

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

GRADO DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE UN CENTRO DE SALUD.

Autor principal ELENA ALONSO VICENTE

CoAutor 1 LORENA SALAS ALDEA

CoAutor 2 LEIRE LÓPEZ TRIGOS

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave ATENCION PRIMARIA DE SALUD DIABETES MELLITUS TIPO 2 HIPERCOLESTEROLEMIA HEMOGLOBINA A GLUCOSILADA

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

INTRODUCCION

La atención primaria se considera el nivel asistencial más apropiado para el desarrollo fundamental de las actividades sanitarias relacionadas con la diabetes y con el resto de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de morbimortalidad en los pacientes con diabetes.

- Conocer el grado de control metabólico y de los FRCV en los pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 70 años de nuestro Centro de Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal.

Los datos clínicos fueron obtenidos de la historia clínica evaluándose según los objetivos de control de Asociación de Diabetes Americana (ADA). Efectuamos un muestreo aleatorio sistemático de los pacientes > de 70 años con diagnóstico DM2 del centro. Tamaño muestral: 178 pacientes (N= 357).

RESULTADOS

El 47,2% de la muestra eran varones.

El 5% de los pacientes evaluados presentaban cifras óptimas de la PA.

Los valores de la HbA1c eran adecuados en el 83,43% de los pacientes.

El Hábito tabáquico estaba presente en el 9,6%.

Existía un buen control de TG en el 68,4% de los pacientes evaluados.

En relación a los niveles de cHDL un 56,66% presentó valores > de 50 mg/dl. El 60,89% presentaron valores elevados del cLDL.

CONCLUSIONES

Nuestra prevalencia de DM2 en > 70 años fue del 18% muy inferior a la encontrada en otros estudios.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La atención primaria se considera el nivel asistencial más apropiado para el desarrollo fundamental de las actividades sanitarias relacionadas con la diabetes y con el resto de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Pese a las rigurosas recomendaciones para el control de la glucemia, más del 60% de los pacientes no cumple los objetivos de control, debido a desconocimiento del plan de cuidados, deficiente percepción de la gravedad de su enfermedad y escasa prioridad por la educación diabetológica.

La modificación en el estilo de vida es la base conceptual del tratamiento de la diabetes y tiene como objetivo conseguir y mantener un peso adecuado, mantener los niveles de glucosa lo más cercanos posible al rango de normalidad, mejorar el perfil lipídico y la tensión arterial, y todo ello con objeto de disminuir la morbimortalidad cardiovascular tan prevalente en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Ésta tiene un gran impacto no sólo sobre la calidad y la esperanza de vida del paciente diabético, sino también sobre el sistema socio sanitario.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad y de morbilidad en los pacientes diabéticos.

El objetivo de nuestro estudio fue conocer el grado de control metabólico y de los FRCV en los pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 70 años de nuestro Centro de Salud.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

El estudio fue realizado en el Centro de Salud Casa del Barco (Valladolid) con una población adscrita de 16.343 personas, de las cuales 357 (2,18%) eran pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 70 años.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo, en el ámbito de la atención primaria. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático a partir de los pacientes incluidos en el programa de diabetes de nuestro centro de salud. El tamaño muestral calculado fue de 178 pacientes, el 50 % del total (N= 357).

En primer lugar, se obtuvo un listado de todos los pacientes con diabetes tipo 2 incluidos en el programa, a los que se numeró. Para la elección del primer paciente se utilizó una tabla de números aleatorios y se aplicó posteriormente la constante de muestreo (3). Se substituyó a los pacientes que reunían criterios de exclusión (defunción y cambio de domicilio) por el paciente sucesivo en el listado.

Se recogieron los siguientes datos:

- Datos de filiación: número de historia clínica, edad y sexo.

2012), hábito tabáquico; datos del último control analítico completo; considerando válidos sólo los obtenidos en los 12 meses previos a la realización del estudio, excepto el valor de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) que sólo se consideró válido el obtenido en los 6 meses previos. Para la evaluación del grado de control de los FRCV, se aplicaron los objetivos propuestos por la asociación de diabetes Americana (ADA) en 2013:

- * Presión arterial controlada, si las cifras de PA sistólica eran inferiores a 140mmHg y las de PA diastólica eran inferiores a 80mmHg.
- * Buen control glucémico, si la cifra de (HbA1c) era inferior a 7,5%.
- * Buen control lipídico, si las cifras de cLDL eran inferiores a 100mg/dl, las de cHDL eran superiores a 50mg/dl y las de triglicéridos (TG) eran inferiores a 150mg/dl.
- * Control ponderal óptimo, si el IMC era <25 kg/m².

