Descargado el: 13-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Calidad de la atención al diabético tipo 2 en el policlínico José Antonio Echeverría

Quality of Care for Type 2 Diabetic at José Antonio Echeverría Polyclinic

Lisbeth Fernández González[1] Armando Rodríguez Salvá[1] Armando Humberto Seuc Jo[1] Addys Díaz Piñera[1]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Fernández-González L, Rodríguez-Salvá A, Seuc-Jo A, Díaz-Piñera A. Calidad de la atención al diabético tipo 2 en el policlínico José Antonio Echeverría. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2019 [citado 2026 Nov 13]; 9(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/715

Resumen

Fundamento: la diabetes mellitus tipo 2 es la diabetes más común en Cuba, lo que demanda un incremento en los servicios de salud, situación que pudiera afectar la calidad de la atención de estos pacientes.
Objetivo: evaluar la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes con diabetes tipo 2 en el policlínico José Antonio Echeverría, del municipio Cárdenas en el año 2016.
Método: se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de tipo evaluativa. Se calculó una muestra y se estudiaron 375 pacientes, para la selección se utilizó un muestreo por conglomerado bietápico estratificado. Las variables estudiadas se relacionaron con los resultados de la atención y la percepción de los individuos. Los instrumentos aplicados fueron construidos y validados por expertos. El procesamiento se realizó por medio del paquete estadístico SPSS versión 21.0.
Resultados: los criterios más distantes de los estándares establecidos recayeron en: índice de masa corporal, solo el 29,6 % eran normopeso, satisfacción de los usuarios (52,5 %) y control glucémico (58,1 %).
Conclusiones: la calidad de la atención fue evaluada de no satisfactoria, los resultados fueron valorados de no aceptables. A pesar de existir directrices nacionales para el control clínico del diabético, estas no siempre se cumplen, así lo confirma la cantidad de pacientes no controlados e insatisfechos con la atención recibida.

Palabras clave: calidad de la atención de salud, diabetes mellitus tipo 2, cuba

Abstract

Foundation: type 2 diabetes mellitus is the most common diabetes in Cuba, which demands an increase in health services, a situation which could affect the quality of care of these patients.
Objective: to evaluate the quality of medical care provided to patients with type 2 diabetes in the José Antonio Echeverría polyclinic, in the Cárdenas municipality in 2016.
Method: an investigation was carried out on evaluative health systems and services. A sample was calculated and 375 patients were studied, a stratified two-stage cluster sampling was used for the selection. The variables studied were related to the attention and perception of the patients. The instruments applied were built and validated by experts. The processing was carried out by means of the statistical package SPSS version 21.0.
Results: the most distant results from the established standards were found in body mass index, only 29, 6 % had normal weight, users satisfaction (52,5 %), and glycemic control (58,1 %).
Conclusions: the quality of care was evaluated as unsatisfactory; the results were evaluated as not acceptable. Despite the existence of national guidelines for the clinical control of the diabetic, these are not always met, as confirmed by the number of uncontrolled patients and dissatisfied with the care received.

Key words: quality of health care, diabetes mellitus type 2, cuba

Recibido: 2019-05-08 13:37:35
Aprobado: 2019-10-15 10:07:27

Correspondencia: Lisbeth Fernández González. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. lisbeth@inhem.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) o crónicas, representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, constituyen uno de los temas de salud pública de mayor complejidad y trascendencia económica y social.[1]

Las enfermedades crónicas no transmisibles actualmente constituyen las principales causas de muerte y discapacidad prematura en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Constituyen el 50 % de los años de vida perdidos en función de la discapacidad en la región. Las más frecuentes y de mayor importancia para la salud pública son: las enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus.[2,3]

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es el tipo de diabetes más común, sus complicaciones se pueden prevenir o retrasar manteniendo los niveles sanguíneos normales de glucemia en sangre, presión arterial y colesterol. Muchas complicaciones se pueden detectar de forma precoz para prevenir que se hagan más severas. La diabetes y sus complicaciones se encuentran entre las causas principales de muerte temprana en muchos países. La enfermedad cardiovascular es una de los motivos principales de muerte entre personas con diabetes y puede representar un 50 % o más de esas defunciones en algunas poblaciones. [4]

