

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS Y LA HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ, GUATEMALA. AÑO 2017.

TESIS DE GRADO

MIRIAM DÉBORA MARTA SAC COLOP
CARNET 15454-11

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS Y LA HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ, GUATEMALA. AÑO 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

MIRIAM DÉBORA MARTA SAC COLOP

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. GABRIELA EUNICES VALDEZ RAYMUNDO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ROSARIO YADIRA PUAC CANO DE TUY

LIC. ELUVIA ESPERANZA COYOY NIMATUJ DE DE LEÓN

LIC. JUAN ARTURO CASTILLO LARA

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTORA ACADÉMICA: MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN

SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Quetzaltenango 16 de agosto de 2017

Lic. Juan Arturo Castillo Lara
Coordinador de la Carrera de enfermería.
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango.

A través de la presente le envié un cordial saludo. Al mismo tiempo extendiendo una constancia de asesoría a la estudiante: SAC COLOP, MIRIAM DÉBORA MARTA número de carné 1545411, quién realizó el estudio de tesis titulado: "EVALUACIÓN DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS Y SU RELACIÓN CON LA HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL DE MAZATENANGO, SUCHITEPEQUEZ, GUATEMALA. MARZO 2017".

Después de haber realizado las correcciones correspondientes al estudio durante el desarrollo de la misma se EXTIENDE la presente constancia para los usos que se consideren necesarios.

Licda. Gabriela Eunices Valdez Raymundo
Col. EL-571
LICDA. EN ENFERMERIA
COL. EL-571



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09884-2017

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MIRIAM DÉBORA MARTA SAC COLOP, Carnet 15454-11 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09956-2017 de fecha 20 de noviembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS Y LA HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ, GUATEMALA. AÑO 2017.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 21 días del mes de noviembre del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

A Dios, por brindar bendiciones a mi vida, guiarme y darme la oportunidad de sonreír ante mis logros, que son resultados de su ayuda.

A mis padres, por ser mi ejemplo que con dedicación y empeño todo es posible, gracias por ser mi apoyo y por ser mi soporte, ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona.

A mi familia, quienes me apoyaron incondicionalmente y estar presentes, no solo en esta etapa de mi vida, sino en todo momento.

A usted, David P. por ser quien me escuchaba, quien se desvelaba para brindarme su apoyo, darme esa motivación de superación cada día, por siempre creer en mi capacidad para conseguir esta anhelada meta y darme su amor, gracias.

Al Programa de Desarrollo de Liderazgo por apoyarme a cumplir una meta más y a todas las personas que directa o indirectamente, fueron también la fuente de mi inspiración para culminar este trabajo.

Dedicatorias

Dedico esta investigación con todo mi amor a Dios, por ser mi fuente de sabiduría, para poder superarme cada día, bendecirme y por acompañarme en cada etapa de mi vida.

A mis padres y familia por ser el pilar de mi formación, gracias por su cariño, comprensión y sacrificio, que han hecho lo posible por ayudarme para la culminación de esta meta.

A la persona más de mi vida y a cada una de las personas significativas, quienes han aportado a mi vida, sus conocimientos, experiencias y valores.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 Adherencia.....	6
3.2 Diabetes Mellitus.....	9
3.3 Ingreso de Hospitalización	13
3.4 Teoría del Autocuidado de Dorotea E. Orem.....	13
3.5 Hospital Nacional de Mazatenango.....	15
IV. ANTECEDENTES.....	16
V. OBJETIVOS.....	21
5.1. Objetivo General.....	21
5.2. Objetivos Específicos.....	21
VI. JUSTIFICACIÓN.....	22
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
7.1 Tipo de Estudio.....	24
7.2 Sujeto de Estudio.....	24
7.3 Contextualización Geográfica y Temporal.....	24
7.4 Definición de Variables.....	24
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	27
8.1 Selección de los sujetos de estudio.....	27
8.2 Recolección de datos.....	27
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	29
9.1 Descripción del proceso de digitación.....	29
9.2 Plan de análisis de datos.....	29
9.3 Métodos estadísticos.....	29

9.4	Aspectos éticos de la investigación.....	29
X.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	30
XI.	CONCLUSIONES.....	47
XII.	RECOMENDACIONES.....	48
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	49
XIV.	ANEXOS.....	52

Resumen

La Diabetes Mellitus, es la segunda enfermedad crónica degenerativa por la que mueren personas en todo el mundo. El programa de enfermedades No transmisibles de la Declaración Personal de Salud, estimó un total de 1, 214,368 personas afectadas por la diabetes en América Central. De este total el mayor número se encuentra en Guatemala con 368,700 personas. La adherencia es el grado de comportamiento de una persona para seguir su tratamiento farmacológico, dieta y cambios en su estilo de vida, recomendados por los prestadores de salud. Considerando que los factores de riesgo son alterables en su mayoría.

El objetivo del estudio es evaluar las causas de la no adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus y su relación con la hospitalización. El tipo de investigación fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con 40 pacientes, mayores de 30 años, ingresados en medicina de hombres y mujeres del Hospital de Mazatenango, y la información se recolectó a través de un cuestionario de manera individual.

Concluyendo que: de los 40 pacientes diabéticos con hospitalización predomina, el sexo femenino, mayores de 56 años, casadas, en su mayoría con escolaridad primaria, religión evangélica, ocupación informal, amas de casa y se observa que el ingreso de hospitalización es más frecuente en pacientes que padecen de otra enfermedad como; la hipertensión arterial, asma, ITU, cirrosis, tuberculosis e insuficiencia renal. También por factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo sanitario, el tratamiento y factores relacionados al paciente que incide en la no adherencia al tratamiento. Y ello provocar complicaciones crónicas y hospitalización.

I. INTRODUCCIÓN

Se ha calculado un alto crecimiento de pacientes diabéticos en todo el mundo, alcanzando un total de 171 millones para el año 2000 y 366 millones para el 2030. En los países latinoamericanos como Argentina existen 1,426,000 pacientes con diabetes y se calcula que habrá 2,457,000 para el 2030. Pero la diabetes tipo 2 es la forma más frecuente, constituyendo el 85% del total. (1)

Un taller de vigilancia y control de la enfermedad efectuado en América Central por el programa de enfermedades No transmisibles de la Declaración Personal de Salud (DPS) estimó un total de 1, 214,368 personas afectadas por la diabetes en América Central. De este total el mayor número se encuentra en Guatemala con 368,700 personas y el menor número se encuentra en Belice con 21,768. (2)

Guatemala al igual que otros países en todo el mundo, enfrenta varios retos epidemiológicos, por lo cual se ha implementado estrategias para disminuir su impacto y que en los servicios de salud brinden una atención de calidad y con ello limitar el costo por la hospitalización. La Diabetes Mellitus, es la segunda enfermedad por la que mueren personas en todo el mundo, además ha incrementado su incidencia en los últimos años. Es considerada como una enfermedad crónica degenerativa que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Se clasifica en tres tipos: Diabetes Tipo I, Diabetes Tipo II y Diabetes Gestacional.

Los síntomas se caracterizan por poliuria, polidipsia y polifagia, pérdida de peso, fatiga o cansancio, cambios en la agudeza visual, debilidad, entre otros. También genera reacciones psicosociales en el paciente diabético entre ellas la depresión, aislamiento social, su estilo de vida cambia drásticamente entre ellos por la pérdida de trabajo, esto da como resultado un ingreso económico bajo, colaborado para que exista un desorden alimenticio. Además, le limita para que pueda asistir a un centro asistencial, descuidando su autocuidado, lo que incrementa las complicaciones.

La Diabetes es una enfermedad común, que puede aparecer en cualquier etapa de la vida y que puede llegar a ser mortal, pero si se previene y se brindan los cuidados adecuados, se puede controlar y ofrecer una vida saludable y plena.

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se define como un continuo a través del cual la conducta del paciente coincide en mayor o menor medida con las prescripciones médicas, también se define como el grado de conciencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende. (3)

La Diabetes Mellitus se considera una amenaza para la vida, por tal razón es importante priorizarla como problema de salud y ser investigada, con el propósito fundamental de reducir la morbilidad y lograr que las tasas de mortalidad en pacientes diabéticos disminuyan. Considerando que los factores de riesgo de este padecimiento son alterables en su mayoría, y que el tratamiento produce cambios en el modo y estilo de vida. El objetivo del presente estudio fue: la evaluación de las causas de la no adherencia al tratamiento de diabetes mellitus y su relación con la hospitalización, caracterizando demográficamente a los sujetos de estudio, identificando la relación entre la falta de adherencia al tratamiento y las causas de hospitalización, también describiendo las causas de hospitalización de los pacientes con Diabetes Mellitus.

