

La Disfunción Familiar como Factor Limitante para lograr un adecuado Control Glucémico en pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital Rural Pedro Vicente Maldonado desde enero 2010 hasta enero 2012

Juan Carlos Pérez Montero[a], Luis Ramón Rivera Flores, Laura Prisila Játiva Serrano, Ana de Lourdes Mosquera Bayas.

a. Metrored

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.2 | No.3 | Noviembre 2017 | Recibido:
17/08/2017 | Aprobado: 9/11/2017

Como citar este artículo

Pérez J, Rivera L, Játiva L, Mosquera, A. La Disfunción Familiar como Factor Limitante para lograr un adecuado Control Glucémico en pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital Rural Pedro Vicente Maldonado desde enero 2010 hasta enero 2012. *Práctica Familiar Rural*. 2018 noviembre; 2(3).

RESUMEN

OBJETIVO: “Identificar la asociación entre la disfunción familiar como factor limitante para lograr un adecuado control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 en el Hospital Rural Pedro Vicente Maldonado entre 2010 al 2012”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Determinar la prevalencia de la disfunción familiar en los pacientes con DM 2. Correlacionar el control glucémico con la presencia de disfunción familiar. Determinar factores demográficos relacionados con la funcionalidad familiar (APGAR) en los pacientes con DM 2.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado en la población de Pedro Vicente Maldonado ubicado al Noroccidente de la Provincia de Pichincha en un Hospital Rural. Fuente de información Primaria y secundaria. Se estudiaron 104 historias clínicas y fichas familiares de pacientes con DM 2 que acudieron al hospital en un periodo de dos años 2010 a 2012. Se estableció el grado de control glucémico mediante la HbA1C y la funcionalidad familiar utilizando el APGAR familiar. Se

realizó el análisis con el programa EPI INFO 7, para obtener un análisis uni y bivariado, se obtuvo porcentajes de las variables cuantitativas y se realizó la búsqueda de una relación utilizando el test exacto de Fisher.

RESULTADOS: El tamaño de la muestra fue de 104 pacientes con diagnóstico de DM2, de los cuales encontramos el 52% (n= 54) de sexo femenino; la edad media de la población estudiada fue de 62 años +/- DS 13,08 años. La distribución por edad con mayor prevalencia fue en población mayor a 50 años (84,5 %).

De los datos demográficos encontramos que el 66 % (n= 69) de la población tiene menos de 6 años de instrucción escolar.

Respecto a la actividad laboral encontramos una prevalencia del 75% (n=78) que se dedican a la agricultura.

Al observar el tipo de atención de acuerdo a la prestación de servicio en salud encontramos que el 88% (n= 92) es de carácter gratuito. Además el 92,3% (n=85) presentan un inadecuado control glucémico a pesar de recibir medicación sin costo.

Al analizar el comportamiento metabólico en función del adecuado control de HbA1c (<7%), el 92% (n= 96) presentaron cifras mayores a las establecidas. En nuestro estudio se evidenció que el 94% (n=98) de pacientes presentaron algún grado de disfunción familiar, lo que se categorizó en un 53% (n=52) que correspondieron al sexo femenino y se correlaciona con la prevalencia a nivel mundial del 50 %.

El 85% (n=83) que presentan disfunción familiar se encuentran en edades comprendidas desde los 50 hasta más de 65 años de edad , lo que es estadísticamente significativo en relación con la zona urbana.(27)

Se evidenció que el 96 % (n=92) de pacientes que presentaban disfunción familiar tuvieron un inadecuado control glucémico.

CONCLUSION: La variable disfunción familiar no es estadísticamente significativa en nuestro estudio como en otros trabajos realizados, por el limitante de la muestra que nos puede sesgar el resultado , sin embargo observamos una tendencia a la disfunción familiar en pacientes con un inadecuado control de HbA1c.

PALABRAS CLAVE

Funcionalidad Familiar - Diabetes Mellitus tipo 2 - Control Glucémico.