Un buen control metabólico y de sus comorbilidades mejora la calidad de vida inmediata y a largo plazo de aquellos que viven con DM2, existen directrices mundiales para lograrlo. El principal problema a abordar es ofrecer una atención de calidad, además de proporcionar recomendaciones prácticas para ayudar en su control clínico. Las directrices que cubren áreas tales como: las complicaciones agudas, el riesgo cardiovascular, la educación terapéutica, deterioro renal, oftálmico y las complicaciones vasculares periféricas, que se expresan en el llamado pie diabético.[5]

Todo sistema sanitario, debe trazar directrices dirigidas a las personas con diabetes con el objetivo de asistir a los proveedores sanitarios y cuidadores en el control de la enfermedad, mejorar la sensibilización entre los distintos grupos de interés sobre las complicaciones a largo plazo de una diabetes mal controlada y los recursos esenciales necesarios para proporcionarles atención de calidad a estos enfermos.[6]

Es necesario mejorar el diagnóstico y el control de las personas con diabetes mellitus y promover cambios en su estilo de vida. Los programas de educación pueden ayudar a incrementar el control en los diabéticos, la educación sanitaria es necesaria a nivel poblacional para fomentar la prevención y cambios en su comportamiento.

Los gobiernos deben tomar decisiones más activas respecto a este problema de salud. Así como concienciar y educar a la población sobre cómo llevar una vida saludable. También es necesario detectar temprano la enfermedad para asegurar que esas personas reciban una atención de calidad y apoyo apropiado, incluido el acceso a medicamentos cuando se requiera.

Los servicios de salud como determinantes intermedios dentro del modelo de determinantes sociales de la salud, juegan un importante papel a través de su organización y funcionamiento para brindar una atención de óptima calidad a las personas con DM2, con el objetivo de que mantengan un adecuado control de su enfermedad.

El número de personas con DM2 está aumentando rápidamente en el mundo. A medida que crece la urbanización y la edad de la población, esta enfermedad representará una amenaza cada vez mayor. Se espera que para el año 2040, 34.2 millones de adultos vivirán con diabetes, más del doble que en el 2015.[4]

En Cuba desde finales de 1960 la diabetes mellitus se encuentra entre las diez primeras causas de muerte por todas las edades,[7] en el año 2016 ocupó el 8vo lugar con 2247 fallecidos para una tasa de 20,0 por 100 000 habitantes; años de vida potencialmente perdidos 1,3 por mil habitantes,[8] siendo las principales causas: las complicaciones cardiovasculares, renales y las sepsis, de ahí la importancia de que los diabéticos reciban una adecuada atención médica con el fin de que mantengan un buen control metabólico y disminuir o eliminar los factores de riesgo que favorecen la aparición de estas complicaciones.[7]

En ese mismo año la prevalencia fue de 5,8 %; 4,8 % en hombres y 6,8 % en mujeres,[8] cifra que pudiera ser mayor con una adecuada actualización de la dispensarización, pues la III

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del 2010 reportó una prevalencia de 10 %.[9]

La provincia Matanzas, exhibe durante varios años prevalencias de DM superiores a la media nacional, en el año 2016 reportó una tasa de 82,2 por 1 000 habitantes -la más alta del país- y 97 defunciones.[8] Entre los municipios de Matanzas, Cárdenas se caracteriza por ser uno de los de mayor prevalencia. El análisis de la situación de salud del año 2016 reportó al policlínico José Antonio Echeverría (JAE) como el de mayor prevalencia (8,5 %). Sin embargo, no se han realizado estudios acerca de la calidad de la atención médica ni en el municipio ni en esta área de salud.

Por lo que se propuso evaluar la calidad de la atención médica que se brinda a las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el policlínico José Antonio Echeverría, del municipio Cárdenas, Matanzas en el año 2016.

MÉTODOS

El estudio clasifica como una investigación en sistemas y servicios de salud de tipo evaluativa. La selección del policlínico se debió a lo explicado anteriormente.

