chorrera 1, Chorrera 2, Chata, Tranquipedra, La Palmita, La Rivera, Buenaventura, Las Habras, Bejuquillo, Olla Vieja, Tarugo, San Elías, Casa Grande, Las Cruces, Mocoral, Limón, etc.⁷

Ubicación: El territorio de la parroquia Canuto se encuentra al Norte de la cabecera provincial. Limita al Norte con el Cantón Chone y Santa Rita. Al Sur con el Cantón Bolívar. Al Este con los cantones Bolívar y Pichincha y al Oeste con el Cantón Tosagua.



7.1.2. Dinámica poblacional

Según los últimos datos estadísticos, Canuto cuenta con 10855 habitantes hasta el año 2006, distribuidos por edades de la siguiente manera: menores de un año: 270; 1-

⁷ Gobierno Provincial de Manabí. (2003). Plan Estratégico del Gobierno Provincial de Manabí. Recuperado (14-10-2009). Disponible en web: www.manabi.gov.ec.

4 años: 986; 5-14 años: 2517; 15-19 años: 1077; 20 y más años: 2586; embarazadas: 338; no embarazadas: 3081.⁸

7.1.3. Misión Institucional

El Subcentro de Salud Vanesa Bravo promulga como su misión:⁹

“Promover condiciones de vida saludables y poner en ejecución a través de su personal acciones de prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de los habitantes de la parroquia, con especial cuidado en los grupos humanos con mayor riesgo de enfermar o morir, al igual que al núcleo de la sociedad que es la familia. Procurando que la población tenga accesibilidad a los servicios de salud, los cuales deben contar con los recursos humanos, materiales y económicos que le permitan brindar una atención de alta calidad, eficiencia y calidez sin dejar de lado la Culturalidad.”

7.1.4. Visión Institucional

El Subcentro de Salud Vanesa Bravo tiene como perspectiva la siguiente:¹⁰

“Garantizar a los habitantes de la parroquia disfrutar de una salud óptima disminuyendo en un 80% los daños que afectan a los diferentes grupos humanos; que las coberturas de los servicios de salud alcancen al 90% de la población y que la atención a los grupos programáticos sea con calidad, calidez, equidad, solidaridad y eficiencia.

Excelente capacidad de gestión, desconcentrada, descentralizada, moderna, despolitizada, bien organizada, con recursos humanos altamente calificados; capacitados, comprometidos con la salud de la población, que reciba el apoyo administrativo y financiero del Ministerio de Salud Pública, organismos del estado, provinciales, locales y de participación comunitaria, lo cual le permitirá cumplir con los objetivos y metas planteadas.

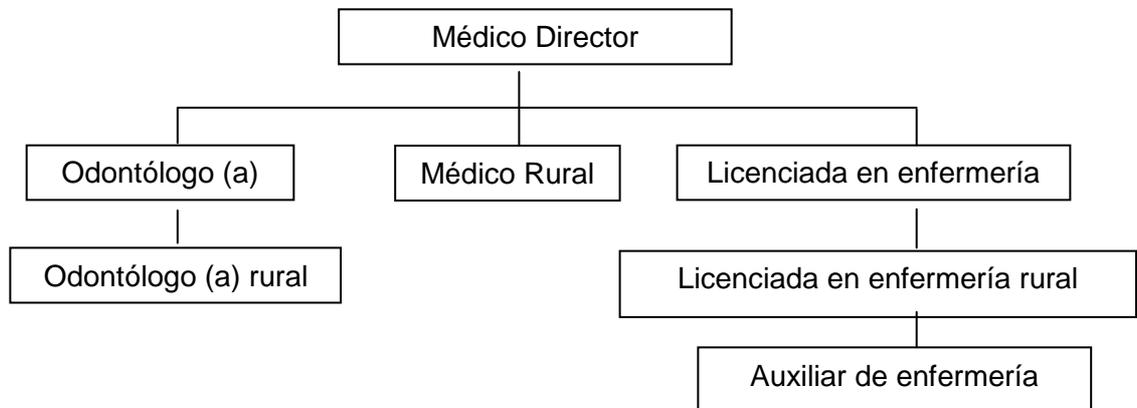
7.1.5. Organización administrativa

El Subcentro de Salud Vanesa Bravo tiene una estructura organizacional lineal, como se puede apreciar en el siguiente organigrama:

⁸ Población parroquia. Cantón Chone. Recuperado (21-01-2010). Disponible en web: www.inec.gov.ec.

⁹ MSP. Área de Salud N° 3. (2009). Canuto – Chone: Información Institucional. Folleto informativo.

¹⁰ MSP. Área de Salud N° 3. Recuperado (14-02-2010). Disponible en web: www.msp.gov.ec



7.1.6. Servicios que presta la institución

Programa de Control de Niño Sano

Programa de Planificación Familiar.

Programa de Vacunaciones.

Atención primaria de salud.

Atención odontológica.

Detección oportuna del cáncer

PCT (programa control tuberculosis)

7.1.7. Datos estadísticos de cobertura

Según los datos estadísticos de enero a junio del 2010, las enfermedades más frecuentes en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo son: Hipertensión arterial, anemia, diabetes, artritis, entre otras; siendo las tres primeras las principales causas de consulta a nivel local, nacional y mundial.

ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA (ENERO-JUNIO/2010)

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	TOTAL
HTA	10	19	5	18	11	14	69
Anemia	3	5	26	15	5	8	62
Artritis	1	3	3	7	9	5	28
Diabetes	5	5	2	13	5	5	35
Gastritis	3	0	3	3	4	4	17
Artrosis	1	1	0	0	0	2	4
IRC	1	0	0	3	2	4	10
Dorsalgia	1	3	8	4	2	5	23
Discapacidad	2	1	2	10	3	7	23
Sobrepeso	0	2	1	10	6	3	21
Cardiopatía	0	3	0	2	1	0	6
Migraña	1	2	2	5	8	0	18
Miopía	0	0	1	3	2	0	6
Colitis	0	1	1	1	1	0	4
Desnutrición	0	0	0	0	2	1	3
Asma	1	1	1	5	3	1	12
Otitis media	0	1	0	1	1	0	3
Herpes zoster	0	1	0	0	1	1	3
ACV	0	2	0	2	0	0	4
Sordera	0	1	0	1	0	0	2
IVU	0	1	1	2	0	1	5
Litiasis Renal	0	0	1	1	0	0	2
Hernia	0	0	1	0	1	0	2
Bajo peso	0	0	3	3	0	1	7
Varices	0	0	1	0	0	0	1
Alergia	0	0	6	5	11	3	25
Dermatitis	0	0	2	3	2	1	8

Fuente: Subcentro de salud Vanesa Bravo
Elaborado por: Lcda. Carmen Varela

7.1.8. Características geofísicas

El Subcentro de Salud Vanesa Bravo, está ubicado en la calle Florida (principal) de la parroquia Canuto, distribuida en una sola planta, cuyas características físicas están diseñadas por su construcción de tipo hormigón armado, techo de dipanel, sin cerramiento, sus paredes están pintadas, sus ventanas son de aluminio y vidrio, su piso es de baldosa, tiene poza séptica, se abastece de agua por medio de pozos señeros y ésta se la distribuye con bomba eléctrica.

Es una unidad operativa que brinda atención al individuo sano y enfermo, ejecuta actividades que contribuyen al mejoramiento y/o recuperación de la salud. Este Subcentro brinda atención a los usuarios que acuden a la unidad operativa en forma integral, siendo la misma calidad, sin distinción de raza, sexo y situación económica.

7.1.9. Políticas de la institución

El subcentro de salud Vanesa Bravo sigue los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública, éstos se refieren a:¹¹

- Institucionalizar el enfoque de derechos humanos y el principio de igualdad de género en el sistema de atención a la salud sexual y reproductiva.
- Reformar el sector de la salud para conseguir la humanización de sus servicios en general y el acceso universal a aquellos relacionados con salud sexual y reproductiva.
- Cumplimiento cabal de las Normas de Atención en Salud Sexual y Reproductiva del MSP.
- Aplicación efectiva e integral de la Ley de Maternidad Gratuita.
- Reforma del Programa de Prevención y Control del VIH / Sida.
- Ampliación de la aplicación del Programa de Disminución de la Mortalidad Materna
- Creación de unidades de género en cada una de las Direcciones Provinciales de Salud.

7.2. MARCO CONCEPTUAL

7.2.1. La Diabetes

7.2.1.1. Historia de la Diabetes

Es probable que la Diabetes Mellitus sea una enfermedad prehistórica.¹² En efecto, un genotipo caracterizado por responder con altos niveles de insulina frente al estímulo

¹¹ MSP. Área de Salud N° 3. Recuperado (14-02-2010). Disponible en web: www.msp.gov.ec

¹² RUIZ, M: (2004) Diabetes Mellitus. Buenos Aires, 2ª ed. Akadia. Pg. 13

del alimento, puede haber sido un factor de selección positiva para el hombre de las cavernas.

En la edad de piedra la alimentación no tenía seguramente el ritmo, horario que presenta en la actualidad; se comía cuando se podía, y se podía cuando se obtenía alguna pieza de caza ya que se presume que nuestros antecesores fueron cazadores antes que agricultores.

La alimentación podría tener entonces grandes intervalos entre comida y comida, y el individuo que asimila la mayor cantidad de alimento y lo pudiera destinar para depósito de la energía, tendría sin dudas mayores probabilidades y posibilidades de sobrevivir en un medio caracterizado por la ausencia de reservorios de comida. El genotipo de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente tiene justamente estas cualidades; así en las primeras etapas de la enfermedad –o aun antes de su manifestación clínica– el individuo genéticamente determinado responde a la carga de alimentos con una exagerada respuesta insulínica que determina en una gran proporción de los casos la aparición de obesidad como diagnóstico previo al de la enfermedad de base.¹³

Allen divide la historia de la Diabetes en cuatro grandes periodos: un periodo antiguo; un segundo periodo de diagnóstico; un tercero, de tratamiento empírico, y un cuarto experimental de tratamiento efectivo.¹⁴

7.2.1.2. Definición de la Diabetes Mellitus

Para Allan, F.N.¹⁵

“La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina, en la acción insulínica, o en ambas”

La Organización Mundial de la Salud considera a ésta como¹⁶

¹³ RUIZ, M: Op. Cit.(10) Pg 1..

¹⁴ ALLAN, F.N.: (2007) The discovery of insulin. N. Engl. J. Med. Pg. 26

¹⁵ IBIDEM

¹⁶ OMS (World Health Organization). (2008). Diabetes. Recuperado (20-09-2009). Disponible en web: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

“Una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia). La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos.”

La Federación Internacional de la Diabetes la define como:¹⁷

“Una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a esta. Cuando la enfermedad alcanza pleno desarrollo se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y, en la mayoría de pacientes con larga evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en especial renales, oculares, coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía.”

Hasta ahora se indica que la Diabetes no es solo la simple elevación de glucosa en sangre sino un trastorno muy heterogéneo que implica varias anormalidades. Esta heterogeneidad significa que hay diferencias congénitas, ambientales e inmunológicas entre grupos de pacientes en cuanto a etiología y patogenia, así como la historia natural y en la respuesta al tratamiento.

7.2.1.3. Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Latinoamérica

En USA el riesgo de Diabetes Mellitus entre los Afro-Americanos, Hispánicos y Nativos Americanos es aproximadamente de 2 a 5 veces mayor que en los caucásicos. Tenemos esos mismos grupos étnicos en Latinoamérica pero todavía no conocemos su destino.

Salvo Argentina y Uruguay el resto de la población del área es mayormente mestiza. En Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala más del 40% son indígenas. En América central y zona andina entre el 20% y 40% de la población es rural.¹⁸

¹⁷ Federación Internacional de la Diabetes. (2005).

¹⁸ International Diabetes Federation. (2006). The Diabetes Atlas. Third Edition. Brussels.

Aparte Latino América es un vasto territorio de pobres comunicaciones, alto nivel de analfabetismo y diferentes posibilidades de acceso a la atención médica, las prevalencias urbanas varían entre 5.7% en la Paz – Bolivia y 12,7% en México DF y es clara la diferencia entre la prevalencia urbana y rural lo que traduce la influencia del estilo de vida en ambas zonas.

Analizando las prevalencia de diabetes en Latinoamérica en poblaciones con características particulares vemos lo que ocurre en los suburbios de Lima a nivel del mar así como el distinto nivel de aculturamiento. Destacamos que la prevalencia de diabetes en Lima es de 7,6%.

Con respecto a la Diabetes tipo 1 el Estudio Diamond (Diabetes Mundial) permitió conocer su incidencia en todo el mundo, determinada con la misma metodología estadística. Tomando solamente la información sobre Latinoamérica las incidencias varían desde muy baja en Venezuela, 01/1000.000 a la muy alta de Puerto Rico, 18/100.000, siempre en menores de 15 años. Una particularidad a ser señalada es la diferencia entre Cuba, 2,3/100.000 y la ya referida de Puerto Rico a pesar de ser países vecinos con similares características étnicas y geográficas.¹⁹

7.2.1.4. Clasificación de Diabetes Mellitus

Según la OMS, la diabetes se clasifica en:²⁰

a) Diabetes Tipo 1

Destrucción de las células β que lleva habitualmente al déficit absoluto de insulina, puede ser:

Diabetes inmunomediada (antes diabetes insulino dependiente, diabetes tipo 1 o diabetes de comienzo juvenil).

¹⁹ D.I.A.M.O.N.D. Project Group. (2001). Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide *Diabet Med* 2006; 23 (8): 857-866.

²⁰ OMS (World Health Organization). (2008). Recuperado (20-09-2009). Disponible en web: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

Diabetes idiopática.

b) Diabetes Tipo 2

Antes diabetes no insulino dependiente, diabetes Tipo 2 o diabetes de inicio en la edad adulta.

c) Otros tipos específicos de diabetes

- A. Defectos genéticos en la función de las células β . (antes MODDY)
- B. Defectos genéticos de la acción de la insulina.
- C. Enfermedades del páncreas exocrino.
- D. Endocrinopatías.
- E. Diabetes inducida por drogas o agentes químicos.
- F. Infecciones.
- G. Formas no comunes de diabetes inmunomediadas.
- H. Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con la diabetes.

d) Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que ocurre durante el embarazo. De cada 100 mujeres embarazadas, aproximadamente 4 de ellas desarrolla diabetes gestacional. Como en otros tipos de diabetes, la diabetes gestacional es una condición en la cual el cuerpo tiene dificultad en manejar los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre. La glucosa es la fuente principal de energía del organismo. La diabetes aumenta los niveles de azúcar en la sangre. Esto puede crear un problema de salud muy serio para el bebé.²¹

Si la diabetes gestacional no es tratada, el bebé corre un riesgo mayor de:

- Nacer demasiado grande
- Defectos de nacimiento
- Nacer sin vida
- Complicaciones al nacer

²¹ OMS (World Health Organization). (2008). Recuperado (20-09-2009). Disponible en web: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

7.2.1.5. Síntomas de la Diabetes

Entre los principales síntomas de la diabetes se incluyen:²²

Frecuencia en orinar (fenómeno de la "cama mojada" en los niños)

Hambre inusual

Sed excesiva

Debilidad y cansancio

Pérdida de peso

Irritabilidad y cambios de ánimo

Sensación de malestar en el estómago y vómitos

Infecciones frecuentes

Vista nublada

Cortaduras y rasguños que no se curan, o que se curan muy lentamente

Picazón o entumecimiento en las manos o los pies

Infecciones recurrentes en la piel, la encía o la vejiga.

Además se encuentran elevados niveles de azúcar en la sangre y en la orina.

7.2.1.6. Diagnóstico de la Diabetes

Se establece el diagnóstico de diabetes cuando una persona tiene valores anormalmente elevados de azúcar en la sangre.²³ A menudo se controlan los valores de azúcar en la sangre durante un examen anual de rutina o durante una exploración clínica que se realiza antes de la incorporación a un nuevo empleo o de la práctica de un deporte. También puede hacerse análisis para determinar la posible causa de síntomas como aumento de la sed, la micción o el hambre, o si existen factores de

²² RUIZ, M: Op. Cit.(10) Pg 19.

²³ CARDOZO, J., y FARHAT, N., (2002). Diagnóstico de diabetes. Revista de Diabetes al día. p 16.

riesgo característicos como antecedentes familiares de diabetes, obesidad, infecciones frecuentes o cualquier otra complicación asociada con la diabetes.

Para medir la concentración de azúcar en la sangre se obtiene una muestra de sangre del paciente, quien deberá estar en ayunas por lo menos 8 horas antes de la prueba, pudiéndose también obtener después de comer. Es normal cierto grado de elevación de los valores de azúcar en la sangre después de comer, pero incluso entonces los valores no deberían ser muy elevados. En las personas mayores de 65 años es mejor realizar la prueba en ayunas, dado que los ancianos tienen un mayor incremento de las concentraciones de azúcar en la sangre después de comer.

Hay otra clase de análisis de sangre, llamado prueba de tolerancia oral a la glucosa, que se realiza en ciertos casos, como cuando se sospecha que una mujer embarazada tiene diabetes gestacional. En esta prueba se obtiene una muestra de sangre en ayunas para medir el valor de azúcar y se suministra a la paciente una solución especial para beber, la cual contiene una cantidad estándar de glucosa. Durante las 2 o 3 horas siguientes se obtienen varias muestras de sangre.²⁴

7.2.1.7. Causas de la Diabetes

La diabetes afecta al 14% de la población. Las posibilidades de contraerla aumentan a medida que una persona se hace mayor, de modo que por encima de los setenta años la padece alrededor del 15% de las personas. Es esencial educar a los pacientes para que controlen su diabetes de forma adecuada, ya que puede acarrear otras enfermedades tanto o más importantes que la propia diabetes: enfermedades cardiovasculares, neurológicas, retinopatía (afección ocular que puede conducir a la ceguera) o nefropatía (enfermedad del riñón). El momento de aparición de la enfermedad, así como las causas y síntomas que presentan los pacientes, depende del tipo de paciente que se trate.²⁵

²⁴ RUIZ, M: Op. Cit. Pg 32.

²⁵ OMS (World Health Organization). (2008). Recuperado (20-09-2009). Disponible en web: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

7.2.1.8. Consecuencias de la Diabetes

La retinopatía diabética debida al daño de los pequeños vasos de la retina acumulada a lo largo del tiempo, es una importante causa de ceguera. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes están ciegos, y cerca del 10% sufren un grave deterioro de la visión.