La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con pacientes hombres y mujeres, mayores de 30 años que ingresaron a medicina de hombres y mujeres del Hospital de Mazatenango y la información se recolectó a través de una boleta de encuesta de manera individual, durante los meses de febrero a marzo de 2017.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la caracterización sociodemográficamente de los sujetos de estudio indican que de los 40 pacientes diabéticos con

hospitalización predominan, los pacientes de sexo femenino, con una edad promedio de 56 a más años, casados, con un nivel de escolaridad primaria, profesan la religión evangélica, la opción de ocupación que más prevalece es ama de casa, fueron diagnosticados desde los 56 años con Diabetes Mellitus

Los resultados reflejan que la patología que más prevalece en la causa de hospitalización es la hiperglicemia a consecuencia de las complicaciones de la enfermedad, también por factores de riesgo y factores que inciden en la adherencia al tratamiento. Se logra observar que la hipertensión arterial, hipoglucemia, diabetes mellitus descompensada, pie diabético, infección del tracto urinario, son otras causas de hospitalización. Esto provocado por la falta de recursos económicos para cumplir con el tratamiento farmacológico, falta de educación y ejercicios físicos

La investigación identificó una alta relación entre la falta de adherencia al tratamiento en pacientes diabético que acude a los servicios de medicina de hombres y mujeres del hospital de Mazatenango, con más de 40 pacientes al mes, determinado por varios tipos de factores de riesgo tales como: la falta de recursos económicos interfiriere la obtención de las necesidades básicas, así mismo dificulta la compra de sus medicamentos, también trasladarse a su lugar de consulta, esto a causa de la irregularidad de trabajo. Otra de las causas de la falta adherencia al tratamiento es que debido a las ocupaciones que tienen dentro y fuera del hogar se le dificulta seguir con el tratamiento. También se obtuvo como resultado que el 50% de los sujetos de estudio no se interesan por conocer su condición de salud.

Recomendar al hospital mejorar los procesos educativos, impulsando y desarrollando programas dirigidos en forma integral e individualizada al paciente diabético, basada en las necesidades de la población, para tomar conciencia acerca de la gravedad que implica el no prevenir las complicaciones crónicas, desarrollada por un equipo multidisciplinario organizado, mediante los cambios de estilos de vida y cumplimiento del tratamiento farmacológico, con la participación activa del paciente y su familia para evitar los factores de riesgo, que incidan la no adherencia al tratamiento y el ingreso de hospitalización.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus está calificada como una amenaza para la salud pública mundial, dado que ha adquirido proporciones de epidemia global; mientras que en 1985 se estimaba que existían 30 millones de diabéticos, en el año 2000 alcanzó 250 millones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia mundial de la Diabetes Mellitus tipo 2 se doblará entre los años 2000 y 2020, lo que conllevará a la reducción de la esperanza de vida y aumento de los costos de Diabetes Mellitus para los servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con el programa de enfermedades no transmisibles de Centroamérica, estimó un total de 1, 214,368 personas con Diabetes Mellitus. De este total, el mayor número se encuentra en Guatemala, con 368,700 personas, representando una tasa de morbilidad de 38.5 personas por cada 10,000 habitantes. Además, el Patronato del Diabético indicó una prevalencia de Diabetes Mellitus de 8.4%, de los cuales el 56% corresponde al sexo masculino. (2)

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y el sistema cardiovascular, nervioso y el excretor. Cuando ya se padece de esta enfermedad no importa sexo, edad o nivel social se deben de tomar en cuenta algunos cuidados y realizarse chequeos continuos sobre la presión arterial, los niveles de colesterol, triglicéridos, control sobre el tabaco si se tiene este hábito, control del peso, de medicamentos, comidas, cuidados dentales y renales. (4)

Existe falta de adherencia al tratamiento en diabéticos de la población estudiada, que acude al área hospitalaria a través de emergencia y consulta externa, de más de 50 a 70 pacientes al mes, está determinado principalmente por factores clínicos tales como: no uso o mal uso de la terapia farmacológica, dieta y por la prevalencia de

esta enfermedad de más de 10 años. Existen otros factores independientes asociados a la no adherencia, como el estilo de vida, convivir solo con el cónyuge, estar desempleado, falta de apoyo familiar, tener una mala orientación en el tratamiento y mala percepción en la atención médica. También por complicaciones de la misma enfermedad, entre las más frecuentes están; hiperglucemia, hipoglucemia, retinopatía, cetoacidosis, infecciones del tracto urinario, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y pie diabético.

El presente estudio evaluó las causas de la no adherencia al tratamiento de diabetes mellitus y su relación con la hospitalización, caracterizando demográficamente a los sujetos de estudio, identificando la relación entre la falta de adherencia al tratamiento y las causas de hospitalización, también describiendo las causas de hospitalización de los pacientes con Diabetes Mellitus. El ingreso de hospitalización en pacientes causa gastos en la salud pública, cuando el paciente no cumple con su dieta, no sigue con su tratamiento, no realiza ejercicios y no tiene conocimiento en su autocuidado. Se llevó a cabo la investigación en el Hospital de Mazatenango con pacientes de Medicina de Mujeres y Hombres.

Por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre la no adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus con la hospitalización?

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Adherencia

Adherencia puede definirse como un proceso de cuidado activo y responsable en el que, el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con los profesionales de la salud que lo atienden. Los beneficios del tratamiento se perciben a mediano o largo plazo. (5)

3.1.1 La Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, se sometan a exploraciones y controles, realicen ejercicio físico y sigan las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende. La falta de adherencia tiene repercusiones económicas siendo considerado un tema prioritario de salud pública y una de las principales causas de fracaso terapéutico. (3)

3.1.2 Tipos de Adherencia al tratamiento

Adherencia unitaria y adherencia compuesta: se desarrolla principalmente a través de: auto-controles de glicemia (3 ó 4 veces al día), inyecciones de insulina (3 ó 4 veces al día), régimen alimenticio con cuantificación de hidratos de carbono, actividad física y asistencia a controles médicos periódicos.

De la adherencia como dicotomía a la adherencia como dimensión: no hay solo dos estados posibles para este fenómeno: “adherencia” y “no adherencia”, es un continuo que va desde la fidelidad ejemplar a las prescripciones y programas terapéuticos hasta los rechazos completos de los tratamientos o los abandonos del seguimiento médico.

De la adherencia fija a la adherencia dinámica: De una forma más global la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de adherencia a los

tratamientos a largo plazo, da un esquema oficial de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que se cuentan:

Factor socioeconómico: en los países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: la OMS ha comprobado que una buena relación proveedor – paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente.

Factores relacionados con el tratamiento: son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamiento anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Factores relacionados con el paciente: estos representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. (3)

3.1.3 Factores que inciden en la adherencia al tratamiento

La falta de adherencia se da por una interrelación de factores entre los cuales se encuentran algunos derivados de la persona y su entorno económico, cultural y social; otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como los derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Esta capacidad del individuo es lo que denomina Orem como capacidad de agencia de autocuidado, que implica un proceso de participación dinámico por parte de las personas en el cuidado de su propia salud. Entre los factores que intervienen esta:

Grado de instrucción: De todos es aceptado que la educación de las personas con diabetes mellitus es una herramienta esencial para optimizar el control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad.

Estado civil: Es la condición conyugal del adulto mayor y su relación con los derechos civiles que se considera.

Seguro de Salud: Es cuando el adulto mayor tiene acceso a la atención oportuna y eficaz a los servicios de salud.

Remuneración Económica: Es el pago monetario que cada empleado recibe en forma de salarios, y que determina la accesibilidad a nutrientes de calidad, así como el tratamiento farmacológico y de control (glucometrias).

Dependencia Económica: La dependencia económica tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro "activo" económica y laboralmente, a formar parte de la población "inactiva", "pasiva" o "dependiente", situación que tendrá repercusiones en relación con el acceso a recursos propios o derivados de una pensión.

Apoyo familiar: Se afirma que un bajo nivel de apoyo influye negativamente sobre el estado de salud, cuando un paciente con enfermedad crónica tiene apoyo de la familia y otras relaciones personales, los mismos se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general. (3)

3.2 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un síndrome clínico caracterizado por un aumento de los niveles de la glucosa sanguínea causada por alteraciones en la secreción de la insulina, de su acción o de ambos y que se asocia a otros trastornos del metabolismo intermedio; su secreción más severa conduce a la cetoacidosis y al estado hiperosmolar no cetósico, y luego de varios años puede producir complicaciones en diversas partes del cuerpo como; ojos, riñones, pies, nervios periféricos, corazón y aumento en el riesgo de arterosclerosis. (6)

3.2.1 Clasificación

En la edad de 1998 la Asociación de Diabéticos de Astorga (ADA) publicó una serie de modificaciones a las anteriores clasificaciones, las cuales están: (6)

Diabetes Tipo 1: Aunque su aparición es normalmente juvenil, puede producirse a cualquier edad. La causa es la deficiencia insulina por destrucción autoinmune de la célula B pancreáticas que segregan insulina. (7)

Diabetes tipo 2: Se designa para aquellos pacientes quienes presentan en su etiología un factor de resistencia a la acción de la insulina. El riesgo de presentarla se incrementa con la edad, la obesidad, el sedentarismo, los antecedentes de diabetes gestacional, la hipertensión, las dislipidemias y ciertos grupos étnicos.

