

Plans P, Pardell F, Salleras L. 1992. Epidemiología de la hipertensión arterial en la población adulta de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 98: 369-372.  
Ramsay LE, Williams B, Johnston GD et al. 1999. Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society. *J Hum Hypertens* 13: 569-592.

UKPDS Group. 1998. High blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *Brit Med J* 317: 713-719.

World Health Organization. 1999. International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension. Guidelines Subcommittee. *Journal Hypertens* 17: 151-183.

## **NIVEL DE INFORMACIÓN DE LA DIABETES Y COMPLICACIONES CRÓNICAS EN PACIENTES CONTROLADOS EN EL HOSPITAL I. LAGUNILLAS. MÉRIDA.**

**Morelia Hernández, Dionelis Contreras, Nellys Dávila, Belkis Maldonado, Dulce Vega, Zorina Escobar, Pedro Salinas**

### ***Resumen***

Es un estudio descriptivo realizado en 100 pacientes diabéticos, la muestra se tomó al azar sistematizado tomando en cuenta solo los pacientes diabéticos mayores de 40 años, dependientes de antidiabéticos orales y que fueron controlados durante 5 meses consecutivos con la finalidad de investigar la relación existente entre el nivel de conocimientos y las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Los resultados muestran que los pacientes saben que la diabetes es una enfermedad crónica, que puede controlarse con dieta y tratamiento, que se controla pero no se cura y que la falta de control provoca complicaciones y/o hasta la muerte. La mayoría recibió información por parte del médico tratante y están claros en que el diabético se descompensa a través de procesos infecciosos, por incumplimiento de la dieta y el tratamiento. Las complicaciones de la diabetes se han manifestado principalmente con los trastornos en la circulación de miembros inferiores. Se concluye que el nivel de información sobre la diabetes reduce las complicaciones en especial la neuropatía diabética  
Palabras Claves: Diabetes mellitus, información, complicaciones crónicas.

### ***Abstract***

#### **Information level about diabetes and chronic complications in patients controlled in the Hospital I, Lagunillas, Mérida, Venezuela.**

A descriptive study, including a systematic random sample of 100 diabetic patients, selecting only the diabetic patients older than 40 years of age, and depending on oral antidiabetic medicaments, who were controlled during 5 continued months, to search the relationship between the information level and the chronic complications of the diabetes mellitus. The results show that the patients know that the diabetes is a chronic disease, that could be controlled with diet and medical treatment, that can be controlled but not cured, and that if not controlled it may cause complications and/or death. Most of the patients had the information from the doctor treating them. The patients were aware that the diabetic patients are decompensated by infectious processes, and/or by not keeping the diet and treatment. The diabetes complications are mainly disorders of the lower members circulation. It is concluded that the information level about diabetes reduces the complications, especially the diabetic neuropathy.  
Key words: Diabetes mellitus, information, chronic complications.

### **INTRODUCCIÓN**

La denominación de diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas (Expert Committee 1997).

La diabetes mellitus en las últimas décadas se ha tornado como un problema de salud pública internacional, que afecta a las sociedades humanas sin

distingo de condiciones. Los estudios realizados en varios países con diferentes hábitos de alimentación y condiciones ambientales revelan distintas tasas de prevalencia de la diabetes mellitus, atribuibles a diferentes factores. Se distribuye en zonas urbanas y rurales, aparece luego de los 40 años de edad y con mayor frecuencia en las mujeres multíparas, generalmente obesas.

En Venezuela para 1987 ocupó el noveno lugar como causa de muerte. La diabetes con sus complicaciones se encuentran entre las principales causas y las personas tienen riesgo dos veces mayor para desarrollar enfermedad arterial, coronaria, cerebral, ceguera y renal (Varas 1980).

