



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA ADULTO Y ANCIANO



Prevalencia de factores de riesgo de la diabetes en población adulta en el marco de la jornada del Día Mundial de la Diabetes

Autores:

Br. Almada Valentina
Br. Altuna Yamila
Br. Bayardo Victoria
Br. Cisneros Alicia
Br. Díaz Fabio
Br. Echeveste María José

Tutora:

Prof. Agdo. Isabel Silva

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo 2013



ÍNDICE

Agradecimientos	Pág. 3
Siglas	Pág. 4
Introducción	Pág. 5
Resumen	Pág. 8
Planeamiento del Problema y Justificación	Pág. 10
Objetivos	Pág. 12
Marco Referencial	Pág. 13
Fundamento Teórico	Pág. 15
Diseño Metodológico	Pág. 29
Operacionalización de las variables	Pág. 35
Resultados	Pág. 47
Discusión	Pág. 57
Conclusión	Pág. 66
Sugerencias	Pág. 67
Bibliografía	Pág. 68
Anexos	Pág. 71



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las autoridades de los Hospitales por permitirnos participar de la jornada en conmemoración al día Mundial de la Diabetes el día 14 de noviembre del 2012, en Montevideo y a los estudiantes de la Facultad de Enfermería que colaboraron en la realización de las encuestas y a nuestra tutora Prof. Agdo (s) Isabel Silva.



SIGLAS

O.P.S.: Organización Panamericana de la Salud

E.C.N.T.: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

D.M.: Diabetes Mellitus

O.M.S.: Organización Mundial de la Salud

O.N.U.: Organización de las Naciones Unidas

A.S.S.E.: Administración de los Servicios de Salud del Estado

A.L.A.D.: Asociación Latinoamericana de la Diabetes

M.S.P.: Ministerio de Salud Pública

I.M.C.: Índice de Masa Corporal



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es realizado por seis estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando el Cuarto Ciclo del Plan de Estudios 1993, correspondiente al Programa "Trabajo Final de Investigación", Cátedra de Adulto y Anciano.

El mismo tiene como objetivo general "Analizar la prevalencia de presentar factores de riesgo de Diabetes Mellitus tipo II en las personas adultas que asistan a la jornada en conmemoración al Día Mundial de la Diabetes realizada en los hospitales públicos el 14 de noviembre del 2012 en Montevideo, Uruguay".

La Diabetes Mellitus (DM) es hoy en día un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como subdesarrollado, se ha obtenido que el número estimado de personas con diabetes en América Latina fue de 13,3 millones en 2000; se ha proyectado que para 2030 habrá 32,9 millones, o sea que el número de casos aumentará más del doble. Las personas con Diabetes tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad dos veces mayor que



la población general.¹ En nuestro país el 8,2% de la población son diabéticos, destacándose que solo el 20% de los diabéticos no estaban diagnosticados.²

Según la O.P.S. el perfil de mortalidad en la Región de las Américas se ha modificado notablemente durante las últimas décadas. En casi todos los países, las enfermedades transmisibles han dejado de ser las principales causas de enfermedad y muerte y dicho lugar lo ocupan ahora los padecimientos de tipo crónico degenerativo (las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes), denominando a este grupo "Las enfermedades crónicas no transmisibles "(ECNT).

Las mismas se caracterizan por la presencia de factores de riesgo mucho antes de que se presente la enfermedad. Se identificaron un grupo de factores de riesgo que se caracterizan por tener el mayor peso en la morbimortalidad de las ECNT, por ser posible lograr su modificación mediante acciones de prevención.

¹ Salud de las Américas.2007 [en línea]. Organización Panamericana de la Salud Washinton,D.C. [fecha de acceso 20 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hia/vol1regional.html>.

² Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay [en línea]. Montevideo; 10 de agosto 2005.[fecha de acceso: 20 enero de 2012] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=36163>



En base a los criterios mencionados se determinaron los siguientes factores de riesgo: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada, sedentarismo, sobrepeso/obesidad, presión arterial, glucemia elevada, colesterolemia elevada.

Considerando estos factores y teniendo estos datos como antecedentes, nos parece importante realizar un estudio de prevalencia de factores de riesgo de la diabetes para conocer el impacto de los mismos y poder realizar acciones de prevención.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo conocer la prevalencia de los factores de riesgo de la diabetes en la población adulta por lo que se realizó una encuesta en la misma, que asistieron a la jornada en conmemoración del Día Mundial de la Diabetes el 14 de noviembre realizada por dos hospitales públicos de Montevideo.

El estudio es cuantitativo, descriptivo donde la muestra es no probabilística de tipo intencional, el análisis estadístico de los datos se realizó en el programa Excel en una tabla dinámica donde nos permitió realizar cruzamiento de variables.

Los resultados más importantes fueron los siguientes: se completó el estudio con un total de 244 personas, en cuanto a los antecedentes personales se encontró con mayor porcentaje el estrés con 40%, seguido de hipertensión arterial 38%, sedentarismo con 32%, obesidad 26% y por último diabetes 12%. Sobre el total de la población en cuanto a la presencia de factores de riesgo modificables de la diabetes mellitus encontramos el IMC con 77% con un similar valor el perímetro de la cintura (74%), seguido por la inactividad física (46%) y alimentación (43%), tabaquismo (25%), presión elevada (18%), la hipercolesterolemia (17%) y glicemia alterada (9%) en menores porcentajes.



En cuanto a los factores de riesgo no modificables con mayor valor se obtuvo la edad (76%) y luego antecedentes familiares (27%).

En conclusión se encontró una alta prevalencia de factores de riesgo en la población adulta.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia en la población adulta de presentar factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo II, en el marco de la jornada realizada en los hospitales públicos en conmemoración al Día Mundial de la Diabetes el 14 de noviembre de 2012 en Montevideo, Uruguay ?

JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que viene en aumento, según datos de la O.M.S., en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes (setiembre 2011) se prevé que las muertes por dicha enfermedad se multipliquen por dos entre los años 2005 y 2030.

En nuestro país el 8,2 % de la población es diabética, destacándose que solo el 20% de los diabéticos no estaban diagnosticados. Este desmesurado aumento de la frecuencia se correlaciona con diversos factores: hábitos de vida no saludables (mala alimentación, falta de actividad física) que llevan a la obesidad, envejecimiento de la población, predisposición genética hereditaria, etc.

La misma es causante de complicaciones agudas y crónicas potencialmente invalidantes, Recordemos que constituye la primera causa de



ceguera adquirida en el adulto, la primera causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, la primera causa de insuficiencia renal crónica y aumenta sensiblemente el riesgo de infartos cardíacos y accidentes vasculares cerebrales.

Estas posibles complicaciones hacen que esta enfermedad constituya un problema de salud prioritaria dado que genera elevados costos a la persona, familia y sociedad.

Es por todos estos datos que creemos de gran importancia el estudio de prevalencia de factores de riesgo que predisponen el desarrollo o aparición de la Diabetes Mellitus tipo II.



OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

Conocer y analizar la prevalencia en la población adulta de presentar factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo II, en el marco de la jornada realizada en los hospitales públicos en conmemoración al Día Mundial de la Diabetes el 14 de noviembre de 2012 en Montevideo, Uruguay

- **Objetivos Específicos:**

1. Conocer la prevalencia de factores de riesgo de Diabetes Mellitus tipo II en la población definida.
2. Realizar búsqueda avanzada sobre prevalencia de diabetes y sus factores de riesgo.



MARCO REFERENCIAL

La implementación de esta investigación se llevó a cabo el día 14 de noviembre de 2012 realizada en los hospitales públicos. La Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes ha determinado esta fecha como el día Mundial de la Diabetes al conmemorarse el aniversario del nacimiento de Frederick Banting, quien junto con Charles Best tuvo un papel determinante en 1922 en el descubrimiento de la insulina; hormona que permite tratar a los diabéticos y salvarles la vida.

Respecto a las Instituciones que nos permitieron formar parte de esta jornada, los mismos se caracterizan por brindar asistencia en todos los niveles de atención.

En nuestro país contamos con la Asociación de Diabéticos del Uruguay (A.D.U.) la cual es la primer Asociación de Diabéticos en Latinoamérica y Uruguay el primer país en afiliarse a la Internacional Diabetes Federation (I.D.F). Es una organización sin fines de lucro que tiene como misión prevenir la diabetes y sus complicaciones mediante la educación. Los roles de la A.D.U son: promover la buena salud, educar y prevenir en diabetes, hacer conciencia pública al respecto, y asesorar a los Poderes Públicos.

Existe también la Fundación Diabetes Uruguay la cual es un grupo integrado por padres de niños/adolescentes y jóvenes con DM tipo I.



También encontramos el Movimiento Unidos por la Diabetes YA/ Uruguay que tiene como objetivo realizar acciones conjuntas en Educación en Diabetes las que permitan a la población contar con el resultado de esfuerzos coordinados permitiendo que el tema Diabetes y sus distintos contenidos estén al alcance de la población durante todo el año. Está conformado por Instituciones, Asociaciones y Cátedras Científicas de Profesionales y Técnicos de la Salud y de Personas con Diabetes y Organismos Públicos y Privados.



FUNDAMENTO TEÓRICO

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que viene en aumento, según datos de la O.M.S., en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes (setiembre 2011); se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre; más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios; casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres; la O.M.S. prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.³

Según la O.P.S. el perfil de mortalidad en la región de las Américas se ha modificado notablemente durante las últimas décadas. En casi todos los países, las enfermedades transmisibles han dejado de ser las principales causas de enfermedad y muerte y dicho lugar lo ocupan ahora los padecimientos de tipo crónico degenerativo (las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes), denominando a este grupo "Las enfermedades crónicas no transmisibles" (ECNT).

³ Salud de las Américas.2007 [en línea]. Organización Panamericana de la Salud Washinton, D.C 20037 EUA.[fecha de acceso 20 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hia/vol1regional.html>



Las mismas ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe, y casi la mitad de todas las defunciones en el grupo de edad de menos de 70 años. Además de ocasionar muertes prematuras, estas enfermedades dan lugar a complicaciones y discapacidades, limitan la productividad y requieren de tratamientos costosos.

En nuestro país las ECNT⁴ son la principal causa de morbimortalidad, representa el 60% de las defunciones, también son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. Estas características determinan una gran carga económica para la sociedad por concepto de costos directos e indirectos. Dentro de los costos directos se encuentran los costos de atención médica, de los que las enfermedades crónicas se llevan más del 60% del total. Dentro de los costos indirectos debe tenerse en cuenta el ausentismo laboral, y las pensiones por invalidez, viudez y orfandad.

⁴ Muñoz J, Fernández M, Basso J, Ríos J, Rosa R.1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [en línea]. Uruguay. Ministerio de Salud Pública, 2006. [extraída el 28/02/2012]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en nuestro país es representada por un 8,2 %, entendiéndose como el número de casos de una enfermedad en un determinado lapso de tiempo. (Epidemiología .R. Guerrero, C. González, E. Medina).

Consideramos a la **Diabetes Mellitus (DM)** como una enfermedad metabólica crónica de causa endocrina, donde la utilización de la glucosa se encuentra alterada y esto genera una hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre); secundaria a una respuesta nula o deficiente de secreción de insulina en los Islotes de Langerhans del páncreas o por una resistencia a la acción periférica de la insulina.⁵

La O.M.S. define a la **Diabetes Mellitus** como "una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce".⁶

⁵ Cortan J, Kuman R, Robbins L. Patología estructural y funcional. 5ta edición. E.E.U.U. Editorial: Mc GRAW.HILL. INTERAMERICANA; 1999.

Stanham J. Semiología de la Diabetes, Hipo e Hipertiroidismo. Primera edición.Uruguay .Oficina del Libro FEFMUR Universidad de la República, Facultad de Medicina; 1998.

⁶ <http://www.who.int/en/>. Diabetes: Que es la diabetes.[pagina web en Internet].OMS.[actualizado setiembre de 2012; acceso 8 mayo de 2012]Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Según la guía de la ALAD podemos clasificar a la DM por su etiología y características fisiopatológicas, pero se puede describir la etapa en la cual se encuentra la misma.⁷

Según Etiología:

- **La diabetes de tipo 2:** Producida por grados variables de resistencia a la insulina y por una deficiencia en la producción de la misma. Se presenta principalmente en el adulto pero también en niños y adolescentes obesos.

Según su etapa:

- Normoglucemia. Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.
- Hiperglucemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal.

Esta patología presenta **factores de riesgo**, considerando a cada uno de estos como una característica o circunstancia detectable de una persona o

⁷ Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta de Maza M, Aylwin C, Barragan D, et al. Guía ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Capítulo 2 Clasificación de la DM pag 8 Consenso 2010

grupo de personas que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido⁸.

Entre los cuales encontramos una gran **predisposición genética**, probablemente heterogénea, que desempeña un papel importante, pero precisa la concurrencia de otro factor desencadenante. También se debe a que en una misma familia es habitual que se compartan estilos de vida, por lo que con frecuencia vemos familias con unos hábitos dietéticos y aficiones poco saludables.

En cuanto a la **edad y el sexo** vemos que la prevalencia se incrementa a medida que avanza la edad, con cifras máximas en los ancianos, posiblemente debido a un incremento fisiológico de la resistencia a la insulina no compensada con una adecuada secreción de insulina, por células β envejecidas. En cuanto al sexo, en la revisión bibliográfica avanzada encontramos controversias en cuanto a la predisposición a padecer DM, pero en la encuesta de primera fase se encontró un leve predominio en el sexo femenino (64%).

La **obesidad** es uno de los factores más estrechamente asociado con desarrollo de diabetes ya que estas personas son más sensibles a padecer resistencia a la insulina. La circunferencia de la cintura se admite cada vez más como una manera sencilla de identificar esta. La misma, en combinación con el

⁸ Zurro, M, Pérez C. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Sexta ed. España. Elsevier, 2008



Índice de Masa Corporal (IMC), ha demostrado ser la que mejor predice la obesidad y los riesgos para la salud que conlleva. Un perímetro de cintura elevado está estrechamente relacionado con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2. Numerosos estudios han demostrado que perder peso y reducir el perímetro de cintura disminuye significativamente el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

En cuanto a la nutrición, los países en los que se ha producido la "occidentalización" de los hábitos dietéticos (altos consumos de hidratos de carbono simple, grasas saturadas y proteínas) y un mayor sedentarismo muestran un aumento sostenido de la prevalencia de obesidad y DM tipo 2. La nutrición está pasando al primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, los ajustes alimentarios no solo influyen en la salud del momento sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como la diabetes, cáncer y enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida. Los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física modernos son comportamientos de riesgo que se difunden por los países y pasan de una población a otra como una enfermedad infecciosa, con incidencia en los perfiles de morbilidad a nivel mundial.

El **ejercicio físico** reduce la resistencia a la insulina, contribuyendo a mejorar el metabolismo hidrocarbonado. La práctica de ejercicio en forma regular (30 a 45 minutos, 3-5 días/semana) es una medida preventiva, que se ha demostrado capaz de disminuir, de forma significativa e independientemente de la pérdida de peso, la aparición de diabetes en mujeres obesas y con antecedentes familiares y también cuando ya existe una tolerancia alterada a la glucosa.