Diabetes gestacional: Se define como cualquier grado de alteración en la glucosa que inicie o sea reconocido durante la gestación. Una vez termine la gestación se espera seis semanas para reclasificar el diagnóstico de acuerdo a los parámetros descritos. (6)

3.2.2 Epidemiología

La diabetes mellitus está reconocida como un problema de salud pública importante. Su prevalencia aumenta cada vez más, en un 7%-9%; es causa de un porcentaje importante de morbilidad - mortalidad en la estadística de los países. Los diabéticos

tienen entre 4 y 40 veces más posibilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares y la causa de la mayoría de los casos de ceguera en personas entre 30 y 50 años; la mitad de los trasplantes renales que se efectúan en diabéticos y es la causa del 75% de las amputaciones no traumáticas en los miembros inferiores. (6)

3.2.3 Fisiopatología

El defecto primario en la diabetes tipo 1 es la disminución de la secreción de la insulina por las células betas del páncreas. Este defecto causa hiperglucemia, poliuria, polidipsia y pérdida de peso, síntomas que se observan en la mayoría de los diabéticos que se diagnostica por primera vez con diabetes tipo 1. La fisiopatología de la diabetes tipo 2. Los mecanismos exactos aún no se conocen, pero se encuentra una combinación de factores ambientales – alteraciones nutricionales, sedentarismo, obesidad y genéticos, los cuales unidos producen el síndrome clínico de la diabetes enmarcada muchas veces dentro del síndrome metabólico. (6)

3.2.4 Factores de riesgo

Edad, sexo, la raza, obesidad, tabaquismo (los fumadores diabéticos tienen tres veces mayor probabilidad de morir debido a una enfermedad cardiovascular que los diabéticos no fumadores), y la dieta, las recomendaciones nutricionales de la American Diabetes Association (ADA) para el año 2000, destacan la importancia de individualizar la atención nutricional. (3)

3.2.5 Signos y síntomas

En el caso de que todavía no se haya diagnosticado la Diabetes Mellitus, ni comenzado el tratamiento, o que no esté bien tratada, se pueden encontrar los siguientes signos: Poliuria (aumento de la frecuencia urinaria), polidipsia (aumento de la sed), polifagia (aumento del apetito). Algunos otros presentan también, fatiga, irritabilidad, cambios de ánimo, cambios en la agudeza visual, pérdida de peso, piel seca, debilidad, mal aliento, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Además pueden presentar infecciones del tracto urinario, ausencia de la menstruación en mujeres y

aparición de impotencia en los hombres, aparición de glucosa en la orina u orina con color a coca cola, hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente. (8)

3.2.6 Tratamiento

a) Tratamiento no farmacológico:

El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables. (9)

b) Tratamiento farmacológico:

Tratamiento oral; Sulfonilureas: Estimula la segunda fase de la insulina. Útil en diabéticos tipo 2 sin sobrepeso y evolución de la enfermedad menor de 5 años que no responden al tratamiento dietético. Y biguanidas: Mejora la utilización de insulina a nivel periférico y disminuye la glucogénesis hepática. Se utiliza con pacientes con sobrepeso u obesidad. No está indicado en diabéticos con: insuficiencia renal, hepática, enfermedad cardiovascular o respiratoria severa. (10)

Tratamiento parenteral: Insulina ultrarrápida, insulina rápida, insulina intermedia, insulina de análogos de acción prolongada, insulina mixta. (10)

3.2.7 Complicaciones

La diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones son la primera causa de mortalidad en la población adulta.

a) Complicaciones metabólicas agudas

Cetoacidosis diabética: Es un cuadro agudo que se caracteriza por hipoglucemia, deshidratación, acidosis metabólica y cetonemia (cetonuria). En la actualidad el 5% de los pacientes llegan al estado de coma.

Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar No Cetósico: Se manifiesta por varias horas o varios días de sed excesiva, confusión, estupor o coma y signos físicos de deshidratación grave.

Hipoglucemias y trastornos de la glucorregulación: El diagnóstico se basa en la tríada de Whipple: manifestaciones clínicas de hipoglucemia, demostración de cifras bajas de glucemia, y corrección de los datos clínicos al administrar glucosa.

b) Complicaciones crónicas de la diabetes

Pie diabético: Se le llama “pie diabético” a la presencia de infección, úlceras y necrosis en los pies de pacientes con diabetes mellitus.

Infecciones en la Diabetes Mellitus: Son varios y entre ellas están; Tejidos Blandos, mucormicosis rinocerebral, otitis externa maligna, infecciones de vías urinarias, colecistitis enfisematosa y candidiasis. (11)

Retinopatía diabética: Los primeros signos son la presencia de microaneurismas y hemorragias en la retina. Después de 20 años de evolución de la diabetes, prácticamente todos los pacientes con diabetes tipo 1 y 80% de aquellos con diabetes tipo 2 presentan estas alteraciones.

Nefropatía diabética: El riesgo es menor en los pacientes con diabetes tipo 2 que en los pacientes con diabetes tipo 1; sin embargo, el riesgo de nefropatía con progresión a la insuficiencia renal es similar en ambos tipos. Existen factores de riesgos entre los cuales están: La hipertensión arterial, el tabaquismo y la dislipidemia.

Neuropatía diabética: Existen dos tipos de neuropatía diabética: la periférica y la autonómica. La neuropatía periférica afecta entre 25 y 50% de los pacientes con diabetes, cuyas consecuencias clínicas más importantes son el pie diabético y la neuropatía dolorosa. En cuanto a la neuropatía autonómica, sus formas más comunes son la cardíaca, la gastrointestinal y la disfunción eréctil.

Enfermedad cerebrovascular: Puede causar micro ateromas en vasos pequeños que ocasionan infartos lacunares.

Cardiopatía Isquémica: Es la complicación más frecuente en la diabetes mellitus. La enfermedad cardiovascular en el sujeto con diabetes tiende a ser más grave y en consecuencia más costosa. (12)

Hipertensión arterial en la Diabetes: Ambas, juntas o por separado, aumenta el riesgo de la enfermedad cardiovascular, nefropatías y retinopatía. (13)

3.3 Ingreso de Hospitalización

Hecho de incurrir o volver a reincidir en un ingreso a un hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento.

3.3.1 Causa de ingreso de Hospitalización

Hiperglucemia, hipoglucemia, retinopatía diabética, neuropatía diabética, pie diabético, Diabetes mellitus descompensada, cetoacidosis diabética, hipertensión arterial, insuficiencia renal e infección del tracto urinario.

3.3.2 Factores que causan el ingreso de Hospitalización

El ingreso de hospitalización puede ser una manifestación de una actuación improvisada en la persona, tanto por una evidente oposición al tratamiento, como por un bajo nivel de supervisión, controles ineficientes o desconocimiento de los mismos. Entre los factores esta: Dieta inadecuada, falta de chequeo médico, falta de recursos económicos, déficit higiene general y autocuidado del paciente diabético. (14)

3.4 Teoría del Autocuidado de Dorotea E. Orem

El autocuidado es definido por Orem como una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo aprendida por este y orientada hacia un

objetivo y se dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

El autocuidado permite mantener la vida y la salud, lo que debe aprenderse. Ello depende de las creencias, costumbres y prácticas (nutrición, higiene, vacunas) que tiene el individuo. Existen 3 requisitos, los cuales son:

Requisitos de Autocuidado Universal

Requisitos de autocuidado del desarrollo

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

3.4.1 Requisitos universales

Es la satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano. Estos requisitos son: Mantenimiento de un aporte adecuado de aire, de agua, de alimentos; Mantenimiento de los procesos de eliminación; Mantenimiento del equilibrio entre actividad y descanso; Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social; Prevenir los peligros que amenazan la vida, la salud y el bienestar; Y promover la salud y el desarrollo humano.

3.4.2 Necesidades de Autocuidado Terapéutico

Son constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.

3.4.3 Factores Condicionantes Básicos

Se han identificado diez factores: Edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos y factores externos del entorno.

3.4.4 El Autocuidado desde la Orientación Enfermera

El autocuidado es un hecho cultural, y por tanto, está influenciado por los valores personales, culturales y del grupo en el que se vive y se aprende mediante la

comunicación interpersonal. El autocuidado es la práctica de la reflexión, de las actividades que mantendrán la vida, la salud y también promoverán el bienestar integrándola de forma sostenida en la vida diaria.