Mediavilla (2001) dice que cuando se detecta la diabetes tipo II muchas personas han permanecido hiperglucémicas durante 5 a 10 años, y en ese momento ya tienen datos de complicaciones micro y macroangiopáticas. El mismo autor señala que la retinopatía está presente durante varios años antes del diagnóstico de diabetes, así mismo, indica que la diabetes tipo 2, es aquella en la que existe un aumento de resistencia a la insulina y donde las células beta pancreáticas no son capaces de producir suficiente insulina para compensarla.

En la diabetes tipo 2, los lugares importantes de utilización de la glucosa (tejido adiposo, hígado y músculo esquelético) muestran un deterioro de su respuesta biológica a las concentraciones circulantes normales de insulina (Mediavilla 2001).

Se cree, erróneamente, que la diabetes tipo 2 es una enfermedad «leve» debido a que no existen síntomas aparentes, pero a causa de las complicaciones que puede ocasionar esta enfermedad se calcula que el 75% de los pacientes pueden tener una muerte prematura. Las principales complicaciones debidas a la enfermedad son: accidente cerebrovascular, neuropatía, enfermedad vascular-periférica, retinopatía, enfermedad cardiovascular y nefropatía.

El tratamiento inicial de la diabetes tipo 2, por lo general, se basa en un control dietético, disminución de peso y la práctica de ejercicio físico, aunque a la larga todo ello no basta.

La diabetes se puede asociar con complicaciones agudas que pueden dar lugar a alteraciones importantes, como precipitación de accidentes cardiovasculares o cerebrovasculares, lesiones neurológicas, coma y riesgo vital, en caso de no tratamiento urgente Mediavilla (2001). Una complicación aguda es la hipoglucemia (y sus complicaciones: Precipitación de accidentes cardiovasculares agudos (ángor, infarto de miocardio) o cerebrovasculares (ACV). Aparición de hemorragias retinianas en pacientes con retinopatía previa. Aparición de encefalopatía hipoglucémica o daño permanente en la corteza cerebral como consecuencia de episodios repetidos de hipoglucemias graves (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria 2004).

Otra complicación aguda es la hiperglucemia, resultante del déficit de insulina, lo que a su vez causa

complicaciones metabólicas como la cetoacidosis diabética, el coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico, acidosis láctica.

Igualmente, la hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia a daños a largo plazo, que provocan disfunción y fallo de varios órganos: en especial, ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Las complicaciones crónicas incluyen retinopatía diabética, neuropatía diabética (Moreno et al. 2000), neuropatía diabética (Hillman 2000, Meltzer et al. 1998), macroangiopatía. Según O'keefe et al (1999), las enfermedades cardiovasculares suponen la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las personas con diabetes mellitus. Las enfermedades son: Cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, enfermedad cerebrovascular, estenosis de la arteria renal y aneurisma de la aorta abdominal Pie diabético. Otras complicaciones incluyen lesiones dérmicas más destacadas que se asocian con la diabetes están: dermatopatía diabética, necrobiosis lipóidica, *bullosis diabeticorum*, granuloma anular, xantomas eruptivos, lipoatrofia y lipohipertrofia, y la presencia más frecuente de alteraciones en el grosor de la piel y de infecciones cutáneas, complicaciones en la cavidad bucal que, aunque no son específicas o patognomónicas, sí son más frecuentes y de peor evolución, por ejemplo, caries dental, candidiasis oral, mucomirrosis, glositis romboidal media, xerostomía, síndrome de ardor bucal, agrandamiento de las glándulas salivales, alteraciones del gusto.

Las distintas causas de muerte en pacientes diabéticos se deben a enfermedad coronaria 50%, accidente cerebrovascular 15% e insuficiencia renal 8%. La esperanza de vida del paciente diabético se haya reducida a un 70%, en los que la enfermedad se inicia después de los 40 años (Mc Drury citado por Elbayeth 1995).

Según la Coordinación de Epidemiología Regional en el Estado Mérida para 1996 en el Estado Mérida se presentaron 2712 casos de diabetes para 1997 fueron 2801 casos, con un porcentaje de 0,4% con una tasa de 390 y 396 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Debe ser del conocimiento del paciente que el tratamiento dietético es importante para mantener cifras adecuadas de glicemia, por lo tanto el paciente debe conocer las calorías y nutrientes que requiere su organismo para mantenerse en buen estado de salud.