En relación al **consumo de tabaco** a pesar de ser un factor de riesgo claramente modificable y de los beneficios de la salud que representa cesar de fumar, se puede decir que este aumenta la resistencia a la insulina, según la O.M.S.⁹

Glicemia¹⁰

Niveles	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado alto
Glicemia 1-2 horas postprandial	70-140 mg/dl	141- 179 mg/dl	≥ 180 mg/dl

⁹ <http://www.who.int/en/>. Diabetes: como reducir la carga de la diabetes.[pagina web en Internet].OMS.[actualizado setiembre de 2012; acceso 8 mayo de 2012]Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

¹⁰ Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta de Maza M, Aylwin C, Barragan D, et al. Guía Alad de diagnostico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II. [en línea]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2010. [Extraido el 5 de Marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.aladlatinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>

Personas que hayan presentado en alguna oportunidad una glicemia elevada, representa un riesgo mayor de padecer diabetes mellitus, por lo que deberían realizarse un control médico para descartar la enfermedad.

La **hipertensión**, junto al exceso de grasas, la obesidad y la diabetes componen el llamado síndrome metabólico, cuyo denominador común es la resistencia a la insulina. Es importante mejorar todos los componentes del síndrome, ya que cada uno de ellos aumenta el riesgo de complicaciones de los demás elementos.

El **índice elevado de colesterol** junto a la diabetes aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Se ha demostrado que el **estrés** en la diabetes, podría jugar un papel importante en el desencadenamiento de la diabetes en individuos con predisposición a la misma y en personas que ya presentan la enfermedad. Debido a el aumento de las denominadas "hormonas del estrés" (adrenalina y cortisol) teniendo como efecto la acumulación de glucosa en sangre.¹¹

¹¹ Richard Surwit. Diabetes tipo II y estrés .Diabetes voice. [en línea]. Diciembre 2002. [16 de Agosto]. Volumen 47. (Numero 4). Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_108_es.pdf



Por todo esto, consideramos **población de riesgo de DM2** a aquellas personas adultas que presenten uno o más factores de riesgo de los ya mencionados.

Siendo la Diabetes Mellitus una enfermedad crónica y en gran medida prevenible, ya que la mayor parte de los factores de riesgo son modificables por eso es de suma importancia hacer hincapié en la prevención de la misma.

La **prevención de la DM** y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión, según la ALAD y la Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención de A.S.S.E, y se puede realizar en tres niveles: **prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.**

En el **primer nivel de prevención** son aquellas actividades que están destinadas a evitar el desarrollo de la enfermedad antes de cualquiera de sus manifestaciones, las acciones de este nivel no solo deben ejecutarse desde las actividades del equipo sanitario sino también por la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región. Se debe promover las medidas terapéuticas, no farmacológicas, que son: la educación, plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.



La importancia de la **Educación**¹² radica en el hecho de tratarse de una enfermedad crónica que puede, y debería, ser controlada por la propia persona, pone de relieve la importancia de las acciones y programas educativos dirigidos a las personas afectas, a su entorno y a la población en general. En este sentido, diferentes estudios han confirmado que la formación adecuada de pacientes y familiares favorecen decisivamente el control óptimo de la enfermedad y la sensación de bienestar. De hecho, en las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) podemos leer que: «la atención y la educación se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra la diabetes». La mejora en el control de la diabetes está vinculada a mejoras en la calidad de vida y en la supervivencia.

Tradicionalmente los profesionales de la salud decidían las pautas de tratamiento y los pacientes se limitaban a asumirlas, lo cual no significaba necesariamente un buen cumplimiento de las mismas, ya que la mayoría de estudios cifran el nivel de cumplimiento de los pacientes alrededor de un 30% o incluso menos. Estos bajos índices impulsan abordajes distintos, en los que se intenta transferir gradualmente la responsabilidad de la atención de la diabetes a la persona afectada, proceso que recibe el nombre de empoderamiento (empowerment) y que básicamente consiste en darle la información y las

¹² Figuerola D, Manual de Educación Terapéutica de la Diabetes. Sociedad Española de Diabetes. Barcelona; 2007

habilidades necesarias para que se convierta en su propio gestor, comprometiéndose plenamente en el proceso terapéutico.

En último término, el seguimiento de pacientes con diabetes pretende (a través de la optimización del control metabólico) la prevención y el tratamiento precoz de las complicaciones, para lo cual es imprescindible la coordinación y cooperación multidisciplinar de los profesionales de distintos ámbitos y servicios, con el objetivo de garantizar una continuidad asistencial.

El Plan de Alimentación¹³ tenemos que tener en cuenta que los pacientes con diabetes o pre-diabetes deben recibir Terapia Nutricional individualizada para alcanzar las metas del tratamiento, con un Licenciado en Nutrición y preferentemente capacitado en diabetes.

Adicionalmente se debería ofrecer un programa educativo grupal, estructurado y continuo de abordaje integral con énfasis en cambios en el estilo de vida, con participación de todos los integrantes del equipo de salud.

Características del plan de alimentación:

- Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir indicaciones dietéticas adecuadas

¹³ Barrenechea C, Odont E, Silvia M, Moratorio X, Irene P, Termezana L, et al. Diabetes Mellitus tipo 2, Guía de la intervención en el Primer Nivel de Atención. [en línea]. Uruguay: RAP ASSE; 2009. [extraída el 28/02/2012]. Disponible en : www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3613,18170

a su edad, sexo, estado metabólico, estado fisiológico, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de alimentos de su lugar de residencia.

- Debe ser fraccionado. Los alimentos deben ser distribuidos en 5 o 6 ingestas al día. Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos posprandiales, y es de especial utilidad en pacientes que reciben insulino terapia.

El **Ejercicio**¹⁴ se considera como actividad física, todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que aumenten el gasto calórico, el ejercicio deberá cumplir las siguientes recomendaciones y metas:

- Cambiar el hábito sedentario cumpliendo con 150 minutos por semana de actividad física aeróbica (caminar, nadar, bicicleta etc., equivalente a 30 minutos al día por 5 días)
- El ejercicio intenso o deporte de competición requiere de medidas preventivas, así debe cumplirse con una evaluación cardiovascular en mayores de 30 años o

¹⁴ Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta de Maza M, Aytwin C, Barragan D, et al. Guía Alad de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II. [en línea]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2010. [Extraído el 5 de Marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.aladlatinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>

diabéticos con más de 10 años de evolución (hay mayor riesgo en caso de coexistir retinopatía, neuropatía autonómica y otras).

- En diabéticos requirentes de insulina consumir una colación o merienda antes de realizar sus actividades para prevenir hipoglucemia y tener en reserva una bebida azucarada. Se recomienda automonitoreo de glucosa capilar antes y después de hacer ejercicio. Cada paciente debe reconocer su grado de control y necesidad de ajuste de insulina y consumo de calorías para hacer ejercicio.
- En ausencia de complicaciones, al diabético se le deben proponer ejercicios de resistencia o alto impacto tres veces por semana (aeróbicos, levantamiento moderado pesas etc.)
- Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física.
- Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados que pueden empeorar el estado metabólico.

Los **Hábitos Saludables** son indispensables que todo diabético evite o suprima el hábito de fumar. Todo diabético debe recibir educación permanente sobre el manejo práctico de su enfermedad para lograr un mejor control metabólico, incluyendo apoyo psicoemocional.¹⁵

¹⁵ Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta de Maza M, Aylwin C, Barragan D, et al. Guía Alad de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II. [en línea]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2010. [Extraído el 5 de Marzo de 2012]. Disponible en:
<http://www.aladlatinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>



DISEÑO METABÓLICO

La **prevención secundaria**, está orientada principalmente a evitar las complicaciones agudas o crónicas, detectando tempranamente la diabetes y/o retardar la progresión de la enfermedad. Realizando acciones para un óptimo control metabólico tales como el **automonitoreo metabólico** el cual es esencial para mejorar la calidad y seguridad del tratamiento.

Los exámenes de sangre y orina deben ser registrados por el paciente y discutidos en cada consulta.

El control realizado en sangre capilar, es el método ideal, por costos y necesidad de educación es difícil de aplicar en todas las situaciones, pero es esencial en DM tipo2 que este se realice al menos una vez a la semana.

Se deben registrar los valores en una planilla para evaluar mejor el control metabólico y optimizar el uso de este recurso material.

En cuanto a la **prevención terciaria** está dirigida a evitar la discapacidad funcional y social, y a rehabilitar al paciente discapacitado, a través de la detección de la progresión de las complicaciones crónicas de la DM; impidiendo la mortalidad temprana por esta causa. Las acciones requieren la participación de profesionales especializados en el área.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.

Área de estudio: Dos hospitales públicos de Montevideo.

Universo de estudio: usuarios que asisten y acceden a la convocatoria.

Selección de muestra: la muestra es no probabilística de tipo intencional, porque la población cumple con criterios previamente establecidos.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Mayores de edad (18 años) ¹⁶
- Personas que acepten a responder el cuestionario de la Cátedra de Adulto y Anciano, toma de muestra de glicemia capilar y medidas antropométricas.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años.
- Mujeres embarazadas.
- Enfermedades mentales o discapacidades que impidan la encuesta, la toma antropométrica o de glicemia.

¹⁶ Código de la Niñez y de Adolescencia. Montevideo, Uruguay 7 de setiembre de 2004, Pub. L N° 17.823 Art

n°1.(Junio de 2012). Disponible en:

http://www.law.yale.edu/rcw/rcw/jurisdictions/ams/uruguay/Uruguay_Codigo_Ninez.pdf



- Personas que se nieguen a participar del estudio

Ética:

Se contó con el consentimiento informado de los participantes. A todas las personas del estudio se les dieron indicaciones con respecto a sus resultados y la finalidad de la investigación.

Luego de finalizada la misma se realizará la devolución al servicio y una copia a la Cátedra de Adulto y Anciano.

Confidencialidad:

Nuestro estudio está amparado por el Decreto 379/2008 "Regulación de la investigación en seres humanos"¹⁷

A fin de que los nombres de las personas no aparecieran en los registros se utilizó un número de identificación.

Métodos

Búsqueda Bibliográfica: Para el mismo fue necesario utilizar la Biblioteca virtual de la salud (SciELO); introduciendo palabras claves, para

¹⁷ Regulación de la investigación en seres humanos 2008, Pub. Decreto N° 379/008. [acceso Setiembre de 2012].

Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>



establecer criterios que nos permitan la selección de artículos científicos que sean apropiados para nuestra investigación. También utilizamos trabajos de investigaciones anteriores pertenecientes a la Facultad de Enfermería, informantes claves como ser integrantes de la Asociación de Diabetes del Uruguay.

Para delimitar la búsqueda se utilizaron filtros:

- Año de publicación (tomamos en cuenta desde el 2004 en adelante, año de realización de la primera fase de la encuesta).
- Lugar de realización (a nivel de Latino América y nacionales).
- Tipos de estudios (Cuantitativos analíticos).
- Lenguaje (en español).
- Texto completo.

Procesamiento y análisis de los datos

Toda la información obtenida en la encuesta fue codificada y revisada, luego se digitalizaron utilizando el programa Microsoft Office Excel, realizando una tabla dinámica de doble entrada que nos facilitó el conteo y cruzamiento de datos.

Se tabularon y graficaron todos los datos obtenidos representándose los más relevantes en los resultados y en la discusión solo los datos que

representaban la prevalencia de los factores de riesgo totales y después se discriminaba en personas diabéticas, con glicemia postprandial alterada y con glicemia normal. En la discusión se desarrollando cada factor de riesgo y fue analizando.

Procedimientos

Encuesta:

Para la recolección de datos se implementó una encuesta; diseñada, modificada y aprobada por la Cátedra de Adulto y Anciano; en la cual para la aplicación participaron estudiantes de la Facultad de Enfermería que se encontraban cursando la experiencia práctica de Adulto y Anciano generación 2011 y por los que realizan la presente investigación.

La recolección de los datos se realizó el 14 de noviembre del 2012 en dos Hospitales Públicos de Montevideo, Uruguay; en donde las personas participaron voluntariamente para la realización de la toma de la glicemia capilar, las medidas antropométricas y la encuesta.

El desarrollo de las actividades se dividió en cinco puestos: en el primero se tomaba la presión arterial y la glicemia capilar, en el segundo se realizaba peso y talla (calculando el respectivo IMC), el tercero se medía la circunferencia de la cintura, en el cuarto se realizaba la encuesta y por último se encontraba una Licenciada en Nutrición y una promotora de la empresa Conaprole;

asesorando y entregando folletería.

Procedimiento de las medidas antropométricas:

Presión arterial: Esta se realizó en una sola toma con un esfigmomanómetro aneroides con la persona sentada y apoyando el brazo izquierdo en una superficie plana que lo mantuviera a la altura del corazón.

Glicemia capilar: Se tomó la muestra de la glicemia capilar con el glucómetro; primero se realizó un breve masaje en la yema del dedo para favorecer el flujo sanguíneo, luego se realizó la asepsia de la zona de punción con alcohol al 70°, se deja secar, puncionar con una lanceta y colocar la muestra de sangre en el glucómetro y así se obtuvo el resultado.

Talla: Para la realización de la talla se midió de pie, apoyando talones, espalda y cabeza contra la pared, para fijar límite superior se utilizó escuadra tomando como referencia la cabeza, donde se tendría el resultado contra la cinta métrica.

Perímetro de la cintura abdominal: Este procedimiento se realizó con el sujeto de pies, colocando la cinta métrica alrededor de la cintura en posición paralela al piso y pasando por el punto medio entre el reborde costal y la cresta



ilíaca de ambos lados. La medida tomo dos veces mientras el sujeto se encuentra al final de la espiración normal.

Peso: Para tomar el peso se usó una balanza de piso donde se le pidió a la persona que se suba a la misma con los zapatos y posteriormente se registró el valor.

Valor que toma la variable: Femenino, Masculino

Tipo de variable: cualitativa, nominal

PROCEDENCIA:

Definición conceptual: Lugar donde nació la persona.

Valor que toma la variable: diferentes países

Tipo de variable: cualitativa, nominal

EDAD:

Definición conceptual: Edad es un individuo expresada como el período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento hasta la fecha, expresada en años¹⁸

Valor que toma la variable: adulto joven (18 a 40 años), adulto (41 a 65) y adulto mayor (más de 65 años).

Tipo de variable: cuantitativa, discreta, nominal

¹⁸ Diccionario de medicina. Robert Murray, 2ª ed. 1992, p. 1775.

¹⁹ "Tratado de Pedagogía Social de María Inés Basso" (1996), p. 10-11. Disponible en: <http://www.fad.unlp.edu.ar/>

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NIVEL DE EDUCACIÓN

- **SEXO:**

Definición conceptual: Clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.¹⁸

Valor que toma la variable: Femenino, Masculino.

Tipo de variable: cualitativa, nominal

- **PROCEDENCIA:**

Definición conceptual: Lugar donde reside la persona.

Valor que toma la variable: Montevideo, Interior.

Tipo de Variable: cualitativa, nominal.

- **EDAD:**

Definición conceptual: Edad de un individuo expresada como el período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento hasta la fecha, expresada en años.¹⁹

Valor que toma la variable: adulto joven (18 a 40 años); adulto (41 a 65) y adulto mayor (más de 65 años).