3.4.5 Capacidad de Autocuidado

Capacidad de cuidar de uno mismo dependerá de que se cumplan en mayor o menor medida ciertos criterios o componentes de las facultades de la capacidad de autocuidado: habilidades para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo como agente de autocuidado, y sobre las condiciones y factores internos y externos significativos para el cuidado.

3.4.6 Limitaciones para el cuidado

Las limitaciones para los autocuidados son expresiones que impiden que las personas puedan proporcionarse la cantidad y clase de autocuidado que necesitan.
(15)

3.5 Hospital de Mazatenango

El Hospital de Mazatenango, Suchitepéquez, es un Centro de tercer nivel, entidad pública dedicada a brindar servicios de prevención, restablecimiento de la salud a toda población de Suchitepéquez. Brinda atención integral a la persona de dicho departamento con las áreas de atención de: promoción, protección, recuperación médica y nutricional, servicios técnicos y rehabilitación de la salud. Cuenta con una capacidad para albergar a los pacientes de los diferentes departamentos cercanos al hospital. Proporcionando atención médica basando su campo de acción en sus áreas básicas: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, emergencia, consulta externa y planificación familiar. Además cuenta con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento como el departamento de anestesiología, salas de operaciones, laboratorio clínico y banco de sangre, electrocardiografías, rayos X y morgue.

IV. ANTECEDENTES

En el estudio titulado: “Factores que Reinciden en el incremento de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus Tipo II” en Cantón Guaranda Provincia Bolívar, Ecuador en el año 2010, realizado en el Servicio de Medicina Interna del hospital con 81 pacientes, fue de tipo descriptivo, de secuencia transversal y prospectivo. Se recolectó la información mediante las historias clínicas de cada paciente, cuyas conclusiones fueron: La mayoría de reincidencia se manifiesta en el sexo femenino, se presenta en la zona urbana, el grupo etario estuvo comprendido entre los 61 a 70 años, seguido por el grupo comprendido entre las edades de 71 a 80 años. La mayoría de los pacientes tienen un tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 10 años, y tienen el riesgo de complicaciones crónicas dado por el sobrepeso. (16)

Otro estudio titulado: “Caracterización de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y el Control Metabólico en el Paciente con Reincidencia Hospitalaria” en San José Bogotá, D.C. Colombia 2014, con 318 pacientes diabéticos adultos de ambos sexos en el servicio de medicina interna del hospital, fue de tipo descriptivo, de casos, en pacientes con diagnóstico de DM2. Se recolectó la información mediante una entrevista. Las principales conclusiones fueron: La edad promedio es de 65 años. Las principales causas de reincidencia hospitalaria fueron enfermedad infecciosa (43%), seguido por descompensación metabólica (21%), el 81% se encuentra fuera de las metas del control metabólico, la neuropatía (68%) y la nefropatía diabética (66%) son las complicaciones crónicas más frecuentes. El 71% presenta hipertensión arterial. Los pacientes con un mal control metabólico tuvieron una estancia hospitalaria mayor a 10 días con un 17.5% y el 12% con un buen control metabólico. Se presentaron 17 defunciones (5.3%) principalmente por complicaciones infecciosas. (17)

Otra investigación titulada: “Características clínicas y factores asociados a Morbilidad Intrahospitalaria en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II” realizado en Lima Perú en el año 2013, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza con 424 pacientes

hospitalizados con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. El estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. Se aplicó una ficha de recolección de datos y se revisó el expediente, las conclusiones fueron: Las principales causas de hospitalización fueron; las infecciones 69.6% (Infecciones del tracto urinario, pie diabético, infección respiratoria, partes blandas). Grupo de mayor estancia fueron pacientes con pie diabético con una media de 21 días. (18)

Se realizó un estudio titulado: “Efectividad de un Programa Educativo Basado en el Autocuidado de Miembros Inferiores para la Prevención de las Complicaciones en Pacientes Diabéticos” realizado en Trujillo, Perú 2007, en el Hospital de Sullana, se seleccionó un universo de 40 pacientes que llegaron al hospital a realizar su control de diabetes. Estos fueron divididos en dos grupos: 20 para el grupo de control y 20 para el grupo experimental. El estudio fue de tipo cuantitativo, aplicativo, explicativo, con diseño cuasi experimental. Se recolectó la información mediante: observación directa, lista de cotejo y programa educativo. Las principales conclusiones fueron: Existe una alta frecuencia de complicaciones crónicas; el mal control metabólico al ingresar aumenta riesgo de mortalidad en pacientes con infarto agudo al miocardio y el tratamiento intensivo con insulina intenta disminuir el riesgo de mortalidad cardiovascular. El mal control de la enfermedad, una baja asistencia a control médico por endocrinología (24%) y (36%) pacientes sin control por medicina interna, la mayoría de pacientes presenta úlceras profundas con compromiso de tendones y úlceras con compromiso óseo; mientras que en un grupo experimental los pacientes presentan úlceras profundas con compromiso de tendones y gangrena localizada. (19)

En el estudio titulado: “Adherencia al Tratamiento Farmacológico y Relación con el Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II” en Chile, en el año 2010, realizado con un universo de 962 pacientes con DM2 con tiempo e ingreso mayor a tres años al programa de salud cardiovascular, fue de tipo descriptivo, de corte transversal con reclutamiento prospectivo. Se recolectó la información mediante Test de Morisky-Green y fichas clínicas de cada paciente, cuyas conclusiones fueron:

La falta de adherencia al tratamiento es relevante en enfermedades crónicas como DM2. Las perspectivas actuales sobre la atención del paciente con DM2 otorgan una función central al autocuidado. La responsabilidad de una correcta administración de la terapia farmacológica debe ser reforzada con educación continua de todo el equipo de salud. (20)

En el estudio de investigación titulado: “Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II en el Hospital de Ancud”, en Valdivia, Chile en el año 2010, realizado con 150 pacientes registrados como diabéticos que están dentro del Programa de Salud para la Diabetes, el estudio fue de tipo descriptivo, cualitativo, transversal. Se recolectaron los datos mediante un instrumento en forma de encuesta cuando estos asistían a solicitar sus medicamentos, llegando a las siguientes conclusiones: muestra que la adherencia al tratamiento antidiabético está dada por múltiples causas, lo que implica una gran tarea que requiere de la interacción de todo el entorno profesional multidisciplinario y el compromiso del paciente y su entorno familiar para lograr un aumento significativo en la adherencia y que hace que esta sea una tarea muy compleja de resolver. Este problema afecta a todos los profesionales vinculados a la salud, ya que el lograr la adherencia al tratamiento significa mejorar la calidad de vida de los pacientes. (21)

Otra investigación titulada: “Adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II, en Adultos Mayores” en Iquitos, Perú en el año 2013. Realizado en el Centro de Salud San Juan con 186 pacientes adultos mayores con DM2. El estudio fue de tipo experimental, transversal, descriptivo correlacional. Se recolectaron los datos mediante una entrevista. Las conclusiones fueron: La complicación más frecuente fue la neuropatía (57.3%) y 85.3% la hiperglicemia, los factores de la no adherencia se observó riesgo medio en el factor socioeconómico, riesgo bajo en el factor con el proveedor de salud, riesgo bajo con el paciente y alto con la terapia. El 69.33% de adultos mayores son no adherentes al tratamiento de DM, es decir que no ejecutan las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria y solamente el 30.67% cumplen con lo recomendado. Las variables que mostraron correlación

positiva con la adherencia al tratamiento fueron: estado civil, grado de instrucción, artrosis, dislipidemia y retinopatía. (3)

Se realizó un estudio titulado: "Factores en la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II" en Ambato, Ecuador en el año 2012, realizado con 50 pacientes en el Hospital Provincial General de Latacunga en la consulta externa. Fue de tipo cuantitativa y cualitativa. Se recolectó la información mediante encuestas y Test de Haynes-Sackett, cuyas conclusiones fueron: Alrededor de la mitad de los pacientes estudiados presentan dificultad para la administración de su medicamento, debido a la falta de adherencia al tratamiento, los valores de glicemia no disminuyeron considerablemente, alrededor del 50-60% de los pacientes atendidos en la consulta externa del HPGL, es considerado incumplidor con su tratamiento, según el test de Haynes-Sackett. Otras causas de la no adherencia están; la medicina tradicional, estrés, no aceptación de la enfermedad, compromiso social, como también efectos adversos, falta de comprensión de recomendaciones, situación económica, olvido y falta de apoyo familiar. (22)