La neuropatía diabética se debe al daño de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los diabéticos. Esta problemática puede causar muchos problemas diferentes, pero los síntomas más frecuentes son hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y manos. Combinada con la disminución del flujo sanguíneo, la neuropatía incrementa el riesgo de úlceras en los pies y, finalmente de amputación del miembro inferior. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10% a 20% de los pacientes con diabetes fallecen de insuficiencia renal, aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral. El 50% de los pacientes con diabetes fallecen de enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales). En general, el riesgo de muerte de los diabéticos es al menos el doble que el de los no diabéticos.²⁶

7.2.2. Prevención de la diabetes

Debido al impacto cada vez mayor de la diabetes, en los países desarrollados y en desarrollo, los programas para su prevención y control son necesarios. Estos programas deberían adaptarse a las características y posibilidades de la atención sanitaria en cada región y/o país, sin olvidar el marcado carácter social de la enfermedad.

“Como en otras enfermedades crónicas, puede distinguirse entre medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, aunque los límites entre las dos últimas están bastante solapados. Las medidas preventivas para la

²⁶ BEAGLEHOLE, R., y LEFÈBVRE, P. (2008). Actuemos contra la diabetes. OMS. Recuperado (06-10-2010). Disponible en web: www.who.int

diabetes tipo 1 y tipo 2 son diferentes, así como las posibilidades de éxito (mayores en la diabetes tipo 2)²⁷.

7.2.2.1. Prevención Primaria

a) Diabetes tipo 1

La prevención primaria de la diabetes tipo 1 debe basarse en la búsqueda y modificación de los determinantes ambientales capaces de desencadenar el proceso auto inmune. Se estima que entre el 60 y el 95% de los casos están determinados por factores ambientales y, por tanto, potencialmente modificables. El objetivo de la prevención primaria es evitar la aparición de casos nuevos e incluye actividades dirigidas a individuos sanos, en los que el proceso autoinmune aún no se ha puesto en marcha.²⁸ Lamentablemente son pocos los factores ambientales relacionados que puedan eliminarse de la vida del niño.

b) Diabetes tipo 2

Según el reporte del grupo de estudio para la prevención de la DMID de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁹, la prevención primaria en DMID se define como las actividades dirigidas a prevenir la enfermedad, tanto en individuos susceptibles como en poblaciones, a través de la modificación de factores o determinantes de riesgo ambiental o de comportamiento, o intervenciones específicas en individuos susceptibles. En la práctica, esto significa, cualquier actividad realizada anterior al desarrollo clínico evidente de la diabetes mellitus, según el criterio de diagnóstico recomendado por la OMS con el objetivo específico de prevenir tal desarrollo.

Fase I (aspectos genéticos)

Teniendo en cuenta la división propuesta anteriormente, constituyen actividades de prevención primaria fase I, todas las encaminadas a prevenir la diabetes en individuos

²⁷ PIEDROLO, GIL. (2003). Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Buenos Aires.

²⁸ Eckman, A., y Hopkins, J. (2010). Diabetes tipo I. Recuperado (06-10-2010). disponible en web: www.nlm.nih.gov

²⁹ OMS. Prevención de Diabetes Mellitus: WHO, 2004. (Reporte técnico. Series; pg.844)

sin ningún signo clínico de la enfermedad, sin los marcadores inmunológicos asociados y sin alteración de la tolerancia a la glucosa o de la secreción de insulina para impedir la interacción patogénica entre los factores de predisposición genético y los factores desencadenantes ambientales.

Los genes relacionados con la DMID no son "genes de enfermedad" sino "genes de susceptibilidad" y esta afección sólo se expresa en una pequeña proporción de los individuos susceptibles. La tasa de concordancia en gemelos homocigóticos es aproximadamente del 36 %, ³⁰ esto indica que el factor genético es importante pero no exclusivo y que los factores ambientales desempeñan un papel muy importante en la patogenia de dicho síndrome. Por eso, actualmente la prevención primaria fase 1 se centra, principalmente, en la posible eliminación de los factores ambientales que están relacionados con el inicio del proceso de autoinmunidad.

Dentro de la prevención primaria fase 1, tomando como base los aspectos anteriormente señalados, estaría la intervención dietética, que incluye la eliminación de las proteínas de la leche de vaca en la dieta de los neonatos y la estimulación de la lactancia materna. En Finlandia se ha planeado un estudio de intervención (internacional, multicéntrico, a doble ciegas) para conocer si la prevención primaria de la DMID es posible en individuos de alto riesgo (nacidos de familias con al menos un familiar de primer grado con diabetes tipo I), mediante la eliminación de las proteínas de la leche de vaca en los primeros 6 a 8 meses de vida. ³¹

En un análisis crítico de la abundante literatura médica sobre diabetes tipo 1 relacionada con la lactancia materna y la exposición temprana a la leche de vaca, *Gerstein* ³² obtuvo como resultado, que en estudios ecológicos seriados en el tiempo había una consistente relación entre la DMID y la exposición a la leche de vaca; y cuando eran estudios de casos y controles, los pacientes con diabetes tipo 1, tenían mayor probabilidad de haber tenido lactancia materna por menos de 3 meses y

³⁰ OLMOS P, A'HAREN R, HEATON DA, MILLWARD BA, RISLEY D, PYKE DA et al. (2008). La significancia de la concordancia genética para la insulino dependencia. *Diabetología*; 31:747- -50.

³¹ AKERBLUM HK, SAVILAHTI E, SAUKKONEN TT, PAGANUS A, VIRTANEN SM, TERAMO K, et al. El caso de la sustitución de la leche de vaca en toda la infancia como prevención para diabetes tipo II: the finnish experience. *Diabetes Metab Rev* 2003; 9:269-78.

³² GERSTEIN HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004; 17:13-9.

además de haber sido expuestos a leche de vaca antes de los 4 meses. En este trabajo el autor concluye que la exposición a la leche de vaca puede incrementar el riesgo a desarrollar DMID en 1,5 veces. Otros aspectos nutricionales a tener en cuenta son la eliminación, en la dieta de las embarazadas, del consumo de carnes ahumadas por lo ya referido anteriormente.

Fase 2 (aspectos biosociales)

La prevención primaria de la diabetes tipo 2 es más importante en términos de salud pública que la de la diabetes tipo 1. Su fuerte asociación con factores de riesgo (como la obesidad, una mala dieta y la falta de actividad física) indica que la modificación de estos factores puede contribuir a evitar el desarrollo de la diabetes, por lo que se debe hacer especial hincapié en la promoción de una dieta equilibrada, de un control adecuado del peso y de la práctica de ejercicio físico.³³

Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socioambientales, que junto con los factores genéticos constituyen causas desencadenantes de la enfermedad. Existen factores de riesgo para la diabetes tipo 2 que son modificables: obesidad, sedentarismo, hiperlipidemias, hipertensión, tabaquismo y nutrición inapropiada.³⁴

Las acciones de prevención primaria son responsabilidad de las autoridades sanitarias mediante una decisión política que utilice los medios de comunicación masiva con mensajes claros y positivos, fomentando óptimos hábitos de vida e impartiendo las medidas sanitarias que respalden esta acción, con el asesoramiento de las instituciones médicas.

Acciones complementarias deberían incluir la obligación de la industria alimentaria para que las etiquetas de los alimentos envasados incluyan la composición y la cantidad de calorías que contienen; así mismo, que los programas de educación para

³³ URIARTE A, MOLINA G, CABRERA E, VENTURA R, VARGAS J, VERA M. Prevención primaria de Diabetes tipo II. Rev Cubana Endocrinol 1991; pg. 34-43.

³⁴ SADELAIN MWJ, QIN HY, SUMOSKI W, PARFREY N, SINGH B, RABINOVITCH A. Prevention of diabetes in the BB rat by early immunotherapy using Freund's adjuvant. J Autoimmunity 2000;3:671-80.

la salud incluyan la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas desde la edad escolar.³⁵

7.2.2.2. Prevención Secundaria

El objetivo de la prevención secundaria es identificar individuos asintomáticos que ya tienen la enfermedad y en los que la intervención podría tener un efecto claramente beneficioso.³⁶ Se plantean dos situaciones: la del diabético tipo 1 en el que se ha iniciado el proceso autoinmune y aún no se ha manifestado, y la del diabético tipo 2 en el que la enfermedad puede transcurrir de forma asintomática durante un tiempo.

La posibilidad de inducir su remisión aún está en fase experimental, por lo que podría plantearse la utilidad del diagnóstico precoz. Sin embargo, resulta de capital importancia, pues el diagnóstico precoz y el tratamiento correcto modifican la historia natural de la enfermedad, reducen la presentación de complicaciones, y por tanto, contribuyen a una mejora de la calidad de vida.

7.2.2.3. Prevención Terciaria

La prevención terciaria incluye todas aquellas acciones destinadas a evitar o retrasar la aparición de complicaciones.³⁷ El tratamiento correcto de la enfermedad tiene un enfoque esencialmente preventivo; engloba el estricto control glucémico, el diagnóstico precoz de las complicaciones y su tratamiento, y la educación sanitaria.

7.2.2.4. Prevención de las complicaciones

Según la bibliografía estudiada debe prevenirse:³⁸

- Retinopatía. El DCCT (Diabetes Control and Complicaciones Trial), ha demostrado

³⁵ Yamada K, Nonaka K, Hanafusa T, Miyazaqui A, Toyoshima H, Tauri S. Prevención de Diabetes tipo II. 2006;5:23-43.

³⁶ OLMOS P, A'HAREN R, HEATON DA, MILLWARD BA, RISLEY D, PYKE DA et al. Op. Cit. Pg 31:747-50.

³⁷ AKERBLUM HK, SAVILAHTI E, SAUKKONEN TT, PAGANUS A, VIRTANEN SM, TERAMO K, et al. Op. Cit. 9:269-75.

³⁸ JASINKY, J. (2003). Prevención Primaria de Diabetes tipo II. La diabetes. P 56. Buenos Aires, AR.

que el tratamiento intensivo previene la aparición y evolución de complicaciones microvasculares en diabéticos tipo 1, en los que la progresión de la retinopatía se reduce hasta el 54%.

- Nefropatía. La presencia de microalbuminuria es un marcador precoz de daño renal. Debe valorarse anualmente y en cada visita a partir del momento en que sea positiva.
- Neuropatía. Su prevención se basa en un estricto control glucémico como confirman los resultados del DCCT. Cuando aparece la lesión, hay fármacos que parecen retrasar su evolución.
- Enfermedades cardiovasculares. Respecto a la prevención del infarto agudo de miocardio y de las enfermedades cerebro vasculares, las medidas aplicables en la población general son tanto o más importantes en la población general son tantas o más importantes en la población diabética.

Los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (hipertensión, tabaco, hiperlipidemias, obesidad, inactividad física) deben ser objeto de control y la educación sanitaria del diabético. Para la diabetes tipo 1 no existe ningún método eficaz por el momento. En cambio, está comprobado que la de tipo 2, que es la que aparece con más frecuencia, al estar relacionada con la obesidad se puede tratar de evitar en gran medida adoptando unos hábitos de vida saludables:³⁹

- Evitando el sobrepeso y la obesidad.
- Realizando ejercicio físico de forma regular. - Abandonando el tabaco y las bebidas alcohólicas.
- Siguiendo una dieta alimentaria sana. Para prevenir las hipoglucemias, los diabéticos deben tener en cuenta lo siguiente:
- Ajustar las dosis de los medicamentos a sus necesidades reales.
- Mantener un horario de comidas regular en la medida de lo posible;
- Tomar cantidades moderadas de hidratos de carbono antes de realizar ejercicios extraordinarios.

³⁹ URIARTE A, MOLINA G, CABRERA E, VENTURA R, VARGAS J, VERA M. Op. Cit. Pg 45-47.

En caso de hipoglucemia llevar siempre azúcar consigo. En cuanto aparezcan sus primeros signos, hay que tomar azúcar (2 o 3 terrones), galletas (de 3 a 5 unidades) o beber un vaso (150 ml) de alguna bebida que contenga hidratos de carbono de absorción rápida (zumos de frutas, cola, etc.). Los síntomas suelen pasar en 5 o 10 minutos. Si la hipoglucemia es grave o la persona pierde la conciencia, es necesario inyectarle una ampolla de glucagón por vía subcutánea (igual que la insulina) o intramuscular (en la nalga). El glucagón moviliza las reservas de glucosa del organismo y hace efecto en unos 10 minutos. Si no hay recuperación, el afectado debe recibir asistencia médica inmediata.⁴⁰

⁴⁰ JASINKY, J. (2003). Prevención Primaria de Diabetes tipo II. La diabetes. Op. Cit. Pg 59-60.



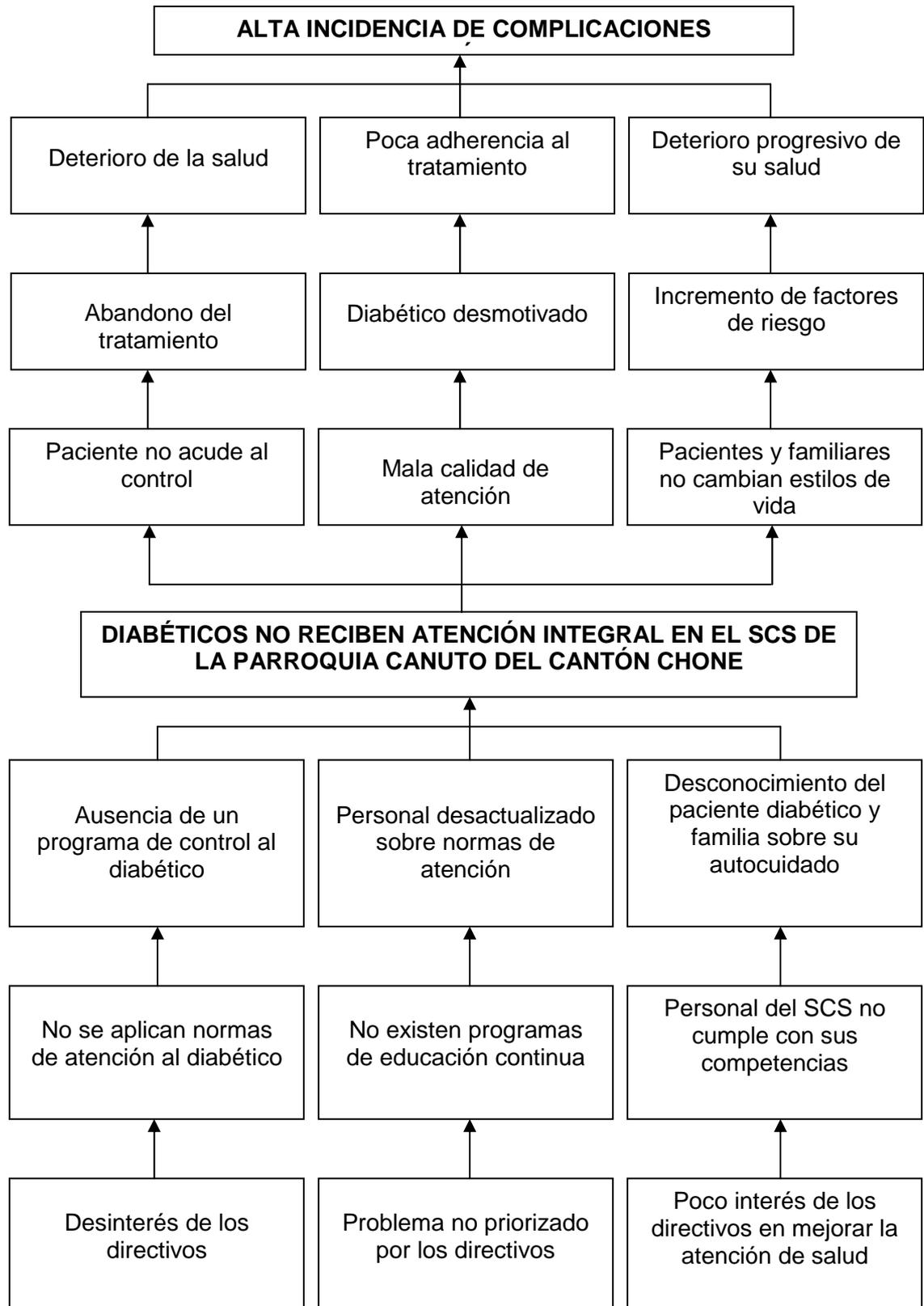
8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

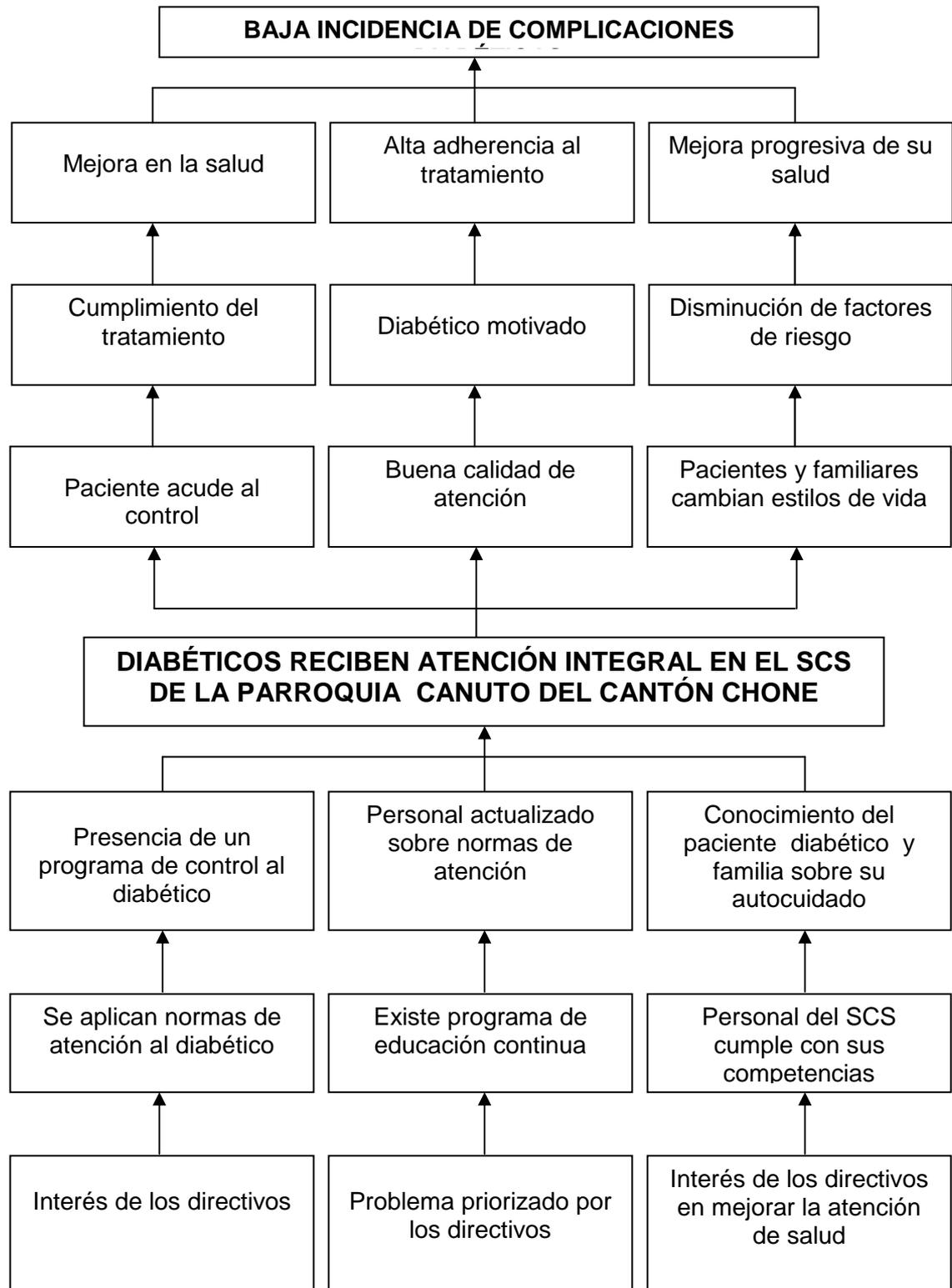
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Personal del Subcentro de Salud Vanesa Bravo de la parroquia Canuto, cantón Chone.	Cumplir programas de prevención, promoción, y fomento de la salud.	Recursos: Económicos Humanos Mandatos: Promover condiciones de vida saludables y poner en ejecución a través de su personal acciones de prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de los habitantes de la parroquia.	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de nuevos casos de diabetes. • No adherencia al tratamiento por parte de los diabéticos. • Poca colaboración de la familia en el cuidado del diabético. • Equipo de salud desactualizado • No se aplican normas de atención al pte. diabético
Pacientes diabéticos.	Recibir atención oportuna para el control de la enfermedad.	Recursos: Humanos Mandatos: Cumplir con tratamiento establecido para el control de su enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del manejo de la dieta. • Reducidos ingresos para cubrir tratamiento y dieta. • Incremento progresivo de las complicaciones de la enfermedad. • Desconocimiento de la enfermedad. • Medicinas incompletas. • Pacientes insatisfechos • Discontinuidad en el tratamiento
Familiares del diabético.	Mejor calidad de vida de su familiar diabético.	Recursos: Humanos, económicos Mandatos:	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la enfermedad y como cuidar al paciente diabético.