Tipo de Variable: cuantitativa, discreta nominal.

¹⁸ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3ª Edición 2002, P. 1170

¹⁹ The free Dictionary. [base de datos en Internet]. [Citado 24/8/12, hora 15:59], disponible en:

www.thefreedictionary.com

- **NIVEL DE EDUCACIÓN:**

Definición conceptual: El mayor grado aprobado de los tramos en que se estructura el sistema educativo.

Valores que toma la variable: primaria completa, secundaria completa, terciaria completa.

Tipo de variable: cualitativa nominal

- **OCUPACIÓN:**

Definición conceptual: Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo y de manera más o menos continuada.²⁰

Valores que toma la variable: trabaja, desocupado, jubilado, pensionista.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **ESTADO CIVIL:**

Definición conceptual: Es la calidad de un individuo en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones²¹

Valores que toma la variable: soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

²⁰ Instituto Nacional de Estadística (base de datos en Internet). (Citada 24/8/12 hora 16:02). Disponible en: www.ine.gub.uy

²¹ Código Civil de la República Oriental del Uruguay (base de datos en Internet). (Citado 24/8/12 hora 16:10)., disponible en: www.parlamento.gub.uy

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Definición conceptual: Enfermedades que padecen o padecieron familiares cercanos como ser madre, padre, hermanos. Tener por lo menos un familiar con antecedentes de enfermedades hereditarias.²²

Valores que toma la variable: Diabetes Mellitus, hipertensión, obesidad.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Definición conceptual: Resumen global general del estado de una persona hasta la fecha, incluyendo todos los datos referentes a patologías y hábitos.²³

Valores que toma la variable: sedentarismo, estrés, tabaquismo, Diabetes Mellitus, hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **CONSUMO COMIDAS RÁPIDAS/ELABORADAS**

Definición conceptual: El concepto de comida rápida se refiere a un estilo de alimentación en el que el alimento se prepara y sirve para consumir rápidamente en establecimientos especializados. Este tipo de comida se ha catalogado como mala, por su alto contenido de grasas y carbohidratos.

²²Organización Mundial de la Salud [base de datos en Internet]. [Citado 24 de agosto de 2012], disponible en: <http://www.who.int/en/>

²³ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3ª Edición, 2002. P. 84

Valores que toma la variable: nunca, diariamente, una vez por semana, tres veces por semana.

Tipo de variable: Cuantitativa, discreta ordinal.

- **EJERCICIO FÍSICO:**

Definición conceptual: Es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La organización mundial para la salud recomienda realizar como mínimo 30 minutos de actividad física por día, cinco días a la semana (caminar a ritmo normal o rápido, otras actividades físicas adecuadas, saludables y agradables, y deporte para todos).²⁴

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: Cualitativa, nominal

- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL ALTERADO**

Definición conceptual: El índice de masa corporal (I.M.C.) es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Se encuentra alterado cuando está por encima de 25 Kg/m²⁵

Valores que toma la variable: sí, no

²⁴ Organización Mundial de la Salud [base de datos en Internet]. [Citado 24/8/12 hora 16:18], disponible en: www.who.int

²⁵ Organización Mundial de la Salud [base de datos en Internet]. [Citado 24/8/12 hora 16:23], disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

Tipo de variable: cualitativa, nominal

- **PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA**

Definición conceptual: La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias. La elevación de la tensión arterial se da cuando la presión arterial sistólica ≥ 140 , o presión arterial diastólica ≥ 90 , luego de un reposo de 5 minutos.²⁶

Valores que toma la variable: sí, no.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **PERÍMETRO DE LA CINTURA ALTERADO**

Definición conceptual: El perímetro de cintura se mide con una cinta métrica, alrededor de la cintura a nivel del ombligo, la persona debe inspirar y luego eliminar todo el aire y así obtener la medición. Se considera que está alterado en la mujer cuando está por encima a 90 cm y en varón por encima de 94 cm.

Valores que toma la variable: sí, no.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **ALIMENTACIÓN INADECUADA**

Definición conceptual: Se caracteriza por el consumo mayoritariamente de comida rápida, se refiere a un estilo de alimentación en el que el alimento se prepara y sirve para consumir rápidamente en establecimientos especializados.

²⁶ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3ª Edición, 2002. P. 1065

Este tipo de comida se ha catalogado como mala, por su alto contenido de grasas y carbohidratos.

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa, nominal

- **GLICEMIA CAPILAR POSTPANDRIAL ALTERADA**

Definición conceptual: La glicemia capilar es la concentración de glucosa en sangre.²⁷ Se considera glicemia capilar postpandrial alterada cuando está por encima de 140mg/dl, pasadas las dos horas de haber ingerido algún alimento.

Valores que toma la variable: sí, no.

Tipo de variable: cualitativa, nominal.

- **EDAD**

Definición conceptual: Si la persona presenta la edad de riesgo de padecer diabetes (persona mayor a 45 años)

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa, nominal.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Definición conceptual: Si la persona presenta algún familiar que haya padecido Diabetes Melittus.

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa, nominal.

²⁷ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3ª Edición, 2002, P. 648

- **HIPERCOLESTEROLEMIA**

Definición conceptual: Alteración en la composición o la cantidad de lípidos y lipoproteínas en la sangre.²⁸

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **TABAQUISMO:**

Definición conceptual: La O.M.S. define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas.²⁹

Valores que toma la variable: sí, no.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **INMUNIZACIONES:**

Definición conceptual: Proceso por el cual se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa, al administrarse un agente a un organismo para generar una respuesta inmune (vacunación)³⁰

Valores que toma la variable: Vigente, no vigente.

²⁸ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3ª Edición, 2002. Pág. 697

²⁹ Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo. En el Primer Nivel de Atención. M.S.P.[base de datos en Internet].
(Citado 24/8/12 hora 16:31) disponible en: www.msp.gub.uy

³⁰ Diccionario de Medicina Océano Mosby, 3ª Edición, 2002. Pág. 751

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **CARNÉ DE SALUD:**

Definición conceptual: Es el carnet que se realiza para poder trabajar el cual evalúa si no presenta ninguna patología que le impida trabajar.

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa, nominal.

- **EMERGENCIA MÓVIL:**

Definición conceptual: Servicio que brinda asistencia médica de emergencia y urgencia extra hospitalaria.

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa, nominal.

- **CON QUIÉN VIVE:**

Definición conceptual: Es el conjunto de personas con o sin vínculos de parentesco que habitan bajo un mismo techo. Una persona que vive sola también constituye un hogar particular.³¹

Valores que toma la variable: solo, acompañado

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **CREENCIAS:**

³¹ Instituto Nacional de Estadístico [base de datos en internet]. [Citado 24/8/12 hora 16:41], disponible en:

Definición conceptual: Cuáles piensan las personas que sean los factores que producen la diabetes, entendiendo por factor de riesgo a aquel que se produce en una persona o grupo con una vulnerabilidad particular a padecer diabetes, los cuales son obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de diabetes, mala alimentación.³²

Valores que toma la variable: consume muchos dulces, se contagia de otras personas, una situación de estrés, sedentarismo, consumir tabaco y alcohol, una falla de secreción de insulina, mala alimentación, otros, ninguno.

Tipo de variable: cualitativa nominal

- **CUÁL CREE QUE SEA EL TRATAMIENTO DE LA DM:**

Definición conceptual: Es el conjunto de medios indicados por un médico, cuya finalidad es mantener los niveles de glicemia normales. El tratamiento puede ser farmacológico o higiénico, una alimentación adecuada y realizar ejercicio.

Valores que toma la variable: Solo alimentación, solo medicación, solo ejercicio, alimentación y ejercicio, alimentación y medicación, ejercicio y medicación; alimentación, ejercicio y medicación.

Tipo de variable: cualitativa nominal

- **CONTROLES MÉDICOS:**

³² Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3ª Edición, 2002. P. 554

Definición conceptual: Si la persona concurre a las consultas médicas establecidas por su médico tratante.

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa nominal.

- **CUMPLE CON EL TRATAMIENTO MÉDICO:**

Definición conceptual: Si la persona realiza el tratamiento indicado por su médico tratante.

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa nominal

- **ACCEDE ECONÓMICAMENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO**

Definición conceptual: cuando la persona cuenta con los medios económicos necesarios para poder acceder al tratamiento indicado por su médico.

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa nominal

- **CONOCE LOS SÍNTOMAS DE LA HIPERGLUCEMIA**

Definición conceptual: La hiperglucemia es la elevación de la cantidad de glucosa en sangre por encima de lo normal. Si la persona conoce los síntomas que da Hiperglucemia (como es la polidipsia (aumento de la sed), poliúria (necesidad de orinar mucho) visión borrosa, debilidad o cansancio o piel seca.³³

Valores que toma la variable: sí, no

³³ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3° Edición, 2002. Pág. 699

Tipo de variable: cualitativa nominal

- **CONOCE LOS SÍNTOMAS DE LA HIPOGLUCEMIA**

Definición conceptual: La hipoglucemia se da cuando hay cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales. La hipoglucemia provoca debilidad, cefaleas, hambre, alteraciones visuales, ataxia, ansiedad, cambios de la personalidad y si no se trata, conduce al delirio, coma y muerte.³⁴

Valores que toma la variable: sí, no

Tipo de variable: cualitativa, nominal

- **AUTOMONITOREO:**

Definición conceptual: Frecuencia con la cual la persona se realiza controles del nivel de glicemia capilar con un aparato denominado hemoglucotest.

Valores que toma la variable: Nunca, una vez al día, dos veces al día, más de dos veces al día, ocasional.

Tipo de variable: cuantitativa, discreta nominal

- **CONOCE UNA ORGANIZACIÓN QUE TRABAJE CON DIABETES:**

Definición conceptual: Es una asociación deliberada de personas para cumplir una determinada función, en este caso si la persona conoce alguna que trabaje sobre la diabetes.³⁵

³⁴ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 3° Edición, 2002. P. 709

³⁵ Google Books [base de datos en Internet]. [Citado 25/8/12]. Disponible en: www.Books.google.uy



Valores que toma la variable: sí, no.

Tipo de variable: cualitativa, nominal.

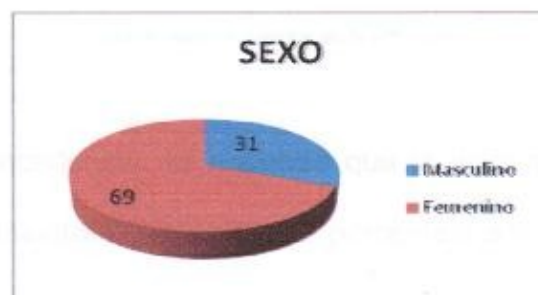
RESULTADOS

Se concluyó el estudio con una muestra total de 244 personas ($n=244$), de los cuales 168 corresponden a la población que concurrió al Hospital n°1 y 76 al Hospital n°2 el día 14 de noviembre de 2012 en conmemoración al Día Internacional de la Diabetes, en Montevideo, Uruguay.

Tabla 1: Distribución de la población según el sexo

SEXO	FA	FR	FR%
Masculino	76	0,31	31
Femenino	168	0,69	69
Total	244	1	100

Gráfico 1: Distribución de la población según el sexo



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Con respecto al sexo se observó una amplia diferencia ya que del total de la muestra el 69% de los entrevistados fueron mujeres, mientras que el 31 % eran hombres.

Tabla 2: Distribución de la población según su procedencia

Procedencia	FA	FR	FR%
Interior	46	0,19	19
Montevideo	198	0,81	81
Total	244	1,00	100

Gráfico 2: Distribución de la población según su procedencia



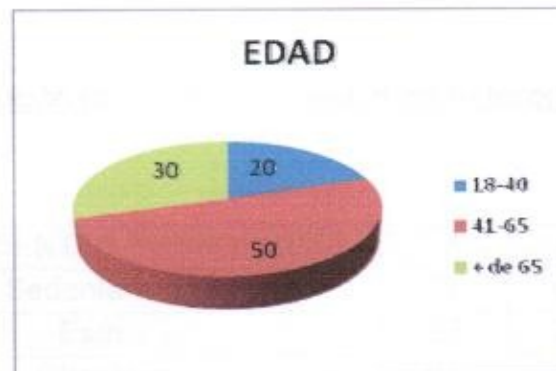
Fuente: datos obtenidos de la entrevista

De acuerdo a la procedencia, se encontró que la gran mayoría proceden de Montevideo (81%), mientras que en menor porcentaje son personas del Interior del país (19%).

Tabla 3: Distribución de la población según la edad

EDAD	FA	FR	FR%
18-40	49	0,20	20
41-65	123	0,50	50
+ de 65	72	0,30	30
Total	244	1,00	100

Gráfico 3: Distribución de la población según la edad



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

En cuanto a la edad se destacaron las personas adultas (41-65 años) con un 50%, en segundo lugar los adultos mayores (Mayores a 65 años) 30% y por último los adultos jóvenes (18 a 40 años) 20%.

Con respecto al nivel de instrucción el 50% tenían primaria completa, el 36% secundaria completa y por último terciaria completa el 14% de la población.

Mientras que en la ocupación el 53% trabajaban, el 32% son jubilados, le siguen las personas desocupadas con un 11% y por último pensionistas en un 4%.

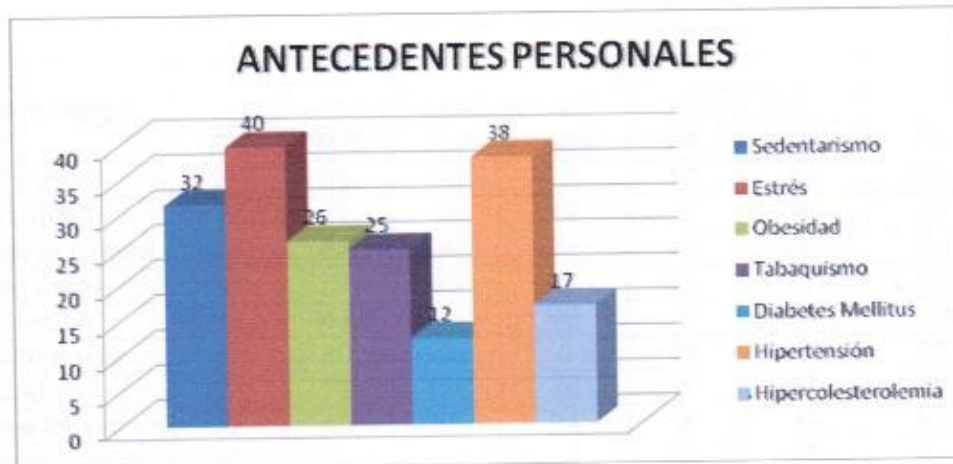
En cuanto al estado civil se encontró que un mayor porcentaje son casados con el 50%, luego soltero con un 16%, con el mismo porcentaje sigue divorciados y viudos con 14% y por último unión libre con el 7%.

Acerca de los antecedentes familiares se obtuvo que la patología más frecuente era la Hipertensión Arterial en un 45%, en segundo lugar la Diabetes Mellitus con un 27%, le sigue la obesidad en un 15%.