Se realizó un estudio titulado: "Causa de Reincidencia de Hospitalización del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2" realizado en el Hospital Tamaulipas, México en el año 2008, conformado por 40 pacientes adultos, 20 hombres y 20 mujeres. Fue de tipo epidemiológico, transversal. Los instrumentos utilizados fueron la cédula de datos de identificación del paciente, un cuestionario de identificación de trastornos por uso de alcohol, y otro para medir el uso de tabaco denominada Fagerstrom y se llevó acabo en cada unidad del paciente. Conclusiones: La edad promedio es de 65 años y tienen baja escolaridad. Las complicaciones que llevan a la reincidencia de hospitalización, son pie diabético 45% como principal, el consumo de alcohol. El tabaco no se relacionó con la causa de hospitalización, ante los hallazgos es importante que el personal de enfermería valore y amerite intervenciones de tipo preventivo que ayuden a disminuir el problema. (23)

En el estudio titulado: “Factores de Reincidencia de Hospitalización en Pacientes Adultos Hombres y Mujeres con Diabetes Mellitus” realizado en Hospital San Rafael de Quetzaltenango, Guatemala, en el año 2013. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. El instrumento dirigido a hombres y mujeres mayores de 30 años, en la que se utilizó una lista de verificación y listado de agravantes basado en la observación y revisión de 71 expedientes clínicos. Conclusiones: La incidencia se presenta en la hiperglicemia es del 59% femenino y 41% masculino. Lo que indica que la mayor parte de la población en estudio no lleva un control estricto de los medicamentos y dieta. Los autores confirman que la causa principal es el exceso de ejercicio y el cambio de horario de medicamentos y comidas y los que la sufren son los pacientes diabéticos insulinos, la causa grave es la falta de administración de insulina. También están la hipoglucemia Retinopatía, necrobiosis diabética, cetoacidosis diabética, nefropatía diabética, Infección del tracto urinario, neuropatía diabética, insuficiencia renal crónica, arteriosclerosis diabética, enfermedad cerebro vascular (14)

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Evaluar las causas de la no adherencia al tratamiento de diabetes mellitus y su relación con la hospitalización.

5.2 Objetivos Específicos

5.2.1 Caracterizar sociodemográficamente a los sujetos de estudio.

5.2.2 Describir las causas de hospitalización de los pacientes con Diabetes Mellitus.

5.2.3 Identificar la relación entre la falta de adherencia al tratamiento.

VI. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes es la alteración metabólica más común en la población en Guatemala, la elevada prevalencia de diabetes mellitus es un problema importante de la salud pública siendo la segunda causa de muerte. El porcentaje es alto, en la hospitalización de los pacientes Diabéticos que ingresan al Hospital de Mazatenango, Suchitepéquez. De acuerdo con los datos, la Diabetes es una enfermedad silenciosa que causa unas 5 mil muertes al año en Guatemala.

En Guatemala, el Patronato de Pacientes Diabéticos indico una prevalencia de la diabetes en el país de 8.4% (entre 118 y 120 mil personas), y los datos estadísticos en el poder de las autoridades indican que de ese total un 56% corresponde a hombres y 39% a mujeres, es decir que el mal, afecta a tres de cada cinco varones y 2 de cada cinco mujeres guatemaltecas. El 20% de los pacientes diabéticos presenta complicaciones a nivel renal el cual es diagnosticado en la fase terminal y otro porcentaje presenta problemas visuales. La tasa de la amputación de miembros inferiores es también 40 veces mayor que en los no diabéticos. Los diabéticos son 2 veces más propensos que los no diabéticos a las enfermedades coronarias, accidentes cardiovasculares, arteriosclerosis, obesidad y la hipertensión arterial. (24)

La Diabetes Mellitus se considera una amenaza de vida, por tal razón fue importante priorizarlo como problema de salud e investigarlo con el propósito fundamental de reducir la morbilidad y lograr que las tasas de mortalidad en pacientes diabéticos disminuyan. Considerando que los factores de riesgo de este padecimiento son alterables en su mayoría, y que el tratamiento produce cambios en el modo y estilo de vida. La enseñanza a través de la prevención y cuidados adecuados son elementos primordiales de cualquier programa para brindar y favorecer una vida saludable y plena del paciente.

Existe una alta, no adherencia al tratamiento en diabéticos de la población estudiada, que acude al área hospitalaria a través de emergencia y consulta externa, de más de

50 a 60 pacientes al mes, esto determinado principalmente por factores clínicos tales como: No uso o mal uso de la terapia farmacológica, dieta y por la prevalencia de esta enfermedad de más de 10 años. Existen otros factores independientes asociados a la no adherencia, como el estilo de vida, convivir solo con el cónyuge, estar desempleado, falta de apoyo familia, tener una mala orientación en el tratamiento y mala percepción en la atención médica. También por complicaciones de la misma enfermedad, entre las más frecuentes están: hiperglucemia, hipoglucemia, retinopatía, cetoacidosis, infecciones del tracto urinario, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y pie diabético.

La investigación fue factible ya que se contó con los recursos necesarios, los beneficiarios serán los pacientes y el hospital, porque a través del estudio se logrará reducir costos de hospitalización y por ende días de estancia hospitalaria. Es útil para el gremio de Enfermería, para mejorar la atención del paciente y es de relevancia social por el número de pacientes con Diabetes en el mundo, este estudio servirá de referencia para otras investigaciones.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de Estudio

Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

7.2 Sujeto de Estudio

Hombres y mujeres diagnosticados con diabetes mellitus hospitalizados en los servicios de medicina de hombres y mujeres.

7.3 Contextualización Geográfica y Temporal

Se realizó en el Hospital de Mazatenango, Suchitepéquez. Marzo de 2017

7.4 Definición de Variables

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	ITEMS
Caracterización sociodemográfica de los sujetos de estudio	Atributos que identifican a una persona y que le hace diferente de las demás personas (25)	Son las características de cada persona que diferencian de otra	-Sexo -Edad -Estado civil -Escolaridad -Religión -Situación laboral _antecedentes familiares	Nominal	De 1 a la 8
Adherencia al tratamiento del paciente Diabético	Es el grado de acuerdo alcanzado entre los proveedores de servicios de salud y los pacientes, para	Es el compromiso que adquiere el paciente para cuidar su salud a través de la	Factores: -Socioeconómicos -Relacionados con el tratamiento -Relacionados con el paciente	Nominal	De 9 a la 25

	lograr un				
Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	ITEMS
	compromiso en relación con las metas del tratamiento, se destaca el efecto de la participación del paciente en el mantenimiento de su salud, según el contexto social, cultural y autocuidado que realiza. (5)	administración de sus medicamentos.	-Relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria		
Causa de ingreso de hospitalización en pacientes Diabéticos y su relación con la adherencia al tratamiento	La hospitalización puede ser una manifestación de una actuación improvisada en la persona, tanto por una evidente oposición al tratamiento, como por un	Razón por la que los pacientes son hospitalizados en los servicios de salud	-Hiperglucemia -Hipoglucemia -Retinopatía diabética -Neuropatía -Pie diabético -Diabetes mellitus descompensada -Cetoacidosis diabética -Hipertensión arterial	Nominal	26

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	ITEMS
	bajo nivel de supervisión, controles ineficientes o desconocimiento de los mismos. (14)		-Insuficiencia renal -Infección del tracto urinario		

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de los sujetos de estudio

8.1.1 Criterios de Inclusión

Pacientes mayores de 30 años de edad con Diabetes Mellitus hospitalizados en los servicios de medicina de hombres y mujeres

8.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no desean participar.
- Los pacientes con 2 meses de diagnóstico.

8.1.3 Universo

El universo estuvo conformado por 40 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de hombres y mujeres

8.1.4 La identificación de los sujetos a incluir en el universo

La identificación de los sujetos de estudio se realizó a través del libro de ingreso a los servicios de medicina de hombres y mujeres, además se utilizó el kardex.

8.2 Recolección de datos

8.2.1 Métodos utilizados para la recolección de datos

La información se recolectó a través de un cuestionario, para ello se utilizó la técnica de encuesta, la cual se llenó en modalidad administrada y auto administrada.

8.2.2 Instrumentos para la recolección de los datos

El cuestionario consta de 3 secciones: la primera indaga sobre las características sociodemográficas del paciente diabético, se compone de 9 preguntas. La segunda sección se relaciona a la no adherencia al tratamiento y la tercera incluyó una pregunta acerca de las complicaciones de la Diabetes Mellitus, para un total de 28

preguntas. La estructura de las preguntas fue de selección múltiple y dicotómica. Para ello se aplicó el instrumento diseñado por Ortiz Suárez y validado por la Organización Mundial de la Salud. (26)

8.2.3 Validación del Instrumento para recolectar datos

Por ser un instrumento validado se contextualizo al lugar del estudio, luego se realizó la validación con 5 pacientes que estaban hospitalizados en el Hospital de Mazatenango, previa autorización de las autoridades del hospital, donde no se modificó ninguna pregunta.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1 Descripción del proceso de digitación

La digitación de la información obtenida fue de forma manual y electrónica, primero se verificaron los datos plasmados en las boletas, posteriormente se digito a través de la página de Microsoft Word y Excel.