		Cooperar y conocer sobre el cuidado del diabético.	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del rol familiar • Desconocimiento de signos de peligro de la enfermedad.
Comunidad.	Mejorar la salud de la comunidad.	Recursos: Humanos Mandatos: Participación activa en programas de prevención de la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad da poca importancia al cuidado y conservación de la salud. • La comunidad prioriza otras necesidades antes de la salud. • Costumbres nocivas para la salud. • Limitada actividad física.
Maestrante	Desarrollar un proyecto de intervención que soluciones un problema sentido de la comunidad.	Recursos: Humanos Materiales Económicos. Mandatos: Promover y mejorar la atención médica que aborde conocimientos, actitudes que promuevan cambios de estilos de vida de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de casos de diabetes en la comunidad • No existe un programa de atención al diabético. • Escasa comunicación entre la comunidad y personal de salud. • Inexistencia de materiales educativos. • No se aplican normas de atención de diabetes • Desconocimiento de diabéticos y familia sobre el manejo de una dieta saludable. • Limitada actividad física en las familias de la comunidad

8.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

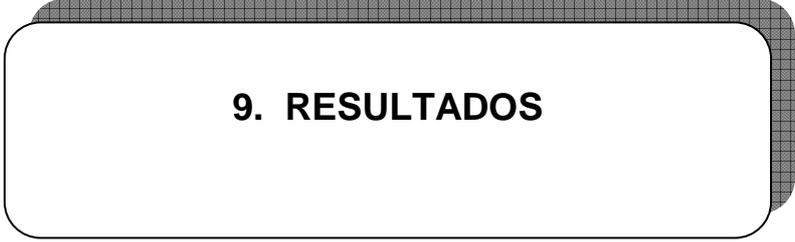
OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Complicaciones en los pacientes diabéticos disminuidas.	Hasta el 31-12-2012 se reducirá en un 30% las complicaciones evitables originadas por la Diabetes.	Reportes de atención en el centro de salud. Matriz estadística	Personas que padecen diabetes se atienden en el SCS
PROPÓSITO Diabéticos reciben atención integral en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo de la parroquia Canuto	Al concluir el proyecto el programa de atención al diabético será aplicado en un 100%	Historia Clínica Partes diarios Encuesta al usuario externo Evidencias fotográficas Informes de trabajo	Equipo de salud aplique normas de atención
R 1 Programa de atención al diabético institucionalizado en el Subcentro de Salud.	Hasta 21-05-2010 se implementa completamente (100%) el programa de atención integral al paciente diabético en el subcentro de salud.	Modelo de atención Registro de pacientes diabéticos Ficha clínica de pacientes Cronograma de atención médica y de seguimiento	Participación y empoderamiento del proyecto por parte del equipo de salud
R 2 Personal del SCS actualizado en las normas de manejo del	Hasta 15-04-2010 se capacita a todo el quipo de salud del SCS sobre	Plan educativo. Material educativo.	El personal con disponibilidad de tiempo y comparte materiales para la

paciente diabético	normas de atención al diabético.	Evidencias fotográficas Invitaciones Trípticos.	capacitación
R 3 Paciente diabético y familia capacitado en el autocuidado de la diabetes	Hasta el 20-07-2010, el 80% de los diabéticos y sus familiares con conocimiento acerca de la enfermedad	Plan educativo. Esquema de dieta. Tríptico. Material didáctico Evidencias fotográficas	Los pacientes, familiares y la comunidad están entusiasmados con el proyecto, participan y cooperan
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	COSTOS USD.
RESULTADO 1: Programa de atención al diabético institucionalizado en el Subcentro de Salud.			
1.1. Reunión con el personal del Subcentro para organizar el programa de atención al diabético	Maestrante	04-03-2010	20 USD
1.2. Firma del acta de compromiso	Maestrante Personal del SCS	08-03-2010	20 USD
1.3. Diseño del Programa de atención	Maestrante	10 al19-03-2010	50 USD
1.4. Socialización del programa al equipo de salud	Maestrante	16/04/2010	20 USD

del scs			
1.5. Ejecución del programa de atención al diabético			97 USD
• Identificación de pacientes que participaran en el programa.	Maestrante Personal del SCS	19-30/04/2010	5 USD
• Invitación a pacientes a participar en el programa	Maestrante Personal del SCS	3-7/05/2010	5 USD
• Elaboración formulario de Historia Clínica, diagnostico (glicemia: día cero) (Hemoglobina: día cero), tratamiento, seguimiento,	Maestrante Personal del SCS	14-21/05/2010	5 USD
• Implantación de normas de atención al diabético	Maestrante Personal del SCS	Redacción 22-27/03/2010 Implantación 21/05/2010	25 USD
1.6. Atención Preventiva	Maestrante	04-03-2010/11-04-2010	60 USD
1.7. Atención programada	Maestrante	12-04-2010/13-08-2010 (día cero: 12-04-10) (día 30: 13-06-2010) (día 60: 13-07-2010) (día 90: 13-08-2010)	56 USD

1.8. Atención de seguimiento	Maestrante	23-07-2010/2012	59 USD
RESULTADO 2: Personal del SCS actualizado en las normas de manejo del paciente diabético			
2.1. Elaboración del programa de educación continua	Maestrante	22- 28 -03-2010	10U SD
2.2. Elaboración de material para entregar al personal	Maestrante	29-31-03-2010	10 USD
2.3. Ejecución del programa de educación continua	Maestrante	5-9-04-2010	200 USD
2.4. Evaluación del programa de educación continua	Maestrante	9-04-2010	10 USD
RESULTADO 3: Paciente diabético y familia capacitada en el autocuidado de la diabetes			
3.1. Reunión con los pacientes diabéticos y familias para la elaboración del cronograma de capacitación	Maestrante	21-06-2010	10 USD
3.2. Ejecución del plan de Capacitación • Diseño de Guía para la elaboración de Menú en pacientes	Maestrante Enfermera	26-06-2010 al 17-07-2010	150 USD

diabéticos			
3.3. Organización de un Picnic de exposición de Comida para Diabéticos	Maestrante Nutricionista Paciente	20-07-2010	87USD
3.4. Realización de actividades para promoción de la actividad física en pacientes diabéticos, familia y comunidad			
• Organización de campeonato de balón pie	Maestrante Clubes deportivos de la comunidad.	21-05-2010 al 23-06-2010	550 USD
• Realización de una caminata con los pacientes, familias y la comunidad	Maestrante.	06-06-2010	130 USD
• Organización de un ciclo paseo con pacientes y familias de la comunidad	Maestrante	18-06-2010	40 USD
• Organización de un programa de bailoterapia	Maestrante	24-05-2010/30-06-2010	180 USD



9. RESULTADOS

RESULTADO N° 1: PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO INSTITUCIONALIZADO EN EL SUBCENTRO DE SALUD.

Para el cumplimiento de este resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

1.1. Reunión con el personal del subcentro para organizar el programa de atención al diabético

Se mantuvo reuniones con el personal del subcentro de salud Vanesa Bravo en la parroquia Canuto. En la primera de ellas, el 4 de marzo del 2010 se dio a conocer el proyecto, los objetivos del mismo, los fines que buscaba y organizar el programa de atención al diabético.

Asistentes a la reunión:

Dr. Juan Pablo Macías	Director del Subcentro de Salud Vanesa Bravo
Lcda. Carmen Varela	Enfermera
Lcda. Cruz Visueta	Enfermera Rural
Dra. Yéssica Zambrano	Odontóloga
Dr. Bladimir Zambrano	Maestrante

1.2. Firma del acta de compromiso para la cooperación en el proyecto de intervención

El acta firmada el 8 de marzo del 2010, buscó comprometer a ambas partes (maestrante e Institución) para la realización de un programa de atención integral al paciente diabético en el subcentro de salud Vanesa Bravo de la parroquia Canuto, cantón Chone.



Canuto, marzo 08 de 2010

A través de la presente el señor JUAN PABLO MACIAS, de profesión médico y DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE CANUTO, en su libre derecho de elegir las actividades que vayan en beneficio de la colectividad; y, el señor Bladimir Zambrano Vargas, médico de profesión, ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD, en su obligación de presentar un trabajo investigativo de intervención, con el fin de solucionar un problema de salud pública, se comprometen a coordinar actividades para desarrollar el trabajo: "DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010", el mismo que se desarrollará desde éste lunes 08 de marzo de 2010, hasta agosto del mismo año, y, si fuera el caso, se extenderá de manera permanente en el caso que el médico especialista (maestrante) y los pacientes lo crean conveniente.

Para efectos de Ley, quienes suscriben abajo certifican la legalidad de todo trámite a partir de la presente

 Dr. Bladimir Zambrano Vargas MAESTRANTE	 Dr. Juan Pablo Macias DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO
---	---

1.3. Diseño del Programa de Atención Integral al diabético

Esta actividad fue realizada del 10 al 19 de marzo de 2010. El diseño del programa de atención estuvo a cargo del maestrante, pues es la única persona que con la información originada en el centro de salud, sus conocimientos técnicos y su experiencia, logró diseñar y elaborarlo, generando para ello el siguiente modelo:

COMPONENTES	INTERVENCIÓN	ESTRATEGIA
Atención preventiva	Identificación de los pacientes a intervenir en el Programa de atención al diabético. Invitación a paciente a participar en el plan Consulta para diagnóstico y toma de muestras para exámenes de laboratorio	Búsqueda de casos en los archivos de estadística del Subcentro de Salud. Diagnostico con apoyo de pruebas de laboratorio
Atención médica programada	Elaboración del cronograma de atención Toma de signos vitales y peso/talla Llenado de Historia Clínica Educación para adherencia al tratamiento	Cronometría de consultas a médico capacitado en el manejo del paciente diabético Educación post consulta Aplicación de Normas de atención
Consulta de seguimiento	Visita domiciliaria Educación para la prevención de la diabetes a través de la cultura de la alimentación saludable y la actividad física como mecanismo para la prevención	Asignación de consultas a médico tratante Valoración en domicilio Realización de actividades físicas programadas Fortalecimiento de los hábitos de alimentación saludable Normas de atención

1.4. Socialización del programa al equipo de salud del subcentro de salud

El día viernes 16 de abril se realizó la difusión de este programa, el mismo que fue aceptado por el equipo de salud y se estableció el compromiso de apoyo para su ejecución, además se establecieron responsabilidades para cada uno de ellos.



1.4. Ejecución del programa de atención al diabético

Esta actividad partió con la identificación de pacientes que participaron en el programa, para ello se realizaron dos tareas: 1.- Búsqueda de historias clínicas de pacientes ya diagnosticados y 2.- Invitación a pacientes a participar en el programa de atención. El periodo de ejecución de esta actividad fue del 19 al 30 de abril del 2010 y se inició con la identificación de los pacientes a participar en el programa, que fueron los siguientes:

PACIENTE	N° DE HISTORIA CLÍNICA
ALCIVAR ALCIVAR ELADIO	001
ALCIVAR ALCIVAR JUANA	002
ALCIVAR ALVAREZ TERESA	003
ALCIVAR VERA JUAN	004

ANDRADE ANDRADE VICENTE	005
BRAVO MOREIRA CARLOS	006
BRAVO SOLORZANO JOSE	007
BRAVO ZAMBRANO JOFRE	008
CENTENO DUEÑAS RAUL	009
CHAVARRIA CHAVARRIA CARLOS	010
CHAVARRIA CONFORME TERESA	011
CHAVARRIA PARRAGA HECTOR	012
FERNANDEZ ALCIVAR AURORA	013
JARA ALCIVAR MARIA F	014
MENDOZA MENDOZA ANTONIA	015
MENDOZA VERA ANDREA	016
MENDOZA VERA JOSEFA	017
MENDOZA ZAMBRANO YESSICA	018
MOREIRA ALCIVAR RAUL	019
MOREIRA MACIAS ROBERTO	020
MOREIRA ZAMBRANO ROBERTO	021
MOREIRA CUSME NASTA	022
MOREIRA CUSME MARIANA	023
MUÑOZ CEDEÑO ALEXANDRA	024
PALACIO MERO GENESIS	025
PALACIOS CASTRO FABIAN	026
PARRAGA CEDEÑO CARLOS	027
PARRAGA CUZME GONZALO	028
PARRGA MURILLO LIZARDO	029

PARRAGA ZAMBRANO ANDRES	030
POSLIGUA GARCIA ELENA	031
POSLIGUA CEDEÑO CARLA	032
ROBLES ZAMBRANO JOSE	033
RODRIGUEZ ZAMBRANO JAIRO	034
RODRIGUEZ ZAMBRANO RAUL	035
SALTOS ZAMBRANO GABRIEL	036
SOLORZANO ALCIVAR ESTER	037
SOLORZANO BRAVO AUXILIADORA	038
SOLORZANO CEDEÑO EMILIA	039
SOLORZANO GARCIA GUSTAVO	040
SOLORZANO LOPEZ ANDRES	041
SOLORZANO GUAGUA AUXILIADORA	042
SOLORZANO MENDOZA ANTONIO	043
SOLORZANO MUÑOZ CARLOS	044
SOLORZANO SOLORZANO JULIO	045
SOLORZANO SOLORZANO ROMINA	046
VÉLEZ MARCILLO OLGA	047
VERA VERA MARIANO	048
VERA ANDRADE RICARDO MANUEL	049
VERA ANDRADE RICARDO MANUEL	049
VERDUGA SALAVARRÍA CATALINA	050
ZAMBRAANO ALCIVAR MARTHA	051
ZAMBRANO ALCIVAR JOSEFA	052
ZAMBRANO BRAVO OSCAR	053

ZAMBRANO BRAVO LUCILA	054
ZAMBRANO CEDEÑO EMILIO	055
ZAMBRANO CUSME YULIANA	056
ZAMBRANO MENDIETA OSWALDO	057
ZAMBRANO MENDOZA DIMAS	058
ZAMBRANO MUÑOZ CANDELARIA	059
ZAMBRANO ZAMBRANO FRANKLIN	060

Canuto, mayo 03 de 2010

SR.

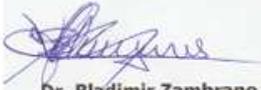
DISTINGUIDO CIUDADANO CANUTENSE
De mis consideraciones

A través de la presente llego hasta usted con la intención de invitarle a formar parte de un trabajo investigativo titulado "DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN EL SUBCENTRO DESALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010", el mismo que pretende mejorar la calidad de vida de los ciudadanos canutenses, a través de consultas totalmente gratuitas en las que podrá obtener beneficios como consultas gratuitas, recomendaciones para una alimentación saludable y un detallado control y manejo de su salud durante el tiempo que dure el trabajo investigativo.

En tal virtud le invito para que asista a una charla previa a realizarse este día viernes 7 de mayo de 2010, en la escuela "5 de Junio" a partir de las 17H00.

Esperando su puntual asistencia le reitero mis sentimientos de gratitud y estima.