Family Dysfunction as a Limiting Factor in Achieving Adequate Glycemic Control in Type 2 Diabetic Patients at the Pedro Vicente Maldonado Rural Hospital from January 2010 to January 2012

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the association between family dysfunction and adequate glycemic control in type 2 diabetic patients at the Pedro Vicente Maldonado Rural Hospital between 2010 and 2012

SPECIFIC OBJECTIVES: To determine the prevalence of family dysfunction in patients with DM 2. To correlate glycemic control with the presence of family dysfunction. Determine demographic factors related to family functionality (APGAR) in patients with DM 2.

METHODS: We conducted a cross-sectional descriptive study in the town of Pedro Vicente Maldonado, located in the northwest Province of Pichincha in a rural hospital. We studied 104 medical records and family records of patients with DM 2 who attended the hospital in a period of two years, 2010 to 2012. The degree of glycemic control was established through HbA1C and family functionality using the family APGAR. The analysis was carried out with the EPI INFO 7 program, to obtain a univariate and bivariate analysis. Percentages of the quantitative variables were obtained, and the search for a relation was made using Fisher's exact test.

RESULTS: The sample size was 104 patients diagnosed with DM2, of which 52% (n = 54) were female; the average age of the studied population was 62 years +/- SD 13.08 years. The age distribution with the highest prevalence was in the population over 50 years old (84.5%). From the demographic data we found that 66% (n = 69) of the population has less than 6 years of schooling. Regarding work activity, we found a prevalence of 75% (n = 78) that work in agriculture.

When observing the type of care according to the provision of health service, we find that 88% (n = 92) is free. In addition, 92.3% (n = 85) have inadequate glycemic control despite receiving medication at no cost.

When analyzing the metabolic behavior through the adequate control of HbA1c (<7%), 92% (n = 96) presented figures higher than those established. In our study it was proven that 94% (n = 98) of patients presented some degree of family dysfunction, of which 53% (n = 52) corresponded to the female sex. That correlates with the prevalence worldwide of 50%. 85% (n = 83) with family dysfunction are in ages ranging from 50 to 65 and above, which is statistically significant in relation to the urban area. (27)

It was proven that 96% (n = 92) of patients who presented family dysfunction had an inadequate glycemic control.

CONCLUSION: The family dysfunction variable is not statistically significant in our study as in other studies performed, due to the limitation of the sample that may bias the result. However, we observed a tendency for family dysfunction in patients with inadequate HbA1c control.

KEYWORDS

Family Functionality - Diabetes Mellitus Type 2 - Glycemic Control

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema de salud pública a nivel mundial, es una de las enfermedades con mayor impacto socio-sanitario, no solo por su alta prevalencia y su crecimiento

alarmante, sino también por las complicaciones crónicas; su elevada tasa de mortalidad, el aumento de factores predisponentes y desconocimiento de sus factores de riesgo. 1

Constituye la cuarta causa de muerte en países desarrollados, la segunda en países en vías de desarrollo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, existen alrededor de 140 millones de personas con DM 2 en el mundo y se estima que esa cifra se elevará a 300 millones en los próximos 25 años. 1

La prevalencia estimada en España varía entre el 2,8% y 3,9%. En el 2005, aproximadamente 20.8 millones de americanos (7% de la población) padecía de esta enfermedad. En México, la DM 2 representa uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia; se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades, 2

La prevalencia de la diabetes en el mundo calculada para el año 2030 es del 2,8%; en América Latina será de alrededor del 6 al 8%.

En el Ecuador la DM 2 constituye la quinta causa de morbilidad con 25854 casos reportados y cuarta causa de mortalidad 3, el principal problema es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas, existen numerosos factores que se relacionan con el adecuado control médico como lo señala Maeve Hautecoeur 4, desde un enfoque ecológico de salud-enfermedad.