9.2 Plan de análisis de datos

La recolección de los datos se procesó a través de estadística descriptiva utilizando porcentajes, para obtener datos en forma cuantitativa y poder analizar la información.

9.3 Métodos estadísticos

Se tabularon los datos por medio de tablas y gráficas en el programa de Microsoft Excel, para luego analizar y presentar la información a través de un informe descriptivo, el cual se completó por medio de la relación de datos y teorías que sustenta el estudio.

9.4 Aspectos éticos de la investigación

En el estudio se aplicaron los siguientes principios éticos: Confidencialidad, autonomía, justicia, no maleficencia y respeto. (26)

X. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Sección I. Características sociodemográficas

Tabla Núm. 1

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1. Sexo	Mujer	25	63%
	Hombre	15	37%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

De acuerdo a los datos obtenidos el 63% son mujeres y el 37% hombres padecen de Diabetes Mellitus, es una enfermedad crónico degenerativo y se presenta con mayor frecuencia en las mujeres.

Tabla Núm. 2

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
2. Edad	30-35 años	1	2%
	36-40 años	2	5%
	41-45 años	2	5%
	46-50 años	5	12.5%
	51-55 años	5	12.5%
	56 a más años	25	63%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

La investigación tiene como resultado que los pacientes diabéticos con ingreso de hospitalización son de 56 años con un 63%; 46 a 55 años 12.5%; de 36 a 45 años 5% y 30 a 35 años 2%. El mayor porcentaje es del 63% de pacientes de edades de 57 años que padecen la enfermedad.

Tabla Núm. 3

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
3. Estado Civil	Casado (a)	38	95%
	Soltero (a)	2	5%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

Según los datos obtenidos el 95% de los pacientes son casados y el 5% solteros. Por lo que muestra el cuadro hay mayor incidencia en el diabético casado (a) no ayuda, así como lo muestra el cuadro anterior, que la edad más afectada son los pacientes de edad de 56 años a más con un 63%. Por lo que se debe brindar educación y control personalizado para el paciente.

Tabla Núm. 4

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
4. Escolaridad	Ninguno	14	35%
	Primaria	17	42%
	Básico	4	10%
	Diversificado	4	10%
	Universitario	1	3%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

El nivel de la escolaridad de las personas con diabetes mellitus, es una determinante esencial para mejorar, prevenir y reducir la aparición de las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, y según los datos reportados por las entrevistas indican que un 42% estudió la primaria; en tanto que un 10% el nivel básico; 3% universitario; y el 35% son analfabetas, la falta de educación de las personas con Diabetes Mellitus dificulta la comprensión respecto a cómo debe tomar el tratamiento y las acciones de autocuidado que debe realizar.

Tabla Núm. 5

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
5. Religión	Evangélico	21	52%
	Católico	17	43%
	Ninguno	2	5%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

Los datos reflejan que el 52% profesan la religión evangélica, 43% la católica y el 5% no profesa ninguna religión. La religión es determinante en el paciente, ya que la enfermedad produce un sufrimiento no solo en la persona enferma sino también en los familiares que están a su alrededor, este sufrimiento da lugar a una búsqueda o acercamiento hacia un ser supremo, lo que es muy importante, pero se vuelve una limitante cuando la religión no permite que el paciente continúe con su tratamiento farmacológico y esto causa complicaciones de ingreso hospitalario.

Tabla Núm. 6

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
6. Ocupación	Agricultor	5	12%
	Transporte, comerciante o albañil	5	12%
	Ama de casa	14	35%
	Técnico y profesional	1	3%
	Otros (desempleado, predicador, costurera, cobrador y mecánico)	15	38%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

En relación a la ocupación, se observó que existen diferentes datos estadísticos, entre los que se destaca la opción de otros, en los que se encuentran; desempleado, predicador, costurera, cobrador y mecánico con un 38%, así mismo se observa que el 35% corresponden a ama de casa, 12% respectivamente se dedican al transporte, comercio, son albañil y agricultor, y con un 3% técnico y profesional. La opción de otros significa que el paciente no cuenta con un empleo estable, lo que aumenta las complicaciones. En ocasiones el ser ama de casa tiene múltiples consecuencias por las ocupaciones domésticas, esto le impide tener un buen autocuidado y la adquisición de sus medicamentos.

Tabla Núm. 7

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
7. ¿Cuántos años tenía cuando le diagnosticaron Diabetes Mellitus?	29-30 años	3	7%
	31-35 años	5	12.5%
	36-40 años	5	12.5%
	41-45 años	8	20%
	46-50 años	3	8%
	51-55 años	4	10%
	56 a más años	12	30%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

De la pregunta planteada a los sujetos de estudio el 30% indicaron que se le diagnosticó la enfermedad a los 56 años en adelante, el 20% en edades de 41 a 45 años, el 12.5% 31 a 40 años, el 10% de 51 a 55 años, el 8% de 46 a 50 años y 7% de 29 a 30 años. Las personas adultas jóvenes tienen una mejor condición física que los adultos mayores por lo que tienen menos probabilidades de padecer la enfermedad, y en los adultos mayores, es más frecuente, lo que indica que si no se controla y se brindan los cuidados adecuados pueden provocar el ingreso de hospitalización.

Tabla Núm. 8

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
8. ¿Padece de alguna otra enfermedad?	No	18	45%
	Si	22	55%
	Total	40	100%

Tabla Núm. 9

Si su respuesta es SI, ¿Cuál?

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Asma	1	4%
ITU	1	4%
Hipertensión arterial	20	76%
Cirrosis	1	4%
Tuberculosis	1	4%
Insuficiencia renal	1	4%
Nefropatía	1	4%
Total	26	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

Se observa que el 45% no padece de ninguna otra enfermedad, mientras que el 55% de los pacientes sí, por lo que se observa que el ingreso de hospitalización es más frecuente en pacientes que padecen de otra enfermedad, y este estudio no es la excepción, de ellos el 76% padece de hipertensión arterial lo que muestra que también es una enfermedad crónico degenerativo, esto hace que haya más probabilidad de reincidencia hospitalaria y el 24% de las enfermedades menos frecuentes son; asma, ITU, cirrosis, tuberculosis, insuficiencia renal e nefropatía.

Sección II.

Dimensión I. Factor Socioeconómico

Tabla Núm. 10

	Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentajes
9. ¿Tiene posibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas?	Nunca	8	20%
	Algunas veces	24	60%
	Siempre	8	20%
	Total	40	100%

10. ¿Cuenta con los recursos para comprar sus medicamentos?	Nunca	9	22%
	Algunas veces	24	60%
	Siempre	7	18%
	Total	40	100%

11. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?	Nunca	11	27%
	Algunas veces	17	43%
	Siempre	12	30%
	Total	40	100%

12. ¿Se le dificulta comprar los alimentos recomendados?	Nunca	14	35%
	Algunas veces	20	50%
	Siempre	6	15%
	Total	40	100%

13. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para comprar su medicamento?	Nunca	3	7%
	Algunas veces	19	48%
	Siempre	18	45%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

Los resultados obtenidos de los pacientes diabéticos indican que factor socioeconómico, el 70% de los pacientes no cuentan con posibilidades económicas, para atender sus necesidades básicas, se les dificulta comprar sus medicamentos y no cuentan con las posibilidades de trasladarse a su lugar de consulta, también al 85% se les dificulta comprar sus alimentos y el 55 % no cuentan con el apoyo de su familia o personas allegadas para comprar sus medicamentos. Por lo que se puede evidenciar que la falta de apoyo familiar y el bajo recurso económico es una limitante, esto afecta al paciente, ya que la diabetes es una enfermedad con tratamiento muy costoso, y los gastos que implica pueden ir más allá de la cobertura de las necesidades básicas, como también interfieren en el tratamiento, lo que puede provocar la no adherencia y un incremento de posibilidad de desarrollar complicaciones crónicas y causar hospitalización.