El universo estuvo constituido por el total de personas con diagnóstico de DM2 dispensarizados en el área de salud. (N=3036) De ellos se calculó una muestra, determinada a través de la aplicación de la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra mínimo necesario en poblaciones finitas, cuya expresión es:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

donde $$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 PQ}{E_0^2}$$

Como parámetro a estimar, se utilizó el porcentaje de personas con DM2 que han recibido adecuada atención (60 %) resultado de investigaciones realizadas anteriormente,[a] se fijó un error relativo de un 6,0 %, la confiabilidad a utilizar fue del 95 %, se consideró un efecto de diseño de 1,5 y una caída muestral del 10 %. La muestra teórica planificada fue de n=390, pero se estudiaron 375 lo que representó un 4 % de pérdida, inferior a lo previsto en el diseño.

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico estratificado, de tipo equiprobabilístico, donde inicialmente se estratificó por Grupo Básico de Trabajo (GBT) luego, en la primera etapa se seleccionaron consultorios del médico de la familia (CMF) (15 de 28 CMF) con probabilidades proporcionales a sus tamaños (todos los diabéticos dentro de cada CMF), en la segunda etapa se seleccionaron las personas con DM2, la selección se efectuó por muestreo simple aleatorio.

Tanto para el cálculo del tamaño muestral, como para la selección, se utilizó el paquete de programas EPIDAT versión 4,0.

Se incluyeron a las personas mayores de 18 años, con diagnóstico de DM2 y con autonomía. Se excluyeron las embarazadas, personas que presentaran retraso mental o discapacidad mental que dificultaran para responder la encuesta. La no inclusión de los diabéticos tipo 1 se debió a su baja prevalencia y a la diferencia en su tratamiento, manejo y control.

Se revisaron las historias clínicas (HC) pertenecientes a las personas incluidas en la muestra y que estuvieron disponibles en los CMF (n=135).

Diabéticos con control glucémico según cifras la hemoglobina glicosilada (HbA1c), diabéticos con cifras de presión arterial (PA) controladas, diabéticos normopeso según índice de masa corporal (IMC), diabéticos con complicaciones, diabéticos ingresados a causa de su enfermedad, *diabéticos con conocimientos adecuados acerca de la diabetes mellitus (educación del diabético), y percepción acerca de la calidad de la atención recibida (satisfacción)

* Se consideró adecuado si fueron respondidas correctamente el 70 % o más de las preguntas formuladas

Se utilizaron varias técnicas de revisión de documentos, búsqueda de información, en la biblioteca de la Escuela Nacional de Salud Pública y en el Instituto Nacional de Higiene

Epidemiología y Microbiología, de trabajos de terminación de residencia y maestría y en bases de datos de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) Cuba tales como: Ebsco, Medline, Lilacs, Pubmed, ScieLo Cuba, ScieLo Regional y Clinical Key.

Además, se utilizó el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del municipio y del área de salud, así como los registros estadísticos del área de estudio.

Como técnicas de recogida de información se utilizó la encuesta al diabético.

Para la evaluación de la calidad de la atención se confeccionó una guía con siete indicadores diseñada para estos fines, a partir de los resultados evaluativos fue posible emitir juicios de los resultados, desde la comparación con los estándares establecidos. Para la confección de la guía se consultaron varios expertos y se revisó: el Programa del médico y la enfermera de la familia, [10] el Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a Nivel Primario de Salud, [11] las Guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. [12]

El método utilizado para evaluar el control fue la determinación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) a todas las personas incluidas en el estudio, se consideró como meta de control glucémico, diabético controlado (HbA1c<7 %). [11]

Se realizaron mensuraciones (peso y talla), se calculó el IMC y se midió la PA a todas las personas incluidas en el estudio; las metas [11]

Para estos parámetros de control en adultos con DM2 fueron: IMC (kg/m^2)<25; presión arterial sistólica (mmHg)≤130, presión arterial diastólica (mmHg)≤80.

La presión arterial se midió en tres ocasiones a cada persona y se cumplió con los requisitos y la técnica establecida. Se desechó la primera toma y se obtuvo un promedio de la segunda y tercera medición.

Para el resto de los criterios evaluados, se aplicó una encuesta a la muestra de personas seleccionadas para el estudio, con relación a este aspecto se tuvo en cuenta los últimos 3 meses para evitar sesgos de información -memoria-.