La diabetes mellitus tipo II, con sus complicaciones se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países, incluido el nuestro. Las personas con diabetes mellitus tienen un riesgo dos veces mayor para desarrollar enfermedad arterial coronaria y

cerebral, además es la principal causa de ceguera adquirida en adultos de cuarenta a ochenta y cinco años de edad (Díaz 1993, Nat. Inst. Diab. Dig. Kid. Dis. 2004).

García et al. (1988) destacan que los pacientes con diabetes mellitus deben poseer pleno conocimiento sobre los riesgos que acarrea en su organismo la patología, si no es controlada a tiempo. Por ello, no es sólo el control estricto de la glicemia en la sangre, sino también proponerse a realizar cambios en el estilo de vida, realizar exámenes oculares sistemáticos, limitar la ingesta de proteínas y sal, observar un control estricto de cifras tensionales y del funcionalismo renal. Estos pacientes deben poseer medidas de autocontrol (tratamiento, dieta y ejercicio físico).

La principal complicación de la diabetes es la patología vascular, la cual produce lesiones en las arteriolas y vasos capilares en órganos y tejidos como ojo (retinopatía), riñón (nefropatía) y sistema nervioso (neuropatía).

Estos problemas son conocidos como complicaciones crónicas las cuales son capaces de causar invalidez o la muerte de un gran número de pacientes diabéticos (Guía para pacientes diabéticos, 1994).

El objetivo principal de este trabajo es relacionar el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo II con las complicaciones crónicas de los pacientes controlados en el Hospital I, Lagunillas, estado Mérida.

## METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, documental, de campo y de corte transversal realizado en 100 pacientes diabéticos con la finalidad de indagar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y las complicaciones crónicas en diabéticos tipo II controlados en el Hospital I, Lagunillas, estado Mérida.

La muestra se tomó al azar sistematizado tomando en cuenta solo pacientes diabéticos mayores de 40 años dependientes de antidiabéticos orales atendidos durante los primeros cinco meses del año 1999.

Se evaluó la opinión que tiene el diabético sobre la enfermedad, los diferentes medios que ha utilizado para informarse sobre las características del padecimiento y los principales factores que descompensan al diabético.

Finalmente se indagaron las principales complicaciones que presentan éstos pacientes y la necesidad de hospitalización o tratamiento quirúrgico como consecuencia de una complicación crónica de la enfermedad.

## RESULTADOS

Según los pacientes, en la tabla 1 se aprecia que el 27% opina que la diabetes mellitus se controla con dieta y medicamentos, el 10% dice que se controla pero no se cura, el 9% que es una enfermedad crónica, el 6% que si no se controla puede ocasionar complicaciones y hasta la muerte y el 48% piensa que todas las anteriores.

Tabla 1. ¿Qué piensa usted de la diabetes mellitus?

Categoría	Nº	%
Se controla con dieta y medicamentos	27	27
Se controla pero no se cura	10	10
Es una enfermedad crónica	9	9
Puede provocar complicaciones y la muerte	6	6
Todas las anteriores	48	48
Total	100	100

Tabla 2. A través de cuales métodos ha recibido información sobre la diabetes mellitus

Información	Nº	%
Por parte del médico	59	59
Por personal de enfermería	31	31
Revistas, periódicos y lecturas	6	6
Programa para diabéticos	4	4
Total	100	100

En la tabla 2 se muestra que el 59% recibe información a través del médico, 31% por parte de la enfermera, 6% por revistas, periódicos y lecturas y el 4% a través de un club o programa para la diabetes.

En la tabla 3 se encuentran las formas de descompensación de un diabético: el 8% por procesos infecciosos, 7% incumplimiento de la dieta, 5% incumplimiento de la dieta y el 80% considera que todas las anteriores son las causas que descompensan al paciente diabético.