Atentamente,


Dr. Bladimir Zambrano Vargas
MAESTRANTE

Otra actividad realizada del 14 al 16 de mayo del 2010 fue la elaboración de la historia clínica del paciente diabético. Se revisaron algunos modelos y se tomó la siguiente:

ESTABLECIMIENTO _____		FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
NOMBRE _____			
RUT <input type="text"/>		EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ESCOLARIDAD (N° años estudio) <input type="text"/> <input type="text"/>		OCUPACIÓN _____	
AÑO DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
ANTECEDENTES FAMILIARES (registrar "x" lo positivo y "-" si es negativo o no corresponde)			
DIABETES:	padres <input type="checkbox"/>	hermanos <input type="checkbox"/>	hijos <input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN:	padres <input type="checkbox"/>	hermanos <input type="checkbox"/>	hijos <input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIA:	padres <input type="checkbox"/>	hermanos <input type="checkbox"/>	hijos <input type="checkbox"/>
ENF. CEREBROVASCULAR (CIT/AVE)	<input type="checkbox"/>	(especificar) _____	
ENF. ISQUÉMICA DEL CORAZÓN (Angina, infarto):	<input type="checkbox"/>	(especificar) _____	
CÁNCER:	<input type="checkbox"/>	(especificar) _____	
OTROS:	_____		
ANTECEDENTES PERSONALES (registrar "x" lo positivo y "-" si es negativo o no corresponde)			
TABACO:	<input type="checkbox"/>	N° cigarrillos: _____	BEBEDOR PROBLEMA: <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD FÍSICA:	Sedentaria <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Intensa <input type="checkbox"/>
EVOLUCIÓN DEL PESO CORPORAL:	Peso habitual: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Peso actual: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIA: <input type="checkbox"/>	
CARDIOPATÍA:	<input type="checkbox"/>	(especificar) _____	
CÁNCER:	<input type="checkbox"/>	(especificar) _____	
ALERGIAS:	<input type="checkbox"/>	(especificar) _____	
CIRUGÍAS:	<input type="checkbox"/>	(especificar) _____	
OTROS:	_____		
COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DM: <input type="checkbox"/> (Especificar) _____			
COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DM: <input type="checkbox"/> (Especificar) _____			
SÓLO MUJERES			
N° EMBARAZOS:	<input type="text"/> <input type="text"/>	PARTOS:	<input type="text"/> <input type="text"/>
FECHA ÚLTIMA REGLA :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ABORTOS:	<input type="text"/> <input type="text"/>
TERAPIA REEMPLAZO HORMONAL:	<input type="checkbox"/>	MACROSOMÍA:	<input type="checkbox"/>
		ANTICONCEPCIÓN:	<input type="checkbox"/> (Especificar) _____
			(Especificar) _____
HOMBRES Y MUJERES:			
DISFUNCIÓN SEXUAL:	<input type="checkbox"/>	(Especificar) _____	
MEDICAMENTOS ACTUALMENTE EN USO:	_____		

ANAMNESIS ACTUAL

EXÁMEN FÍSICO

Peso: Kg Talla: Cm Imc: (P/2)
 Circunferencia Cintura: Cm
 Pa Sistólica y Diastólica (mm Hg): Sentado: y
 Acostado: y De Pie: y
 Hidratación: Dentadura: Tiroides:
 Acantosis Nigricans: Acrocordones:
 Corazón:
 Pulmones:
 Abdómen:
 Extremidades Superiores:
 Inferiores:
 Micosis:
 Deformidades: (Especificar)
 Marcha: Otros:
 Pulsos (+presente, - Ausente): Femorales Der Izq Tibiales Der Izq
 Pedlos Der Izq
 Reflejos (+presente, - Ausente, ± Disminuidos): Rotulanos Aquilianos
 Sensibilidad Táctil (Monofilamento 10 G): Normal (N) Alterada (A)
 Vibratoria (Diapasón 256 Ciclos): Normal (N) Alterada (A)

DIAGNÓSTICO(S):

PLAN DE TRATAMIENTO:

No farmacológico:

Tratamiento farmacológico:

fármaco: dosis:
 fármaco: dosis:
 fármaco: dosis:

RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

DERIVACIONES

Glicemia ay/pp		ECG reposo		Nutricionista	
HbA1c		<input type="text"/> <input type="text"/> mes/año		Odoniología	
Orina completa				Podología preventiva	
Microalbuminuria		Fondo de ojo		Educación grupal	
Creatinina		<input type="text"/> <input type="text"/> mes/año		Otros:	
Colesterol total					
Colesterol HDL					
Triglicéridos					
Colesterol LDL					

NOMBRE PROFESIONAL:

Igualmente se implementó las normas de atención al paciente diabético las mismas que fueron elaboradas previa la revisión de varia literatura, tomándose como referencia las de la Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología: Diagnostico y manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, recomendaciones de consenso 2003 (la redacción y revisión, de las normas para el subcentro, se realizó del 22 al 26 de marzo del 2010) . Estas normas se implantaron a partir del 21 de mayo del 2010.

ASISTENCIA AMBULATORIA

Los pacientes con diabetes tipo 2 pueden ser manejados por médicos internistas, generales o familiares con un entrenamiento básico en diabetes mellitus.

- Para el diagnóstico, clasificación y tratamiento se recomienda seguir las pautas establecidas en este consenso.
- Se debe insistir en la importancia del cumplimiento de metas de control establecidas.
- Es importante que el personal no especializado entre en contacto directo con el grupo de especialistas y que se realicen frecuentes reuniones de actualización, de forma tal que se conformen grupos de trabajo multidisciplinario.

PRIMERA VISITA

Anamnesis completa: de acuerdo a los formatos establecidos personales o institucionales, se debe investigar con especial atención:

- Síntomas y signos clínicos de diabetes mellitus.
- Síntomas y signos de descompensación y complicaciones agudas: cetoacidosis, hiperosmolaridad no cetósica, hipoglucemia.
- Síntomas de complicaciones crónicas: oculares, renales, sistema nervioso central y periférico, genitourinario, sexualidad, gastrointestinal, corazón y vasos periféricos, extremidades, piel.
- Patrones de alimentación: en últimas 24 horas, habitual.
- Evolución del peso.

- Actividad física y ejercicio.
- Antecedentes familiares de diabetes y de otros trastornos metabólicos.
- Antecedentes de desórdenes endocrinos cardiovasculares, quirúrgicos, infecciosos.
- Presencia de factores de riesgo de aterosclerosis: tabaquismo, hipertensión, obesidad, dislipidemia.
- Antecedentes estacionales: hiperglucemia, peso de los productos, toxemia, polihidramnios, prematuridad, multiparidad.
- Tratamientos previos y resultados obtenidos.
- Medicaciones que alteran la glucemia.

Examen físico completo: con especial detalle en los sistemas que pueden ser afectados por la diabetes.

- Peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal.
- Presión arterial, decúbito y sentado.
- Piel: zonas de administración de insulina, signo de dislipidemia y de insulinoresistencia (acantosis nigricans, hirsutismo).
- Palpación de tiroides.
- Corazón y pulsos periféricos: palpación y auscultación.
- Abdomen: hepatomegalia.
- Examen de los pies.
- Neurológico: reflejos y sensibilidad.
- Ojos (reacción pupilar, movimiento oculares, opacidad cristalino).

Pruebas de laboratorio inicial:

- Biometría hemática.
- Glucemia basal, postprandial, hemoglobina glicosilada A1c.
- Perfil lipídico: colesterol, triglicéridos, HDL, LDL.
- Acido úrico y creatinina sérica.
- Elemental y microscópico de orina

- Microalbuminuria.
- Electrocardiograma.
- Adicionales de acuerdo a la clínica:
 - Insulinemia o Péptido C basal y postprandial.
 - TSH
 - Radiografía Standard de tórax.
 - Pruebas de función hepática.
 - Electrolitos.
 - Urocultivo.

SEGUNDA VISITA Y SUBSECUENTES

El intervalo entre la primera y segunda visita se establecerá individualmente de acuerdo al control metabólico. Es recomendable una evaluación al mes y luego cada 2 a 4 meses si el paciente recibe insulina o cada 6 meses si recibe terapia oral.

Anamnesis:

- Evolución de sintomatología inicial.
- Revisión del control metabólico: valores de glucemia de autocontrol.
- Cumplimiento de indicaciones dietéticas y de ejercicio.
- Síntomas de hipoglucemia.
- Efectos secundarios de medicación instituida.
- Control de factores de riesgo para aterosclerosis.

Examen físico:

- Peso e índice de masa corporal.
- Presión arterial.
- Pulsos: palpación (pulsos pedios, tibial posterior, poplitos, femoral) y auscultación.
- Examen de pies.
- Examen neurológico: reflejos y sensibilidad.

Pruebas de laboratorio:

- Glucemia en ayuna y postprandial.
- Hemoglobina glicosilada A1c.
- Microalbuminuria semestral.
- Elemental y microscópico de orina.
- Perfil lipídico anual, o según valores previos.

Medidas adicionales:

- Continuar y reforzar el programa de educación diabetológica.
- Evaluación nutricional por nutricionista.
- Revisar y reforzar las indicaciones de ejercicio físico.
- Evaluación de la técnica de autocontrol.
- Evaluación técnica de administración de insulina.
- Planificar controles periódicos adicionales:
 - Fondo de ojo y control oftalmológico.
 - Creatinina sérica o aclaramiento de creatinina.
 - Control cardiológico anual.
 - Control gineco obstétrico.
 - Evaluación psicológica en casos necesarios.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL DIABÉTICO INSULINO DEPENDIENTE:

ACTIVIDADES	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	RESPONSABLES
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	PRE CONSULTA Toma de peso corporal, talla, signos vitales. Glicemia por punción con tiras reactivas Preparación para examen médico	Enfermera y / o auxiliar.

<p>CONTROL SEGUIMIENTO</p>	<p>PRIMERA CONSULTA:</p> <p>Llenar historia clínica y registro único. Examen físico completo Clasificar el tipo de diabetes e iniciar tratamiento Remitir al odontólogo si fuera necesario Los niños diabéticos y las embarazadas deben ser remitidos a nivel terciario. De hallarse alguna complicación, remitir también al respectivo especialista. Solicitar exámenes de laboratorio: Hemograma, urea, glucosa, creatinina, colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, EMO.</p> <p>POST CONSULTA:</p> <p>Revisar la historia clínica para consignar en la tarjeta de resumen de datos médicos y complicaciones. Iniciar la educación al diabético y familia sobre el manejo de la insulina, cuidado de los pies y conceptos básicos de alimentación. Indicar la importancia de la automedicación de glicemia y cetonuria.</p> <p>CONSULTAS SUCESIVAS:</p> <p>Consultas diarias hasta alcanzar la compensación metabólica.</p> <p>CONTROL SEMANAL:</p> <p>Examen de glicemia con tiras reactivas. Revisión de historias clínicas. Control de los pies. Continuar educación: complicaciones</p>	<p>Enfermera</p>
-----------------------------------	---	------------------

	<p>agudas y crónicas, nutrición, ejercicio. Revisión de conocimientos anteriores.</p> <p>CONTROL MENSUAL: Pre y post consulta igual a anteriores. Examen físico completo. Exámenes de laboratorio: Hemograma, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, EMO.</p> <p>CONTROL TRIMESTRAL: Pre consulta y post consulta igual a anteriores. Examen físico completo. Exámenes de laboratorio iguales a anteriores.</p> <p>CONTROL SEMESTRAL: Similar a consulta trimestral pero añadir: fondo de ojo, y chequeo dental.</p> <p>CONTROL ANUAL: Examen físico completo Exámenes de laboratorio: iguales a anteriores mas proteinuria en orina en 24 horas Fondo de ojo Chequeo cardiológico, ECG Rx estándar de tórax Rx de ambos pies Valoración crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes</p>	<p>Médico general entrenado en diabetes</p> <p>Enfermera</p> <p>Enfermera y / o auxiliar Médico general entrenado en diabetes Enfermera y /o auxiliar. Médico Laboratorista Odontólogo Pediatra</p>
--	--	---

	En el caso de aparecer complicaciones a nivel: renal, ojos, corazón, nervios periféricos, remitir a los respectivos especialistas y al diabetólogo en los niveles terciarios	IC. a Nefrólogo Oftalmólogo Cardiólogo IC a Neurólogo
--	--	--

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL DIABÉTICO NO INSULINO DEPENDIENTE:

ACTIVIDADES	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	RESPONSABLE
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:	<p>PRE CONSULTA: Toma de peso corporal, talla, signos vitales. Glicemia por punción con tiras reactivas. Preparación para examen físico.</p> <p>PRIMERA CONSULTA: Llenar historia clínica y registro único. Examen físico completo. Clasificar el tipo de diabetes e iniciar tratamiento con alimentación o ejercicio, únicamente por 8 semanas. Remitir al odontólogo para chequeo y tratamiento de ser necesario. Exámenes de laboratorio: Hemograma, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, EMO.</p> <p>POST CONSULTA: Revisar la historia clínica para consignar datos médicos y de complicaciones. Iniciar educación al diabético y familia: importancia de alimentación y</p>	<p>Enfermera / Auxiliar de enfermería</p> <p>Médico General entrenado en diabetes</p> <p>Odontólogo</p> <p>Laboratorista</p> <p>Enfermera</p>

CONTROL SEGUIMIENTO	Y	<p>ejercicio.</p> <p>Enseñar automedicación de glucosa en sangre a realizarse semanalmente y de orina diariamente.</p> <p>Hipoglicemiantes orales: acción, efectos, etc...</p>	Enfermera
		<p>CONSULTAS SUCESIVAS:</p> <p>Consultas semanales para evaluar glicemias y/ o glucosurias, peso corporal, reforzar educación y necesidad de autocontrol.</p> <p>Control diario del diabético.</p>	Enfermera y/ o auxiliar Médico general entrenado en diabetes
		<p>CONSULTA MENSUAL POR 6 MESES:</p> <p>Pre y post consulta igual a anteriores.</p> <p>Examen físico completo.</p> <p>Evaluación de la respuesta a alimentación y ejercicio.</p> <p>Decidir empleo de Hipoglicemiantes orales.</p> <p>Exámenes de laboratorio similares a primera consulta con excepción de hemoglobina glicosilada que se hará cada 2 meses.</p>	Laboratorista Enfermera y / o auxiliar Médico general entrenado en diabetes Laboratorista
		<p>CONTROL TRIMESTRAL:</p> <p>Pre y post consulta similares anteriores.</p> <p>Examen físico completo.</p> <p>Evaluación de la respuesta a la terapia medicamentosa oral y ajuste de la dosis.</p> <p>Exámenes de laboratorio similares a anteriores.</p>	Enfermera y/ o auxiliar Médico general entrenado en diabetes Laboratorista

	<p>CONTROL SEMESTRAL:</p> <p>Pre y post consulta similares a anteriores.</p> <p>Examen físico completo.</p> <p>Fondo de ojo y chequeo neurológico periférico.</p> <p>CONTROL ANUAL:</p> <p>Examen físico completo.</p> <p>Evaluación de respuesta terapéutica.</p> <p>Exámenes de laboratorio similares a anteriores mas proteinuria en orina de 24 horas.</p> <p>Chequeo cardiológico, ECG.</p> <p>Rx estándar de tórax.</p> <p>Rx de ambos pies.</p> <p>De aparecer complicaciones crónicas a nivel de riñón, ojos, corazón, etc. Remitir a los niveles superiores para evaluación y tratamiento de especialidad transfiriéndolo al tercer nivel.</p>	<p>Médico general entrenado en diabetes</p> <p>Cardiólogo Radiólogo</p> <p>Nefrólogo Cardiólogo Neurólogo Cirujano vascular Diabetólogo</p>
--	---	---

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABÉTICA EMBARAZADA:

ACTIVIDADES	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	RESPONSABLE
<p>PLANIFICACIÓN: Embarazo para prevenir malformaciones congénitas y morbi – mortalidad materno fetal.</p>	<p>Consejo previo al embarazo: posibles riesgos en caso de complicaciones crónicas o mal control durante el embarazo.</p> <p>Evaluación clínica cuidadosa</p> <p>Educación en autocontrol, insulino terapia, ejercicio, alimentación, peso corporal, complicaciones agudas y crónicas.</p>	<p>Ginecólogo Enfermera</p>

DIAGNOSTICO	<p>PRE CONSULTA: Toma de peso, talla, signos vitales. Control de glicemia. Control cetonuria. Preparación para examen médico.</p> <p>PRIMERA CONSULTA: Llenar historia clínica y hoja de registro único. Examen físico completo, evaluar complicaciones crónicas,. Cambio de insulina en el caso de diabéticas no insulino dependiente. Ajuste de la dosis en las insulino dependientes con doble dosis o terapia intensificada. Exámenes de laboratorio: Hemograma, urea, glucosa, creatinina, albuminuria en orina de 24 horas, hemoglobina glicosilada, EMO con cultivo de ser necesario.</p> <p>POST CONSULTA: Revisar historia clínica para consignar datos médicos y otros de interés en la tarjeta de control y seguimiento. Educación en autocontrol: alimentación, ejercicio, insulina. Necesidad de automedicación de glucosa 3 a 6 veces al día. Control de cetonuria con tiras.</p> <p>CONSULTAS SUCESIVAS: Control diario hasta alcanzar un buen perfil glicémico a lo largo del día, ajustando la insulina y la alimentación (80 mg / dl en ayunas y 110 post prandial)</p> <p>CONSULTA MENSUAL: Pre y post consulta similares a anteriores. Examen físico completo. Evaluación tamaño uterino. Exámenes de laboratorio similares a la primera consulta, menos la hemoglobina glicosilada que se hará cada 2 meses</p>	<p>Enfermera y / o auxiliar Laboratorio</p> <p>Ginecólogo</p> <p>Laboratorista</p> <p>Enfermera</p> <p>Diabetólogo</p> <p>Enfermera y/ o auxiliar Ginecólogo Diabetólogo Laboratorista</p>
--------------------	---	--

<p>PREVENCIÓN Mortalidad materna y fetal</p>	<p>A LA SEMANA 12: Ultrasonografía para edad gestacional, descartar malformaciones fetales y evaluar crecimiento fetal.</p> <p>SEGUNDO TRIMESTRE: Cada mes: Pre y post consulta similares a anteriores, insistiendo en el autocontrol e insulino terapia. Enseñar el reconocimiento de movimientos fetales. Examen físico completo. Evaluación obstétrica: tamaño uterino. Exámenes de laboratorio similares a anteriores. Añadir al feto proteína en mujeres mayores de 35 años, con historial de abortos espontáneos o con ultrasonido sugestivo de alteraciones del tubo neural.</p> <p>TERCER TRIMESTRE. Cada semana: Pre y post consulta similares a anteriores. Control de movimientos fetales por 30 minutos 3 veces al día. Enseñar a reconocer signos de labor. Examen físico completo. Evaluación obstétrica: tamaño uterino, edemas, polihidramnios etc.</p>	<p>Ginecólogo</p> <p>Enfermera Diabetólogo Ginecólogo</p> <p>Enfermera Diabetólogo Ginecólogo</p> <p>Ginecólogo</p>
<p>PREVENCIÓN Mortalidad materna y fetal</p>	<p>A LA SEMANA 28: Ultrasonido para estimar edad gestacional, evaluar crecimiento fetal, descartar malformaciones fetales. Amniocentesis para evaluar madurez pulmonar: Índice lecitina / esfingomielina o fosfatidilglicerol.</p>	<p>Ginecólogo</p>
<p>PREVENCIÓN Salud materno fetal</p>	<p>A LA SEMANA 32. Transferir a unidad de mayor complejidad.</p>	<p>Ginecólogo</p>

NORMAS DE CONTROL ODONTOLÓGICO PARA EL PACIENTE DIABÉTICO⁴¹.

A los Odontólogos se les presenta a consulta pacientes con diabetes, por lo que es necesario e importante estar conscientes de las consideraciones en el manejo médico y dental para esta extensa población de pacientes.

Para minimizar el riesgo de emergencias en el consultorio odontológico en pacientes con diabetes, el clínico necesita tener presente un número de consideraciones antes de iniciar el tratamiento dental.

Historia médica: Es importante para el odontólogo realizar una buena historia clínica y evaluar el control glicémico en la primera cita. Se debería preguntar al paciente acerca de sus recientes niveles de glucosa y la frecuencia de los episodios de hipoglicemia. Medicaciones antidiabéticas, dosis y tiempo de administración deberían ser determinadas.