Tabla 8: Distribución de la población según los Antecedentes Personales

ANTECEDENTES PERSONALES	FA	FR	FR%
Sedentarismo	77	0,32	32
Estrés	97	0,40	40
Obesidad	64	0,26	26
Tabaquismo	61	0,25	25
Diabetes Mellitus	30	0,12	12
Hipertensión	93	0,38	38
Hipercolesterolemia	41	0,17	17

Gráfico 8: Distribución de la población según los antecedentes personales



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

De igual manera el antecedente personal más encontrado en los entrevistados fue el estrés (40%), luego la Hipertensión arterial (38%), seguido de el sedentarismo (32%), la obesidad (26%), el tabaquismo (25%), la Hipercolesterolemia (17%), la Diabetes Mellitus (12%).

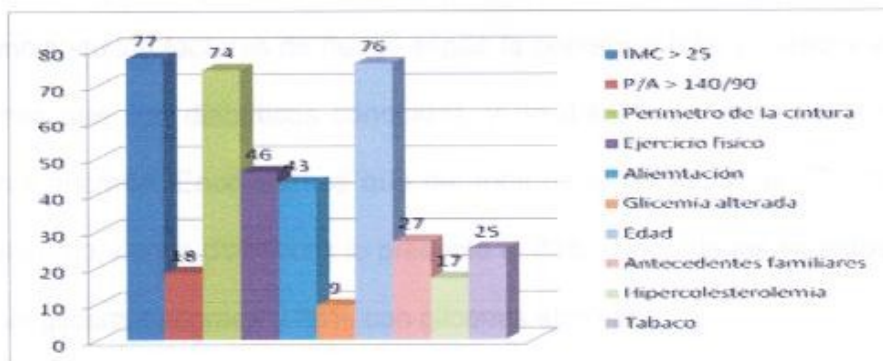
En cuanto a los hábitos alimenticios obtuvimos que el 34% consume comidas rápidas-elaboradas con una frecuencia de tres veces a la semana pero que en similar porcentaje siguen quienes nunca consumen estos alimentos (33%).

En relación al ejercicio físico se destacó un 54% que lo realiza y un 46% que no.

Tabla 11: Distribución de la población según la presencia de factores de riesgo

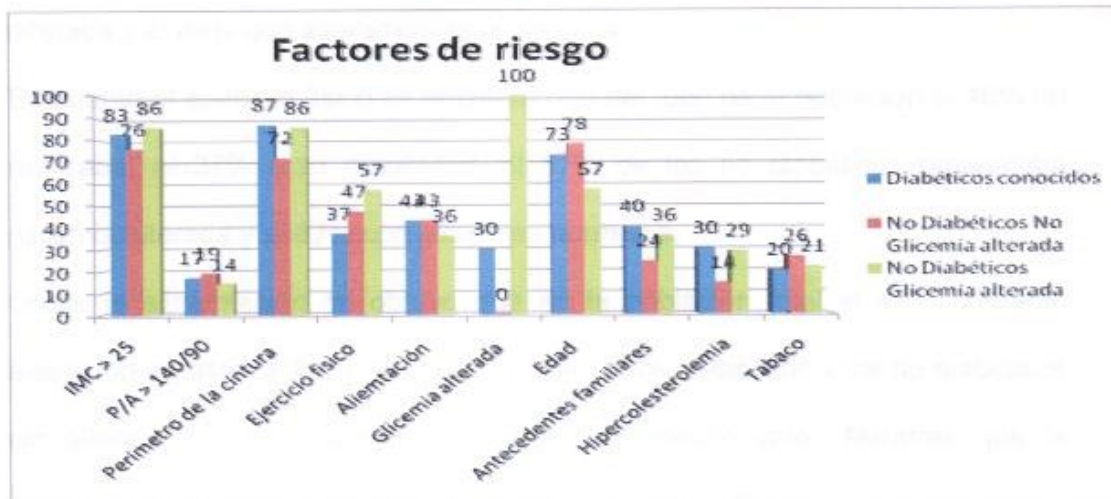
Factores de riesgo	SI		NO				TOTAL	
	FA	FR %	GLIC NO ALT		GLIC ALT		FA	FR%
			FA	FR%	FA	FR%		
IMC > 25	25	83	152	76	12	86	189	77
P/A > 140/90	5	17	38	19	2	14	45	18
Perímetro de la cintura	26	87	143	72	12	86	181	74
Ejercicio físico	11	37	93	47	8	57	112	46
Alimentación	13	43	86	43	5	36	104	43
Glicemia alterada	9	30	0	0	14	100	23	9
Edad	22	73	155	78	8	57	185	76
Antecedentes familiares	12	40	48	24	5	36	65	27
Hipercolesterolemia	9	30	28	14	4	29	41	17
Tabaco	6	20	52	26	3	21	61	25

Grafico 11a: Distribución del total de la población según la presencia de factores de riesgo



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Gráfico 11b: Distribución de las diferentes poblaciones según la presencia de factores de riesgo



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Diferenciando los factores de riesgo según la población total y mencionando las personas que son diabéticos conocidos, y no diabética y a su vez con o sin glicemia alterada. Encontramos que del total de la población el 77% tienen el IMC alterado; de los diabéticos lo presenta el 83%, luego de los no diabéticos el 76% sin glicemia alterada y 86% con glicemia alterada.

Acerca de la presión arterial el 18% de la población total tienen cifras alteradas, en los diabéticos un 17% y en los no diabéticos con glicemia no alterada se obtuvo similares porcentajes (19%), mientras que en las personas sin alteración de la glicemia fue el 14%.



El 74% del total de la población presentó alteración en el perímetro de la cintura; diabéticos con el 87%, de los no diabéticos el 72% era sin glicemia alterada y el 86% con alteración de la glicemia.

En cuanto al ejercicio físico se encontró que del total de la población el 46% no realizaba; el 37% eran diabéticos, el 57% de los no diabéticos presentaba glicemia alterada y el 47% con glicemias normales.

Sobre la alimentación se obtuvo que en la población total el 43% presentó alteración en este factor, y se observó que en los diabéticos y los no diabéticos sin alteración de la glicemia presentaron el mismo valor. Mientras que la población con glicemia alterada se representó con un 36%.

En relación a la glicemia un 9% del total la presentó alterada, en los diabéticos se vio en un 30% y en los no diabéticos el 7%.

Del total de la población el 17% refirió presentar Hipercolesterolemia, 30% en los diabéticos, el 14% en los diabéticos sin alteración de la glicemia y 29% con alteración de la misma.

De acuerdo con el consumo de tabaco el 25% del total de la población presenta este factor, en los diabéticos se presentó en un 20%, en los no diabéticos y sin alteración de la glicemia en un 26% y con alteración en un 21%

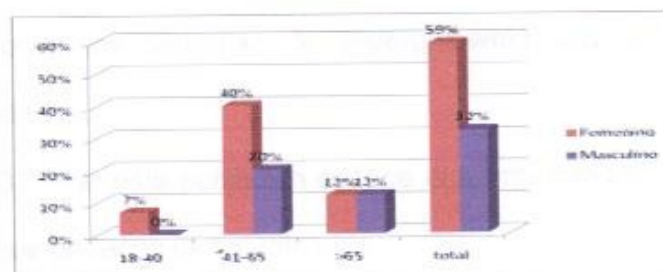
Con respecto a los factores no modificables; la edad de riesgo se vio en el 76% del total de la población, en los diabéticos en el 73% y en los no diabéticos sin alteración de la glicemia el 78% y el 57% con alteración.

Luego el 27% de la población total tenían antecedentes familiares de Diabetes Mellitus, mientras que en los diabéticos el 40% y en los no diabéticos sin glicemia alterada el 24% y con alteración el 36%.

Tabla 12: Distribución de la población según la edad y el sexo en la población con glicemia alterada

PERSONAS CON GLICEMIA CAPILAR MAYOR A 140 MG/DL POSPRANDIAL					
EDAD	SEXO FEM.		SEXO MASC.		Total
	FA	FR	FA	FR	FA
18-40	1	0,07	0	0	1
41-65	6	0,4	3	0,2	9
>65	2	0,12	2	0,12	4
Total	9	0,59	5	0,32	14

Gráfico 12: Distribución de la población según la edad y el sexo en la población con glicemia alterada



Fuente: datos obtenidos de la entrevista



Se obtuvo que el 40% de la población con glicemia postprandial alterada correspondió al sexo femenino en la población adulta (41 a 65 años) y en un 20% el sexo masculino.

Como datos relevantes vimos que el 8% tienen las vacunas vencidas; el 20% no concurre a controles de salud, el 57% no cuentan con el servicio de emergencia móvil y que el 23% viven solos.

En cuanto a las creencias el 71% piensa que la diabetes se da por situación de estrés, seguido la mala alimentación con el 70%, luego un 64% sedentarismo y falla en la secreción de la insulina en un 61%.

Con respecto a las personas diabéticas el 43% considera que el tratamiento es con medicación, alimentación y ejercicio, 30% medicación y alimentación, 17% alimentación y ejercicio, 7% solo alimentación y el 3% solo medicación.

El 77% de los diabéticos concurre al control médico, el 70% cumple con el tratamiento médico y el 73% acceden económicamente al mismo. El automonitoreo ocasionalmente lo realizó el 40% de la población diabético y el 27% nunca lo realizó.

Los que conocen los síntomas de Hiperglucemia son el 53% y los de Hipoglucemia el 57%.

Por último el 37% de esta población conoce una organización que trabaje con las personas que padecen dicha patología.



DISCUSIÓN

Perfil poblacional

Se completó el estudio con un total de 244 personas (n= 244) compuesta por el 69% de sexo femenino y con 31% masculino, procedentes mayoritariamente de Montevideo con un 85%. La distribución por edad fue de mayor porcentaje los adultos (41- 65 años) con un 50%.

En cuanto al estado civil el 50% se encuentra casado y el 51% actualmente trabaja. El nivel de instrucción se representó por el 50% con primaria completa.

Acerca de los antecedentes personales con mayor porcentaje se observó el estrés con 40%, seguido de hipertensión arterial 38%, sedentarismo con 32%, obesidad 26% y por último diabetes 12%.

Sobre el total de la población en cuanto a la presencia de factores de riesgo modificables de la diabetes mellitus encontramos el IMC con 77% con un similar valor el perímetro de la cintura (74%), seguido por la inactividad física (46%) y alimentación (43%), tabaquismo (25%), presión elevada (18%), la hipercolesterolemia (17%) y glicemia alterada (9%) en menores porcentajes.

En cuanto a los factores de riesgo no modificables con mayor valor se obtuvo la edad (76%) y luego antecedentes familiares (27%).



Previo se analiza la prevalencia de los factores de riesgo según la distribución de la población en personas diabéticas conocidos y no diabéticos con glicemia postprandial alterada y con glicemias normales.

Factores de riesgo modificables

- **Índice de masa corporal (IMC) alterado y perímetro de cintura abdominal elevado.**

De la población no diabética con una glucemia postprandial dentro de los valores normales, representada por 200 personas, se observó un IMC alterado en el 76%. Nos parece de gran importancia ya que la obesidad es el factor más estrechamente asociado para el desarrollo de esta enfermedad, siendo que con un IMC elevado la persona es más sensible a padecer resistencia a la insulina; esto no es solo por exceso de peso sino que también repercute su duración o el tipo de distribución de la grasa. Estos datos se reflejan con el 72% del perímetro de cintura elevado en este grupo de la población.

De las personas no diabéticas con glucemia postprandial elevada, representado por 14 personas, encontramos que un 86% tiene IMC alterado y con el mismo valor (86%) un perímetro de cintura abdominal elevado por lo que se encuentran aún más expuestos a padecer DM.



De la población diabética representada por 30 personas resultó que un 83% cuentan con un IMC alterado y casi en el mismo porcentaje (87%) un perímetro de cintura abdominal elevado, lo que nos indica falta de dieta y ejercicio, aumentando el riesgo de complicaciones (neuroológicas, oculares, cardíacas, renales) e incluso el riesgo de mortalidad en los mismos.

- **Ejercicio físico**

El 57% de la población no diabética con una glucemia postprandial dentro de los valores normales no realiza ejercicio físico, casi en igual porcentaje las personas con glucemia postprandial elevada (47%), lo que aumenta el riesgo de padecer diabetes mellitus. Por lo que se relaciona con el elevado índice de obesos encontrados, además indica una falta de concientización acerca de la importancia que tiene la actividad física, ya que practicarlo regularmente (5 veces a la semana, 30 minutos) reduce en un 27% la aparición de la diabetes.

De la población de diabéticos encontrada el porcentaje que no realiza ejercicio físico es de 37%. De igual forma se debe concientizar a la población sobre esta conducta ya que el ejercicio forma parte del tratamiento, contribuye en la disminución del peso, reduce el riesgo de complicaciones y de mortalidad.



- **Hipercolesterolemia**

Este factor de riesgo presente en diabéticos aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares, en nuestra población diabética un 30% tiene presente este factor. Mientras que en los no diabéticos el porcentaje es menor: con glicemia alterada (29%) y con glicemia en valores normales (14%), pero significativo por estar estrechamente relacionado con la obesidad y el riesgo de contraer DM.

- **Tabaquismo**

El consumo de tabaco en personas con DM aumenta aún más el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, en nuestro estudio encontramos que el 20% de los diabéticos presenta este factor.

El 26% de la población no diabética con una glucemia postprandial dentro de los valores normales es fumadora, mientras que en un porcentaje similar (21%) las personas con glicemia alterada. Para estas personas el riesgo de padecer DM es mayor que para las que no tienen el hábito de consumir tabaco. Según la O.M.S. está comprobado que este factor puede prevenir o retrasar la aparición de esta enfermedad en conjunto con el cumplimiento de una dieta saludable, realizar actividad física regular y mantener un peso normal.



- **Alimentación**

En este factor encontramos que de las personas no diabéticas y sin glicemia alterada el 36% no tiene una adecuada alimentación, mientras que de las personas no diabéticas y con glicemia alterada se representa con un 43% y por ultimo con igual porcentaje las personas diabéticas (43%). Siendo este un agente fundamental ya que contribuye a reducir el riesgo de complicaciones. A su vez la dieta saludable es uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes, ya que no sería posible poder controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad en ausencia de la misma.

- **Presión arterial**

El 19% de las personas no diabéticas y sin glicemia alterada presentaron cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg, con un porcentaje similar se encontró personas con glicemias alteradas con 14% y a los diabéticos 17%. Esta demostrado que este factor es desencadenante de nefropatías cuando ya existe la diabetes en consecuencia.

- **Glicemia alterada**

En este factor se obtuvo que el 7% de la población no diabética presenta alteración de la glicemia postprandial y el 4% de las personas no diabéticas. En



cuanto a esta población no se puede afirmar que desarrollaran a futuro esta enfermedad, pero sí se puede decir que están predispuestas a padecer la misma.

Sería de gran importancia que estas personas consulten y se realicen un control a posterior de la glicemia venosa y con las horas de ayuno correspondientes.

Factores de riesgo no modificables

- **Antecedentes familiares**

El 40% de las personas diabéticas poseen antecedentes, en tanto las personas no diabética y sin glicemia alterada un 24% y de los que tienen glicemia alterada un 36 %. Esta población debería tomar precauciones y controlarse dado a la predisposición genética que presentan.

