

**SALUD PÚBLICA**

# **INTERVENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2**

Melba Vázquez Escalante \*  
 Henry Villegas Navarro\*\*  
 Frauke Ramírez Ugalde\*\*\*  
 Esteban Bolaños Barrantes\*\*\*\*  
 Esteban Granados Fonseca\*\*\*\*\*  
 Lucia Silva Acosta\*\*\*\*\*  
 Irene Ajún Jiménez\*\*\*\*\*  
 Tatiana Pacheco Blando\*\*\*\*\*

**SUMMARY**

**It has done a multidisciplinary review of group from patients with poor control metabolic of the area of San Pablo de Heredia II Semester 2011. Prospective study listing of patient with equal or less than 9% glycosylated hemoglobin. Group care for 24 patients who attended the invitation educational participatory sessions and workouts. Collection of data in excel. Evaluation of the results found that the glycosylated hemoglobin improved by 79%, the body mass index decreased by 58%, waist circumference**

**fell by 87,5% and improved knowledge in 87,5%.**

**Keywords:** diabetic group and integral approach improves your health.

**INTRODUCCIÓN**

La diabetes es un problema de Salud Pública a nivel mundial al igual que en el país, es una enfermedad crónica, que comprende un grupo de trastornos

metabólicos caracterizado por un aumento de las cifras de glucosa en sangre, que si no es tratada produce un gran deterioro en la salud del individuo, reduce su calidad de vida y lo puede llevar a complicaciones severas como: ceguera, insuficiencia renal, lesiones oftalmológicas, neurológicas, trastornos cardiovasculares, amputaciones, psicológicos, menor calidad de vida y llevar al enfermo hasta la muerte (4,5,6,8,12,16,17). El

\* Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

\*\* Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

\*\*\* Enfermera de Salud Mental.

\*\*\*\* Educador Físico.

\*\*\*\*\* Trabajador Social.

\*\*\*\*\* Psicóloga Clínica.

\*\*\*\*\* Nutricionista.

\*\*\*\*\* Promotora de Salud.

impacto de este padecimiento en materia de costo económico y social para el país, el individuo y su familia obliga al desarrollo de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de atención, ya que constituye la causa de estancia más prolongada en los hospitales, la causa de control más frecuente de las enfermedades crónicas, al menos cada 3 meses en la consulta externa de los EBAIS, también es la segunda causa de consulta de las personas con enfermedades cardiovasculares y este conjunto de enfermedades es la primera causa de muerte a nivel del País (4,5,6,7,8,12), y en el Área de San Pablo de Heredia no es la excepción. En cuanto a la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en Costa Rica el estudio de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, publicado en el año 2011 por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense del Seguro Social reportó una prevalencia del 10.8%. En el grupo de 40 a 64 años se encontró una prevalencia del 16,2% y en el grupo de 65 y más años fue del 26,5% (5). Para el 2011 en San Pablo de Heredia, según la pirámide población que maneja la CCSS, se estima la cantidad de 824 pacientes con diabetes mellitus en la población entre 20 y menores de 75 años conforme a la ficha 2010-2011 con prorroga 2012-2013 (9). Durante el 2011, se captaron 601

personas con diabetes mellitus en el rango de edad anteriormente mencionado, y de estas, 49 personas en total, presentaron hemoglobinas glicosiladas igual o mayor al 9%, por lo que según criterios establecidos por la CCSS en la ficha técnica vigente, las mismas, se definen como pacientes con pobre control metabólico (9,14). Según datos de la OMS, la diabetes se define, como un desorden metabólico caracterizado por una etiología múltiple con hiperglicemia crónica con cambios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultado de un defecto de la secreción y, o acción de la insulina de manera que se puede generalizar diciendo que la hiperglicemia se considera secundaria a una deficiencia relativa o absoluta de la insulina o bien a un exceso relativo de glucagón, así como una mala utilización de azúcares por parte del organismo (4,5,6,8,11,15). La diabetes tipo 2 es la más frecuente y se manifiesta con una aparición insidiosa y es comúnmente asintomática varios años antes del diagnóstico, este tipo de diabetes resulta de la resistencia a la insulina, junto con un defecto en la excreción de la insulina, la incidencia aumenta con la edad, y se presenta con mayor frecuencia en adultos, pero en las últimas décadas cada vez se diagnostican personas más jóvenes y hasta