En el Ecuador en el año 2005 se encontró que la Diabetes era la segunda causa de morbilidad, mientras que en el 2007 fue la primera causa de mortalidad dentro de las enfermedades metabólicas. Según el Ministerio de Salud Pública se han reportado 25.894 casos de DM 2 en Pichincha de los cuales 3886 casos fueron egresos hospitalarios con complicaciones. 5 Al momento no existen datos epidemiológicos concretos en el Ecuador, las estimaciones señalan que pasará del 4,8 % del año 2000 a 6,5% para el 2025.

La familia forma parte de los factores psicosociales que afectan la salud del individuo⁷ siendo afectados por la dinámica familiar (funcional o no funcional) 7,2 Existen varias fuentes de apoyo en la atención de pacientes crónicos tomando un papel importante la familia como tal. La diabetes se relaciona con la calidad de vida y la economía, ya que influye adversamente sobre el empleo, ausentismo y productividad en el trabajo 5. Así mismo está asociada a enfermedades afectivas que podría influir sobre la adherencia al tratamiento lo que podría a su vez provocar alteraciones en el sistema familiar ocasionando un mal control glucémico.6, 7

La disfunción familiar tiene un rol importante en el control integral de los pacientes DM 2 más allá de otros factores de promoción de la salud incidiendo directamente en un inadecuado control de la enfermedad.1 2

El apoyo familiar en los individuos con DM 2 es uno de los determinantes directos en el adecuado manejo integral de esta enfermedad, por otra parte, en el autocuidado del paciente, la familia ejerce un rol terapéutico y este es significativo, ya que gran parte de las actividades prescritas por el médico son realizadas con el apoyo de la misma.

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre la disfunción familiar y el control glucémico adecuado en personas con DM 2.

Métodos

Se realizó un estudio transversal, analítico, en 104 pacientes con diabéticos tipo 2 (DM2) atendidos desde enero del 2010 a enero del 2012 en el Hospital de Pedro Vicente Maldonado ubicado en una área rural. Los pacientes estudiados presentaron un diagnóstico de la enfermedad

de por lo menos un año y que estaban recibiendo tratamiento farmacológico que fueron en total 104.

Los pacientes fueron seleccionados a partir de criterios de inclusión tales como:

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria (Anexo 3).
- Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y que acuden al consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado
- Persona que tiene diagnóstico de diabetes tipo dos y que se encuentra en tratamiento.
- Persona diabética que cuente con un núcleo familiar
- No pasar crisis normativa o no normativa.

Así también se excluyeron los pacientes con las siguientes características:

- Paciente que no aceptaron participar en el estudio.
- Personas no diabéticas o de diagnóstico inicial
- No poseer núcleo familiar.
- Tener una crisis normativa o no normativa

Las fuentes de información para este estudio fueron primaria a través de encuestas dirigidas (Anexo 1) y secundaria obtenido de las historias clínicas electrónicas a través del sistema informático SOPHI (Sistema Operativo Para Hospitales Inteligentes) , el mismo que registra el diagnóstico de los pacientes con diabetes tipo 2 en el HPVM en el periodo 2010 al 2012. Se utilizaron encuestas, entrevistas e historias clínicas electrónicas para la recolección de la información.

Se les realizó una evaluación de la funcionalidad familiar utilizando el APGAR familiar, y se comprobó su control glucémico al realizarse una hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Las variables demográficas estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, dirección de domicilio.

Las variables utilizadas para el estudio fueron categorizadas para su análisis de la siguiente forma: Disfunción familiar (0 funcional y 1 disfuncional); Control glucémico (0 adecuado y 1 inadecuado) ; Costo de consulta (0 no y 1 Si); Grado de instrucción (0 si 1 no); Tiempo de enfermedad (<5 años =0 y >5 años =1); Medicación (sola =0 y combinada =1).

Se generaron bases de datos en el programa en Excel y el análisis estadístico en Epi Info 7, se procedió a realizar un análisis descriptivo univariado y bivariado obteniéndose porcentajes para cada una de las variables del estudio, se realizó un análisis de asociación de las variables mal control glucémico y disfunción familiar utilizando el test de Fisher a un nivel de confianza de $p < 0.05$.