- **Sexo y edad**

En cuanto a la edad y sexo de las personas con la glicemia alterada se obtuvo que la prevalencia mayor fue en el rango de adultos (41 a 65 años); en el sexo femenino con 40% y en el masculino con 20%. En estos resultados se vio reflejada la predisposición de esta enfermedad en cuanto al sexo femenino y a la edad de riesgo.



Como antecedente personal más destacado es el estrés, se encontró en nuestra población que el 40% de las personas refirió padecer o haber padecido estrés en algún momento de su vida. Basándonos en nuestras guías de referencia no fue considerado como factor de riesgo, pero si se sabe que juega un papel importante en el desencadenamiento de la diabetes, en individuos con predisposición a la misma y en personas que ya presentan la enfermedad.

Ante los datos obtenidos nos encontramos con una población que presenta una alta prevalencia de factores de riesgo modificables, siendo este resultado alarmante de manera que ante el cumplimiento de hábitos saludables (realización regular de ejercicio físico, alimentación rica en frutas y verduras, y el cesar de fumar) permite prevenir y retardar la aparición de la diabetes mellitus y otras enfermedades, evitando a largo plazo la discapacidad e invalidez.

Esta problemática conlleva no solo una consecuencia funcional para la persona, sino a su vez un costo económico para el mismo y la salud a través de las inversiones que requiere el tratamiento tanto sea para recursos materiales y humanos.

Teniendo en cuenta la existencia de estrategias políticas establecidas por programas de salud; tal como el Programa de Prevención de las E.C.N.T. del M.S.P. en convenio con A.S.S.E., el cual comenzará en setiembre del presente



año hasta diciembre del 2014. El mismo pretende, divulgar y promover estilos de vida saludables, identificar a la población con factores de riesgo o E.C.N.T. e intervenir sobre ella procurando mitigar los daños producidos por estas enfermedades, a través del cambio del modelo de atención.

Es importante abordar esta problemática con un grupo interdisciplinario que este capacitado y que se efectúe en todos los niveles de atención. Desde el rol del licenciado en enfermería se debe hacer hincapié en cuanto al trabajo en atención primaria en salud para poder concientizar a la población sobre la importancia de esta enfermedad y para poder atenuar y retardar la aparición de ésta.

Dentro de este alto porcentaje de factores de riesgo también lo encontramos en las personas que ya presentan la enfermedad, siendo de mayor riesgo para los mismos, conllevando a un futuro cercano las complicaciones y discapacidades.

Destacamos en la población diabética que el 23% no concurre a controles médicos, refiere no cumplir con el tratamiento médico (30%) y que no accede económicamente al mismo (27%).

Se encontró en esta población que el tratamiento se cumple con una alimentación adecuada, realizando ejercicio físico y tomando medicación (43%), pero vemos contradictorio ya que hay un alto porcentaje que no realiza el



mismo; Incluyendo que el 27% nunca se realizó automonitoreo y que casi la mitad de estas personas no conocen los síntomas de dicha enfermedad.

Es de gran importancia para prevenir futuras complicaciones que estas personas concurren a control médico periódico y cumplan con el tratamiento.

En cuanto a la población total, acerca de las creencias, las personas refieren que la presencia de esta enfermedad es debido a una situación de estrés (71%), a una inadecuada alimentación (70%) y/o sedentarismo (64%) no siendo reflejado en los datos obtenidos, debido al alto porcentaje de personas que no cumplen con hábitos saludables.

También es importante destacar que no concurre a controles médicos y presentan las vacunas vencidas, siendo de gran importancia ya que tenemos una población mayoritariamente adulta mayor y deberían controlarse para prevenir este tipo y otras enfermedades.



CONCLUSIÓN

Se cumplió con los objetivos planteados, encontrando una alta prevalencia de los factores de riesgo de la diabetes mellitus en la población adulta. Este resultado se ve reflejado ante el aumento progresivo de la morbimortalidad de dicha enfermedad según los estudios a nivel nacional y mundial. Por esta razón se observó la necesidad de aplicar un conjunto de acciones encaminadas a fortalecer las medidas preventivas y de control para atenuar la propagación de este aumento.

Destacándose que la población conoce como prevenir esta enfermedad y su tratamiento, no se reflejó en los resultados el cumplimiento de los mismos. Como profesionales de la salud y futuros Licenciados en Enfermería, siendo la Diabetes Mellitus una enfermedad crónica y en gran medida prevenible por sus factores de riesgo modificables, es importante trabajar y promocionar hábitos de vida saludables, a través de actividades encaminadas a la ejecución de los mismos en el primer nivel de atención.

Cabe destacar que se logró superar las dificultades encontradas para finalizar el trabajo, dejando la puerta abierta para futuras investigaciones.



SUGERENCIAS

- Realización de actividades encaminadas a promover hábitos de vida saludables como caminatas en grupo promocionando el ejercicio físico, clases de cocina enseñando una alimentación adecuada y económica, y programas de ayuda para abandonar el hábito de fumar.
- Promoción de controles de salud a través de los medios de comunicación y en todos los niveles de atención.
- Concientizar y trabajar con la población diabética y sus familiares sobre los pilares de esta enfermedad para tener un mejor control de la misma y mejorar su calidad de vida.
- Informar sobre la existencia de organizaciones que trabajan con personas diabéticas.
- Dar a conocer la existencia del Programa de Prevención de las ECNT en el ámbito de la salud para poder difundirse en la población.
- Sería de suma importancia concretar la segunda fase del estudio de prevalencia de la Diabetes Mellitus en el interior del país.



Bibliografía

- Muñoz J, Fernández M, Basso J, Ríos J, Rosa R. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [en línea]. Uruguay. Ministerio de Salud Pública, 2006. [extraída el 28/02/2012]. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html
- Barrenechea C, Odont E, Silvia M, Moratorio X, Irene P, Termezana L, et al. Diabetes Mellitus tipo 2, Guía de la intervención en el Primer Nivel de Atención. [en línea]. Uruguay: RAP ASSE; 2009. [extraída el 28/02/2012]. Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3613,18170.
- Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta de Maza M, Aylwin C, Barragan D, et al. Guía Alad de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II. [en línea]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2010. [Extraído el 5 de Marzo de 2012]. Disponible en:
<http://www.aladlatinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
- García V .Hacia un registro nacional de diabetes en Uruguay: Antecedentes internacionales y nacionales [artículo en línea]. 5 de Enero de 2005. [extraído el 20 de enero de 2012]. Disponible en :
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=32555>



- Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay [en línea]. Uruguay; 10 de agosto 2005.[fecha de acceso: 20 enero de 2012] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=36163>
- Hernandez S R, Collado P, Baptista .Metodología de la investigación. Cuarta edición:México. Mc Graw -Hill Interamericana. 2006.
- Encuesta de diabetes, hipertensión arterial y factores de riesgo en enfermedades crónicas. [en línea] Tegucigalapa, Honduras. Organización Panamericana de la Salud 2009. [20 de febrero de 2012].Disponible en www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task
- The economic impacts of diabetes. [en línea]. IDF Diabetes Atlas. 1a ed.; 16 de agosto 2009. [extraído 20 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/economic-impacts-diabetes>
- .Salud de las Américas.2007 [en línea]. Organización Panamericana de la Salud Washinton, D.C 20037 EUA [fecha de acceso 20 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hia/vol1regional.html>
- Programa de actividad física para la prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular. [en línea]. Chile: Organización Mundial de Salud y Organización Panamericana de Salud. [27 de febrero de 2012]Disponible es:



<http://www.minsal.gob.cl/porta/ur/item/75fe622727752266e04001011f0169d2.pdf>

- Amine E, Baba N, Belhadj M , Deurenberg-Yap M, Djazay A, Forrester T, et al. Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas. [en línea]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 28 de enero - 1 de febrero de 2002. [extraído el 2 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf .



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano



ANEXOS



ANEXO N°1

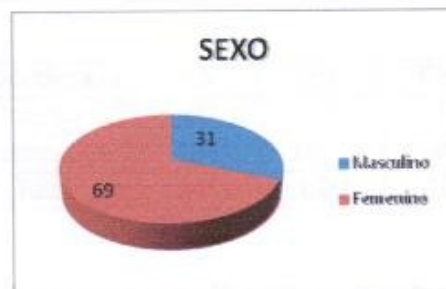
TABLAS Y GRAFICOS

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Distribución de toda la población según el sexo

SEXO	FA	FR	FR%
Masculino	76	0,31	31
Femenino	168	0,69	69
Total	244	1	100

Gráfico 1: Distribución de toda la población según el sexo

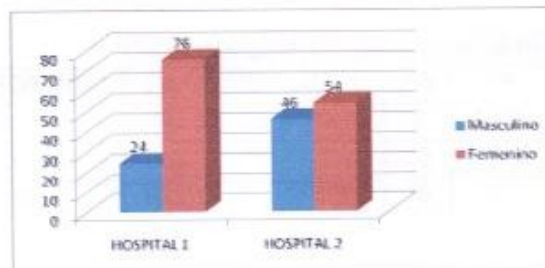


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 1a: Distribución de la población según el sexo y lugar

SEXO	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Masculino	41	0,24	24	35	0,46	46
Femenino	127	0,76	76	41	0,54	54
Total	168	1	100	76	1	100

Gráfico 1a: Distribución de la población según el sexo y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 2: Distribución de toda la población según la procedencia

Procedencia	FA	FR	FR%
Interior	46	0,19	19
Montevideo	198	0,81	81
Total	244	1,00	100

Gráfico 2: Distribución de toda la población según la procedencia

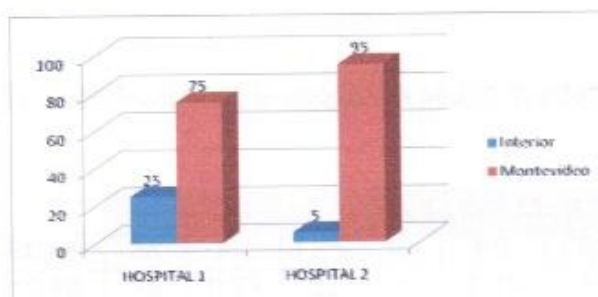


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 2a: Distribución de la población según la procedencia y lugar

PROCEDENCIA	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Interior	42	0,25	25	4	0,05	5
Montevideo	126	0,75	75	72	0,95	95
Total	168	1	100	76	1	100

Gráfico 2a: Distribución de la población según la procedencia y lugar

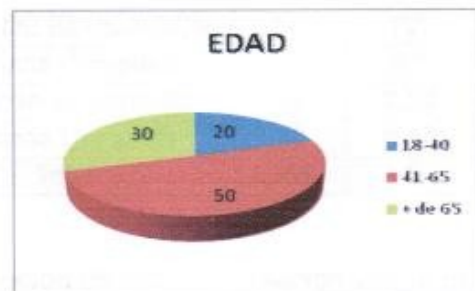


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 3: Distribución de toda la población según la edad

EDAD	FA	FR	FR%
18-40	49	0,20	20
41-65	123	0,50	50
+ de 65	72	0,30	30
Total	244	1,00	100

Gráfico 3: Distribución de toda la población según la edad

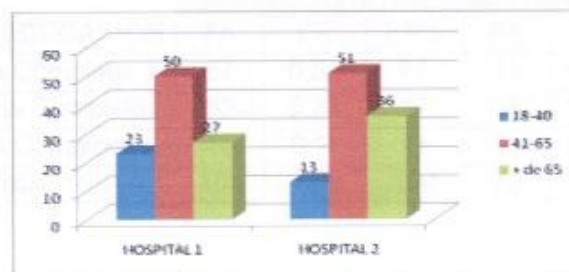


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 3a: Distribución de la población según la edad y lugar

EDAD	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
18-40	39	0,23	23	10	0,13	13
41-65	84	0,50	50	39	0,51	51
+ de 65	45	0,27	27	27	0,36	36
Total	168	1,00	100	76	1,00	100

Gráfico 3a: Distribución de la población según la edad y lugar

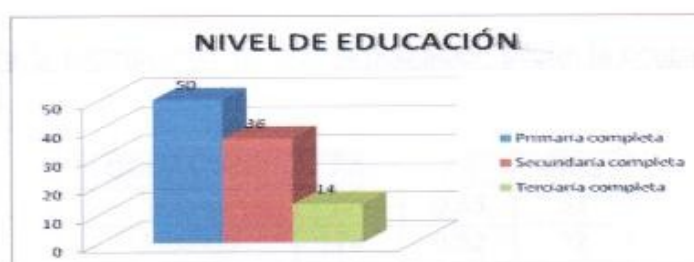


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 4: Distribución de toda la población según el nivel de educación

NIVEL DE EDUCACIÓN	FA	FR	FR%
Primaria Completa	122	0,5	50
Secundaria Completa	89	0,36	36
Terciaria Completa	33	0,14	14
Total	244	1	100

Gráfico 4: Distribución de toda la población según el nivel de educación

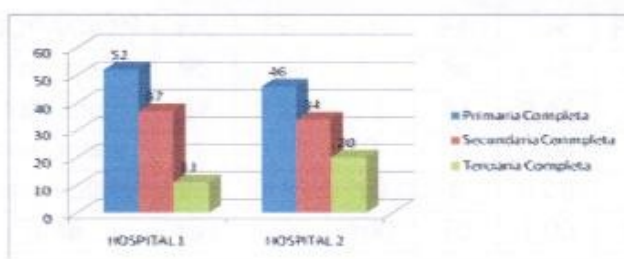


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 4a: Distribución de la población según el nivel de educación y lugar

NIVEL DE EDUCACIÓN	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Primaria Completa	87	0,52	52	35	0,46	46
Secundaria Completa	63	0,37	37	26	0,34	34
Terciaria Completa	18	0,11	11	15	0,20	20
Total	168	1,00	100	76	1,00	100

Gráfico 4a: Distribución de la población según el nivel de educación y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 5: Distribución de toda la población según la ocupación

OCUPACIÓN	FA	FR	FR%
Trabaja	129	0,53	53
Jubilado	78	0,32	32
Pensionista	9	0,04	4
Desocupado	28	0,11	11
Total	244	1	100

Gráfico 5: Distribución de toda la población según la ocupación

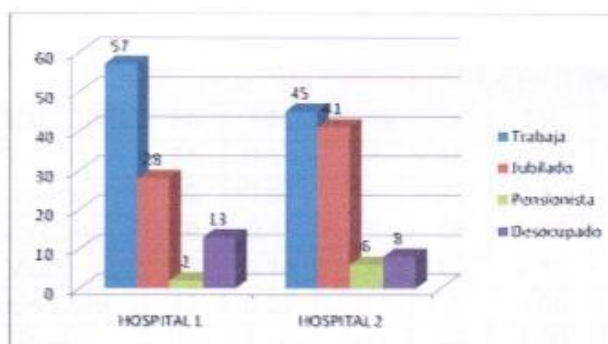


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 5a: Distribución de la población según la ocupación y lugar

OCUPACIÓN	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Trabaja	95	0,57	57	34	0,45	45
Jubilado	47	0,28	28	31	0,41	41
Pensionista	4	0,02	2	5	0,06	6
Desocupado	22	0,13	13	6	0,08	8
Total	168	1,00	100	76	1,00	100

Gráfico 5a: Distribución de la población según la ocupación y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 6: Distribución de toda la población según el estado civil