Las variables: complicaciones, ingresos, conocimientos y satisfacción fueron obtenidas de la encuesta, el resto (determinación de la HbA1c, PA e IMC) fueron medidas en el curso del estudio.

La aplicación del instrumento, medición de la presión arterial y el peso y la talla, fueron efectuadas por personal capacitado y entrenado. Se crearon equipos cruzados (clínicos, especialistas de Medicina General Integral y estudiantes de Medicina de quinto año en su rotación de tiempo electivo). Las personas fueron citadas previa coordinación, para lo cual se apoyó en citatorios que les fueron entregados personalmente, además de la utilización de la radio local.

Se determinó por expertos evaluar la dimensión resultado como:

- Aceptable: si el 85 % o más de los criterios se evaluaron de adecuados.

Indicador: total de criterios aceptables / total de criterios evaluados x 100.

Estándar: ≥85 %

- No aceptable: si no cumple lo anteriormente señalado.

Evaluación final del área de salud:

Satisfactoria:

- Si los resultados son aceptables.

No satisfactoria:

- Si no se cumple lo anteriormente planteado.

La información se captó de los formularios aplicados a una base de datos confeccionada en Excel. Se realizó un análisis exploratorio de estos datos para detectar posibles omisiones o errores y realizar correcciones pertinentes.

Se calcularon números y porcientos como medida de resumen para variables cualitativas. El procesamiento se realizó por medio del paquete estadístico SPSS versión 21.0.

Se analizaron los resultados dando respuesta al objetivo propuesto comparándolos con los resultados de otros autores.

Se solicitó el consentimiento informado a los usuarios que participaron en el estudio. La

investigación se realizó siguiendo lo establecido en los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y revisiones posteriores. Los objetivos y su importancia se explicaron a todos los que participaron y se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, la cual solo sería utilizada con propósitos docentes e investigativos.

[a] León M. Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético tipo 2 en dos policlínicos de Guanabacoa. La Habana 2014[Tesis]. La Habana:INHEM;2015

RESULTADOS

La evaluación de la calidad de la atención al paciente con DM2 atendidos en el policlínico JAE se realizó en los escenarios del CMF, y del policlínico, por medio de instrumentos elaborados, validados y utilizados con anterioridad.

A continuación se presenta la evaluación general de los resultados y en la categoría de aceptable y no aceptable, de los 7 criterios evaluados, resultaron ser aceptables 4 (57,1 %).

Los criterios más distantes de los estándares establecidos recayeron en: índice de masa corporal solo 29,6 % eran normopeso, satisfacción de los usuarios (52,5 %) y control glucémico (58,1 %). Las variables que fueron evaluadas de aceptables por cumplir con el estándar propuesto fueron: complicaciones, diabéticos con cifras de presión arterial (PA) controladas, conocimientos acerca de la enfermedad e ingresos a causa de la diabetes.

En el presente estudio, 47 personas (12,5 %) refirieron haber tenido complicaciones, las más frecuentes fueron: enfermedad vascular periférica (22,4 %), neuropatía periférica (22,4 %) y retinopatía en un 10 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Evaluación de la dimensión resultado (n=375)

Criterios	Resultado		Estándar (%)	Evaluación del criterio
	No	%		
Pacientes con conocimientos adecuados acerca de la DM	271	72,3	≥ 70	Aceptable
Percepción sobre la calidad de la atención recibida (satisfacción)	197	52,5	≥ 90	No aceptable
IMC (diabéticos normopeso)	111	29,6	≥ 50	No aceptable
Pacientes con cifras de presión arterial controladas	310	82,7	≥ 80	Aceptable
Pacientes con complicaciones	47	12,5	≤ 30	Aceptable
Pacientes ingresados a causa de la diabetes mellitus	31	8,3	≤ 10	Aceptable
Control glucémico (HbA1c)	218	58,1	≥ 80	No aceptable
Total de criterios evaluados de suficientes / estándar alcanzado				**4 / 57,1 %**
Evaluación de los resultados				**No aceptables**

DISCUSIÓN

En la literatura no se encontraron muchos estudios nacionales que evalúen la calidad de la atención en los diabéticos tipo 2, en la atención primaria.