adolescentes y niños, esto va muy ligado al aumento de la obesidad, asociado a los malos hábitos de alimentación y sedentarismo (4,17). Los latinos tienen mayor riesgo de presentar esta enfermedad, (4,5,6,8,10,11,15). En el manejo de la diabetes se debe tener en cuenta, muchos factores, uno de ellos es el metabolismo de la glucosa, pero no menos importante los factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, la alteración de los lípidos, el hábito de fumar, las enfermedades cardiovasculares, las infecciones, las interacciones farmacológicas y los efectos secundarios de los tratamientos (3,7,10,11). El autocontrol, la buena adherencia al tratamiento, los ejercicios adecuados y una alimentación saludable y adecuada es indispensable para el tratamiento y el logro de una mejor calidad de vida para estas personas (1,2,3,10,11,17). Por esta razón el abordaje del personal de salud en esta patología en especial debe ser integral y multidisciplinario para lograr un mayor impacto en los resultados y así las personas diabéticas puedan vivir con la enfermedad con mayor calidad de vida (2,3,4,8,11). Este proyecto responde a la necesidad de intervenir de forma integral y multidisciplinaria para obtener resultados de mejor calidad de vida, en los pacientes diabéticos

con pobre control metabólico que están con mayor riesgo de presentar eventos adversos hasta la muerte (2,3,4,8,12,13).

## POBLACIÓN META

Todos los pacientes diabéticos Tipo 2 que están en el subprograma de control de DM Tipo 2, en EL año 2011 que presente la siguiente característica:

1. Que la hemoglobina glicosilada sea igual o mayor que 9%.

**Facilitadores:** Medicina Familiar, Trabajo Social, Nutrición, Sicología, Enfermería, Promotora Social de Salud, Educador Físico, Salud Mental y EBAIS.

## OBJETIVO GENERAL

1. Detectar al 100% de los pacientes que están en control en el Subprograma de Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer semestre del año 2011, y que la hemoglobina glicosilada sea igual o mayor que 9%.
2. Desarrollar un plan piloto de intervención grupal para el segundo semestre del 2011 que permita intervenir de forma integral para mejorar los resultados de la hemoglobina glicosilada en esta población de alto riesgo.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Trabajar con un grupo piloto de 10-15 diabéticos con hemoglobina glicosilada mayor o igual a 9 %, durante el segundo semestre del 2011, de forma multidisciplinaria y evaluar los resultados, para implementar acciones de forma integral, que mejoren el pobre control metabólico durante el 2012.

## MATERIALES Y MÉTODOS. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

2. Listado de pacientes diabéticos que tenían hemoglobinas glicosiladas igual o mayor a 9% en el I semestre del 2011.
3. Plan piloto de atención integral en grupo de 8 sesiones educativas y participativas, también 21 sesiones de ejercicios, durante el segundo semestre del 2011 con 10 a 15 participantes.
4. Recolección de los datos según instrumento en Excel: nombre, edad, sexo, talla peso, índice de masa corporal, hemoglobina glicosilada I y II semestre 2011.
5. Evaluación de resultados obtenidos de los datos

recolectados ,con la aplicación del plan piloto para diciembre del 2011.

## PROGRAMACIÓN DEL TALLER PARA ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON PCM

Segundo semestre 2011. Hora 7.30 a 10 am

Seis sesiones educativas, con los siguientes temas: Conociendo mi enfermedad, teoría sobre diabetes, Autocontrol y auto cuidado, Nutrición Alimentación saludable en el diabético y su familia, aceptando mi enfermedad, manejo del estrés, autoestima y sexualidad en el Diabético y su pareja, espacio libre de tabaco y cesación de fumado, Adicional a las sesiones educativas y participativas, Se dio desde el inicio la importancia del ejercicios físico en el diabético y su familia y se realizaron ejercicios 2 veces por semana durante los meses de julio a noviembre. Se cumplió con el 100% de lo programado en la educación, se realizaron crónicas con listados de participantes, además 21 sesiones de ejercicios. Al finalizar el II semestre del 2011, se ejecutó la evaluación al grupo piloto con el instrumento elaborado para este fin. Se consolidaron los datos de cada paciente para evaluar si hubo