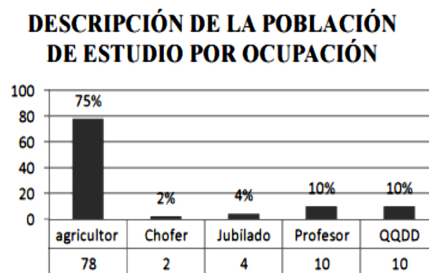
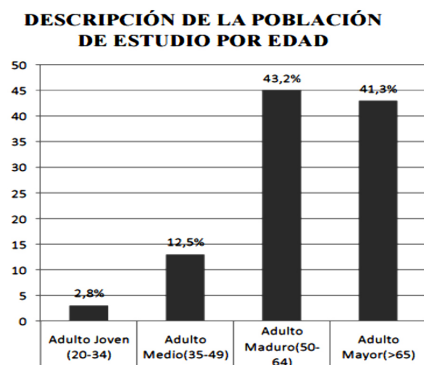
Para la realización de este estudio se procedió de acuerdo a las normas éticas y a las recomendaciones de Helsinki a cada uno de los pacientes, se solicitó la aceptación para participar en este estudio de acuerdo al consentimiento informado.

Limitaciones

Las limitaciones en este estudio, fueron el tiempo restringido para la recolección de los datos; así como también el tamaño de la muestra y por último la escasa e inadecuada información que brindan las historias clínicas. Lo que comprometió posiblemente el análisis de asociación entre las variables estudiada.

Resultados

El tamaño de la muestra fue de 104 pacientes con diagnóstico de DM2, de los cuales encontramos el 52% (n= 54) de sexo femenino; la edad media de la población estudiada fue de 62 años +/- DS 13,08 años. La distribución por edad tuvo una mayor prevalencia en mayores de 50 años (84,5 %).



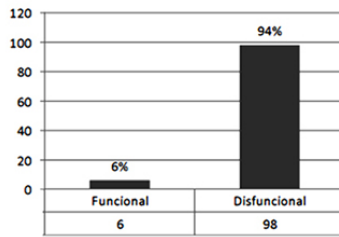
De los datos demográficos encontramos que el 66 % (n= 69) de la población tiene menos de 6 años de instrucción escolar. La actividad laboral encontramos una prevalencia del 75% (n=78) que se dedican a la agricultura; según el tipo de atención de acuerdo a la prestación de servicios de salud encontramos que el 88% (n= 92) es de carácter gratuito. Se evaluó la HbA1c, y en el 92,3% (n=85) presentan un inadecuado control glucémico a (HbA1c >7%) a pesar de recibir medicación sin costo.

Al asociar las variables de tipo de atención y HbA1c encontramos que no hay diferencias porcentuales. Analizando el comportamiento metabólico en función del adecuado control de HbA1c (<7%), el 92% (n= 96) presentaron cifras mayores a las establecidas. El 63,3 % (n=69) de los pacientes presentaron más de 5 años de evolución de enfermedad. De los 96 pacientes con HbA1c mayor a 7%, el 9,3% (n=9) reciben monoterapia y el 90,6% (n=87) se encuentra con terapia combinada.

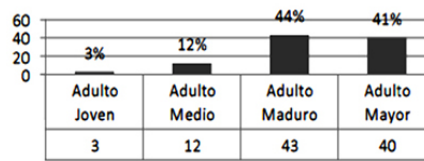
En nuestro estudio se evidenció el 94% (n=98) pacientes que presentaron algún grado de disfunción familiar, lo que se categorizó en un 53% (n=52) que correspondieron al sexo femenino lo que se correlaciona con la prevalencia a nivel mundial del 50 %.