Los resultados implican los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población, abarca indicadores como la morbilidad, la mortalidad y la satisfacción de los usuarios y proveedores. Hay dos tipos de resultados: inmediatos (sobre las personas que hacen uso de los servicios) y mediatos o de

impacto (resultados en la comunidad). Existen factores que pueden afectar los resultados de la atención, sobre todo aquellos relacionados con el proceso.[13]

Existen evidencias de que las personas con DM2 tienen un riesgo cardiovascular alto y que la intervención sobre los factores de riesgo cardiovasculares reduce su morbimortalidad. Por este motivo, las principales guías de práctica clínica enfocan su cuidado fundamentalmente en el control de la glucemia, la tensión arterial, el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad, sobrepeso u obesidad y tabaquismo.[14,15]

El control glucémico es esencial en la evolución de las personas con DM2 y se ha convertido en un complejo problema sanitario.[16] A pesar de los importantes avances terapéuticos de los últimos años, aún se está lejos de obtener resultados óptimos.[17]

La HbA1c refleja el promedio de la glucemia de los tres últimos meses y tiene valor predictivo para las complicaciones, de ahí su importancia, tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento.

Al reducir las cifras de HbA1c por debajo o alrededor de 7 %, se disminuyen las complicaciones microvasculares de la DM y si se aplica precozmente tras el diagnóstico, se asocia con una disminución de enfermedad macrovascular.[18]

En el presente estudio el control glucémico solo fue aceptable en el 58,1 % de ellos. Pérez y cols. reflejan resultados similares,[19] mientras los de Urbán-Reyes y cols. son superiores.[20]

Este resultado confirma el bajo control glucémico entre las personas estudiadas, varios autores exponen que un mal control glucémico refleja una deficiente calidad en la atención[21,22] por lo que se debe intervenir e incorporar nuevos modelos que incrementen la calidad asistencial y tener un correcto seguimiento.[20]

Los autores del presente artículo consideran que la ausencia de control glucémico demuestra tanto la responsabilidad de los pacientes frente a su enfermedad, como el gran reto que tiene el sistema de salud para lograr una adecuada calidad de la atención médica y evitar así el desarrollo de complicaciones para poder disminuir la carga económica al sistema de salud y a las familias.

La interrelación existente entre obesidad y diabetes mellitus tipo 2 tiene gran importancia clínico-epidemiológica. El IMC se reconoce como una valiosa herramienta para evaluar el sobrepeso corporal y la obesidad pues constituyen una asociación frecuente y letal.[23]

En el momento que se realizó el estudio solo el 29,6 % de los diabéticos se encontraban normopeso, dato similar al de Valdés Ramos y cols.[24]

La presencia de la hipertensión arterial (HTA) se asocia con un aumento de la mortalidad por enfermedades coronarias, multiplica por 18 el riesgo de padecer nefropatía diabética y por cinco el de retinopatía. Estas personas resultan muy vulnerables a las complicaciones cardiovasculares.[11]

La prevalencia de HTA en las personas que padecen DM2 es 1,5 a 2 veces superior, que en los no diabéticos. De esta forma, entre el 50 y 60 % de los diabéticos son hipertensos.[25]

Un control estricto de la PA en los diabéticos se asocia con un 10 % de reducción de todas las causas de mortalidad.[26] Y constituye una herramienta fundamental para reducir los riesgos de complicaciones.[27]

En este estudio se encontró que el 82,7 % de los encuestados tenían cifras de PA controladas. Estos resultados son superiores a estudios previos realizados en condiciones semejantes.[28]

La diabetes puede producir múltiples complicaciones y aumentar el riesgo de morir prematuramente, da origen a elevados gastos sanitarios y familiares y mala calidad de vida.[29]

Los resultados de este estudio revelan semejanzas con otros de Colombia,[30] Cuba[31] y México,[32] y son discordantes con los de Teherán Valderrama y cols. los cuales publican cifras superiores.[33]

Constituye un deber de los profesionales del nivel primario de atención, proporcionar una atención médica de calidad, con un enfoque preventivo que satisfaga las necesidades de los diabéticos con el fin de retrasar la aparición de complicaciones.[34]

El nivel secundario de atención asimila el ingreso de los diabéticos de difícil control, descompensados o complicados y su

interrelación con el nivel primario es de capital importancia en la capacitación e información a los proveedores de salud que laboran en este nivel.[34]