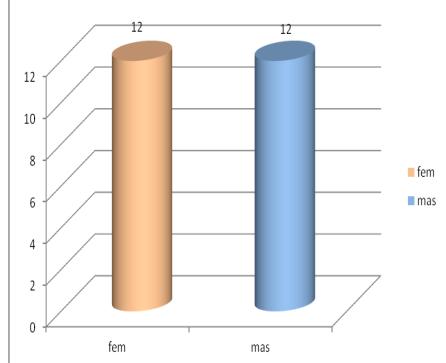
mejoría con las acciones que se implementaron en el grupo de pobre control metabólico.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En lo referente al grupo de pacientes invitados al TALLER DE POBRE CONTROL METABOLICO, en el II Semestre 2011:

- Se invitaron 49 pacientes que tenían hemoglobinas glicosiladas igual o mayor a 9%, cumpliendo así una de las definiciones para participar en pobre control metabólico.
- De los 49 pacientes, asistieron al curso 24 personas, sobrepasando la expectativa planeada al inicio del taller, la cual comprendía 10 a 15 personas.
- De las personas participantes al taller, la distribución por sexo es la siguiente:

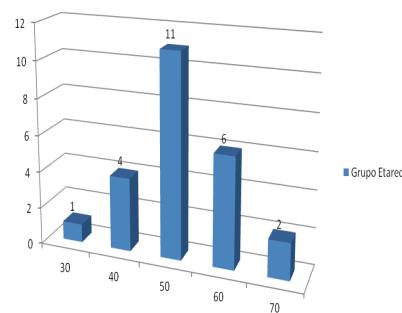
Distribución por sexo en los asistentes al Taller de PCM, II Semestre 2011



Fuente: Recolección de datos de REMES, Área San Pablo de Heredia, 2011

En el cuadro anterior se aprecia que la distribución por sexo de 50% mujeres y 50% hombres.

Distribución de Participantes al Taller de PCM, II Semestre 2011



Fuente: Recolección de datos de REMES, Área San Pablo de Heredia, 2011

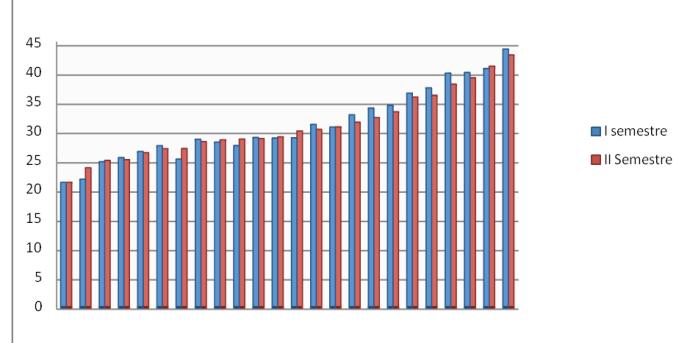
Según se observa en el gráfico, tenemos que el grupo más grande se encuentra en la década de los 50 – 59 años, luego le sigue el grupo etáreo de 60 - 69 años, continua con el grupo de 40 – 49 años, y con menor cantidad de pacientes, se encuentran los que pertenecen a la década de los 70 – 79 años y finalmente los

pacientes de 30 – 39 años. No se encontraron pacientes en edades de 20 – 29 años.

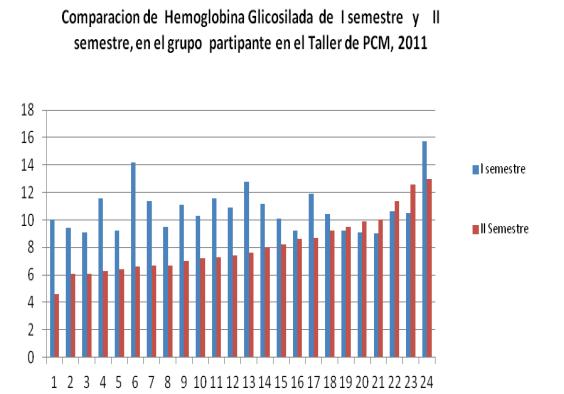
De acuerdo a los resultados encontrados en la consulta de los pacientes participantes al Taller de Pobre Control Metabólico, el IMC disminuyó en 14 de los 24 participantes, el cual corresponde a un 58% del total de los mismos. Según el cuadro anterior, vemos que 19 de los participantes bajaron su hemoglobina glicosilada que corresponde a un 79% del total de asistentes al Taller de PCM, 2011. En cuanto a la circunferencia de cintura, 21 de los participantes bajaron la medida del total de asistentes al Taller de PCM, 2011. Se obtuvo un total del 87.5% de participantes con disminución de su medida, con un promedio de 6 cm.