Horario de Consulta: En general, las citas en la mañana son recomendables, ya que los niveles endógenos de cortisol son generalmente más altos en este horario (el cortisol incrementa los niveles de azúcar en sangre). En el caso de ser o padecer Diabetes insulino-dependiente debemos tener en cuenta el tipo de insulina prescrita y la frecuencia de su aplicación.

Dieta: Es importante para el Odontólogo asegurarse de que el paciente haya comido normalmente y aplicado o tomado su medicación usual. Si el paciente no se desayunó antes de su cita odontológica, pero si se aplicó su dosis normal de insulina, el riesgo de un episodio hipoglicémico está incrementado. Para ciertos procedimientos (por ejemplo sedación consciente), el Odontólogo puede requerir que el paciente altere su dieta normal antes del procedimiento. En esos casos, la dosis de la medicación puede necesitar ser modificada en consulta con el médico tratante del paciente.

⁴¹ Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus. Recuperado el 1 de noviembre de 2010. Disponible en Web: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/manejo_odontologico_paciente_diabetes_mellitus.asp

Monitorear los niveles de glucosa en sangre: Dependiendo de la historia médica del paciente, régimen de medicación y procedimiento a ser ejecutado, el Odontólogo puede necesitar medir los niveles de glucosa en sangre antes de empezar un procedimiento. Esto puede ser llevado a cabo usando un aparato electrónico comercialmente disponible para monitorear la glucosa en sangre, el cual no es tan costoso y tiene un alto grado de precisión. Pacientes con bajos niveles de glucosa en sangre (<70 mg/dL) deberían tomar un carbohidrato oral antes del tratamiento para minimizar el riesgo de un evento hipoglicémico. El Odontólogo deberá referir a los pacientes con niveles significativamente elevados de glucosa en sangre para una consulta médica antes de ejecutar un procedimiento dental.

Durante el tratamiento: La complicación más común de la terapia de diabetes que puede ocurrir en el consultorio odontológico es un episodio de hipoglicemia.

1.6. Atención preventiva

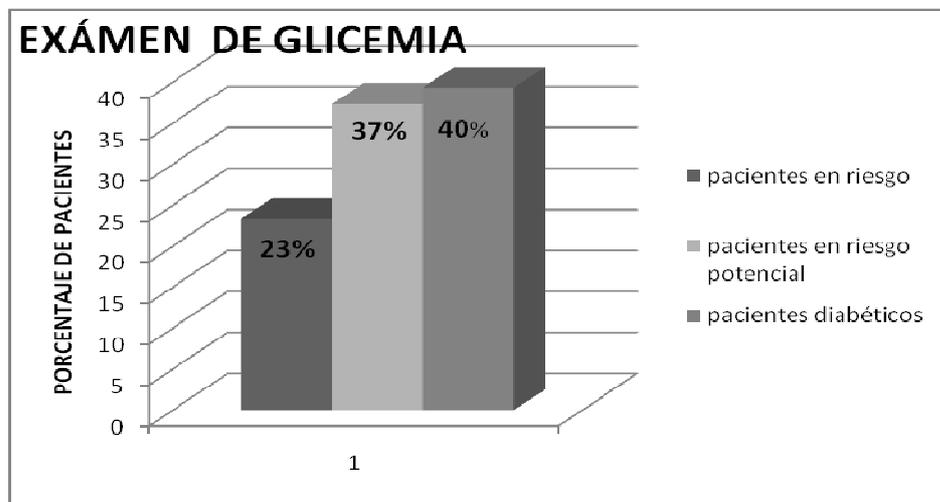
Esta actividad se cumplió del 4 de marzo al 11 de abril del 2010 y consistió en la consulta para diagnóstico y toma de muestra para valorar glicemia.





Los resultados de esta evaluación fue la siguiente:

GRÁFICO N°1: RESULTADOS PORCENTUALES DEL EXAMEN DE GLICEMIA



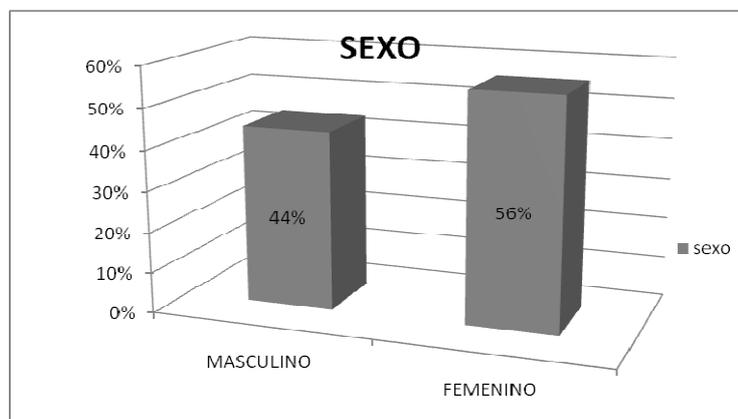
Fuente: Resultados de pruebas sanguíneas

Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

ANALISIS

Los exámenes de glicemia realizados demostraron que el 40% de pacientes son diabéticos, el 37% son considerados individuos potencialmente en riesgo y el 23% en riesgo.

GRÁFICO N°2: RESULTADOS PORCENTUALES DEL EXAMEN DE GLICEMIA SEGÚN SEXO



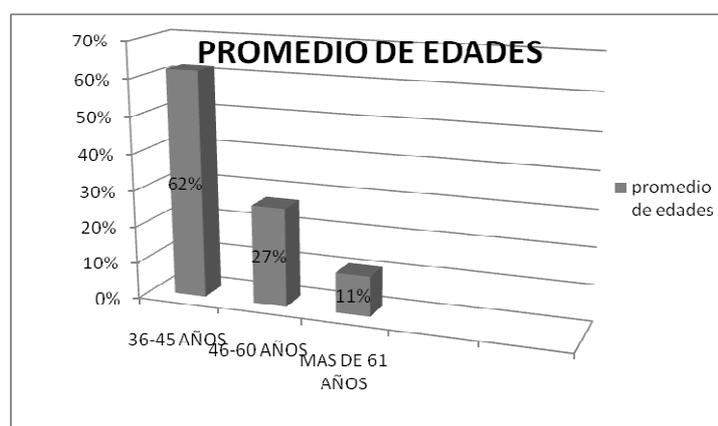
Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

ANALISIS

Este cuadro representa la caracterización del género de los pacientes diabéticos que participaron en el programa de atención integral, obteniendo un 44% masculino y un 56% femenino; siendo este último el de mayor incidencia de diabetes tipo 2 en el estudio realizado.

GRÁFICO N°3: PACIENTES CLASIFICADOS POR EDADES



Fuente: Historia Clínica

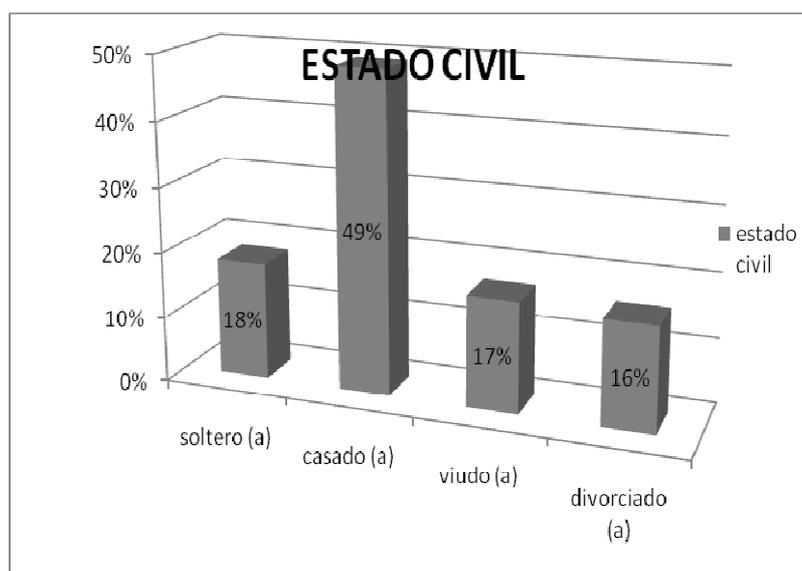
Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

ANALISIS

El mayor porcentaje de pacientes a quienes se realizó la prueba de glicemia, con un 62% tenía una edad entre 36 a 45 años, seguidos por la categoría de 46 a 60 años

con el 27%, mientras que el grupo de mas de 60 años fue del 12%. Esto se debe a que los malos hábitos alimenticios que al paso de los años, configuran una mayor incidencia de la enfermedad.

GRÁFICO N°4: PACIENTES CLASIFICADOS POR ESTADO CIVIL

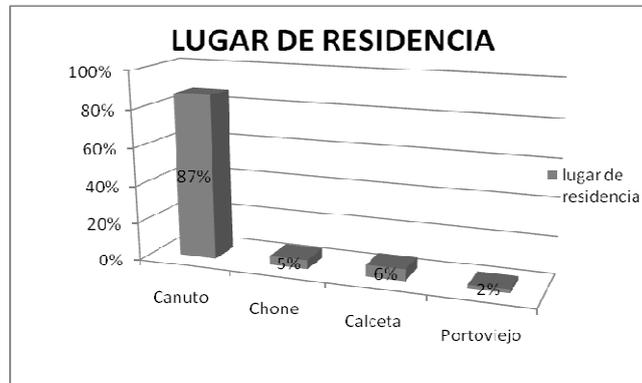


Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

ANALISIS

La clasificación del estado civil de los pacientes representada en este cuadro, demuestra que el 49% de los individuos son casados(as), el 18% son solteros(as), el 17% son viudos(as) y el 16% son divorciados(as).

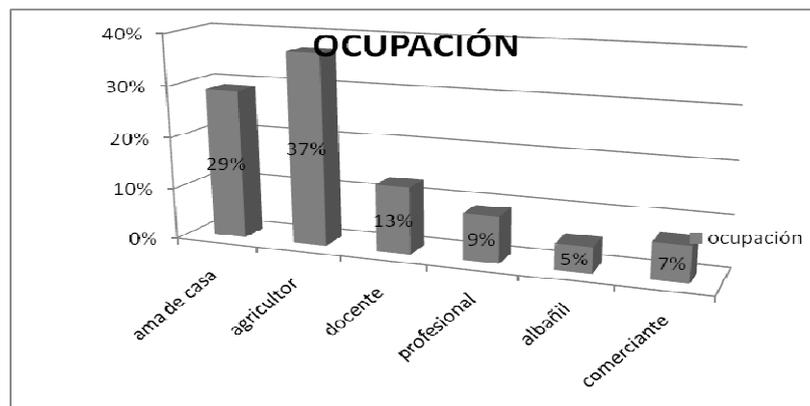
La razón de la mayor incidencia en las personas casadas, es que debido a las cuantiosas responsabilidades que demanda un hogar, los individuos asumen conductas sedentarias y así como desordenados hábitos alimenticios, lo que provoca una mayor cantidad de casos diagnosticados.

GRÁFICO N°5: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN RESIDENCIA

Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

ANALISIS

El cuadro expone que el 87% de los pacientes son residentes de Canuto, el 6% de Calceta, el 5% de Chone y el 2% de Portoviejo. La mayor presencia de personas en Canuto se debe a que el programa de atención al diabético tuvo como centro de operaciones a la misma parroquia mencionada y muchos de los beneficiarios tenían familiares con esta enfermedad en otras localidades.

GRÁFICO N°6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN

Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

ANALISIS

Los agricultores tuvieron la mayor incidencia de diabetes tipo 2 con el 37%, el 29% son amas de casa, el 13% son docentes, el 9% profesionales, el 7% comerciantes y el 5%

albañiles. Estos resultados denotan que los agricultores por sus malos hábitos alimenticios son los más susceptibles a adquirir la enfermedad.

1.7. Atención programada

Se desarrolló un control sobre la totalidad de pacientes, para ello como norma mínima se estableció lo siguiente:

- a. Evaluación de signos vitales
- b. Prueba de Glicemia capilar (a través de un pinchazo en el dedo se extrae sangre la misma que se dispone en la tira del glucómetro y sale el resultado)
- c. Cuando el resultado en ayuna supera los 126 mg/dl el paciente es diabético.
- d. Se procede a extraer una muestra de sangre venosa para enviar al laboratorio (Prueba de Hemoglobina Glicosilada).
- e. Cuando se obtienen los resultados de éste último examen, los pacientes que se encuentren por encima de 7, son diabéticos con un mal control metabólico y se procede a iniciar el tratamiento.
- f. Dieta (consumo 2000 Kcal/día como promedio), dependiendo del gasto calórico.
- g. Actividad física (caminata de 30 minutos diarios durante cinco días a la semana, 150 minutos semanales), con esta actividad se aumenta el consumo de glucosa a nivel muscular.
- h. También se recomiendan otras actividades que tienen el mismo fin, como la marcha, el trote, la natación, aeróbicos y el ciclismo.





De acuerdo al cronograma de trabajo, la atención programada se desarrolló del 12 de abril al 13 de agosto del 2010, con un promedio de 12 consultas por semana. Cabe destacar que de los pacientes evaluados en la etapa de atención preventiva 24 pacientes fueron diagnosticados con diabetes tipo 2, 22 tuvieron riesgo potencial y 14 están en riesgo de padecer la enfermedad. A los pacientes diabéticos se les otorgó una consulta mensual (5 en total), mientras que a los de riesgo potencial se les brindó una consulta cada mes y medio (3 en total) y a las personas con menor riesgo se les otorgó una consulta cada dos meses (2 en total). En las siguientes matrices se demuestra el trabajo desarrollado:

Mes	No. de semanas	No. de consultas
Abril	3	36
Mayo	4	48
Junio	4	48
Julio	4	48
Agosto	2	24
Total	17	204

Consta el informe de resultados de la atención cuya fuente fue el parte diario de atención. A continuación se presenta el número de consultas que recibió cada paciente:

PACIENTE	Nº DE HISTORIA CLÍNICA	Nº DE CONSULTAS	CLASIFICACION
ALCIVAR ALCIVAR ELADIO	001	6	Diabetes
ALCIVAR ALCIVAR JUANA	002	3	Riesgo potencial
ALCIVAR ALVAREZ TERESA	003	2	Riesgo
ALCIVAR VERA JUAN	004	6	Diabetes
ANDRADE ANDRADE VICENTE	005	3	Riesgo potencial
BRAVO MOREIRA CARLOS	006	5	Diabetes
BRAVO SOLORZANO JOSE	007	3	Riesgo potencial
BRAVO ZAMBRANO JOFRE	008	2	Riesgo
CENTENO DUEÑAS RAUL	009	3	Riesgo potencial
CHAVARRIA CHAVARRIA CARLOS	010	5	Diabetes
CHAVARRIA CONFORME TERESA	011	5	Diabetes
CHAVARRIA PARRAGA HECTOR	012	3	Riesgo potencial
FERNANDEZ ALCIVAR AURORA	013	5	Diabetes
JARA ALCIVAR MARIA F	014	3	Riesgo potencial
MENDOZA MENDOZA ANTONIA	015	2	Riesgo
MENDOZA VERA ANDREA	016	5	Diabetes
MENDOZA VERA JOSEFA	017	2	Riesgo
MENDOZA ZAMBRANO YESSICA	018	5	Diabetes
MOREIRA ALCIVAR RAUL	019	5	Diabetes
MOREIRA MACIAS ROBERTO	020	3	Riesgo potencial
MOREIRA ZAMBRANO ROBERTO	021	5	Diabetes
MOREIRA CUSME NASTA	022	3	Riesgo potencial
MOREIRA CUSME MARIANA	023	5	Diabetes

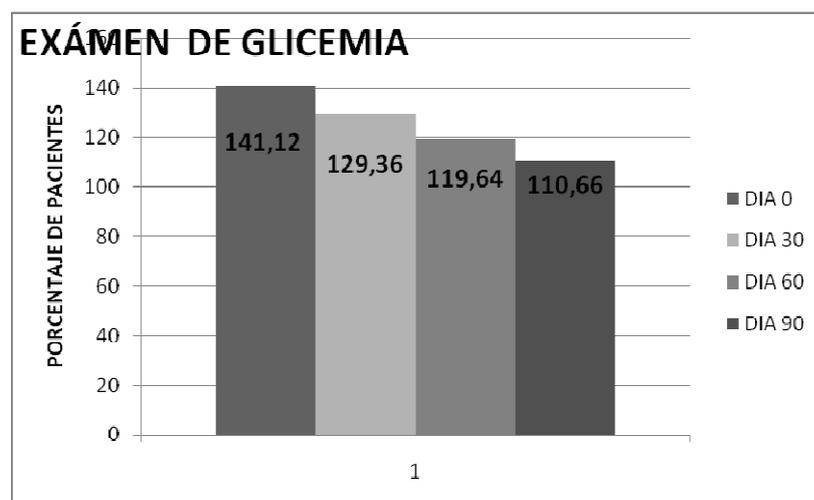
MUÑOZ CEDEÑO ALEXANDRA	024	3	Riesgo potencial
PALACIO MERO GENESIS	025	2	Riesgo
PALACIOS CASTRO FABIAN	026	5	Diabetes
PARRAGA CEDEÑO CARLOS	027	5	Diabetes
PARRAGA CUZME GONZALO	028	6	Diabetes
PARRGA MURILLO LIZARDO	029	3	Riesgo potencial
PARRAGA ZAMBRANO ANDRES	030	5	Diabetes
POSLIGUA GARCIA ELENA	031	2	Riesgo
POSLIGUA CEDEÑO CARLA	032	6	Diabetes
ROBLES ZAMBRANO JOSE	033	3	Riesgo potencial
RODRIGUEZ ZAMBRANO JAIRO	034	5	Diabetes
RODRIGUEZ ZAMBRANO RAUL	035	5	Diabetes
SALTOS ZAMBRANO GABRIEL	036	5	Diabetes
SOLORZANO ALCIVAR ESTER	037	5	Diabetes
SOLORZANO BRAVO AUXILIADORA	038	3	Riesgo potencial
SOLORZANO CEDEÑO EMILIA	039	2	Riesgo
SOLORZANO GARCIA GUSTAVO	040	5	Diabetes
SOLORZANO LOPEZ ANDRES	041	3	Riesgo potencial
SOLORZANO GUAGUA AUXILIADORA	042	3	Riesgo potencial
SOLORZANO MENDOZA ANTONIO	043	2	Riesgo
SOLORZANO MUÑOZ CARLOS	044	2	Riesgo
SOLORZANO SOLORZANO JULIO	045	5	Diabetes
SOLORZANO SOLORZANO ROMINA	046	2	Riesgo
VÉLEZ MARCILLO OLGA	047	3	Riesgo potencial
VERA VERA MARIANO	048	2	Riesgo

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

Para efectos de control de la enfermedad se realizó dos exámenes de hemoglobina glicosilada, el día cero (14 de abril de 2010) y el día 90 (13 de agosto de 2010) a los 60 pacientes diabéticos según lo registrado en la prueba de glicemia diagnóstica. El resultado promedio del examen en el día cero fue de 9,9, mientras que el resultado final en el día 90 registró un promedio de 7,8.