El 85% (n=83) que presentan disfunción familiar se encuentran en edades comprendidas desde los 50 hasta más de 65 años de edad, lo que es estadísticamente significativo en relación con la zona urbana. (27)

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR



DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISFUNCION FAMILIAR POR EDAD



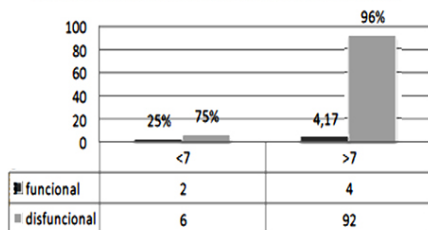
Se evidenció que el 96 % (n=92) de pacientes que presentaban disfunción familiar tuvieron un inadecuado control glucémico. La variable disfunción familiar no es estadísticamente significativa en nuestro estudio como en otros trabajos, sin embargo a pesar de la escasa muestra que tenemos observamos una tendencia a la disfunción familiar en pacientes con un inadecuado control de HbA1c.

Respecto a la actividad laboral encontramos una prevalencia del 74% (n=73) que se dedican a la agricultura. En estos la disfunción familiar es mayor que el grupo de los profesionales. Relación aproximada es de 7 veces mayor en los agricultores vs. Los profesionales. 25

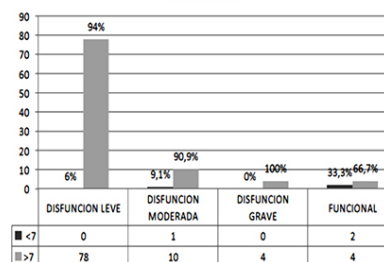
En relación el grado de instrucción con el control glucémico el 68,8% (n=66) que presentaron instrucción escolar baja presentaron un inadecuado control glucémico, en base a estos resultados de la relación entre niveles de HbA1c y el nivel de instrucción en la zona rural son equiparables con la zona urbana.(25)

Al analizar la asociación entre el control glucémico y la categorización de la disfunción familiar se encontró que el 100% (n=4) tubo disfunción familiar grave e inadecuado control glucémico, el 94% (n=78) con disfunción leve y en menor proporción el 90,9% (n=10) presentaron disfunción moderada pese a no ser estadísticamente significativo el 66,7 % (n=4) presento funcionalidad familiar.

ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCION FAMILIAR Y CONTROL GLUCÉMICO



ASOCIACIÓN ENTRE CONTROL GLUCÉMICO Y CATEGORIZACIÓN DE DISFUNCION FAMILIAR



Conclusiones

La variable funcionalidad familiar no se relaciona estadísticamente con control de HbA1c.

Existe una tardanza en el diagnóstico de los pacientes con DM2 en la zona rural.

El 90.6% de los pacientes diabéticos de este estudio tienen un inadecuado control glucémico.

El grado de instrucción es estadísticamente significativo para mantener un adecuado control glucémico.

Los pacientes con monoterapia al igual que los de terapia combinada presentan inadecuado control glucémico.

Recomendaciones

Los médicos que prestan servicio en zonas rurales deben poner mayor énfasis en la creación de redes sociales y en mejorar la relación médico paciente considerando el grado de instrucción escolar y el contexto cultural de cada zona rural donde se presta la atención médica .

Todas las entidades de Salud deben realizar más investigaciones de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles a nivel urbano y rural para medir el impacto de los programas de salud aplicados.

El personal de salud que trabaja en las zonas rurales deben facilitar el entendimiento de las indicaciones médicas (farmacológicas, no farmacológicas)de los pacientes analfabetos adaptándose a su contexto cultural , económico y social .

El personal de salud debe poner mayor énfasis en el control de los pacientes diabéticos tipo 2 de la zona rural ya que estas poblaciones están en mayor riesgo.