Requirieron ingreso en algún nivel de atención el 8,3 % de las personas estudiadas, criterio que alcanzó evaluación de aceptable. De ellos, el 64,5 % lo hicieron en hospitales y solo el 6,5 % en institutos. Mayor número de ingresos reportan Espinosa y cols.[35]

A medida que el diabético tenga conocimientos sobre su enfermedad disminuirán las complicaciones y si estas aparecen tendrán mejor evolución. Este aspecto debe abordarse desde el nivel primario de atención. Por medio de la encuesta se exploró el conocimiento con relación a la enfermedad, del total de encuestados el 72,3 % tenían conocimientos aceptables, este indicador alcanzó el estándar propuesto, ya que se consideró aprobado los que respondieron bien el 70 % de las preguntas.

Los resultados del presente estudio son superiores a lo reportado por González Marante y cols. los cuales concluyen que es bajo el nivel de conocimiento de los diabéticos acerca de su enfermedad (58 %).[36]

Las transformaciones sociales y económicas han ocasionado cambios en la salud de la población, y por tanto, en las políticas de prestación de salud a escala mundial. En tales condiciones, se promueve una atención de alta calidad centrada en el usuario y el profesional.[37]

La satisfacción del usuario representa el grado en el cual la atención brindada satisface sus expectativas. La eficacia de los servicios prestados se puede medir, en parte, por los criterios de los usuarios con relación a la atención recibida.[38]

Un estudio realizado en España por Sánchez Piedra y cols. acerca del nivel de satisfacción de los diabéticos en la atención primaria describe que la frecuencia de pacientes satisfechos con los servicios es baja. Pacientes insatisfechos con la atención recibida, tienen más riesgo de complicaciones que los satisfechos.[39]

Se asocia la insatisfacción del proveedor a deficientes condiciones de trabajo como, la escasez de recursos y el exceso de trabajo burocrático, entre otras.[40]

La baja satisfacción de la población con la atención recibida presupone problemas en la organización de los servicios y de alguna forma atribuibles a la carencia de recursos porque los equipos básicos de salud (EBS) no estaban completos.

Las causas de insatisfacción deben ser analizadas por los directivos de las instituciones, con el objetivo de buscar soluciones o alternativas que permitan alcanzar un cambio favorable y duradero en la organización.[41]

La opinión del usuario debe ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Respecto a los criterios evaluados de no aceptables en la investigación, expone la necesidad de insistir en medidas de prevención y educación para la salud, pues a pesar de contar con documentos normativos, no se cumplen con estos, por lo que se deben tomar acciones para lograr una atención de calidad e incrementar la satisfacción de los usuarios, lo que evidentemente es un reto para la salud pública y específicamente, para el nivel primario de atención.

Aunque se observa un bajo índice de ingresos hospitalarios, que es una salida importante del programa, la calidad de la atención en los diabéticos tipo 2 atendidos en el policlínico José Antonio Echeverría de Cárdenas Matanzas, fue evaluada de no satisfactoria, los resultados de los aspectos analizados, fueron valorados de no aceptables. A pesar que existen directrices nacionales para el control clínico del diabético esto no siempre se cumple. Así lo confirma la cantidad de pacientes no controlados, aún con sobrepeso e insatisfechos con la atención recibida.

Conflicto de intereses: los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

Idea conceptual: Lisbeth Fernández González.

Análisis estadístico: Lisbeth Fernández González.

Revisión de la literatura: Lisbeth Fernández

González, Armando Humberto Seuc Jo, Armando Rodríguez Salvá, Addys Díaz Piñera.

Escritura del artículo: Lisbeth Fernández González.

Revisión crítica del artículo: Armando Rodríguez Salvá.

