

Medicentro 1998, 2(n.esp.)

**POLICLÍNICO DOCENTE "CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

LA ATENCIÓN AL DIABÉTICO ADULTO EN EL POLICLÍNICO "CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN"

Por:

Dra. Lilia Esther Molerio Sáez¹, Dra. Rosa Vázquez Jamud², Dr. Pedro Padilla Frías³, Ing. María C. Pérez Alvarez⁴

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián". Santa Clara. Asistente MGI. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en MGI. Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián". Santa Clara.
3. Especialista de I Grado en Endocrinología. Hospital Provincial "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara.
4. Profesora de Bioestadística y Computación.

RESUMEN

Se realizó un estudio exploratorio sobre la atención al diabético en el Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián" de Santa Clara en el año 1994, con el propósito de mejorar la calidad de su atención en el área. La muestra estuvo constituida por 243 pacientes que fueron citados a la consulta multidisciplinaria de diabetes, adonde acudían por primera vez. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas y los resultados más relevantes estuvieron relacionados con errores detectados en el control de los factores de riesgo por parte del facultativo, control y autocontrol metabólico, valoración nutricional y calidad de la consulta, la cual no se realizaba de acuerdo con los parámetros establecidos. Se concluye que existían insuficiencias en la atención al paciente diabético, dada por una intervención médica ineficaz en los aspectos explorados.

Descriptores DeCS: ATENCIÓN AL PACIENTE, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DIABETES MELLITUS

SUMMARY

An explorative study was carried out on diabetic patient care in the Teaching Polyclinic "Chiqui Gómez Lubián" of Santa Clara city during 1994 to improve quality in this area. The sample was composed of 243 patients who attended the multidisciplinary appointments on diabetes for the first time. Data were taken from clinical records and the most remarkable results were related to mistakes found in risk factor control by the physician, metabolic and selfcontrol, nutritional assessment and the quality of the appointments that were not carried out according to established criteria. It is concluded that there were insufficiencies in the diabetic patient care due to an inefficacious medical intervention in the studied issues.

Subject headings: PATIENT CARE, PRIMARY HEALTH CARE, DIABETES MELLITUS

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad no transmisible, frecuente en países desarrollados. En Cuba, debido al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, han aumentado las expectativas de vida de la población y se incrementan las posibilidades de padecer la enfermedad.

Dentro de los propósitos para incrementar la salud de la población cubana para el año 2000, se encuentra reducir en un 15% la mortalidad de 15 a 64 años, de una tasa específica de 9,9 a 8,4¹. Para lograr lo anterior, se requiere de acciones de promoción de salud con el fin de evitar la aparición de factores de riesgo de la enfermedad². En los pacientes con factores de riesgo establecidos, debemos actuar sobre ellos para no favorecer la aparición de ésta, y los pacientes que padecen de diabetes mellitus deben tener un control adecuado y conocer su enfermedad para que se mantengan compensados, y evitar de esta forma la aparición de complicaciones que pueden ser fatales para el individuo; además, desde el punto de vista social, el prevenir un episodio agudo o una complicación crónica permite reservar fondos para cubrir el costo anual del control y tratamiento de muchos pacientes diabéticos no complicados, lo que reduce el costo de la enfermedad y, a su vez, mejora la calidad de vida del paciente y sus familiares³⁻⁵.

En el año 1993 se estableció en nuestra área de salud una consulta multidisciplinaria para la atención al paciente diabético. En dicha consulta comenzamos a detectar dificultades en el seguimiento y calidad de la atención a estos pacientes. Aunque era de esperar que el personal de salud desempeñara un papel activo en la lucha contra las enfermedades crónicas, en la práctica no había ocurrido así; por ello, nos dimos a la tarea de detectar las insuficiencias que existían en la atención al diabético, para eliminar las mismas mediante las acciones demandadas de acuerdo con los errores que se presentaban, con el propósito de elevar la atención integral de los pacientes afectados y su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra estuvo conformada por 243 pacientes seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple, citados a la consulta multidisciplinaria de Diabetes, donde acudían por primera vez. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas, y cuando éstos no aparecían se interrogó al paciente. Los diabéticos fueron tipificados de acuerdo con la clasificación aceptada por la OMS en 1988.

Los datos primarios fueron recogidos en un modelo de recolección, se creó una base de datos en el sistema DBASE III utilizando los paquetes estadísticos EPI-INFO y MICROSTAT, y se conformaron las tablas para demostrar las relaciones entre las variables. Para el análisis estadístico se empleó la prueba de hipótesis de diferencia de proporciones para grupos independientes, y se utilizaron los niveles de significación estadística tradicionales.