Tabla 3. Tiene claro las formas como se descompensa un diabético

Descompensación	Nº	%
Procesos Infecciosos	8	8
Incumplimiento del tratamiento	7	7
Incumplimiento de la dieta	5	5
Todas las anteriores	80	80
Total	100	100

En la tabla 4, el 67% presentó neuropatía, retinopatía: 6%, nefropatía: 3% y el 24% de los pacientes no tenían complicaciones.

Tabla 4. ¿Ha padecido complicaciones como consecuencia de la diabetes?

Complicaciones	Nº	%
Neuropatías	67	67
Retinopatías	6	6
Nefropatías	3	3
Ninguna	24	24
Total	100	100

## DISCUSIÓN

La diabetes ha sido catalogada entre las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia en el mundo, es decir que existen por lo menos 30 millones de diabéticos y ésta cifra tiende a aumentar (Coordinación de Epidemiología Regional de Estado Mérida 1996).

En algunos lugares la educación del paciente y sus familiares se realiza en forma individual durante las consultas médicas, con la participación de nutricionistas y profesionales de enfermería. La enseñanza de grupos es común y aumenta la cobertura, permitiendo el uso de medios audiovisuales que faciliten la retención del conocimiento. Las Asociaciones de Diabéticos constituyen núcleos motivadores de la enseñanza y han fomentado la organización de programas de charlas, seminarios, y otros medios de enseñanza colectiva. La educación del público es de tanta o mayor trascendencia puesto que su participación es esencial para el diagnóstico precoz y para obtener un control adecuado de la diabetes (Murtagh 1995).

En el presente estudio, la información que poseen los pacientes, la han obtenido, principalmente, por parte del médico y del equipo de salud, por lo tanto los pacientes conocen sobre la cronicidad, complicaciones, pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Están claros en todas las formas que descompensan a los diabéticos. Más de la mitad de los pacientes habían estado hospitalizados y afortunadamente casi el 90% no se les había practicado intervención quirúrgica como complicación de la diabetes.

La diabetes mellitus tipo II, con sus complicaciones se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países, incluida Venezuela. Las personas afectadas por la diabetes tienen mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares y es la principal causa de ceguera, adquirida en adultos mayores de 40 años. En ésta investigación más de la mitad presentó

signos y síntomas de neuropatía, el 6% retinopatía, 3% nefropatía y el 24% no tenían complicaciones.

Díaz (1993) estudió una muestra representativa de 80 pacientes diabéticos pertenecientes a una unidad del primer nivel del Instituto Mexicano de los Seguros Sociales en Guadalajara. El 60% eran mujeres, el 95,5% no eran insulino dependientes, el 67% tenían menos de 10 años de evolución de la enfermedad, el 17% seguían las indicaciones dietéticas en forma regular y el 22% practicaba medidas de autocontrol. La educación para el autocuidado es indispensable para el desarrollo y conocimiento de destrezas y actitudes positivas que se relacionan con el autocuidado y la salud (Roussel 1998).

## CONCLUSIONES

Opinión de los pacientes:

Los pacientes diabéticos tipo II piensan que la diabetes puede controlarse con dieta y medicamentos. Que se controla pero no se cura y que es una enfermedad crónica.

La fuente de información más precisa que ellos manifestaron fue por parte del médico que controla su enfermedad mensualmente y a través de los consejos que recibe del personal de enfermería.

Están claros que los procesos infecciosos y el incumplimiento del tratamiento descompensan su estado de salud.

Más del 60% ha padecido complicaciones relacionadas con la neuropatía diabética.