GRÁFICO N°7: PROMEDIOS DE GLICEMIA EN CADA FECHA D E MUESTREO



Fuente: Resultados de pruebas sanguíneas

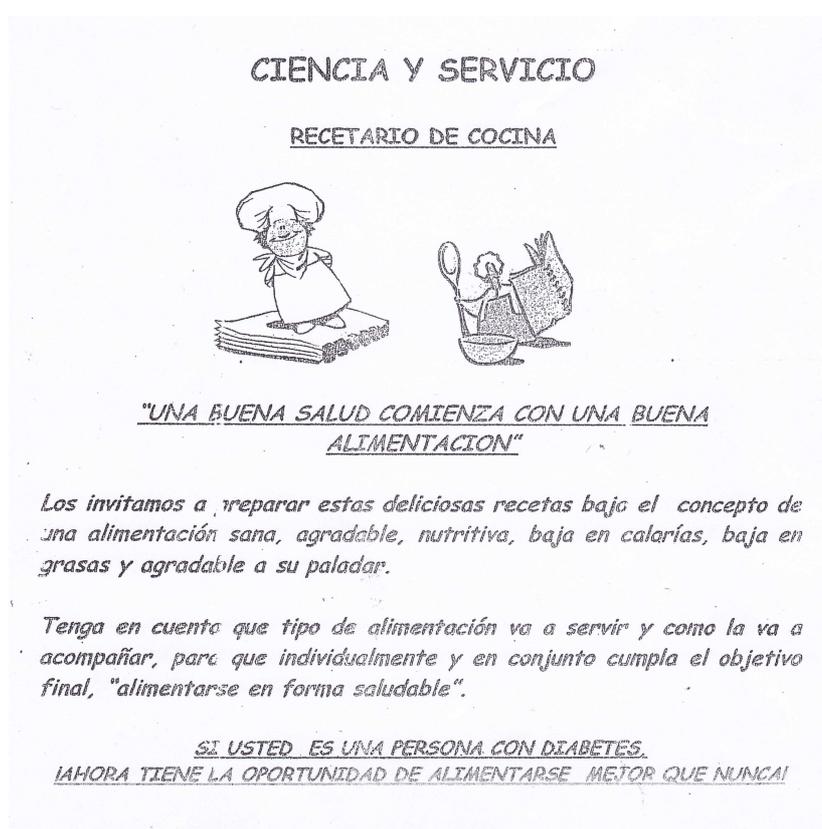
Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

ANALISIS

El resultado de Glicemia del día cero registró un promedio de 141,12 mg/dL, el día 30 registró 129,36 mg/dL, el día 60 de 119,64, mientras que el día 90 arrojó 110,66 mg/dL, notándose que la totalidad de pacientes registraron una reducción en el examen de Hemoglobina Glicosilada y por lo tanto, registraron una reducción en la severidad de la enfermedad, existieron casos de pacientes que sufrieron fluctuaciones en la severidad de la enfermedad debido a la ausencia de adherencia al tratamiento. En aquellos pacientes que no tuvieron resultados halagadores se hizo énfasis en personalizar la dieta para lo cual se estableció el siguiente esquema:

D I E T A	
Planificación Alimentación	
Desayuno: 7:00	
Media taza de leche deslactosada o Medio vaso con yogur 1 taza con cereal natural, o 1 pan integral, o 4 galletas integrales 2 claras de huevo con 1 yema	
Media Mañana: 10: 00	
1 durazno, o 1 pera, 1 manzana, 1 granadilla, 1 guayaba, 1 nispero ,1 chirimoya, 1 taza de papaya, sandia, badea, 6 uvas verdes	
Almuerzo: 12:30	
Sopa de vegetales (1 taza)(brócoli, zanahoria) (papa , espinaca) (acelga , coliflor) (choclo) (Aguado de pollo) opcional Media taza con arroz 30 gr (1 onza) . De pollo, pescado, cerdo, pato, pavo, paloma (asadas o al vapor) condimentadas con orégano + ajo . Ensalada (fría) de vainitas, o brócoli, zanahoria, repollo, lechuga, tomates o pepino o ensalada caliente de choclo, remolacha o achogchas condimentarias con una gotitas de aceite Medio vaso con agua	
Media tarde: 16:00	
Media taza de flan o gelatina o capirrieta de huevo.	
Merienda: 19:30	
Media taza con arroz 1 taza con menestra de leguminosas tiernas, (haba o fréjol tierno, chocho) o ensalada fría de vegetales Media taza con te de manzanilla, o hierba luisa	
<p>EVITE CONSUMIR ALCOHOL, GRASA, FRITURAS, MORCILLAS, COMIDAS CHATARRAS, HAMBURGUESAS, GASEOSAS, EMBUTIDOS, ENLATADOS, BEBIDAS ENERGIZANTES, ENCEBOLLADOS, CEVICHE, MANI PREPARACIONES CONDIMENTADAS. NO CONSUMIR GUINEO, TAMARINDO, MANGO, NONI, COCO, UVAS NEGRAS</p> <p>TOMAR 1 Y MEDIO VASOS DE AGUA DIARIOS (Independiente de la dieta)</p> <p>ALIMENTOS RICOS EN POTASIO: PLATANO, LENTEJA, ZAPALLO, PAPA, YUCA, MAIZ</p> <p>RECOMENDACIONES:</p>	
DR. BLADIMIR ZÁMBRANO VARGAS	
DIABETOLOGO	
cel. Movistar: 099 988993 - Porta 094 567456	

Igualmente a los pacientes se les proporcionó una guía que contiene una serie de menús para que pueda diversificar diariamente el consumo de alimentos de acuerdo a su condición de salud.



1.8 Atención de seguimiento

Con una frecuencia mensual, durante los meses mayo, junio, julio y agosto, se realizó seguimiento a la evolución de la enfermedad de los pacientes diabéticos, de acuerdo al siguiente registro:

PACIENTE	N° DE HISTORIA CLÍNICA	N° DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO
ALCIVAR ALCIVAR ELADIO	001	1
ALCIVAR VERA JUAN	004	2
BRAVO MOREIRA CARLOS	006	3

CHAVARRIA CHAVARRIA CARLOS	010	1
CHAVARRIA CONFORME TERESA	011	4
FERNANDEZ ALCIVAR AURORA	013	2
MENDOZA VERA ANDREA	016	1
MENDOZA ZAMBRANO YESSICA	018	1
MOREIRA ALCIVAR RAUL	019	3
MOREIRA ZAMBRANO ROBERTO	021	4
MOREIRA CUSME MARIANA	023	1
PALACIOS CASTRO FABIAN	026	2
PARRAGA CEDEÑO CARLOS	027	4
PARRAGA CUZME GONZALO	028	2
PARRAGA ZAMBRANO ANDRES	030	4
POSLIGUA CEDEÑO CARLA	032	3
RODRIGUEZ ZAMBRANO JAIRO	034	1
RODRIGUEZ ZAMBRANO RAUL	035	2
SALTOS ZAMBRANO GABRIEL	036	4
SOLORZANO ALCIVAR ESTER	037	3
SOLORZANO GARCIA GUSTAVO	040	3
SOLORZANO SOLORZANO JULIO	045	4
VERA ANDRADE RICARDO MANUEL	049	3
ZAMBRANO ALCIVAR JOSEFA	052	2
ZAMBRANO MENDIETA OSWALDO	057	3



Así mismo para reforzar la adherencia al tratamiento se proporcionó la siguiente hoja informativa:

RECOMENDACIONES PARA DIABÉTICOS

La dieta juega un papel importante en el tratamiento de la diabetes. Los niveles de glucosa en sangre se pueden mantener en una concentración saludable, si lleva a cabo un adecuado plan de alimentación además de una rutina de ejercicios y un esquema de tratamiento apropiado.

¿Cuáles son los objetivos de la dieta para pacientes con diabetes mellitus?

- Mantener una adecuada nutrición. Lograr y mantener un peso corporal adecuado
- Mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de rangos normales (preprandial y postprandial)
- Prevenir, retardar o minimizar la aparición de complicaciones secundarias a la diabetes mellitus

¿Cómo hacer un plan de alimentación saludable?

La planificación de la dieta, la cual debe ser prescrita por su médico y ajustada por su nutricionista, se realiza con base a variables como la talla, peso, edad, actividad física y la naturaleza de la diabetes. En la planificación también se tienen en cuenta los requerimientos energéticos, el tipo de carbohidratos, fibra y preparación de los alimentos, así como la presencia de cualquier otra complicación como presión arterial alta y niveles elevados de colesterol.

¿Qué alimentos puedo consumir?

- Leche y derivados lácteos, se recomienda que sean bajos en grasa y sin azúcar, ni nata. En el caso de los yogures, se pueden escoger aquellos que contengan edulcorantes como la sacarina.
- Carne de res, cerdo que no tenga grasa, pollo o pavo sin piel, y pescado blanco.
- Huevos, Cereales (especialmente los integrales) y granos.
- Verduras, preferiblemente crudas. Frutas frescas con piel y bien lavadas.
- Bebidas: agua, caldos bajos en grasa, jugos naturales, jugos comerciales sin azúcar o con edulcorantes, café, té (las bebidas alcohólicas no deben consumirse).
- Aceite de oliva y semillas de girasol, maíz, mantequilla, margarinas vegetales.
- Postres, con moderación, siempre y cuando sean elaborados con edulcorantes como la sacarina.

¿Cuáles son los alimentos que deben ser evitados?

- Bebidas que hayan sido endulzadas con azúcar diferente a la sacarina y aspartame, colas o bebidas azucaradas.
- Carnes grasas, como chorizo, tocino, vísceras, pescados en conserva o ahumados.
- Galletas o productos de pastelería. Frutas en almíbar, frutas secas, confitadas o escarificadas.
- Nata, manteca, Chocolates, miel, mermeladas convencionales, gelatinas de frutas que tienen azúcar.

Recomendaciones dietéticas

La dieta del paciente con diabetes mellitus debe ser variada, equilibrada, fraccionada en 5 a 6 tomas al día; rica en fibra (verduras, granos, cereales integrales y fruta en cantidades adecuadas para cada caso); baja en grasas saturadas y colesterol, y controlada en alimentos que contienen carbohidratos simples (azúcar, miel, mermelada, bebidas azucaradas, etc.) y complejos (papas y algunos cereales). Se recomienda sustituir el azúcar con edulcorantes como la sacarina, ciclamato y aspartame, ya que no aumentan los niveles de glucosa en sangre y no aportan calorías.

¿Cuáles son las recomendaciones a la hora de cocinar?

- Cocinar los alimentos en el horno, asados, al vapor, a la plancha, a la parrilla o en estofado.
- Retirar la piel o la grasa presente en las carnes antes de cocinar.
- En el momento de cocinar un alimento que estaba refrigerado, retirar la grasa acumulada sobre el alimento.
- Cuando vaya a utilizar el microondas no añada aceites o grasas.
- Se pueden utilizar condimentos con vinagre, limón, ajo, cebolla, puerros, albahaca, comino, laurel, orégano.

¿Qué se debe tener en cuenta para disminuir los niveles de glucosa?

- Realizar controles periódicos de la glucosa en sangre, de acuerdo a un plan establecido por su médico.
- Mantener un peso adecuado. Comer adecuadamente, evitar el cigarrillo.
- Realizar una rutina diaria de ejercicio. El médico debe explicarle al paciente los ejercicios más recomendables.

DR. BLADIMIR ZAMBRANO VARGAS
DIABETOLOGO
cel. Movistar: 099 988993 - Porta 094 567456

RESULTADO # 2: Personal del SCS actualizado en normas de manejo del paciente diabético.

2.1. Elaboración del programa de educación continua.

Esta actividad se desarrolló del 22 al 28 de marzo de 2010, y para su cumplimiento se estableció la siguiente programación:

OBJETIVOS	DIA/ TEMA	METODOLOGIA TECNICA, MATERIALES	Nº DE HORAS	RESPONSABLE
Al finalizar la discusión y lectura de documentos los participantes estarán en capacidad de efectuar un manejo adecuado de la diabetes.	5-04-2010 Generalidades de la Diabetes Mellitus: definición, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas	Discusión. Lectura de documentos.	1	Maestrante
Al finalizar la discusión y lectura del material didáctico los participantes conocen los requisitos mínimos de atención en los niveles de	6-04-2010 Niveles de atención. Asistencia ambulatoria. Primera visita (anamnesis, examen físico, pruebas de laboratorio inicial) Segunda visita	Discusión. Lectura de documentos.	1	Maestrante

atención primaria, secundaria y terciaria de los servicios de salud.	(anamnesis, examen físico, pruebas de laboratorio y medidas adicionales)			
Al finalizar la revisión del documento con normas de atención, los participantes estarán en capacidad de identificar su rol en la atención del paciente diabético.	7-04-2010 Normas de atención al diabético: Control y seguimiento del diabético insulino dependiente Control y seguimiento del diabético no insulino dependiente Control y seguimiento de la diabética embarazada. Control odontológico.	Discusión. Lectura de documentos.	1	Maestrante
Al finalizar el análisis del material educativo el personal conoce como estructurar un programa	8-04-2010 Educación diabetológica Modificación en los estilos de vida. Terapia médica nutricional. Actividad física.	Discusión. Lectura de documentos.	1	Maestrante

educativo en diabetes considerando objetivos, población a educar, recursos humanos, logística, contenido del programa, metodología y evaluación.	Abandono de conductas nocivas.			
Al finalizar el análisis del material educativo, el personal conoce el manejo de las complicaciones de la diabetes.	9-04-2010 Manejo de las complicaciones de la diabetes.	Discusión. Lectura de documentos.	1	Maestrante

2.2. Elaboración de material para entregar al personal.

Del 29 al 31 de marzo de 2010 se preparó una serie de documentos de apoyo bibliográfico para que sea utilizado como material de consulta por el personal del subcentro, revisando para ello bibliografía existente en la web.



2.3. Ejecución del programa de educación continua.

Del 5 al 9 de abril se desarrolló el programa de educación continua de acuerdo a la programación establecida, cumpliéndose a cabalidad los siguientes objetivos y temas:

OBJETIVOS	DIA/ TEMA
Al finalizar la discusión y lectura de documentos los participantes estarán en capacidad de efectuar un manejo adecuado de la diabetes.	5-04-2010 Generalidades de la Diabetes Mellitus: definición, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas
Al finalizar la discusión y lectura del material didáctico los participantes conocen los requisitos mínimos de atención en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria de los servicios de salud.	6-04-2010 Niveles de atención. Asistencia ambulatoria. Primera visita (anamnesis, examen físico, pruebas de laboratorio inicial) Segunda visita (anamnesis, examen físico, pruebas de laboratorio y medidas adicionales)

<p>Al finalizar la revisión del documento con normas de atención, los participantes estarán en capacidad de identificar su rol en la atención del paciente diabético.</p>	<p>7-04-2010</p> <p>Normas de atención al diabético: Control y seguimiento del diabético insulino dependiente Control y seguimiento del diabético no insulino dependiente Control y seguimiento de la diabética embarazada. Control odontológico.</p>
<p>Al finalizar el análisis del material educativo el personal conoce como estructurar un programa educativo en diabetes considerando objetivos, población a educar, recursos humanos, logística, contenido del programa, metodología y evaluación.</p>	<p>8-04-2010</p> <p>Educación diabetológica Modificación en los estilos de vida. Terapia médica nutricional. Actividad física. Abandono de conductas nocivas.</p>
<p>Al finalizar el análisis del material educativo, el personal conoce el manejo de las complicaciones de la diabetes.</p>	<p>9-04-2010</p> <p>Manejo de las complicaciones de la diabetes.</p>





2.4. Evaluación del programa de educación continua.

Al finalizar la capacitación al personal se aplicó una encuesta para determinar el nivel de aprendizaje alcanzado.

CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD SOBRE CONOCIMIENTOS DE DIABETES

MEDICO ODONTOLOGO ENFERMERA

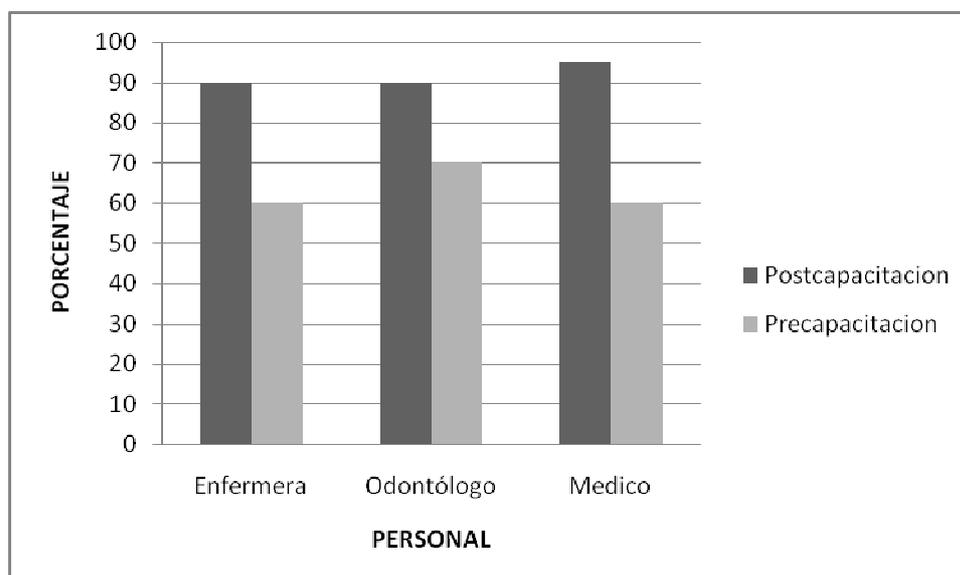
1. ¿La diabetes es una enfermedad frecuente en nuestro cantón, provincia y país?
SÍ _____ **NO** _____
2. ¿Conoce cuantos diabéticos atiende la unidad de salud donde trabaja?
SI _____ **NO** _____ ¿Cuantos son? _____
3. ¿Mas o menos de que edad son los diabéticos que se atienden en la unidad de salud? _____
4. ¿Son más los hombres que las mujeres? **SI** _____ **NO** _____
5. ¿De que lugar o sitio son los que con mayor frecuencia se atienden en la unidad de salud?