Las consultas fueron clasificadas en buenas, regulares o malas, de acuerdo con su calidad; al hacer esta valoración se tuvieron en cuenta los siguientes requisitos:

Consulta buena: 4 ó más controles al año

- Se realizó examen físico general completo
- Valoración nutricional
- Se chequeó autocontrol por Benedict
- Se realizó como mínimo glicemia y orina

Consulta regular: Se realizaron tres controles al año

- Se practicó examen físico pero faltó neurológico
- No se hizo valoración nutricional
- No se chequeó autocontrol por Benedict
- Se realizó glicemia y orina

Consulta mala: No se cumple lo anterior.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa la distribución de la muestra según el tipo de diabetes y la edad. El tipo de diabetes más frecuentemente encontrado fue la diabetes mellitus no insulino-dependiente, con 210 pacientes para un 86,42 %. En este grupo predominaron los que se encontraban en la sexta década de la vida (32,86 %), y en relación con la diabetes insulino-dependiente predominaron los pacientes entre la cuarta y quinta décadas, para un 21,21 % en cada decenio.

Tabla 1 Distribución de la muestra según edad y tipo de diabetes.

Grupos de Edades	TIPOS DE DIABETES				TOTAL	
	DMID		DMNID			
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29	3	9,09	0	0,00	3	1,23/td>
30-39	2	6,07	2	0,95	4	1,65
40-49	7	21,21	12	5,71	19	7,82
50-59	7	21,21	49	23,34	56	23,04
60-69	5<	15,15	69	32,86	74	30,45
70-79	6	18,18	57	27,15	63	25,93
80-89	3	9,09	20	9,52	23	9,47
90 y más	0	0,00	1	0,47	1	0,41
Total	33	100,00	210	100,00	243	100,00

$57,03 \pm 16,32$ $65,28 \pm 10,87$ $p < 0,01$

Fuente: Formulario.

DMID: Diabetes mellitus insulino-dependiente.

DMNID: Diabetes mellitus no insulino-dependiente.

Se encontró predominio del sexo femenino en ambos tipos de la enfermedad (tabla 2).

Tabla 2 Distribución de la muestra según sexo.

Sexo	Tipos de diabetes				Total	
	DMID		DMNID			
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	25	75,76	160	76,19	185	76,13
Masculino	8	24,24	50	23,81	58	23,87
Total	33	100,00	210	100,00	243	100,00

$X^2 = 0,003$ $p > 0,05$

Fuente: Formulario.

DMID: Diabetes mellitus insulino-dependiente.

DMNID: Diabetes mellitus no insulino-dependiente.

La tabla 3 refleja el control sobre los factores de riesgo modificables, presentes en los pacientes estudiados; solamente se actuó sobre la obesidad en 30 pacientes (75,31 %) y sobre 10 fumadores (16,13 %); en el resto de los individuos con factores de riesgo no se realizaron acciones para su modificación; la pobre acción realizada para modificar los factores de riesgo fue de alta significación estadística ($p < 0,01$) al aplicar la prueba de hipótesis de diferencia de proporciones.

Tabla 3 Control de los factores de riesgo modificables de la enfermedad.

Factores de riesgo modificables	Acción sobre el factor de riesgo			
	Se actuó para modificarlo		No se actuó para modificarlo	
	N°	%	N°	%
Obesidad	30	15,31	166	84,69**
Hábito de fumar	10	16,13	52	83,87
Dieta inadecuada	0	0,00	196	100,00
Sedentarismo	0	0,00	179	100,00
Estrés	0	0,00	172	100,00

** p < 0,01.

Fuente: Formulario.

Con respecto al control metabólico de los pacientes diabéticos (tabla 4), en la diabetes mellitus insulino-dependiente sólo un 6,06 % se encontraba bien controlado, mientras que en la diabetes mellitus no insulino-dependiente, el 20 % cumplía los criterios de control. Al realizar el análisis estadístico existió independencia (p > 0.05) entre el control metabólico y el tipo de diabetes.

Tabla 4 Control metabólico de los pacientes diabéticos.