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Un total de 357 personas de nuestro centro de salud eran pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 70 años.

De las 178 personas incluidas en la muestra, 84 (47,2%) eran varones y 94 mujeres, de los cuales 11 eran personas mayores de 91 años (6,17%). La edad media de los pacientes era de 79,99±6,14 años.

Se identificó un elevado número de pacientes en los que no había registro reciente de algunos de estos parámetros, como el IMC (32%), las cifras de PA (10,1%) o el hábito tabáquico (28%).

No se encontró ninguna determinación reciente de la HbA1c (36%) o del perfil lipídico (19,7% HDL y LDL y 12,9% TG)

El 81% de los pacientes de los que constaban datos presentaban un IMC mayor de 25. No hubo diferencias significativas entre los hombres y las mujeres.

El 5% de los pacientes evaluados presentaban cifras óptimas de la PA según los criterios de la ADA. La media de la TAS fue de 131,43 y de la TAD 73,25.

Los valores de la HbA1c eran adecuados, es decir, < 7,5 % en el 83,43% de los pacientes en los había una determinación de la misma en los últimos 6 meses. La media fue de un 6,81%. Destacar que se detectó un peor control en el sexo masculino (relación 1:2).

El hábito tabáquico estaba presente en el 9,6% de los pacientes diabéticos valorados, siendo más frecuente en la franja de edad comprendida entre los 70 y 75 años (10 casos de los 17 existentes) y en el sexo masculino.

Existía un buen control en el nivel de TG en 106 pacientes que se correspondía con un 68,4% del total de los evaluados. Señalar que de los 49 casos en los que constaba un mal control 30 se correspondían con mujeres.

En relación a los niveles de cHDL un 56,66% presentaban valores > de 50 mg/dl, sin embargo, 87 pacientes que se correspondía con el 60,89% presentaban valores elevados del cLDL.

CONCLUSIONES

Un importante hallazgo es el elevado porcentaje de historias clínicas en las que faltan datos fundamentales para conocer el grado de control de los diversos FRCV. Frecuentemente, no están registrados datos tan importantes como el peso, el IMC (32%), las cifras de PA (10,1%) o el hábito tabáquico (28%). En muchos casos no hay constancia de que se hayan realizado las determinaciones analíticas recomendadas, y falta la información más reciente sobre parámetros tan esenciales como la HbA1c o el perfil lipídico.

Desafortunadamente, el deficiente seguimiento y registro de la información parece ser la norma: el porcentaje de historias en las que faltaban datos necesarios para estudiar el grado de control de nuestros pacientes es similar al encontrado en otros estudios españoles.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Al realizar la revisión de las historias clínicas para evaluar el grado de control metabólico se detectó un elevado porcentaje de historias en las que faltaban datos sobre los FRCV.

Se desconoce si esto es debido a un mal seguimiento de estos pacientes o a una falta de registro de la información; por lo que se llevo a cabo una sesión clínica para informar a otros profesionales sanitarios de las deficiencias encontradas y así aumentar la calidad asistencial.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Una propuesta interesante sería estudiar las complicaciones micro y macrovasculares en estos pacientes y relacionarlas con el grado de control de los distintos factores de riesgo cardiovascular.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. Pineda Cuenca M, Custardoy Olavarrieta J, Ortín Arróniz JM, et al. Grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. Aten Primaria. 2004; 33:254-60.
2. Documento 2005 de consenso entre varias sociedades científicas sobre pautas de manejo del paciente diabético tipo 2 en España. Av Diabetol. 2005; 21 Suppl 1.
3. Del Prato S, Felon AM, Munro N, Nesto R, Zimmet P, Zinman B, et al. Improving glucose management: Ten steps to get more patients with type 2 diabetes to glycaemic goal. IntJ Clin Pract. 2005; 59:134555.
4. Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2001; 27:393404.
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes (Position Statement). Diabetes Care. 2005; 28 Suppl 1:4-36.