ESTADO CIVIL	FA	FR	FR%
Soltero	40	0,16	16
Casado	122	0,50	50
Divorciado	33	0,14	14
Viudo	33	0,14	14
Unión Libre	16	0,07	7
Total	244	1	100

Gráfico 6: Distribución de toda la población según el estado civil

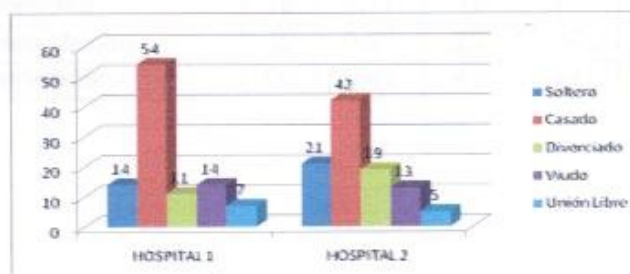


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 6a: Distribución de la población según el estado civil y lugar

ESTADO CIVIL	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Soltero	24	0,14	14	16	0,21	21
Casado	90	0,54	54	32	0,42	42
Divorciado	19	0,11	11	14	0,19	19
Viudo	23	0,14	14	10	0,13	13
Unión Libre	12	0,07	7	4	0,05	5
Total	168	1,00	100	76	1,00	100

Gráfico 6a: Distribución de la población según el estado civil y lugar

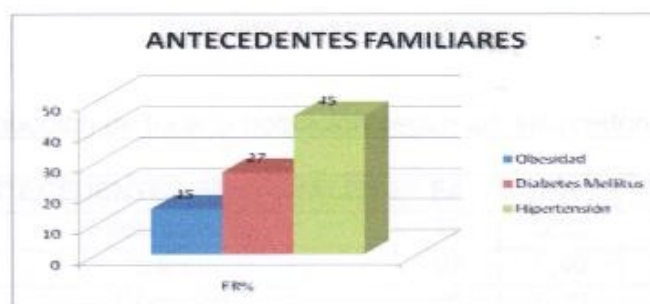


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 7: Distribución de toda la población según los antecedentes familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES	FA	FR	FR%
Obesidad	36	0,15	15
Diabetes Mellitas	65	0,27	27
Hipertensión	110	0,45	45

Gráfico 7: Distribución de toda la población según los antecedentes familiares

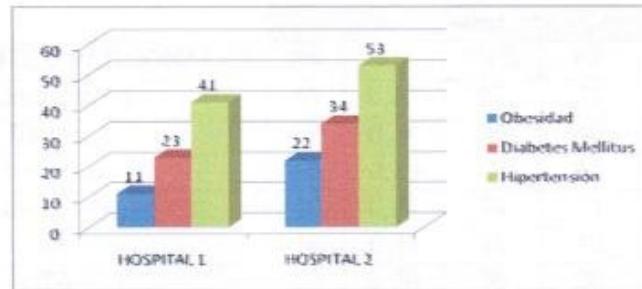


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 7a: Distribución de la población según antecedentes familiares y lugar

ANTECEDENTES FAMILIARES	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Obesidad	19	0,11	11	17	0,22	22
Diabetes Mellitus	39	0,23	23	26	0,34	34
Hipertensión	69	0,41	41	41	0,53	53

Gráfico 7a: Distribución de la población según antecedentes familiares y lugar

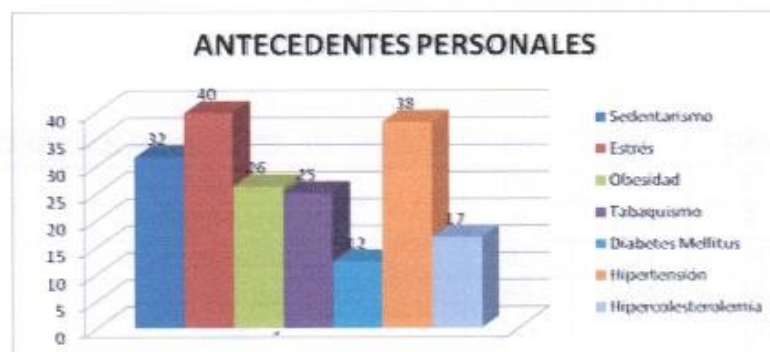


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 8: Distribución de toda la población según los antecedentes personales

ANTECEDENTES PERSONALES	FA	FR	FR%
Sedentarismo	77	0,32	32
Estrés	97	0,40	40
Obesidad	64	0,26	26
Tabaquismo	61	0,25	25
Diabetes Mellitus	30	0,12	12
Hipertensión	93	0,38	38
Hipercolesterolemia	41	0,17	17

Gráfico 8: Distribución de toda la población según los antecedentes personales



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 8a: Distribución de la población según antecedentes personales y lugar

ANTECEDENTES PERSONALES	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Sedentarismo	45	0,27	27	32	0,42	42
Estrés	57	0,34	34	40	0,53	53
Obesidad	49	0,29	29	15	0,20	20
Tabaquismo	40	0,24	24	21	0,28	28
DM	18	0,11	11	12	0,16	16
HTA	63	0,38	38	30	0,40	40
Hipercolesterolemia	26	0,15	15	15	0,20	20

Gráfico 8a: Distribución de la población según antecedentes personales y lugar

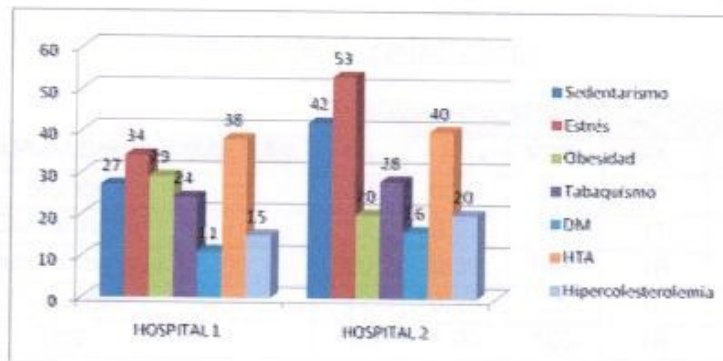
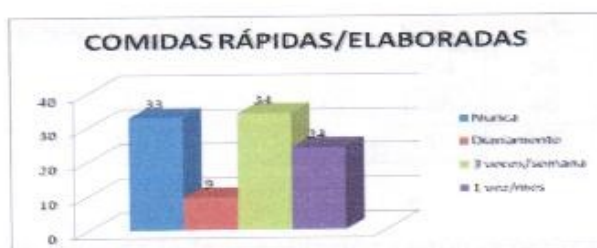


Tabla 9: Distribución de toda la población según el consumo de comidas rápidas/elaboradas

COMIDAS RÁPIDAS/ELABORADAS	FA	FR	FR%
Nunca	80	0,33	33
Diariamente	23	0,09	9
3 veces/semana	83	0,34	34
1 vez/mes	58	0,24	24
Total	244	1	100

Gráfico 9: Distribución de toda la población según el consumo de comidas rápidas/elaboradas

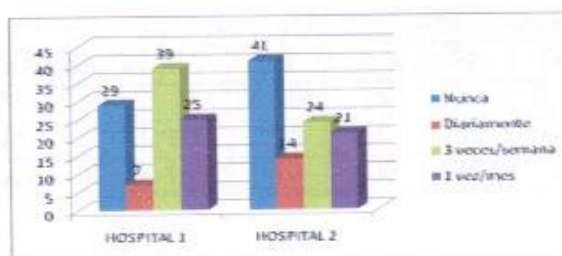


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 9a: Distribución de la población según el consumo de Comidas rápidas/elaboradas y lugar

COMIDAS RÁPIDAS/ELABORADAS	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Nunca	49	0,29	29	31	0,41	41
Diariamente	12	0,07	7	11	0,14	14
3 veces/semana	65	0,39	39	18	0,24	24
1 vez/mes	42	0,25	25	16	0,21	21
Total	168	1,00	100	76	1,00	100

Gráfico 9a: Distribución de la población según el consumo de comidas rápidas/elaboradas y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 10: Distribución de toda la población según la realización de ejercicio

físico

EJERCICIO FÍSICO	FA	FR	FR%
Si	132	0,54	54
No	112	0,46	46
Total	244	1	100

Gráfico 10: Distribución de toda la población según la realización de ejercicio

físico



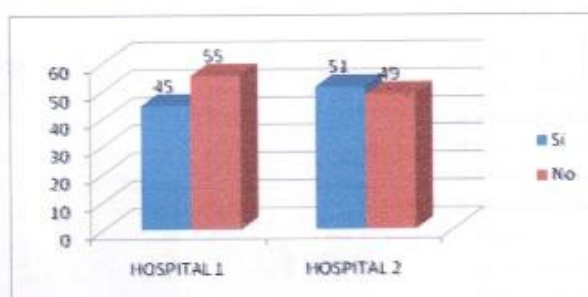
Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 10a: Distribución de la población según la realización de ejercicio físico y

lugar

EJERCICIO FÍSICO	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	75	0,45	45	39	0,51	51
No	93	0,55	55	37	0,49	49
Total	168	1	100	76	1	100

Gráfico 10a: Distribución de la población según la realización de ejercicio físico y lugar

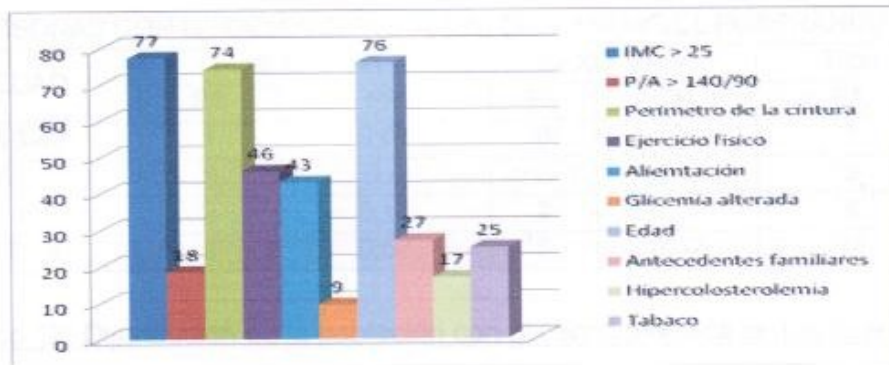


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 11: Distribución de toda la población según la presencia de factores de riesgo

Factores de riesgo	SI		NO				TOTAL	
			GLIC NO ALT		GLIC ALT			
	FA	FR %	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
IMC > 25	25	83	152	76	12	86	189	77
P/A > 140/90	5	17	38	19	2	14	45	18
Perímetro de la cintura	26	87	143	72	12	86	181	74
Ejercicio físico	11	37	93	47	8	57	112	46
Alimentación	13	43	86	43	5	36	104	43
Glicemia alterada	9	30	0	0	14	100	23	9
Edad	22	73	155	78	8	57	185	76
Antecedentes familiares	12	40	48	24	5	36	65	27
Hipercolesterolemia	9	30	28	14	4	29	41	17
Tabaco	6	20	52	26	3	21	61	25

Grafico 11a: Distribución de toda la población según la presencia de factores de riesgo



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Gráfico 11b: Distribución de las diferentes poblaciones y los factores de riesgo

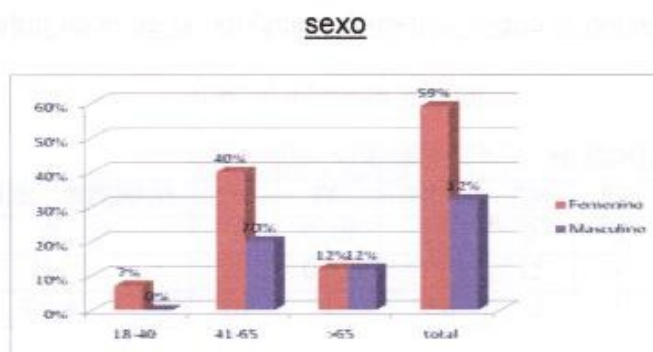


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 12: Distribución de la población con glicemia alterada según la edad y el sexo

PERSONAS CON GLICEMIA CAPILAR MAYOR A 140 MG/DL POSPRANDIAL					
EDAD	SEXO FEM.		SEXO MASC.		Total
	FA	FR	FA	FR	FA
18-40	1	0,07	0	0	1
41-65	6	0,4	3	0,2	9
>65	2	0,12	2	0,12	4
Total	9	0,59	5	0,32	14

Gráfico 12: Distribución de la población con glicemia alterada según la edad y el sexo

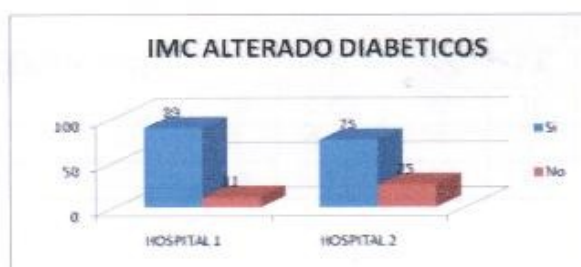


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 13: Distribución de la población diabética según si presenta el IMC alterado y lugar

IMC	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	16	0,89	89	9	0,75	75
No	2	0,11	11	3	0,25	25
Total	18	1	100	12	1	100

Gráfico 13: Distribución de la población diabética según si presenta el IMC alterado y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 14: Distribución de la población diabética según si presenta la presión arterial alterada y lugar

PRESIÓN ARTERIAL	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	5	0,28	28	0	0	0
No	13	0,72	72	12	1	100
Total	18	1	100	12	1	100

Gráfico 14: Distribución de la población diabética según si presenta la presión arterial alterada y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 15: Distribución de la población diabética según si presenta circunferencia de la cintura alterado y lugar

CIRCUNFERENCIA CINTURA	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	16	0,89	89	10	0,83	83
No	2	0,11	11	2	0,17	17
Total	18	1	100	12	1	100

Gráfico 15: Distribución de la población diabética según si presenta circunferencia de la cintura alterado y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 16: Distribución de la población diabética según si realiza ejercicio físico y lugar

EJERCICIO FÍSICO	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	5	0,28	28	6	0,50	50
No	13	0,72	72	6	0,50	50
Total	18	1	100	12	1	100

Gráfico 16: Distribución de la población diabética según si realiza ejercicio físico y lugar

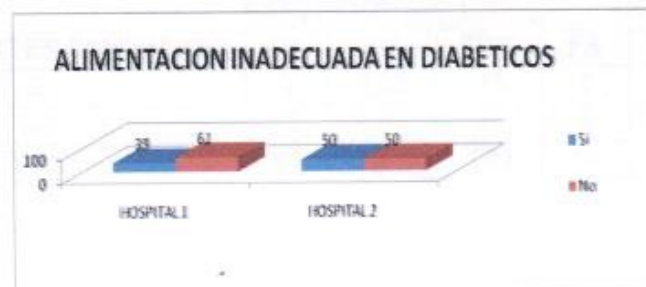


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 17: Distribución de la población diabética según la alimentación inadecuada y lugar

ALIMENTACION	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	7	0,39	39	6	0,50	50
No	11	0,61	61	6	0,50	50
Total	18	1	100	12	1	100

Tabla 17: Distribución de la población diabética según la alimentación inadecuada y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 18: Distribución de la población diabética según si presenta la edad de riesgo y lugar