Financiación: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castiglione MS. Las enfermedades crónicas no transmisibles. Ver Dir Sanit [revista en Internet]. 2014 [citado 21 Ago 2016];15(2):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/88358/91234

2. Serra MA, Serra M, Viera M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 24 Mar 2019];8(2):[aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf08208.pdf

3. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

4. Federación Internacional de Diabetes. Atlas Diabetes de la FID [Internet]. 7ma. ed. Bruselas: FID; 2015 [citado 25 Ago 2016]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

5. Federación Internacional de Diabetes. Managing older people with type 2 diabetes. Global guideline [Internet]. Bruselas: FID; 2013 [citado 30 Sep 2018]. Disponible en: https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=985&task=download&usg=AOvVaw0LF1QO6GpofcD01_6G-7nd

6. Xi B, Li S, Liu Z, Tian H, Yin X, Huai P, et al. Intake of Fruit Juice and Incidence of type 2 diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE. 2014;9(3):e93471

7. Domínguez YA, Ruiz Y, Iglesias I, Martínez MA, Mazorra V, Díaz O, et al. Discrepancia diagnóstica clínico-anatomopatológica de la diabetes mellitus como causa básica de muerte. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]. 2017 [citado 12 Nov 2018];28(2):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532017000200006

8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2017 [citado 24 Ene 2017]. Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba

9. Bonet M, Varona P, Chang M, García RG, Suárez R, Arcia N, et. al. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: ECIMED; 2014

10. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. La Habana: ECIMED; 2011 [citado 22 Mar 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-medico-y-enfermera-2011-vigente.pdf

11. Díaz O, Orlandi N. Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a nivel primario de salud [Internet]. La Habana: ECIMED; 2016 [citado 23 Oct 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/manual_diag_ttmo_paciente_diabetico/indice_p.htm

12. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2010 [citado 2 Feb 2018]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf

13. Donabedian A. Reseña de la calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Púb Méx [revista en Internet]. 1990 [citado 5 Jun 2013];32(2):[aprox. 2p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217

14. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Denninson C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-20

15. Valdés E, Camps MC, Verdecia R. Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular en

diabéticos tipo 2 de diagnóstico reciente. Rev Cubana Inves Bioméd [revista en Internet]. 2014 [citado 8 Mar 2018];33(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000200009

16. Ávalos MI, López C, Morales MI, Priego HR, Garrido SM, et al. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de la atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. Aten Primar [revista en Internet]. 2017 [citado 9 Mar 2018];49(1):[aprox. 6p]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301408

17. Pascual B, Márquez C, Cuberos C, Cruces JM, Fernández M, Martínez MI. Cumplimiento de indicadores de proceso en personas con diabetes tipo 2 y la vinculación a incentivos en Atención Primaria. Aten Primar [revista en Internet]. 2015 [citado 1 Dic 2017];47(3):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001796

18. Iglesias R, Barutell L, Artola S, Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Oct 2018];5(Suppl. Ext 2):[aprox. 25p]. Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf

19. Pérez A, Mediavilla JJ, Miñambres I, González D. Control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España. Rev Clín Espa [revista en Internet]. 2014 [citado 9 Mar 2018];214(8):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514002562

20. Urbán BR, Coghlan JJ, Castañeda O. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. Aten Fam [revista en Internet]. 2015 [citado 12 Sep 2018];22(3):[aprox. 4p]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300542

21. Menéndez E, Orozco D. Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a diabéticos en España: resultados del estudio Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2. Aten Primar [revista en Internet]. 2016 [citado 22 Dic 2017];48(2):[aprox. 2p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepciones-pacientes-profesionales-sanitarios-sobre-S0212656715001651

22. Szabo SM, Osenenko KM, Qatami L, Korenblat BM, Korol EE, Al Madani AA, et al. Quality of Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Dubai: A HEDIS-Like International. J Inter Endocrinol [revista en Internet]. 2015 [citado 18 Nov 2018];1(1):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.hindawi.com/journals/ije/2015/413276/

23. Conesa AI, Yanes M, Zayas GM, González K, Domínguez E. Estado nutricional y factores de riesgo vascular en pacientes ingresados en el Centro de Atención al Diabético de La Habana. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]. 2017 [citado 8 Mar 2018];28(2):[aprox. 13p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125240931&lang=es&site=ehost-live

24. Segura J. Tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente diabético. Nefrol AD [revista en Internet]. 2016 [citado 23 Feb 2018];1(1):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-tratamiento-hipertension-arterial-el-paciente-110

25. Valdés E, Verdecia R, Rivera M, Bencosme E, Valdés E. Control de la hipertensión arterial en personas con diabetes tipo 2. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]. 2014 [citado 6 Mar 2018];25(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=99426119&lang=es&site=ehost-live