## REFERENCIAS

- Coordinación Regional de Epidemiología del estado Mérida. 1996. Registros de la Corporación de Salud. Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital.
- Díaz L. et al. 1993. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. Salud Pública de México. 35: 164 – 176.
- Elbayeh ML. 1995. Influencia de los recursos y la funcionalidad familiar en la atención del paciente diabético. Trabajo de Grado para Especialista en Medicina Familiar. Postgrado de Medicina de Familia. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.
- García R, Suárez R, Mateo AO. 1988. La educación del diabético. Nuestra experiencia en el Centro de Atención al diabético del Instituto Nacional de Endocrinología.
- Hillman Gadea N. 2000. Neuropatía diabética periférica. Medicine 2000. 8:1009-1016.
- Mediavilla JJ. 2001. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. Semergen 27:132-145.

Meltzer S, Leiter L, Daneman D, Gerstein HC, Lau D, Ludwig S et al, and Expert Committees. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *Can Med Assoc J.* 159 (Supl 8): S22.

Moreno FA, Aguilera A, Valdés E. 2000. Nefropatía diabética. *Medicine* 2000. 8: 1001-1008.

Murtagh L. 1993. Patient education. *Family Physician.* 31: 5-12.

Nacional Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2004. Serie para la prevención de la diabetes. Accesado 20 jun 2004.

O'keefe JH et al. 1999. Improving the adverse

cardiovascular prognosis of type 2 diabetes. *Mayo Clin Proc* 74: 171-180.

Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria. 2004. Grupo de trabajo sobre diabetes. Guía de diabetes para atención primaria. <http://www.cica.es/aliens/samfyc/>. Accesado 20 mayo 2004.

The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. 1997. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care.* 20: 1183-1197.

## SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (*Burnout*) Y APOYO FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Libia Cabello R.<sup>1</sup> y Silvana D'Anello K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico de Familia. Clínica Quiriquire-PDVSA. Distrito Norte-Monagas. Venezuela, <sup>2</sup> Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

E-mail: [doctoracabello@yahoo.es](mailto:doctoracabello@yahoo.es); [silvana@ula.ve](mailto:silvana@ula.ve)

### *Resumen*

En el estudio se evaluó el Síndrome de Desgaste Profesional (*Burnout*) y su relación con variables demográficas y de apoyo familiar. Los participantes fueron 187 médicos residentes. Se utilizaron la versión adaptada a la población venezolana del Maslach Burnout Inventory para medir el síndrome y el APOFA para medir el apoyo familiar. Los resultados indicaron que: (a) de las tres dimensiones que conforman el Síndrome de Desgaste Profesional, el Agotamiento Emocional fue más alto que la Despersonalización y ésta más alta que la Falta de Realización Personal; (b) cerca del 50% de la muestra experimentó de moderado a alto agotamiento emocional; (c) el agotamiento emocional fue mayor en los residentes cursantes del primer año, los de menores ingresos y los que laboraban en guardias completas; (d) no hubo asociación entre las dimensiones del Síndrome y las variables sexo, estado civil y número de hijos; (e) el Apoyo Familiar percibido para la muestra total fue alto y, (f) la correlación entre las dimensiones del Síndrome y el Apoyo Familiar fueron negativas. Se recomienda implementar planes dirigidos a disminuir el agotamiento emocional así como la continuidad de la presente línea de investigación en el medio sanitario.

Palabras claves: Síndrome de Desgaste Profesional, Burnout, apoyo familiar, médicos residentes.

### *Abstract*

#### **Professional burnout syndrome and family support in postgraduate clinical and surgical residents of the Faculty of Medicine, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.**

The study evaluated the syndrome of burnout and its relationship with demographic variables and family support. The participants were 187 medicine residents. The Venezuelan version of the Maslach's Burnout Inventory and the APOFA were used to measure burnout and family support respectively. Results showed that: (a) of the three components of the syndrome, emotional exhaustion was higher than depersonalization and this was higher than lack of professional accomplishment, (b) close to 50% of the sample experienced moderate to high level of emotional exhaustion, (c) emotional exhaustion was higher among residents with lower incomes, first year of residence, and working fulltime, (d) gender, marital status, and number of children were not associated with any components of the syndrome, (e) in general, perceived family support was high, and (f) dimensions of burnout were negatively