EDAD	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	14	0,78	78	8	0,67	67
No	4	0,22	22	4	0,33	33
Total	18	1	100	12	1	100

Tabla 18: Distribución de la población diabética según si presenta la edad de riesgo y lugar

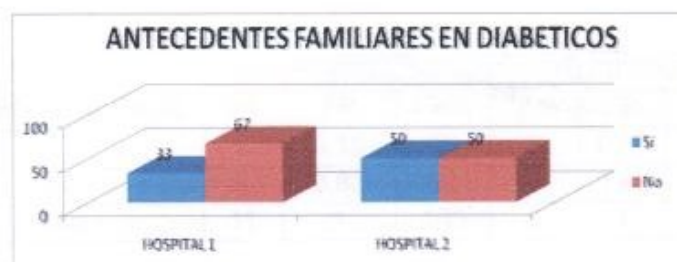


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 19: Distribución de la población diabética según si presenta antecedentes familiares de diabetes y lugar

ANTECEDENTES FAMILIARES	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	6	0,33	33	6	0,50	50
No	12	0,67	67	6	0,50	50
Total	18	1	100	12	1	100

Tabla 19: Distribución de la población diabética según si presenta antecedentes familiares de diabetes y lugar

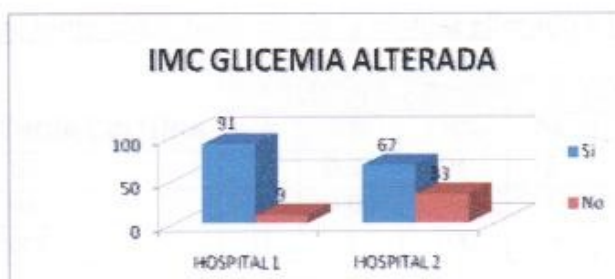


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 20: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta el IMC alterado y lugar

IMC	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	10	0,91	91	2	0,67	67
No	1	0,09	9	1	0,33	33
Total	11	1	100	3	1	100

Gráfico 20: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta el IMC alterado y lugar

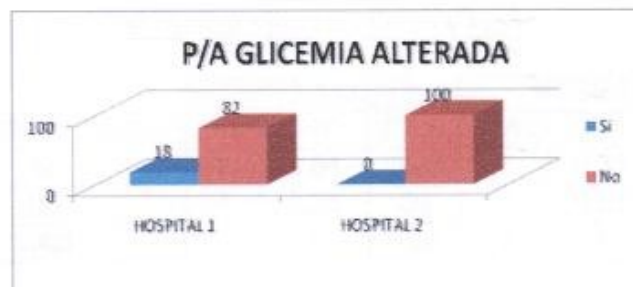


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 21: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta la presión arterial alterada y lugar

PRESIÓN ARTERIAL	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	2	0,18	18	0	0,00	0
No	9	0,82	82	3	1,00	100
Total	11	1	100	3	1	100

Gráfico 21: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta la presión arterial alterada y lugar

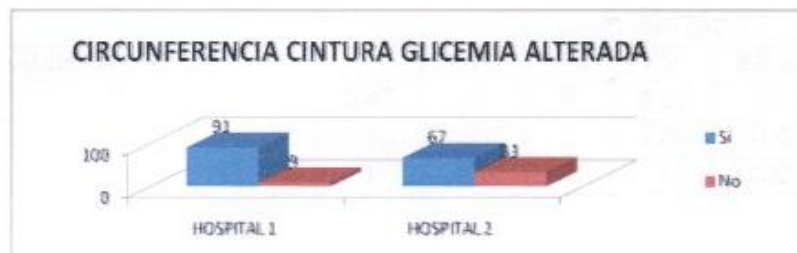


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 22: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta circunferencia de la cintura alterado y lugar

CIRCUNFERENCIA CINTURA	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	10	0,91	91	2	0,67	67
No	1	0,09	9	1	0,33	33
Total	11	1	100	3	1	100

Gráfico 22: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta circunferencia de la cintura alterado y lugar

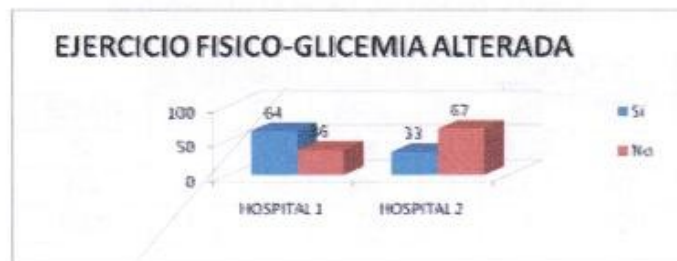


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 23: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si realiza ejercicio físico y lugar

EJERCICIO FÍSICO	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	7	0,64	64	1	0,33	33
No	4	0,36	36	2	0,67	67
Total	11	1	100	3	1	100

Gráfico 23: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si realiza ejercicio físico y lugar

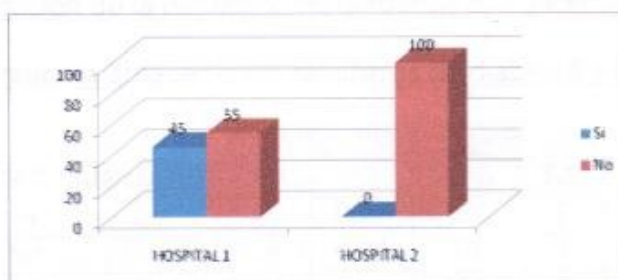


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 24: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según la alimentación inadecuada y lugar

ALIMENTACION	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	5	0,45	45	0	0,00	0
No	6	0,55	55	3	1,00	100
Total	11	1	100	3	1	100

Gráfico 24: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según la alimentación inadecuada y lugar

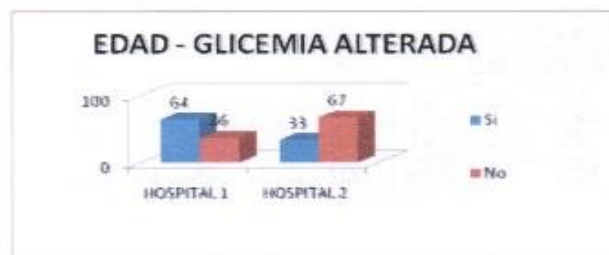


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 25: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta la edad de riesgo y lugar

EDAD	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	7	0,64	64	1	0,33	33
No	4	0,36	36	2	0,67	67
Total	11	1	100	3	1	100

Gráfico 25: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta la edad de riesgo y lugar

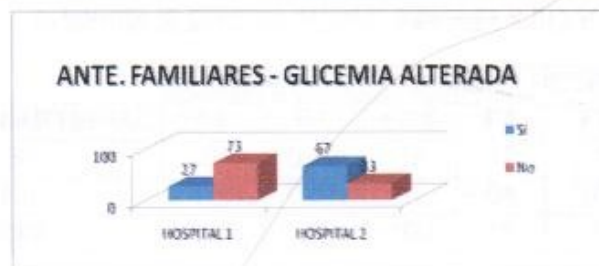


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 26: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta antecedentes familiares de diabetes y lugar

ANTECEDENTES FAMILIARES	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	3	0,27	27	2	0,67	67
No	8	0,73	73	1	0,33	33
Total	11	1	100	3	1	100

Gráfico 26: Distribución de la población no diabética con glicemia alterada según si presenta antecedentes familiares de diabetes y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 27: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta el IMC alterado y lugar

IMC	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	103	0,74	74	49	0,80	80
No	36	0,26	26	12	0,20	20
Total	139	1	100	61	1	100

Gráfico 27: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta el IMC alterado y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 28: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta la presión arterial alterada y lugar

PRESIÓN ARTERIAL	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	26	0,19	19	12	0,16	16
No	113	0,81	81	64	0,84	84
Total	139	1	100	76	1	100

Gráfico 28: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta la presión arterial alterada y lugar

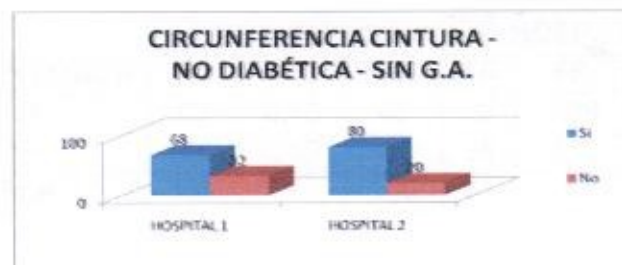


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 29: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta circunferencia de la cintura alterado y lugar

CIRCUNFERENCIA CINTURA	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Sí	94	0,68	68	49	0,80	80
No	45	0,32	32	12	0,20	20
Total	139	1	100	61	1	100

Gráfico 29: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta circunferencia de la cintura alterado y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 30: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si realiza ejercicio físico y lugar

EJERCICIO FÍSICO	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	63	0,45	45	30	0,49	49
No	76	0,55	55	31	0,51	51
Total	139	1	100	61	1	100

Gráfico 30: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si realiza ejercicio físico y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 31: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según la alimentación inadecuada y lugar

ALIMENTACION	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	63	0,45	45	23	0,38	38
No	76	0,55	55	38	0,62	62
Total	139	1	100	61	1	100

Gráfico 31: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según la alimentación inadecuada y lugar

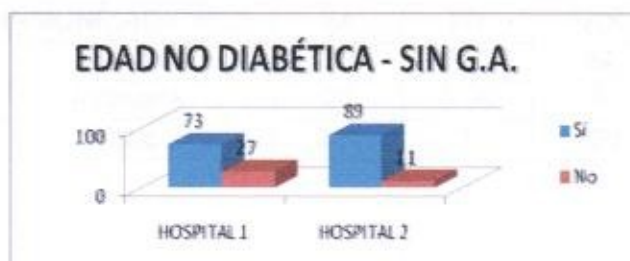


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 32: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta la edad de riesgo y lugar

EDAD	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	101	0,73	73	54	0,89	89
No	38	0,27	27	7	0,11	11
Total	139	1	100	61	1	100

Gráfico 32: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta la edad de riesgo y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 33: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta antecedentes familiares de diabetes y lugar

ANTECEDENTES FAMILIARES	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	30	0,22	22	18	0,30	30
No	109	0,78	78	43	0,70	70
Total	139	1	100	61	1	100

Gráfico 33: Distribución de la población no diabética sin glicemia alterada según si presenta antecedentes familiares de diabetes y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 34: Distribución de toda la población según la inmunización

INMUNIZACIONES	FA	FR	FR%
Vigente	224	0,92	92
Atrasada	20	0,08	8
Total	244	1	100

Gráfico 34: Distribución de toda la población según la inmunización

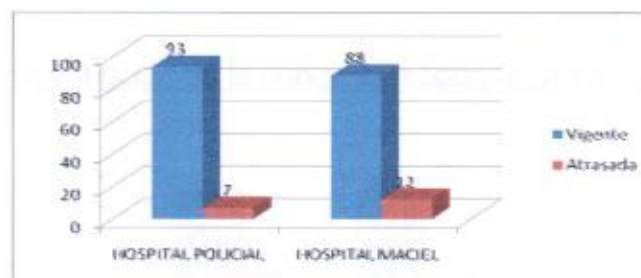


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 34a: Distribución de la población según la inmunización y lugar

INMUNIZACIONES	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Vigente	157	0,93	93	67	0,88	88
Atrasada	11	0,07	7	9	0,12	12
Total	168	1	100	76	1	100

Gráfico 34a: Distribución de la población según la inmunización y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 35: Distribución de toda la población según el carné de salud

CONTROLES DE SALUD	FA	FR	FR%
Si	195	0,80	80
No	49	0,20	20
Total	244	1	100

Gráfico 35: Distribución de toda la población según el carné de salud

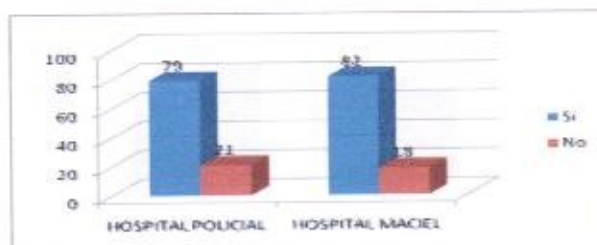


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 35a: Distribución de la población según el carné de salud y lugar

CONTROLES DE SALUD	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	133	0,79	79	62	0,82	82
No	35	0,21	21	14	0,18	18
Total	168	1	100	76	1	100

Gráfico 35a: Distribución de la población según el carné de salud y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 36: Distribución de toda la población según la emergencia móvil

EMERGENCIA MÓVIL	FA	FR	FR%
Si	106	0,43	43
No	138	0,57	57
Total	244	1	100

Gráfico 36: Distribución de toda la población según la emergencia móvil

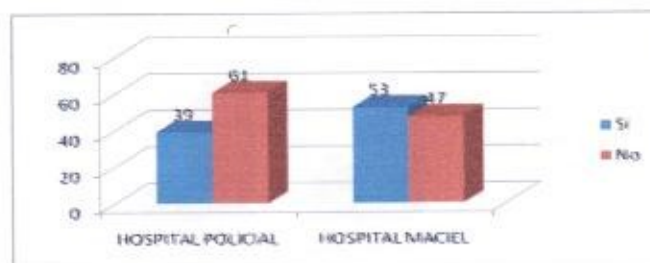


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 36a: Distribución de la población según la emergencia móvil y lugar

EMERGENCIA MÓVIL	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Si	66	0,39	39	40	0,53	53
No	102	0,61	61	36	0,47	47
Total	168	1	100	76	1	100

Gráfico 36a: Distribución de la población según la emergencia móvil y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 37: Distribución de toda la población según con quién viven

CON QUIÉN VIVE	FA	FR	FR%
Solo	56	0,23	23
Acompañado	188	0,77	77
Total	244	1	100

Gráfico 37: Distribución de toda la población según con quién viven

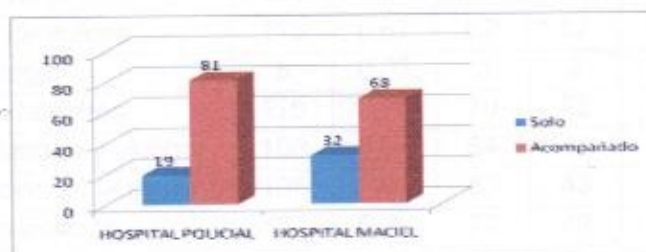


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 37: Distribución de la población según con quién viven y lugar

CON QUIÉN VIVE	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Solo	32	0,19	19	24	0,32	32
Acompañado	136	0,81	81	52	0,68	68
Total	168	1	100	76	1	100

Gráfico 37a: Distribución de la población según con quién viven y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 38: Distribución de toda la población según sus creencias

CREENCIAS	FA	FR	FR%
Consumo de dulces	165	0,68	68
Contagio	8	0,03	3
Situación de estrés	173	0,71	71
Sedentarismo, tabaco y alcohol	156	0,64	64
Falla en la secreción en la insulina	148	0,61	61
Mala alimentación	170	0,70	70
Otro	16	0,07	7
Ninguno	0	0	0