26. Vélez A, Josa B, Toca C, Amasuno MA, López N, Tascón L. Evaluación de los objetivos del triple control alcanzados por pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en las consultas de atención primaria de una zona básica de salud. Med Gen Fam [revista en Internet]. 2016 [citado 26 Feb 2018];5(2):[aprox. 3p]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543316000049

27. Roessler E. Manejo de la hipertensión arterial en diabetes mellitus. Rev Méd Clín Las Condes [revista en Internet]. 2016 [citado 9 Mar 2018];27(2):[aprox. 8p]. Disponible en:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300104

28. Jasso LE, Villena A, Guevara X. Control metabólico en pacientes diabéticos ambulatorios de un hospital general. Rev Med Hered [revista en Internet]. 2015 [citado 9 Mar 2018];26(1):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n3/a05v26n3.pdf

29. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 25 Ago 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf

30. Osuna M, Rivera MC, Bocanegra CJ, Lancheros A, Tovar H, Alaba M, et al. Caracterización de la diabetes mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. Acta Méd Colom [revista en Internet]. 2014 [citado 7 Mar 2018];39(4):[aprox. 7p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=100957929&lang=es&site=ehost-live

31. Font MV, del Valle N, Sánchez AH, Gallego J, Lashey ML. Caracterización de pacientes diabéticos de tipo 2 con complicaciones vasculares y riesgo de ateroesclerosis. MEDISAN [revista en Internet]. 2014 [citado 7 Mar 2018];18(12):[aprox. 6p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=100114322&lang=es&site=ehost-live

32. Santillán WJ, Sánchez E, Paz A, Hernández A, Enríquez KG, Lagunas MG, et al. Control glucémico intensivo y sobretratamiento en pacientes mayores de 60 años con diabetes mellitus. Med Inter Méx [revista en Internet]. 2017 [citado 7 Mar 2018];33(2):[aprox. 9p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123642058&lang=es&site=ehost-live

33. Teherán AA, Mejía MC, Álvarez LJ, Muñoz YJ, Barrera MC, Cadavid V. Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. Rev Cien Salud [revista en Internet]. 2017 [citado 7 Mar 2018];15(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123429123&lang=es&site=ehost-live

34. Calvo I, Sánchez O, Yáñez AL. Prevalencia de enfermedad renal crónica no diagnosticada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria a la salud. Med Inter Méx [revista en Internet]. 2015 [citado 7 Mar 2018];31(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=101144084&lang=es&site=ehost-live

35. Espinoza F, Benítez VA, Cardoza K, Quezada M, Chumbes M. Características de los pacientes diabéticos hospitalizados en dos hospitales de EsSalud Piura. Rev Horiz Méd [revista en Internet]. 2015 [citado 7 Mar 2018];15(4):[aprox. 5p]. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=112174492&lang=es&site=ehost-live

36. González CA, Bandera S, Valle J, Fernández J. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. Med Gen Fam [revista en Internet]. 2015 [citado 7 Mar 2018];4(1):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-general-familia-edicion-digital--231-articulo-conocimientos-del-diabetico-tipo-2-S1889543315000043

37. Berenguer MC, Mediaceja NR, Montoya M. Evaluación de la satisfacción en salud: un reto en la atención estomatológica. MEDISAN [revista en Internet]. 2014 [citado 14 Mar 2018];18(7):[aprox. 4p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700006&lng=es

38. Arocha MM, Márquez M, Estrada GA, Arocha A. Evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios en la Clínica Estomatológica “Fe Dora Beris”. MEDISAN [revista en Internet]. 2015 [citado 14 Mar 2018];19(10):[aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000005&lng=es

39. Sánchez CA, García S, Prado FJ, Sarría A. La satisfacción del paciente diabético en la consulta de atención primaria: una aproximación España vs. Europa. Medicina de Familia. SEMERGEN [revista en Internet]. 2014 [citado 15 Feb 2018];40(4):[aprox. 3p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-la-satisfaccion-del-paciente-diabetico-S1138359313002803

40. Marques NE. Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar [Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2010 [citado 6 Abr 2016]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/136/

41. Naranjo Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 6 Abr 2018];6(1):[aprox. 4p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/399