6. Conoce si hay normas para la promoción, prevención, control y tratamiento de la diabetes **SI** _____ **NO** _____
7. ¿Cómo se puede hacer prevención acerca de la diabetes?-----

8. ¿Cuándo y donde se debe realizar la captación y detección precoz de personas con diabetes? _____
9. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en los pacientes con diabetes? _____
10. ¿Cuál es el tratamiento que deben recibir los pacientes diabéticos? _____

Una vez tabulada la evaluación sobre los conocimientos adquiridos durante el proceso de actualización se pudo determinar lo siguiente:

GRÁFICO N°8: RESULTADOS PORCENTUALES DEL CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD SOBRE CONOCIMIENTOS DE DIABETES



FUENTE: Cuestionario
ELABORADO POR: Bladimir Zambrano

Análisis

Se puede apreciar que los conocimientos sobre el manejo del paciente diabético tuvo un cambio significativo después de la capacitación, lo que significa que los pacientes serán tratados o manejados de acuerdo a las normas lo que garantiza una buena calidad de atención.

RESULTADO # 3: Paciente diabético y familia capacitada en el autocuidado de la diabetes.

El día 21-06-2010 se mantuvo una reunión con los pacientes y familia para conjuntamente con ellos buscar el horario más idóneo para su capacitación y determinar los aspectos que ellos necesitan conocer, se establecieron las siguientes temáticas:

- Manejo de la dieta.
- Actividad física.
- Monitoreo glicémico
- Manejo del tratamiento.
- Identificación de signos de peligro.
- Autocuidado en la diabetes.
- Técnicas de insulino terapia.





Se acordó también que el horario de capacitación será de 11h00 a 12h00.

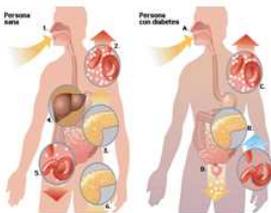
3.2. Ejecución del plan de capacitación.

Del 26-06-2010 al 17-07-2010 se realizaron las charlas educativas con los temas solicitados por los pacientes, el horario también fue de 11h00 a 12h00 respetando lo solicitado por los involucrados.



¿QUE ES LA DIABETES?

La Diabetes mellitus es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo, caracterizada por un aumento de la cantidad de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones microvasculares y cardiovasculares que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos y la mortalidad asociada con la enfermedad y reduce la calidad de vida de las personas afectadas.



¿CÓMO SON SUS SÍNTOMAS?

En la forma más común que es la tipo 2 los síntomas pueden ser escasos o poco llamativos:



- Sed
- Aumento de la cantidad de orina
- Aumento del apetito
- Picores
- Infecciones

Enfermedades cardiovasculares asociadas

¿CÓMO ES EL TRATAMIENTO?

El tratamiento de la **diabetes tipo 1** consiste en un fino equilibrio entre inyecciones de insulina, un plan especial de comidas y un programa de actividad física.



La **diabetes tipo 2** se trata con medicamentos para disminuir la glucemia (hipoglicemiantes orales) y/o medicamentos que aumentan la sensibilidad a la insulina, un programa especial de comidas y un programa de actividad física. Algunos casos requieren de insulina en emergencias o cuando se produce un fracaso del tratamiento oral.

¿ES POSIBLE PREVENIR ESTA ENFERMEDAD?

La **diabetes tipo 1** tiene una predisposición genética. Está en estudio si se puede detener el proceso autoinmune que destruye las células beta del páncreas, antes que se produzcan síntomas de déficit de insulina.

La **diabetes tipo 2** es posible de prevenir evitando factores de riesgo como la obesidad. En estas personas el tejido adiposo dificulta la acción de la insulina. Se recomienda la actividad física, ya que la masa muscular es más sensible a la insulina, especialmente en personas obesas, con antecedentes familiares de diabetes.



¿SE MEJORA UNA PERSONA QUE TIENE DIABETES?

No, la diabetes no desaparece, es una condición crónica, puede ser que requiera de un tratamiento sin fármacos inicialmente y que un programa de alimentación o la implementación de actividad física regular, sean suficientes para mantener un control adecuado.

RECUERDE

- El diagnóstico de diabetes sólo lo puede confirmar un médico
- Es importante orientar los esfuerzos a mantener los niveles de glucemia lo más cercanos a la normalidad posible y de manera sostenida.



DIABETES



RESPONSABLES:

Dr. Bladimir Zambrano

3.3. Organización de un picnic de exposición de comida para diabéticos.

Esta actividad se cumplió el 20-07-2010, y el objetivo fue poner en práctica la guía de alimentación para el diabético, preparado para el uso del paciente y su familia.





3.4. Realización de actividades para promoción de la actividad física en pacientes diabéticos, familia y comunidad.

Para cumplir con esta actividad se desarrollaron cuatro tareas:

- 1.- Organización de un campeonato de balón pie, el mismo que se desarrollo del 21-05-2010 al 23-06-2010.





2.- Realización de una caminata con los pacientes, familias y comunidad. Misma que se realizó el 06-06-2010.





3.- Ejecución de un ciclo paseo con pacientes y familias de la comunidad, evento desarrollado el 18-06-2010.





4.- Organización de un programa de bailoterapia, que en su primer etapa fue del 24-05-2010 al 30-06-2010.





Es importante recalcar que todas estas actividades continúan desarrollándose en la comunidad de manera continua, llegándose a convertir en una rutina en el seno familiar.

CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 1

Programa de atención al diabético institucionalizado en el subcentro de salud.

INDICADOR:

Hasta el 21 de mayo del 2010 se implementa completamente (100%) el programa de atención integral al paciente diabético en el subcentro de salud.

Este resultado se cumplió un 100%, se estableció el contacto con la institución de salud a intervenir, se firmaron los documentos de compromiso, se diseñó el programa de atención integral al diabético, se hizo la socialización de éste al equipo de salud, posteriormente se procedió a su ejecución cumpliendo actividades como la identificación de pacientes que participarían en el programa, invitación a este colectivo a participar en este grupo de trabajo, elaboración de formulario de historia clínica, elaboración de normas de atención del diabético y sobre todo se realizó la atención preventiva, la atención programada y la atención de seguimiento. Cabe resaltar que el programa de atención continúa realizándose de manera continua y exitosa y se encuentra en la fase de sensibilización del grupo para la confirmación del club, el mismo que entrará en funcionamiento a partir del mes de enero de 2011, pues se encuentra dentro del POA del subcentro.

RESULTADO 2

Personal del SCS actualizado en las normas de manejo del paciente diabético

INDICADOR:

Hasta el 15 de abril de 2010 se capacita a todo el quipo de salud del SCS sobre normas de atención al diabético.

Este indicador se cumplió también en un 100%, el personal recibió la actualización sobre el manejo general del paciente diabético, normas de control y seguimiento del diabético insulino dependiente, control y seguimiento del diabético no insulino dependiente, control y seguimiento de la gestante diabética y normas de control odontológico, igualmente se le orientó sobre los elementos a considerar cuando se requiera de diseñar un programa educativo dirigido a este grupo de personas, de igual manera se reforzó en las estrategias que el personal debe aplicar

para promover en estos pacientes los cambios de estilo de vida, también se abordó en la actualización el manejo de las complicaciones agudas y crónicas. Sin duda estos aspectos permitieron identificar claramente cuál es el rol que debe cumplir tanto el médico, la enfermera y el odontólogo en la atención del diabético.

RESULTADO 3

Paciente diabético y familia capacitada en el autocuidado de la diabetes.

INDICADOR:

Hasta el 20-07-2010, el 80% de los diabéticos y sus familiares con conocimiento acerca de la enfermedad.

Este indicador cumplió la meta establecida, ya que todos los pacientes diagnosticados han participado de todas las actividades educativas y de autocuidado señaladas por el programa. Están aplicando la dieta, tienen a disposición un variado número de menús que pueden ir alternando de acuerdo a sus costumbres y sobre todo se ha promocionado la actividad física como una estrategia preponderante en mejorar los estilos de vida del diabético y la familia.

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROPÓSITO

Diabéticos reciben atención integral en el Subcentro de Salud Vanesa Bravo de la parroquia Canuto

INDICADOR

Al concluir el proyecto el programa de atención al diabético será aplicado en un 100%.

Este indicador se cumplió en un 100%, hasta concluir el proyecto se dieron 204 consultas de las cuales 36 fueron en el mes de abril, 48 en mayo, 48 en junio. 48 en julio y 24 en agosto, en la actualidad se mantiene con la atención especializada los días lunes y se tiene una atención general el resto de la semana, hay una adherencia al tratamiento y se nota un empoderamiento de los pacientes y la familia al autocuidado.

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROPÓSITO

FIN

Complicaciones en los pacientes diabéticos disminuidas.

INDICADOR

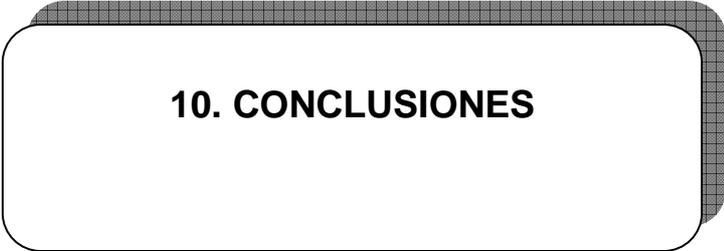
Hasta el 31-12-2012 se reducirá en un 30% las complicaciones evitables originadas por la Diabetes.

De acuerdo a las estadísticas de atención llevadas en el subcentro de salud, las atenciones por complicaciones diabéticas se redujeron casi en un 50%, lo que se puede evidenciar

ATENCION CONSULTA EXTERNA ABRIL – AGOSTO 2010

	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Hipertensión arterial	20	20	18	19	16
Anemia	10	10	8	9	5
Artritis	4	6	5	2	1
Diabetes 2	24	24	24	24	24
Gastritis	8	5	3	2	1
Descompensación diabética	22	20	16	14	10

Sobrepeso	28	30	21	15	12
Cardiopatía	6	5	5	4	2
Pie diabético	10	12	6	5	3
Otitis	4	2	1	-	-
Infección vaginal	12	5	6	5	3
Infección Respiratoria Aguda	19	15	17	9	7
Infección Vías Urinarias	15	12	13	9	6
Dermatitis	4	4	3	1	1



10. CONCLUSIONES

El Plan de prevención primaria de Diabetes tipo 2 tuvo una excelente acogida en la comunidad, registró 150 pacientes.

La entidad de salud y su personal colaboraron todo el tiempo con el trabajo de intervención, beneficiando a la comunidad canutense.

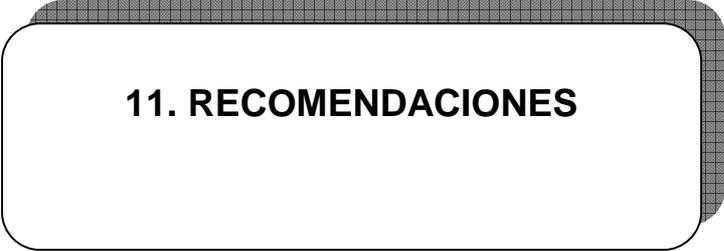
Las actividades organizadas por el maestrante resultaron exitosas desde el punto de vista de asistencia, pues salvo raras excepciones, se convocó de manera general como mínimo al 98% de los pacientes.

Se detectó a través del examen de glicemia que el 40% de los pacientes fueron diabéticos, el 37% registró un alto riesgo para adquirir la enfermedad, mientras que el 23% registró un riesgo moderado.

El examen de glicemia como control de la enfermedad a lo largo y ancho del trabajo, registró descensos a la medida que los pacientes desarrollaron las actividades planificadas y adoptaron nuevos hábitos y estilos de vida, el día cero se registró un promedio glicémico de los 150 pacientes de 141,12 mg/dl, sufriendo una involución hasta el promedio de 129,36 mg/dl en el día 30; 119,34 mg/dl en el día 60 y 110,66 mg/dl en el día 90, lo cual demuestra que el plan tuvo una incidencia positiva en la salud de los pacientes.

La adherencia al tratamiento y al cambio de estilo de vida (modificación de hábitos alimenticios y aumento de la actividad física), están en estrecha relación con la mejoría integral del paciente, que se refleja en un buen control glicémico y un eficiente control metabólico de la Diabetes, éste último en relación a la disminución de la Hemoglobina glicosilada.

El resultado arrojado por el examen de Hemoglobina Glicosilada el día 1, registró un promedio de 9,9, mientras que el resultado final del mismo examen registró una reducción generalizada de 2,1, pues presentó 7,8 de Hemoglobina glicosilada, sabiendo que el valor normal es por debajo de siete.



11. RECOMENDACIONES

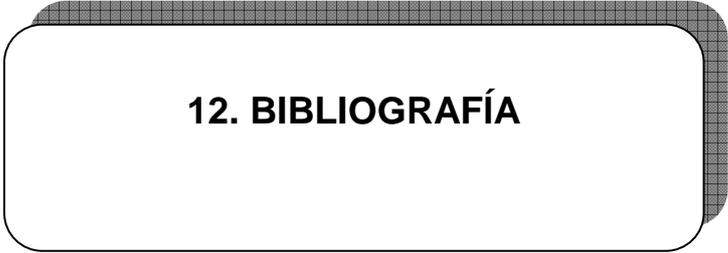
Que la parte administrativa de los centros de salud reciban capacitaciones frecuentes sobre el manejo adecuado de la Diabetes.

Gestionar para que haya políticas claras de salud para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes.

A las autoridades provinciales y nacionales de la salud pública la organización y ejecución de campañas educativas para la prevención de la Diabetes tipo 2.

Levantar una base de datos nacional sobre la incidencia de la Diabetes en el país, para tomar conciencia del grave problema de salud pública que enfrenta la población.

Incentivar a la población al cambio de estilo de vida, que combine una alimentación adecuada, equilibrada y balanceada, sumado a la actividad física diaria de manera programada, para reducir el impacto social de la diabetes tipo 2.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS (World Health Organization).2006. *Diabetes mellitus. The cost of Diabetes*. En Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236>.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236>.
3. Diario Expreso. (2010). Sección Dominicales. Pág. 2. Domingo 13 de junio. Guayaquil, EC.
4. El número de diabéticos en el mundo rondara los 400 millones en 20 años. Disponible en Web: <http://www.opensportlife.es/el-numero-de-diabeticos-en-el-mundo-rondara-los-400-millones-en-20-anos/>
5. Los males del corazón y el corazón nos están matando. Recuperado el 31 de octubre de 2010. Disponible en Web: <http://www.eluniverso.com/2010/10/31/1/1447/razones-estan-llevando-ecuatorianos-muerte.html>
6. Las mujeres son más propensas a la diabetes. Recuperado el 11 de noviembre de 2010. Disponible en Web: <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/172038-la-diabetes-ataca-mas-a-las-mujeres/>
7. Gobierno Provincial de Manabí. (2003). Plan Estratégico del Gobierno Provincial de Manabí. Disponible en www.manabi.gov.ec.
8. Población parroquia. Cantón Chone. Disponible en www.inec.gov.ec.
9. MSP. Área de Salud N° 3. Canuto– Chone: (2009). Información Institucional. Folleto Informativo
10. MSP. Área de Salud N°3. www.msp.gov.ec
11. MSP. Área de Salud N°3. www.msp.gov.ec
12. RUIZ, M: (2004) *Diabetes Mellitus*. Buenos Aires, 2ª ed. Akadia. Pg. 13
13. RUIZ, M: (2004) *Diabetes Mellitus*. Buenos Aires, 3ª ed. Akadia. Pg. 1
14. ALLAN, F.N.: (2007) The discovery of insulin. N. Engl. J. Med. Pg. 26
15. Ibídem
16. OMS (World Health Organization). (2008). *Diabetes*. Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
17. Federación Internacional de la Diabetes. (2005).
18. International Diabetes Federation. (2006). *The Diabetes Atlas. Third Edition*. Brussels: International Diabetes Federation.
19. D.I.A.M.O.N.D. Project Group. (2001). Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide *Diabet Med* 2006; 23 (8): 857-866.
20. OMS (World Health Organization). (2008). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
21. OMS (World Health Organization). (2008). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
22. RUIZ, M: (2004) *Diabetes Mellitus*. Buenos Aires, 2ª ed. Akadia. Pg. 19
23. Cardozo, J., y Farhat, N., (2002). Diagnóstico de diabetes. *Revista de Diabetes al día*. p 16.
24. Ruiz, M: (2004) *Diabetes Mellitus*. Buenos Aires, 2ª ed. Akadia. Pg. 32 OMS (World Health Organization). (2008). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
25. OMS (World Health Organization). (2008). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
26. Beaglehole, R., y Lefèbvre, P. (2008). Actuemos contra la diabetes. OMS. Disponible en: www.who.int
27. Piedrolo, Gil. (2003). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed. Buenos

- Aires.
28. Eckman, A., y Hopkins, J. (2010). Diabetes tipo I. disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html
 29. OMS. Prevención de Diabetes Mellitus: WHO, 2004. (Reporte técnico. Series; pg.844)
 30. OLMOS P, A'HAREN R, HEATON DA, MILLWARD BA, RISLEY D, PYKE DA et al. La significancia de la concordancia genética para la insulino dependencia. *Diabetología* 2008;31:747- -50.
 31. AKERBLÖM HK, SAVILAHTI E, SAUKKONEN TT, PAGANUS A, VIRTANEN SM, TERAMO K, et al. El caso de la sustitución de la leche de vaca en toda la infancia como prevención para diabetes tipo II: the finnish experience. *Diabetes Metab Rev* 2003;9:269-78.
 32. GERSTEIN HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004;17:13-9.
 33. Uriarte A, Molina G, Cabrera E, Ventura R, Vargas J, Vera M. Prevención primaria de Diabetes tipo II. *Rev Cubana Endocrinol* 1991.
 34. Sadelain MWJ, Qin HY, Sumoski W, Parfrey N, Singh B, Rabinovitch A. Prevention of diabetes in the BB rat by early immunotherapy using Freund's adjuvant. *J Autoimmunity* 2000;3:671-80.
 35. Yamada K, Nonaka K, Hanafusa T, Miyazaqui A, Toyoshima H, Tauri S. Prevención de Diabetes tipo II. 2006;5:23-43.
 36. OLMOS P, A'HAREN R, HEATON DA, MILLWARD BA, RISLEY D, PYKE DA et al. La significancia de la concordancia genética para la insulino dependencia. *Diabetología* 2008;31:747- -50.
 37. AKERBLÖM HK, SAVILAHTI E, SAUKKONEN TT, PAGANUS A, VIRTANEN SM, TERAMO K, et al. El caso de la sustitución de la leche de vaca en toda la infancia como prevención para diabetes tipo II: the finnish experience. *Diabetes Metab Rev* 2003;9:269-78.
 38. Jasinky, J. (2003). Prevención Primaria de Diabetes tipo II. *La diabetes*. P 56. Buenos Aires, AR.
 39. Uriarte A, Molina G, Cabrera E, Ventura R, Vargas J, Vera M. Prevención primaria de Diabetes tipo II. *Rev Cubana Endocrinol* 1991.
 40. Jasinky, J. (2003). Prevención Primaria de Diabetes tipo II. *La diabetes*. P 56. Buenos Aires, AR.
 41. Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus. Recuperado el 1 de noviembre de 2010. Disponible en Web:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/manejo_odontologico_paciente_diabetes_mellitus.asp

13. ANEXOS

**ANEXO 1:
ACTA DE COMPROMISO Y CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL**

Canuto, marzo 08 de 2010

A través de la presente el señor JUAN PABLO MACIAS, de profesión médico y DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE CANUTO, en su libre derecho de elegir las actividades que vayan en beneficio de la colectividad; y, el señor Bladimir Zambrano Vargas, médico de profesión, ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD, en su obligación de presentar un trabajo investigativo de intervención, con el fin de solucionar un problema de salud pública, se comprometen a coordinar actividades para desarrollar el trabajo: "DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010", el mismo que se desarrollará desde éste lunes 08 de marzo de 2010, hasta agosto del mismo año, y, si fuera el caso, se extenderá de manera permanente en el caso que el médico especialista (maestrante) y los pacientes lo crean conveniente.