Gráfico 38: Distribución de toda la población según sus creencias

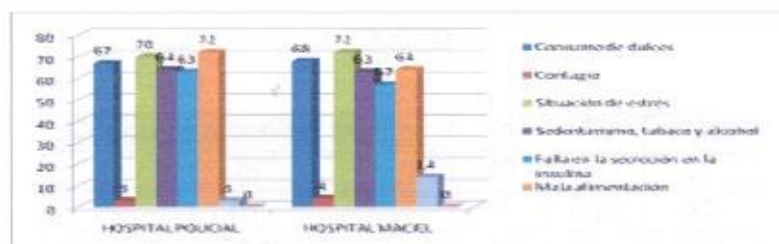


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 38a: Distribución de la población según sus creencias y lugar

Creencias	HOSPITAL 1			HOSPITAL 2		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Consumo de dulces	113	0,67	67	52	0,68	68
Contagio	5	0,03	3	3	0,04	4
Situación de estrés	118	0,70	70	55	0,72	72
Sedentarismo, tabaco y alcohol	108	0,64	64	48	0,63	63
Falla en la secreción en la insulina	105	0,63	63	43	0,57	57
Mala alimentación	121	0,72	72	49	0,64	64
Otro	5	0,03	3	11	0,14	14
Ninguno	0	0	0	0	0	0

Gráfico 38a: Distribución de la población según sus creencias y lugar



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 39: Distribución de la población diabética según cuál crea que sea el tratamiento de la DM

Tratamiento	FA	FR	FR%
Solo medicación	1	0,03	3
Solo alimentación	2	0,07	7
Solo ejercicio	0	0,00	0
Medicación y alimentación	9	0,30	30
Alimentación y ejercicio	5	0,17	17
Medicación, Alimentación y Ejercicio	13	0,43	43
Totales	30	1	100

Gráfico 39: Distribución de la población diabética según cuál crea que sea el tratamiento de la DM

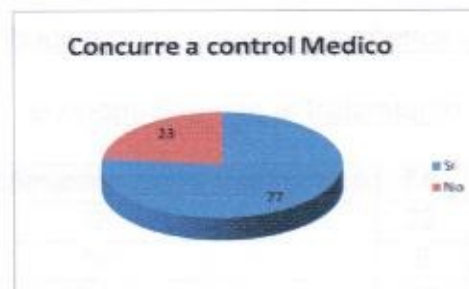


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 40: Distribución de la población diabética según si concurre a control médico

Concurre a control Medico	FA	FR	FR%
Si	23	0,77	77
No	7	0,23	23
Total	30	1	100

Gráfico 40: Distribución de la población diabética según si concurre a control médico

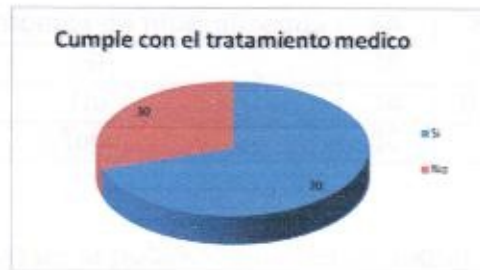


Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 41: Distribución de la población diabética según si cumple con el tratamiento

Cumple con el tratamiento medico	FA	FR	FR%
Si	21	0,70	70
No	9	0,30	30
Total	30	1	100

Gráfico 41: Distribución de la población diabética según si cumple con el tratamiento



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 42: Distribución de la población diabética según si accede económicamente al tratamiento

Accede económicamente al tratamiento	FA	FR	FR%
Si	22	0,73	73
No	8	0,27	27
Total	30	1	100

Gráfico 42: Distribución de la población diabética según si accede económicamente al tratamiento



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 43: Distribución de la población diabética según si conoce los síntomas de Hiperglicemia

Conoce síntomas de hiperglicemia	FA	FR	FR%
Si	16	0,53	53
No	14	0,47	47
Total	30	1	100

Gráfico 43: Distribución de la población diabética según si conoce los síntomas de Hiperglicemia



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 44: Distribución de la población diabética según si conoce los síntomas de Hipoglicemia

Conoce síntomas de hipoglicemia	FA	FR	FR%
Si	17	0,57	57
No	13	0,43	43
Total	30	1	100

Gráfico 44: Distribución de la población diabética según si conoce los síntomas de Hipoglicemia



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 45: Distribución de la población diabética según el automonitoreo

Automonitoreo	FA	FR	FR%
Nunca	27	0,55	55
Una vez al día	6	0,12	12
Dos veces al día	3	0,06	6
Más de dos veces al día	1	0,02	2
Ocasional	12	0,24	24
Total	49	1,00	100

Gráfico 45: Distribución de la población diabética según el automonitoreo



Fuente: datos obtenidos de la entrevista

Tabla 46: Distribución de la población diabética según si conoce una organización que trabaje con diabéticos

Conoce alguna Organización que trabaje con Diabéticos	FA	FR	FR%
Si	11	0,37	37
No	19	0,63	63
Total	30	1	100

Gráfico 46: Distribución de la población diabética según si conoce una organización que trabaje con diabéticos



Fuente: datos obtenidos de la entrevista




Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano



ANEXO N°2

ENCUESTA



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

DATOS DEL ENTREVISTADO

Nombre	C.I.
--------	------

Indique el dato que corresponda

Monocéntrico		Bicéntrico		Buzko		Almuerzo/Solus		Lalle		Número	
Fecha entrevista						Módulo de aulas					
Sexo		Edad		Trabajo		Tipo Ocupación Anterior		Tipo Ocupación Actual		Fumador	
F		M									
Diente blanca								Si		No	
Cura que se hizo											
Solo			Clayage			Fija/a			Otra		
Nivel de educación			Primaria completa			Secundario completo			Tercera completa		
Cobertura médica											
Si											
No											
Se hizo el diagnóstico móvil											
Caracterización visual											
Si											
No											
No sabe											
Vacunas											
Si											
No											
Neumococo											
Antigripal											
Antibiótica											
Paratyph											
Soltero											
Casado											
Divorciado											
Viudo											
Límite libre											
Mayor de 65 años											
Si											
No											
Censet de salud de adulto mayor											
Si											
No											

Antecedentes Familiares


Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular		Si		No		No sabe	
Edad al fallecer		Padre		Madre		Tíos	

Obesidad			Tuberculosis			Síndrome coronario			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemia		
Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No
Si																	
No																	

Antecedentes Personales

Factores de riesgo modificables

Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Alcohol	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipemia	Enfermedades Respiratorias
Si							
No							



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (CV)

Pamplinas (si es portador de estas patologías marque con una X la alternativa)

	Se controla		Forma medicación		No sabe el frecuencia
	Sí	No	Sí	No	
Hipertensión					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Historia de vida: Hábitos Alimenticios

	Sí	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez a la semana
Consumo carne roja					
Consumo pollo					
Consumo aceite o derivados					
Consumo pescado					

Hábitos ejercicio físico

	Sí	No	Diariamente	3 veces/semana	Casi nunca
Bicicleta					
Caminata al gimnasio					
Cuadro					
Correr					
Otro tipo de actividad					

	Sí	No	Hipertensión	1 a 3 veces al día	Nunca
Consumo de sal					



	Sí	No	Diariamente	1 vez/semana	1 vez al mes
Consumo comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consumo condimentos elaborados (salsas, sopas, etc.)					

Actividad laboral	Sí	No
Trabajo rural		
Trabajo con productos químicos (pinturas, barnices, etc.)		

CONTROL MÉDICO

	Sí	No	6 meses	2 años
Último control de salud regular				

	Preventivo		Rutina						
Realiza control médico									
Cardiólogo	Sí	No	Generalista	Sí	No	Médico General	Sí	No	Otro

**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

Exámenes	Valor P/A (2)	FECI (2)	ECG (2)	ECG AX EC	ECG AX (4)	Otino (2)	BUS Ap Tórax (2)	Digito de mano derecho (2)	Serum (2)	A. TX (2)	Alcohol (2, 4)
Si											
No											

	Si	No	Cada cuatro
Examen ginecológico			
Papanicolaou (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colepocopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Ex de mamas			

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolor de cabeza fuerte, repentino y sin causa conocida		
Vista doble		
Sonolencia		
Otros		

EXAMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
IMC		
Perímetro de la cintura		
Cholesterol total		
Cholesterol HDL		
P/A	valor último	

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)	
Pfeiffer	Lawton y Brody



ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO ADULTO Y ANCIANO MODIFICADO

PREVALENCIA DIABETES

Horas de Ayuno:	Menos 2hs	Mas 2hs
Horas de Ayuno:	Menos 8hs	Más de 8hs

CREENCIAS

Creé usted que algunos de estos factores influyen en la Diabetes?	
Porque consume muchos dulces	
Porque se contagia de otra persona	
Por una situación de estrés	
Por sedentarismo, consumir tabaco y alcohol	
Por una falta de secreción insulina	
Mala alimentación	
Otro	
Ninguno	

¿Usted cree que la diabetes es una enfermedad curable?	NO	SI
--	----	----

Dirigido a personas diabéticas			
Que tratamientos conoce usted para la diabetes?			
Solo Medicación	Solo Alimentación	Solo Ejercicio	
Medicación y Alimentación	Alimentación y Ejercicio		
Medicación, Alimentación y Ejercicio			
Conoce usted los síntomas de?		Hiperglicemia:	SI NO
		Hipoglicemia:	SI NO
Cumple con el tratamiento indicado por su médico			
Usted se realiza automonitoreo de glicemia capilar			
Frecuencia	1 vez/día	2 veces/día	más de 2 veces/día Ocasional
Puede acceder económicamente a:		Tratamiento Médico	SI NO
		Tratamiento Dietético	SI NO
		Material para automonitoreo	SI NO
Concurre a los controles con su médico		SI	NO
Conoce alguna organización que trabaje con diabéticos		SI	NO
		Cuál	



FE DE ERRATAS

Del Trabajo Final de Investigación "Prevalencia de factores de riesgo de la Diabetes en la población adulta en el marco de la jornada del día mundial de la Diabetes" se hace constar que se han detectado las siguientes erratas u omisiones:

- Pág. 55, Capítulo "Resultados", Gráfica y tabla N° 12: "Distribución de la población según la edad y el sexo en la población con la glicemia alterada" se modificó contenido de la tabla y gráfica.
- Pág. 61, Capítulo "Discusión", Subtítulo "Glicemia alterada" en vez de "En este factor se obtuvo que el 7% de la población no diabética presenta alteración de la glicemia postprandial y el 4% de las personas no diabéticas", sería "El 9% de la población total presentó alteración de este factor y de las personas diabéticas el 30% presentaron elevado el nivel de glicemia capilar (7 personas).
- Pág. 52, Capítulo "Resultados", Tabla N° 11: "Distribución de la población: Diabéticos, con o sin glicemia postprandial alterada, y presencia de factores de riesgo" se modificó la tabla.
- Pág. 119, Anexo N° 3 Consentimiento informado, ausencia del mismo se adjunta a esta fe de erratas.



Tabla 12: Distribución de la población con glicemia alterada según la edad y el sexo

PERSONAS CON GLICEMIA CAPILAR MAYOR A 140 MG/DL POSPRANDIAL						
EDAD	SEXO FEM.		SEXO MASC.		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
18-40	1	7%	0	0%	1	7%
41-65	6	43%	3	21%	9	64%
>65	2	14%	2	14%	4	29%
Total	9	64%	5	36%	14	100%

Gráfico 12: Distribución de la población con glicemia alterada según la edad y el sexo

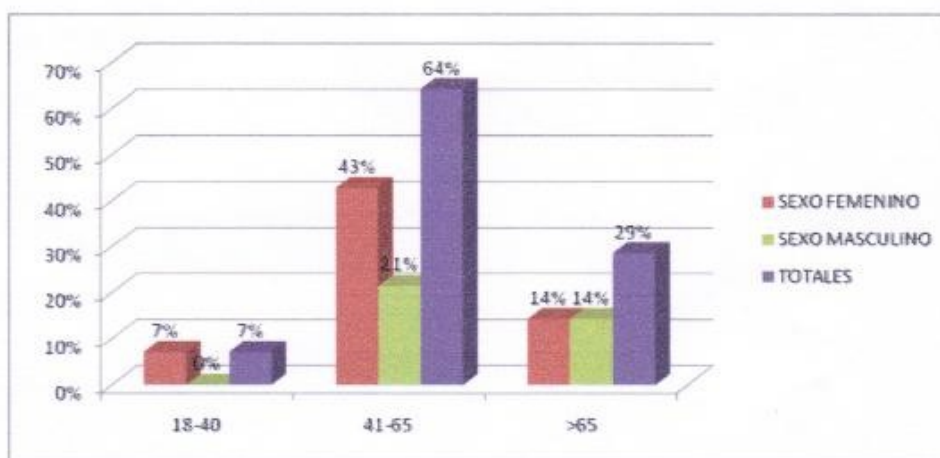




Tabla N° 11: " Distribución de la población: Diabéticos, con o sin glicemia postprandial alterada, y presencia de factores de riesgo"

FACTORES DE RIESGO	DIABÉTICOS			TOTAL
	SI	NO		
		GLIC. NO ALT.	GLIC ALT.	
FA	FA	FA	FA	
I.M.C. > 25	25	152	12	189
P/A > 140/90	5	38	2	45
Perímetro de la cintura	26	143	12	181
Ejercicio Físico	11	93	8	112
Alimentación	13	86	5	104
Glicemia alterada	9	0	14	23
Edad	22	155	8	185
Antecedentes familiares	12	48	5	65
Hipercolesterolemia	9	28	4	41
Tabaquismo	6	52	3	61



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano



14 de Noviembre del 2012

ENCUESTA DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE LA DIBETES TIPO II EN EL
MARCO DEL LA JORNADA DEL DIA MUNDIAL DE LA DIABETES, MONTEVIDEO-
URUGUAY.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería están realizando una encuesta con el objetivo de conocer la prevalencia de factores de la diabetes mellitus tipo II en la población adulta en el marco de la jornada realizada en los Hospitales Públicos en conmemoración al día mundial de la Diabetes en Montevideo, Uruguay.

Si acepta participar de este estudio, se hará una serie de preguntas sobre su salud. Además, se le tomará la presión arterial, una muestra de glicemia capilar (azúcar en sangre), peso, talla y perímetro de la cintura. Se le entregarán los resultados de las mediciones que se le hagan en el momento. Para lo anterior, se requiere extraer una gota de sangre de la yema de un dedo.

Estos resultados serán utilizados únicamente para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Todas las actividades serán realizadas por los estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Los beneficios que obtendrá de este estudio son: conocer como esta su salud con respecto a la presión arterial peso, perímetro de la cintura y glicemia capilar. Además, su colaboración permitirá conocer mejor la magnitud de estos problemas en la comunidad. No recibirá compensaciones económicas por su participación en este estudio; sin embargo, los exámenes que se le harán no tendrán ningún costo.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes,

yo _____, C.I. _____, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto/a a responder todas las preguntas de la encuesta, a que me tomen la presión arterial, la estatura, el peso, perímetro de la cintura y que se me tome la glicemia capilar. Entendiendo que no existe ningún riesgo inminente de vida.

Toda la información que proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio. Si se llegara a publicar los resultados de este estudio, mi identidad no podrá ser revelada.

También entiendo que tengo derecho a negar mi participación o a retirarme del estudio en el momento que lo considere necesario.



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano



Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

Firma del voluntario: _____