De acuerdo a este cuadro, se observa que de los 24 participantes del Taller de Pobre Control Metabólico, solamente 8 personas coincidieron en realizar

Comparación de IMC, I Semestre y II Semestre de los participantes al Taller de PCM, II Semestre 2011



Fuente: Recolección de datos de la consulta de Medicina Familiar , area San Pablo de Heredia, 2011



Fuente: Recolección de datos de la consulta de Medicina Familiar , area San Pablo de Heredia, 2011

el pretest y el postest, resultando de esta evaluación, que 7 (87.5%) mejoraron en sus respuestas..

## CONCLUSIÓN

En cuanto a las resultados encontrados durante la realización del Taller de forma integral, podemos concluir, que se logró mejorar la hemoglobina glicosilada en un 79%, el IMC disminuyó en un 58%, en circunferencia de cintura bajaron en un 87.5%, y en cuanto a la educación, mejoraron los conocimientos en un 87.5%, de lo cual inferimos que los mismos lograron aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad que padecen y los cuidados en salud necesarios, para mejorar así su calidad de vida de manera integral. Replicar el taller cada semestre para el abordaje integral de estos pacientes.

## RESUMEN

Se realiza una intervención multidisciplinaria de forma grupal para los pacientes con pobre control metabólico del Área de San Pablo Heredia, II semestre 2011. Estudio prospectivo, listado de pacientes con hemoglobinas glicosiladas igual o mayor de 9%. Atención grupal a 24 pacientes que acudieron a la invitación. Sesiones educativas-participativas y sesiones de ejercicios. Recopilación de los datos en Excel. En la evaluación de los resultados se encontró que la hemoglobina glicosilada mejoró en un 79%, el índice de masa corporal disminuyó en un 58%, bajaron la circunferencia de cintura en un 87.5% y mejoraron el conocimiento en un 87.5%.

**Palabras clave:** El abordaje integral y grupal del diabético mejora su salud.

## BIBLIOGRAFÍA

6. Abellán,J. et al.(2011).Evaluación y control de los hipertensos y diabéticos atendidos en centros de Atención Primaria en España. Atención Primaria,(43)6,297-304.
7. Ariza,C. et al.(2011).Mejora el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. Atención Primaria,(43)8,396-406.
8. Birulés,M .(20011).Ensayo clínico en diabéticos tipo 2 : beneficios de la educación sanitaria asociada a ejercicio físico. Atención Primaria,(43)8,407-408.
9. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)(2007). Guía para la atención de las personas diabéticas Tipo 2.
10. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)(2011). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular.
11. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)(2009). Guías para la detección, diagnóstico, y tratamiento atención de la hipertensión Arterial.
12. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)(2010). Encuesta de Diabetes Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas.
13. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)(2004). Guías para la detección, el diagnóstico, y el tratamiento atención de las dislipidemias para el primer nivel de atención.
14. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)(2009). Fichas Técnicas 2010-2011.
15. Elousa, R. (2005).Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez, Revista Española de Cardiología, (58)

- 8,41887-890.
16. García, J.E. et al.(2004).Diabetes mellitas tipo 2 y ejercicio físico. Resultados de una intervención, Revista Médica IMSS,(42)5,395-404.
17. Laclé.A. (2012).Causas de muerte en una cohorte de diabéticos tipo2 de Costa Rica y la calidad de su certificado de defunción, Acta Médica Costarricense (54)1,23-30.
18. Mainieri.JAl. (2011).Prevenir la enfermedad es la mejor estrategia para mejorar la salud, Acta Médica Costarricense (53)1,15-19.
19. Morales,K. et al.(2011).Análisis de las hemoglobinas glucosiladas de los pacientes diabéticos diagnosticadas del 2006 al 2008 en Hospital Nacional de Niños, Acta Médica Costarricense (53)2,88-92.
20. Rosas., Liyra,R., Cavalcanti.N (2009).Diabetes Mellitus: Visión Latinoamericana(1º edición) Rio de Janeiro: Guanabara.
21. Sender, M.J. et al.(2011). Oftalmopatía en la diabetes mellitas: detección desde la Atención Primaria en salud, Atención Primaria,(43)1,41-48.
22. Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad, Revista Chilena de Nutrición,(33) 1,352-357.