Para efectos de Ley, quienes suscriben abajo certifican la legalidad de todo trámite a partir de la presente

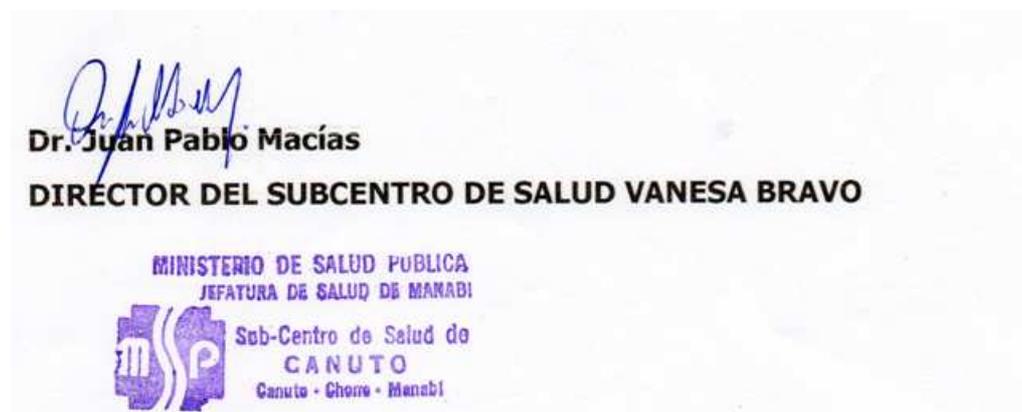
 Dr. Bladimir Zambrano Vargas MAESTRANTE	 Dr. Juan Pablo Macias DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO
---	---

CERTIFICACION

Canuto, septiembre 11 de 2010-11-14

A través de la presente el señor JUAN PABLO MACIAS, médicos de profesión, DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE CANUTO, en su libre derecho de elegir las actividades que vayan en beneficio de la colectividad, expresa su beneplácito por la función cumplida por el señor Bladimir Zambrano Vargas, médico de profesión, ESTUDIANTE DE LA MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD, quien desarrollo en esta institución el trabajo de intervención **“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010”**, el mismo que se cumplió de acuerdo a lo establecido en la planificación presentada al inicio del trabajo.

Para efectos de Ley, quien suscribe abajo certifica la legalidad de todo trámite a partir de la presente.



**ANEXO 2:
AVANCE DEL PROYECTO**

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO

TÍTULO DEL PROYECTO: “DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010”

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA DE AVANCE DEL PROYECTO						OBSERVACIONES
		M	A	M	J	J	A	
Firma del acta de compromiso		100%						
RESULTADO 1								
Programa de atención al diabético institucionalizado en el Subcentro de Salud.	Hasta 21-05-2010 se implementa completamente (100%) el programa de atención integral al paciente diabético en el subcentro de salud.		50%	50%				Actividad cumplida de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2								
Personal del SCS actualizado en las normas de manejo del paciente diabético	Hasta 15-04-2010 se capacita a todo el quipo de salud del SCS sobre normas de atención al diabético.			50%	50%			Actividad cumplida de acuerdo al cronograma
RESULTADO 3								
Paciente diabético y familia capacitado en el autocuidado de la diabetes	Hasta el 20-07-2010, el 80% de los diabéticos y sus familiares con				50%	50%		Actividad cumplida de acuerdo al cronograma

	conocimiento acerca de la enfermedad							
Elaboración del informe final						25%	75%	Se cumplen los objetivos del trabajo

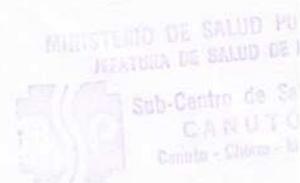
Lcda. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

Dr. Bladimir Zambrano Vargas
MAESTRANTE

**ANEXO 3:
OFICIOS ENVIADOS Y RECIBIDOS**

Canuto, febrero 22 de 2010

**DR.
JUAN PABLO MACÍAS
DIRECTOR DE SUB CENTRO DE SALUD DE CANUTO
EN SU DESPACHO**



A través de la presente llego hasta usted con la intención de informarle que se está desarrollando un trabajo de investigación titulada: **“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010”**, la misma que se desarrollará en beneficio de la ciudadanía canútense y contempla actividades a desarrollarse en conjunto a la institución que usted representa.

En tal virtud solicito de la manera más respetuosa se coordine con el personal médico a su cargo una reunión de trabajo para el día sábado 6 de marzo de 2010 a las 08h30, en la que se planificará una agenda a desarrollar en fiel cumplimiento con el trabajo de investigación y el bienestar de la ciudadanía canútense.

Al despedirme, ratifico mis sentimientos de gratitud y estima.

Atentamente,

**Dr. Bladimir Zambrano Vargas
MAESTRANTE**

Canuto, mayo 03 de 2010

SR.

DISTINGUIDO CIUDADANO CANUTENSE

De mis consideraciones

A través de la presente llego hasta usted con la intención de invitarle a formar parte de un trabajo investigativo titulado "DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHÓNE. AÑO 2010", el mismo que pretende mejorar la calidad de vida de los ciudadanos canutenses, a través de consultas totalmente gratuitas en las que podrá obtener beneficios como consultas gratuitas, recomendaciones para una alimentación saludable y un detallado control y manejo de su salud durante el tiempo que dure el trabajo investigativo.

En tal virtud le invito para que asista a una charla previa a realizarse este día viernes 7 de mayo de 2010, en la escuela "5 de Junio" a partir de las 17H00.

Esperando su puntual asistencia le reitero mis sentimientos de gratitud y estima.

Atentamente,



Dr. Bladimir Zambrano Vargas

MAESTRANTE

Canuto, mayo 10 de 2010

SR.

De mis consideraciones:

El deporte es salud y la salud genera vida, motivo por el cual hago llegar una cordial invitación a la institución deportiva que usted representa, a participar en el primer campeonato de indor-futbol para prevenir la Diabetes, el mismo que forma parte de las actividades del trabajo de investigación titulado: **“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD VANESA BRAVO DE LA PARROQUIA CANUTO DEL CANTÓN CHONE. AÑO 2010”**

Cabe destacar que la inauguración de dicho campeonato se desarrollara el 21 de mayo en la cancha del sector Jaime Roldos de la parroquia Canuto a partir de las 14h00. La inscripción será gratuita y los premios se notificaran en reunión de dirigentes.

Esperando su puntual asistencia le reitero mis sentimientos de gratitud y estima.

Atentamente,

Dr. Bladimir Zambrano Vargas
MAESTRANTE

**ANEXO 4:
HISTORIAS CLÍNICAS Y CONTROL GLICÉMICO**

FICHA CLINICA

Fecha: 14/05/2010

Fono: _____

NOMBRE: Mercedes Chavarria Chavarria
 RUT: _____
 EDAD: 38 años
 SEXO: Femenino
 A.P.F.: Padre y Madre vivos
 A.P.P.: Diabetes II
 M.C.: Diabetes II

EVOLUCION: Paciente q 38 años, con diagnostico de Diabetes II hace 2 años, por sintomas cardinales, ampeso. Tratamiento de manera irregular.
 Peso Maximo 180 lbs Peso Minimo 135 lbs Peso Actual 140 lbs.
 Actualmente toma Insulina 5 u 1 dia.
 Refiere Poluria, Polidipsia, Polifagia, disminucion de la Vision, Prurito genital, olor purzante e- Co. Examen
 Glucemia Ayuno 160 mg/dl
 Glucemia 2 horas Post prandium 220 mg/dl
 HbA1c 9,36.
 13/ Junio/2010
 Paciente viene a control al mes, asintomatica, Hemodinamicamente estable. glucemia 120 mg/dl
 Glucemia 2 horas Post prandium 125 mg/dl
 13/ Julio/2010 Paciente con muy buena evolucion e glucemia 90 mg/dl refiere Comisar 1 hora diaria

PAA: 120/80	PAS: 110/70	PAP: 110/70
FCA: 80x'	FCS: _____	FCP: _____
PP: (-)	PTP: +	PPo: +
RR: (-)	RA: (-)	

monitoreo (-) Dispozer (+)
 13/ Agosto/2010
 Pate refiere sentirse muy bien, mejor control.
 Glucemia 88 mg/dl
 HbA1c 7

Seguir seguir subecciones


**ANEXO 5:
GUÍAS ALIMENTARIAS**

D I E T A	
Planificación Alimentación	
Desayuno: 7:00	
Media taza de leche deslactosada o Medio vaso con yogur 1 taza con cereal natural, o 1 pan integral, o 4 galletas integrales 2 claras de huevo con 1 yema	
Media Mañana: 10: 00	
1 durazno, o 1 pera, 1 manzana, 1 granadilla, 1 guayaba, 1 níspero ,1 chirimoya, 1 taza de papaya, sandia, badea, 6 uvas verdes	
Almuerzo: 12:30	
Sopa de vegetales (1 taza)(brócoli, zanahoria) (papa , espinaca) (acelga , coliflor) (choclo) (Aguado de pollo) opcional Media taza con arroz 30 gr (1 onza) . De pollo, pescado, cerdo, pato, pavo, paloma (asadas o al vapor) condimentadas con orégano + ajo . Ensalada (fría) de vainitas, o brócoli, zanahoria, repollo, lechuga, tomates o pepino o ensalada caliente de choclo, remolacha o achogchas condimentarias con una gotitas de aceite Medio vaso con agua	
Media tarde: 16:00	
Media taza de flan o gelatina o capiruceta de huevo.	
Merienda: 19:30	
Media taza con arroz 1 taza con menestra de leguminosas tiernas, (haba o fréjol tierno, chocho) o ensalada fría de vegetales Media taza con té de manzanilla, o hierba luisa	
EVITE CONSUMIR ALCOHOL, GRASA, FRITURAS, MORCILLAS, COMIDAS CHATARRAS, HAMBURGUESAS, GASEOSAS, EMBUTIDOS, ENLATADOS, BEBIDAS ENERGIZANTES, ENCEBOLLADOS, CEVICHE, MANI PREPARACIONES CONDIMENTADAS. NO CONSUMIR GUINEO, TAMARINDO, MANGO, NONI, COCO ,UVAS NEGRAS TOMAR 1 Y MEDIO VASOS DE AGUA DIARIOS (Independiente de la dieta) ALIMENTOS RICOS EN POTASIO: PLATANO, LENTEJA, ZAPALLO, PAPA, YUCA, MAIZ RECOMENDACIONES:	
DR. BLADIMIR ZÁMBRANO VARGAS	
DIABETOLOGO	
cel. Movistar; 099 988993 - Porta 094 567456	

RECOMENDACIONES PARA DIABÉTICOS

La dieta juega un papel importante en el tratamiento de la diabetes. Los niveles de glucosa en sangre se pueden mantener en una concentración saludable, si lleva a cabo un adecuado plan de alimentación además de una rutina de ejercicio y un esquema de tratamiento apropiado.

¿Cuáles son los objetivos de la dieta para pacientes con diabetes mellitus?

- Mantener una adecuada nutrición. Lograr y mantener un peso corporal adecuado
- Mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de rangos normales (preprandial y postprandial)
- Prevenir, retardar o minimizar la aparición de complicaciones secundarias a la diabetes mellitus

¿Cómo hacer un plan de alimentación saludable?

La planificación de la dieta, la cual debe ser prescrita por su médico y ajustada por su nutricionista, se realiza con base a variables como la talla, peso, edad, actividad física y la naturaleza de la diabetes. En la planificación también se tienen en cuenta los requerimientos energéticos, el tipo de carbohidratos, fibra y preparación de los alimentos, así como la presencia de cualquier otra complicación como presión arterial alta y niveles elevados de colesterol.

¿Qué alimentos puedo consumir?

- Leche y derivados lácteos, se recomienda que sean bajos en grasa y sin azúcar, ni nata. En el caso de los yogures se pueden escoger aquellos que contengan edulcorantes como la sacarina.
- Carne de res, cerdo que no tenga grasa, pollo o pavo sin piel, y pescado blanco.
- Huevos. Cereales (especialmente los integrales) y granos.
- Verduras, preferiblemente crudas. Frutas frescas con piel y bien lavadas.
- Bebidas: agua, caldos bajos en grasa, jugos naturales, jugos comerciales sin azúcar o con edulcorantes, café, té (las bebidas alcohólicas no deben consumirse).
- Aceite de oliva y semillas de girasol, maíz, mantequilla, margarinas vegetales.
- Postres, con moderación, siempre y cuando sean elaborados con edulcorantes como la sacarina.

¿Cuáles son los alimentos que deben ser evitados?

- Bebidas que hayan sido endulzadas con azúcar diferente a la sacarina y aspartame, coles o lacteos azucarados.
- Carnes grasas, como chorizo, tocino, vísceras, pescados en conserva o ahumados.
- Galletas o productos de pastelería. Frutas en almibar, frutas secas, confitadas o escarificadas.
- Nata, manteca, Chocolates, miel, mermeladas convencionales, gelatinas de frutas que lleven azúcar.

Recomendaciones dietéticas

La dieta del paciente con diabetes mellitus debe ser variada, equilibrada, fraccionada en 5 a 6 tomas al día; rica en fibra (verduras, granos, cereales integrales y fruta en cantidades adecuadas para cada caso); baja en grasas saturadas y colesterol, y controlada en alimentos que contienen carbohidratos simples (azúcar, miel, mermelada, bebidas azucaradas, etc.) y complejos (papas y algunos cereales). Se recomienda sustituir el azúcar con edulcorantes como la sacarina, ciclamato y aspartame, ya que no aumentan los niveles de glucosa en sangre y no aportan calorías.

¿Cuáles son las recomendaciones a la hora de cocinar?

- Cocinar los alimentos en el horno, asados, al vapor, a la plancha, a la parrilla o en estofado.
- Retirar la piel o la grasa presente en las carnes antes de cocinar.
- En el momento de cocinar un alimento que estaba refrigerado, retirar la grasa acumulada sobre el mismo.
- Cuando vaya a utilizar el microondas no añada aceites o grasas.
- Se pueden utilizar condimentos con vinagre, limón, ajo, cebolla, puerros, albahaca, comino, isruel, orégano.

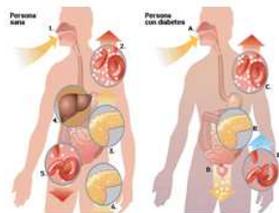
¿Qué se debe tener en cuenta para disminuir los niveles de glucosa?

- Realizar controles periódicos de la glucosa en sangre, de acuerdo a un plan establecido por su médico.
- Mantener un peso adecuado. Comer adecuadamente, evitar el cigarrillo.
- Realizar una rutina diaria de ejercicio. El médico debe explicarle al paciente los ejercicios más recomendables.

DR. BLADIMIR ZAMBRANO VARGAS
DIABETOLOGO

cel. Movistar: 099 988993 - Porta 094 567456

**ANEXO 6:
TRIPTICO**

<p>¿QUE ES LA DIABETES?</p> <p>La Diabetes mellitus es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo, caracterizada por un aumento de la cantidad de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones microvasculares y cardiovasculares que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos y la mortalidad asociada con la enfermedad y reduce la calidad de vida de las personas afectadas.</p> 	<p>¿CÓMO SON SUS SÍNTOMAS?</p> <p>En la forma más común que es la tipo 2 los síntomas pueden ser escasos o poco llamativos:</p>  <ul style="list-style-type: none"> Sed Aumento de la cantidad de orina Aumento del apetito Picores Infecciones <p>Enfermedades cardiovasculares asociadas</p>	<p>¿CÓMO ES EL TRATAMIENTO?</p> <p>El tratamiento de la diabetes tipo 1 consiste en un fino equilibrio entre inyecciones de insulina, un plan especial de comidas y un programa de actividad física.</p>  <p>La diabetes tipo 2 se trata con medicamentos para disminuir la glicemia (hipoglucemiantes orales) y/o medicamentos que aumentan la sensibilidad a la insulina, un programa especial de comidas y un programa de actividad física. Algunos casos requieren de insulina en emergencias o cuando se produce un fracaso del tratamiento oral.</p>
<p>¿ES POSIBLE PREVENIR ESTA ENFERMEDAD?</p> <p>La diabetes tipo 1 tiene una predisposición genética. Está en estudio si se puede detener el proceso autoinmune que destruye las células beta del páncreas, antes que se produzcan síntomas de déficit de insulina.</p> <p>La diabetes tipo 2 es posible de prevenir evitando factores de riesgo como la obesidad. En estas personas el tejido adiposo dificulta la acción de la insulina. Se recomienda la actividad física, ya que la masa muscular es más sensible a la insulina, especialmente en personas obesas, con antecedentes familiares de diabetes.</p> 	<p>¿SE MEJORA UNA PERSONA QUE TIENE DIABETES?</p> <p>No, la diabetes no desaparece, es una condición crónica, puede ser que requiera de un tratamiento sin fármacos inicialmente y que un programa de alimentación o la implementación de actividad física regular, sean suficientes para mantener un control adecuado.</p> <p>RECUERDE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> El diagnóstico de diabetes sólo lo puede confirmar un médico <input checked="" type="checkbox"/> Es importante orientar los esfuerzos a mantener los niveles de glucemia lo más cercanos a la normalidad posible y de manera sostenida. 	 <p>DIABETES</p>  <p>RESPONSABLES:</p> <p><i>Dr. Bladimir Zambrano</i></p>

Fuente: Tríptico #1
Elaborado por: Dr. Bladimir Zambrano

**ANEXO 7:
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**































**ANEXO 8:
REGISTROS DE ATENCIÓN**

**ANEXO 9:
DIETAS**