Bibliografía

1. Pineda MS, Nadal JF, Ellacuria MP, et al. Estadísticas y causas de mortalidad en la diabetes tipo 2. atención primaria. 2009;27:654-657
2. De EYE, Obligatoria N, Vigilancia SA, De DPC, Provincias MPOR. Epidemiología / epi-2. ministerio de salud pública Ecuador. 2007.
3. Mc Daniel S, Campbell T. Orientación Familiar en Atención Primaria. Barcelona: España: Springer-Verlag Iberica; 1998.
4. Hauteceur M, Com MS, Zunzunegui MV, Epidemiol D, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. salud pública de México. 2007;49(2).
5. Gonz A, Avil P. Artículo original Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. revista de especialidades médico quirúrgicas. 2011;16(2):82-88.
6. Victor R, Dileby S. ESTUDIO DE NECESIDADES PARA LA CREACION DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA DIABÉTICOS. MEDICO DE FAMILIA. 2004;12(1):23-26.
7. Pineda MS, Nadal JF, Ellacuria MP, et al. Estadísticas y causas de mortalidad en la diabetes tipo 2. atención primaria. 2009;27:654-657.
8. Garcia S. La exploración de la familia, Aspectos médicos, psicológicos y sociales. revista médica del IMSS. 1981;19(2):155-163.
9. Harris M, Klein R, Welborn T. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 years before clinical diagnosis. Diabetes Care. 1992;15(7):815.
10. María D, López M, Manuel V, et al. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. revista médica del IMSS. 2004;42.
11. Pablo A. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 2006.
12. Santacruz VJ. La Familia como unidad de análisis. revista médica del IMSS. 1983;21(4):348-357.
13. Carmen CTM del. funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. theoria. 2010;19(1).
14. Manga UBA, Eps DC, Ariza E, et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. salud Uninorte Barranquilla. 2005;21:28-40.
15. Vijan S, Hofer TP, Hayward RA. Estimated Benefits of Glycemic Control in Microvascular Complications in Type 2 Diabetes. Annals of Internal Medicine. 1997;127(9):837-839.

16. Dis- V, Modified D, Box PO. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine*. 2008;2560-72.
17. Khaw K-tee, Wareham N, Bingham S, et al. Association of Hemoglobin A 1c with Cardiovascular Disease and Mortality in Adults : The European Prospective Investigation into Cancer in Norfolk. *Annals of Internal Medicine*. 2004;(12).
18. Hba E. Glycemic Control and Coronary Heart Disease Risk in Persons With and Without Diabetes. *American Medical Association*. 2005;165.
19. Sciences HH, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of Intensive Glucose lowering in Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine*. 2008;358(24):2545-2559.
20. Sereday M, Lapertosa YS. Complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnostico. *endocrinol nutri*. 2008;55(1014):64-68.
21. Menéndez A. Optimización del tratamiento de la diabetes tipo 2 : ajustar el tratamiento al paciente y a la enfermedad. *Atención Primaria*. 2009;31(2):93,97.
22. Arroyo J, Badía X, De H, et al. Tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(5):166- 172.
23. Herrera D. Como se piensan las familias. :1-20.
24. American Diabetes Association. Standars of medical care in diabetes. *diabetes care*. 2011;34:1-7.
25. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. *Principios de Medicina Interna Harrison*.
26. Nathan DM, Kuenen J, Group (ADAG) S. Translating the A1C Assay Into Estimated Average Glucose Values. *Diabetes Care*. 2008;31(8):1-6.
27. Evelyn Ariza1, et col. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 UBA Manga de Coomeva EPS en Cartagena (Colombia). 2006.
28. Martinez et al. Conocimiento sobre diabetes mellitus en pacientes diabeticos tipo 2, tanto urbanos como rurales del occidente de Mexico . *Archivos de Medicina Familiar* , vol 9 (3), 147-159 , 2007.
29. Guerrero J et al, Prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente en la poblacion rural de Durango, Mexico. *Revista Panamericana de Salud Publica* . vol 2 (6). 386-391 . 1997.
30. Cabezas C et al. *Revista Medica Vozandes* . Disfunción familiar y su correlación con el estado metabólico en el club de pacientes tipo 2 . vol 22 .PAG 4 2011
31. Armas, N.; *Entre voces y silencios: Las Familias por dentro*, 2007, Quito.