II Dimensión. Factor relacionado con el tratamiento

Tabla Núm. 11

	Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentajes
14. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificulta seguir el tratamiento?	Nunca	15	37%
	Algunas veces	13	33%
	Siempre	12	30%
	Total	40	100%
15. ¿La distancia de su casa le dificulta en el cumplimiento de sus citas médicas?	Nunca	11	27%
	Algunas veces	16	40%
	Siempre	13	33%
	Total	40	100%
16. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la relación con las comidas?	Nunca	24	58%
	Algunas veces	12	32%
	Siempre	4	10%
	Total	40	100%
17. ¿Cuándo se siente bien suspende el tratamiento (medicamento)?	Nunca	15	37.5%
	Algunas veces	15	37.5%
	Siempre	10	25%
	Total	40	100%
18. ¿Considera que le es difícil cambiar su alimentación?	Nunca	12	30%
	Algunas veces	20	50%
	Siempre	8	20%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

La investigación realizada en los pacientes diabéticos sobre el factor relacionado con el tratamiento muestra que, al 63% se le dificulta seguir con su tratamiento debido a las ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar, como también por la irregularidad de empleo. También el 73% indica que la distancia de su casa al centro asistencial le dificulta en el cumplimiento de sus citas, relacionado con el horario inestable de las consultas. El 42% tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos. Otro dato muestra que el 62% suspende el tratamiento cuando se siente bien, por lo que el personal de salud debe brindar consejería, ya que es de vital importancia orientar al paciente en su tratamiento. Respecto al cambio de alimentación el 70% indica que le es difícil debido a la falta de recursos económicos y del apoyo familiar en la preparación de las comidas por lo que provoca complicaciones.

IV Dimensión. Factor relacionado con el paciente

Tabla Núm. 12

	Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentajes
19. ¿Se interesa por conocer su condición de salud y la forma de cuidarse?	Nunca	1	2%
	Algunas veces	9	23%
	Siempre	30	75%
	Total	40	100%

20. ¿Considera que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	Nunca	0	0%
	Algunas veces	4	10%
	Siempre	36	90%
	Total	40	100%

21. ¿Considera que usted es el (la) responsable de seguir el cuidado de su salud?	Nunca	0	0%
	Algunas veces	8	20%
	Siempre	32	80%
	Total	40	100%

22. ¿Ha realizado cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud después de que le diagnosticaron la enfermedad?	Nunca	0	0%
	Algunas veces	20	50%
	Siempre	20	50%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

Los resultados de los factores relacionados con el paciente en su mayoría son muy alentadores. Aunque el 25% de los sujetos no se interesan por conocer su condición de salud y la forma de cuidarse, porque sus necesidades básicas son más

importantes que su salud. Se evidencia que el 10% consideran que no es importante seguir el tratamiento. También se observa que el 20% responde que no es el responsable de seguir los cuidados de su salud, esto por la falta de información de la enfermedad de parte del paciente, respecto a su salud, por lo que desconoce las consecuencias que causa a su vida si no sigue el tratamiento. Y el 50% algunas veces realiza los cambios en su estilo de vida, a consecuencia de las obligaciones que tiene fuera y dentro del hogar, la escasa economía, la falta de apoyo familiar, los controles ineficientes de sus consultas, dieta inadecuada y la falta de ejercicio, se le hace difícil realizar los cambios, causando complicaciones y hospitalización.

V Dimensión. Factor relacionado con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Tabla Núm. 13

	Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentajes
23. ¿Ha recibido información acerca del tratamiento que recibe?	Nunca	11	27.5%
	Algunas veces	11	27.5%
	Siempre	18	45%
	Total	40	100%

24. ¿Periódicamente es evaluado por el médico para saber su estado de salud?	Nunca	6	15%
	Algunas veces	21	52%
	Siempre	13	33%
	Total	40	100%

25. ¿El personal de salud le ha informado a su familia acerca de los cuidados que debe llevar?	Nunca	8	20%
	Algunas veces	8	20%
	Siempre	24	60%
	Total	40	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

Los resultados de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, indican que el 55% de los pacientes no han recibido información acerca del tratamiento que reciben y el desconocimiento de los mismos es preocupante, por lo que brindar educación al paciente implica desarrollar en él los conocimientos, motivaciones y los sentimientos para afrontar las exigencias terapéuticas de la diabetes con autonomía y responsabilidad. El 67% no es evaluado periódicamente para conocer su estado de salud, esto ocurre porque el paciente no tiene acceso a la

salud, limitación de tiempo y falta de los recursos económicos para trasladarse a su lugar de consulta. Y el 40% del personal de salud no le ha brindado información a la familiares del paciente, ellos desconocen los cuidados mínimos acerca de la enfermedad, por lo que las consecuencias provocan adherencia al tratamiento e incumplimiento de la terapia integral en general.

Sección III. Causa de hospitalización

Tabla Núm. 14

	Items	Frecuencia	Porcentaje
26. ¿Cuál es la causa de su hospitalización actual? Puede marcar más de una respuesta.	Hiperglucemia	22	46%
	Hipoglucemia	5	11%
	Retinopatía diabética	0	0%
	Neuropatía diabética	0	0%
	Pie diabético	4	8%
	Diabetes mellitus descompensada	5	10%
	Cetoacidosis diabética	0	0%
	Hipertensión arterial	9	19%
	Insuficiencia renal	0	0%
	Infección del tracto urinario	3	6%
	Total	48	100%

Fuente: Boleta de encuesta, Hospital de Mazatenango, abril 2017

Los resultados reflejan que la patología que más causa la hospitalización es la hiperglicemia con el 46%, a consecuencia de las complicaciones de la enfermedad, también por los factores de riesgo y factores que inciden en la adherencia al tratamiento. La Hipertensión arterial con 19%, 11% hipoglucemia, 10% diabetes mellitus descompensada, 8% pie diabético, e infección del tracto urinario. Esto también provocado por el tiempo de evolución mayor a 10 años, falta de recursos económicos para cumplir con el tratamiento farmacológico o por la falta de ejercicios. Estudios realizados en otros países latinoamericanos también mencionan las mismas causas de hospitalización. (16)

XI. CONCLUSIONES

En base a la recolección, análisis e interpretación de datos se establecen las siguientes conclusiones:

De acuerdo a los resultados obtenidos de la caracterización sociodemográficamente de los sujetos de estudio indican que de los 40 pacientes diabéticos con hospitalización predominan, los pacientes de sexo femenino, con una edad promedio de 56 a más años, casados, con un nivel de escolaridad primaria, profesan la religión evangélica, la opción de ocupación que más prevalece es ama de casa, fueron diagnosticados desde los 56 años con Diabetes Mellitus

Los resultados reflejan que la patología que más prevalece en la causa de hospitalización es la hiperglicemia a consecuencia de las complicaciones de la enfermedad, también por factores de riesgo y factores que inciden en la adherencia al tratamiento. Se logra observar que la hipertensión arterial, hipoglucemia, diabetes mellitus descompensada, pie diabético, infección del tracto urinario, son otras causas de hospitalización. Esto provocado por la falta de recursos económicos para cumplir con el tratamiento farmacológico, falta de educación relacionada con la enfermedad y ejercicios físicos

La falta de recursos económicos interfiriere la obtención de las necesidades básicas, así mismo dificulta trasladarse a su lugar de consulta, otra de las causas de la falta adherencia al tratamiento es que debido a las ocupaciones que tienen dentro y fuera del hogar se le dificulta seguir con el tratamiento. También se obtuvo como resultado que el 50% de los sujetos de estudio no se interesan por conocer su condición de salud.

XII. RECOMENDACIONES

Propiciar grupos de autocuidado a favor de los pacientes con Diabetes Mellitus del Hospital de Mazatenango, orientadas a prevenir las complicaciones crónicas, en relación con el control adecuado.

Mejorar los procesos educativos, impulsando y desarrollando programas dirigidos en forma integral e individualizada al paciente diabético, basada en las necesidades de la población, para tomar conciencia acerca de la gravedad que implica el no prevenir las complicaciones crónicas, desarrollada por un equipo multidisciplinario organizado, mediante los cambios de estilos de vida y cumplimiento del tratamiento farmacológico, con la participación activa del paciente y su familia para evitar los factores de riesgo, que incidan la no adherencia al tratamiento y el ingreso de hospitalización.

Dar a conocer al Hospital de Mazatenango y a la Dirección del área de Salud sobre los resultados obtenidos del estudio, con la finalidad de fomentar y promover estrategias de prevención y promoción a la población, evitando generar gastos económicos para el paciente y el país.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Xiap Satey, Elisa Liliana. Nivel del conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad. Guatemala : s.n., 2014. pág. 87.
2. Torselli Valladares, Danilo Estuardo; Monterroso Orellana, Leidy Mariela; Cutz Ijchajchal, Miguel Alejandro; Portillo Valle, Jennefer Georgina; Reyes Oliva, Madelyn Sofía. Prevalencia de neuropatía periférica distal de miembros inferiores con diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus. Guatemala: s.n., 2012.
3. Davila Soto, Rosa y García Bustamante, Nohemí Antonia y Saavedra Huanuiri, Karen Jannyne. Adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II. En adultos mayores: Variables asociados. Equitos - 2014. Iquitos, Perú : s.n., 2014. pág. 107, Tesis de Licenciatura.
4. Hermida Porto, Leticia. Diabetes Mellitus. [En línea] 04 de Marzo de 2016. [Citado el: 04 de Marzo de 2016.] http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/diabetes_mellitus.asp.
5. Figueroa Pineda, Claudia Lucía. Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010. Bucaramanga, Colombia : s.n., 2011.
6. M, Arturo Orrego. Endocrinología. 7. Medellín, Colombia : Legis S.A, 2012. pág. 420. Vol. 7. 9789589076637.
7. Longmore, Murray, y otros, y otros. Manual Oxford de Medicina Interna. [trad.] María Teresa Muñoz Martínez. 8. España : España, 2010. 9788478855469.
8. Herrera Cornejo, Martín Alberto. Diabetes Mellitus. s.l. : Editorial Alfil, S.A. de C.V, 2011. pág. 61. 9781449285623.
9. Barr, Patricia y Betz Janice. La Diabetes. Quetzaltenango : s.n., 2011.
10. García, J. L. Rodríguez. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. Madrid, España : España, 2013. 9788471019240.
11. Halabe Cherem, José, Lifshitz G, Alberto y López Bárcen, Joaquín y Ramiro H., Manuel. El Internista, Medicina Interna para Internista. México, D.F : Programas Educativos, S.A. de C.V, 2011. Vol. 1. 9701020006.