Control Metabólico	Tipo de diabetes				Total	
	DMID		DMNID			
	N°	%	N°	%	N°	%
Bien controlados	2	6,06	42	20,00	44	18,11
Descontrolados ligeramente	12	36,36	83	39,53	95	39,09
Descontrolados gravemente	12	36,36	40	19,04	52	21,40
No determinado	7	21,22	45	21,43	52	21,40
Total	33	100,00	210	100,00	243	100,00

X² = 7,130 p > 0,05.

Fuente: Formulario.

DMID: Diabetes mellitus insulino-dependiente.

DMNID: Diabetes mellitus no insulino-dependiente.

En la tabla 5 se analizó el comportamiento de la valoración nutricional; del total de la muestra, sólo 48 pacientes (19,75 %) fueron valorados en todos los controles, y a 85 (34,98 %) no se les realizó valoración nutricional alguna.

Tabla 5 Valoración nutricional en los pacientes diabéticos estudiados.

Valoración nutricional	N°	%
En todos los controles	48	19,75
En dos o tres controles por año	99	40,74
En un control por año	11	4,53
No se realizó	85	34,98
Total	243	100,00

Fuente: Formulario.

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos para la consulta al paciente diabético, sólo en 48 pacientes (19,75 %) se tuvieron en cuenta todos los aspectos, para una consulta de buena calidad; fueron valoradas como regulares 112 (46,09 %) y como malas 83 (34,16 %).

DISCUSIÓN

La calidad de la atención al paciente diabético requiere de sistematicidad, aunado a una educación continua del mismo.

Los resultados derivados de este estudio nos muestran que la atención al paciente diabético aún adolece de problemas, que en gran parte dependen de la preparación del personal médico y paramédico para enfrentar este problema de salud.

A aspectos de tanta relevancia como es el control de los factores de riesgo modificables, y dentro de ellos, la obesidad y la dieta, no se les confiere su justo valor, a pesar de estar establecida científicamente por estudios clásicos⁶ la importancia de la sobrenutrición en la aparición de la enfermedad; en estudios realizados en Brasil también se corrobora lo anterior, pues se observó que en tres tribus de indios brasileros que han preservado sus tradicionales estilos de vida, se ha encontrado la diabetes en menos del 2 % de los individuos mayores de 15 años y la obesidad fue relativamente rara en esta población⁷.

El control metabólico de los pacientes, de acuerdo con los criterios establecidos en nuestro país, fue deficiente; pensamos que ello esté en relación con la insuficiente educación al diabético por el equipo de salud, ya que el autocuidado del paciente es uno de los aspectos fundamentales, y encuentra su basamento en el nivel de conocimiento que tenga el mismo sobre su enfermedad, como lo confirman otros estudios realizados^{3,8,9}.

La valoración nutricional, que debe efectuarse en todos los controles al paciente¹⁰, no se comportó según lo estipulado, a pesar de que es conocido por los facultativos que no podremos aspirar a un control adecuado de la enfermedad si no se ofrece una orientación nutricional adecuada, y esto sólo es posible realizando de forma sistemática la valoración nutricional^{10,11}.

La calidad regular de las consultas fue predominante, ya que a la mayoría de los pacientes no se les realizó la consulta, como mínimo, con una frecuencia trimestral, y en ellas no se practicó examen neurológico ni se les realizó la valoración nutricional. Estos aspectos dependen del desempeño y competencia profesional, y no guardan relación directa con las limitaciones de recursos materiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana : ECIMED; 1992:19.
2. Díaz O. Diabetes. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(3):218-228.

3. Prodrovskova B. The effect of education on metabolic compensation in diabetes. *Wnitr-Lek* 1992;38(10):959-962.
4. Galiardino JJ. A simple economic evaluation model for selecting diabetes health care strategies. *Diabetes Med* 1993;10(4):351-354.
5. Kopersi M. Systematic care of diabetic patients in one general practice : how much does it cost? *Br J Gen Pract* 1992;42(362):370-379.
6. Mitchell BD, Stern MP. Recent developments in epidemiology of diabetes. *World Health Stat Q* 1992;45(4):347-349.
7. Franco, LJ. Diabetes in Brasil : a review of recent survey data. *Ethnic Dis* 1992;2(2):158-165.
8. Bueno JM. An evaluation study of the scale of diabetological education in primary care. *Aten Primaria* 1993;11(7):344-348.
9. Alarcón Sanhueza S. Capacidad de autocuidado. *Rev Cubana Enferm* 1993;9(2):110-116.
10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus. Washington, DC., 1988.
11. García González R, Suárez Pérez R. La educación al paciente diabético en el nivel primario de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1989;5(3):396:401.