12. Catro Martínez, María Guadalupe y Aguilar Salinas, Carlos A. y Liceaga Craviotto, María Gariela. Complicaciones Crónicas en la Diabetes Mellitus. s.l. : Editorial Alfil, S.A. de C.V, 2010. pág. 297. 9781449283179.
13. Lerman, Israel. Atención Integral del Paciente Diabético. México, D.F : Edamsa Impresiones S.A. de C.V, 2011. Vol. 4. 9786071504067.
14. Morales Gómez, Rosa Gladys. Factores de reincidencia de hospitalización en pacientes adultos hombres y mujeres con Diabetes Mellitus. Quetzaltenango, Guatemala : s.n., 2013.
15. Orem, Dorothea E. Teoría del Déficit de Autocuidado. [aut. libro] Martha Raile Alligood y Ann Tomey Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima Edición. España : ELSEVIER, 2,011, págs. 269-274.
16. Quisiguiña Jarrín, Diana Cecilia. Factores que reinciden en el incremento de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el servicio de medicina interna del hospital alfredo noboa. Cantón guaranda provincia bolívar rio bamba, ecuador : s.n., 2010.
17. Osuna, Mónica y Rivera, María Claudia y Bocanegra, César de Jesús. Caracterización de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y el Control Metabólico en el Paciente con Reincidencia Hospitalaria. 4, San José Bogotá, D.C Colombia: s.n., 2014, Vol. XXXIX. ISSN: 0120-2448.
18. Gonzales Grández, Nancy Natalia y Rodríguez Lay, Elba Giovanna y Manrique Hurtado Helard. Características Clínicas y Factores Asociados a Morbilidad Intrahospitalaria en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. 4, Lima Perú : s.n., 2013, Vol. XXVI.
19. Farfán Sánchez, Rosa. Efectividad de un programa educativo basado en el autocuidado de miembros inferiores para la prevención de complicaciones en pacientes diabéticos. Trujillo, Perú : s.n., 2007.
20. Gilgoux López, José Felipe y Moya Rivera, Patricia Y Rojas, Silvia Jaime. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus 2. Chile : s.n., 2010, Vol. 14.
21. Giacaman Kompatzki, Jorge Alejandro. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Valdivia, Chile : s.n., 2010.

22. Moposita Yumiguano, Ana Carolina. Factores en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Ambato : s.n., 2012.
23. Causas de Reincidencia de Hospitalización del Adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2. ENEO-UNAM, Revista Enfermería Universitaria. 4, Tamaulipas, México : s.n., 2008, Vol. V.
24. Patronato Contra la Diabetes. Marín, Miguel Ángel. La diabetes causa unas 5 mil muertes al año en Guatemala. Siglo.21. 2010.
25. Osorio, Juan Manuel Piña. Aceptación, estigma y discriminación. Madrid España : Díaz de Santos, 2013. 9788899695945.
26. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Ortiz Suárez, Consuelo. 2, Bogotá, Colombia : s.n., 2010, Bdigital, Vol. 28. Linck revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21382/22433. 2346-0261.
27. Lolas, Fernando; Quezada, Alvaro; Rodriguez Eduardo. Investigación en salud: dimensión ética. Chile : CIEB, Universidad de Chile, 2006. 9561905019.
28. Organización Mundial de la Salud . Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. s.l.: Organización Mundial de la Salud , 2000. 9789275325490.
29. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [En línea] Enero de 2015. [Citado el: 04 de Marzo de 2016.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
30. Escuela de Química Farmacéutica. Guía Farmacoterapéutica. Quetzaltenago : s.n., 2005.
31. Universidad de Cantabria. Suero terapia intravenosa. [En línea] open course ware. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-clinica-i-2011/material-de-clase/bloque-i/Tema%201.2.3%20Sueroterapia%20intravenosa.pdf>.

XIV. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento, Yo _____
recibí la información que me proporcionaron y estoy de acuerdo, por lo que doy mi consentimiento para formar parte de la investigación titulada “**Evaluación de la no adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus y su relación con la hospitalización. Hospital de Mazatenango, Guatemala**”, el cual es desarrollado por la enfermera Miriam Débora Marta Sac Colop, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Rafael Landívar, Campus Quetzaltenango.

Es de mi conocimiento que el cuestionario que responderé forma parte del estudio, que la información recolectada será utilizada únicamente en esta investigación y será estrictamente confidencial. Además se me ha informado con anterioridad los objetivos de la investigación y de que puedo retirarme en el momento que lo desee.

Firma o huella del paciente

Firma de la Investigadora

CUESTIONARIO

Boleta Número: _____

La presente investigación titulada: **Evaluación de la no adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus y su relación con la hospitalización**, tiene como objetivo: Evaluar las causas de no adherencia al tratamiento de diabetes mellitus y su relación con la hospitalización en los pacientes Diabéticos en el Hospital de Mazatenango. Es dirigida por la E.P. Miriam Débora Marta Sac Colop, estudiante de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Rafael Landívar.

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan una serie de preguntas la cual debe responder, marcando una X, según corresponda a la respuesta proporcionada por la estudiante.

Sección I. Características personales

1. Sexo:

Hombre

Mujer

2. Edad:

30-35

46-50

36-40

51-55

41-45

56 a más

3. Estado civil:

Soltero (a)

Casado (a)



4. Escolaridad:

1. Ninguno
 2. Primaria
 3. Básico

4. Diversificado
 5. Universitario

5. Religión:

Evangélico

Católico

6. Ocupación:

Agricultor (a) Transporte, Comerciante o albañil

Ama de casa Técnico y profesional

Otros _____

Antecedentes:

7. ¿Cuántos años tenía cuando le diagnosticaron Diabetes Mellitus?

8. ¿Padece de alguna otra enfermedad?

SI

NO

Si su respuesta es SI, ¿Cuál? _____

Sección II. No adherencia al tratamiento (Validado por la OMS)

Dimensión. Factor socioeconómico			
Preguntas	Nunca	Algunas veces	Siempre
9. ¿Tiene posibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas?			
Preguntas	Nunca	Algunas veces	Siempre
10. ¿Cuenta con los recursos para comprar sus medicamentos?			
11. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
12. ¿Se le dificulta comprar los alimentos recomendados?			
13. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para comprar su medicamento?			
II Dimensión. Factor relacionado con el tratamiento			
14. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificulta seguir el tratamiento?			
15. ¿La distancia de su casa le dificulta en el cumplimiento de sus citas?			
16. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
17. ¿Cuándo se siente bien suspende el tratamiento (medicamento)?			
18. ¿Considera que le es difícil cambiar su alimentación?			
IV Dimensión. Factor relacionado con el paciente			
19. ¿Se interesa por conocer su condición de salud y			

la forma de cuidarse?			
20. ¿Considera que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
Preguntas	Nunca	Algunas veces	Siempre
21. ¿Considera que usted es el (la) responsable de seguir el cuidado de su salud?			
22. ¿Ha realizado cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud después de que le diagnosticaron la enfermedad?			
V Dimensión. Factor relacionado con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria			
23. ¿Ha recibido información acerca del tratamiento que recibe?			
24. ¿Periódicamente es evaluado por el médico para saber su estado de salud?			
25. ¿El personal le ha informado a su familia acerca de los cuidados que debe llevar?			

Sección III. Reincidencia de hospitalización

26. ¿Cuál es la causa de su hospitalización actual? Puede marcar más de una respuesta.

Hiperglucemia		Diabetes mellitus descompensada	
Hipoglucemia		Cetoacidosis diabética	
Retinopatía diabética		Hipertensión arterial	
Neuropatía diabética		Insuficiencia renal	
Pie diabético		Infección del tracto urinario	