



★ ★ ★ ★ ★  
INSTITUTO NACIONAL  
DEL DIABÉTICO

Barrio San Felipe; ave. Los próceres, contiguo al asilo de inválidos  
Tegucigalpa, M.D.C; Honduras, C.A.  
[institutediabetico@salud.gob.hn](mailto:institutediabetico@salud.gob.hn)  
(504) 2221-3667, (504) 2221-3660, (504) 2221-3691

**INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

---

**ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL DEPARTAMENTO  
DE INVESTIGACION Y DOCENCIA  
DICIEMBRE 2017**



*Dra. Laura Giacaman.*

## **NARRATIVA DEL FORMATO DE EJECUCION MES DE DICIEMBRE**

### ***ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN DIRIGIDAS A PACIENTES CON DIABETES DEL INADI***

#### **Actividad 1**

Se impartieron charlas de educación a los pacientes que asisten al Instituto Nacional del Diabético con la finalidad de crear conciencia sobre la enfermedad que padecen. La charla de los lunes es orientada a temas de hipertensión arterial, los viernes con orientación nutricional y de martes a jueves sobre diabetes mellitus como patología propia.

Las charlas fueron impartidas por el personal médico asistencial de la institución.

#### **Actividad 2**

Se realizó entrega de reconocimiento a cada una de las instituciones que participaron y apoyaron al Instituto Nacional del Diabético durante la celebración del mes de la lucha contra la Diabetes.



## **FINALIZACION ESTUDIOS DE INVESTIGACION**

### **1.- FACTORES ASOCIADOS A INADECUADO CONTROL GLUCÉMICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 ATENDIDO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO, TEGUCIGALPA HONDURAS.**

Johana Bermúdez-Lacayo<sup>1</sup>, Marlen Hernández<sup>2</sup>, Laura Giacaman-Abudoj<sup>3</sup>, Alejandro Ramírez-Izcoa<sup>2</sup>, Walter Oqueli Vásquez-Bonilla<sup>2</sup>, <sup>4</sup>Edward E. Rivera-Paz, <sup>4</sup>José Luis Moreno

### **OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

1. Identificar los factores asociados a inadecuado control glicémico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Determinar los valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y glucemia capilar en ayunas en la población en estudio
3. Identificar la prevalencia de pacientes con un inadecuado control glucémico y factores asociados en los pacientes incluidos tiempo de diagnóstico, presencia de morbilidad asociada, realización de actividad física entre otros.
4. Describir el tratamiento antidiabético actual que tienen los pacientes con DM2.

**FACTORES ASOCIADOS A INADECUADO CONTROL GLUCÉMICO DEL PACIENTE  
DIABÉTICO TIPO 2 ATENDIDO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO,  
TEGUCIGALPA HONDURAS.**

Recolector de datos: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Edad:		Sexo: 1. Femenino		2. Masculino	
Procedencia: 1. Urbana		2. Rural			
Estado civil: 1. Casado(a)		2. Soltero(a)		3. Unión libre	
Escolaridad: 1. Analfabeta		2. EB incompleta		3. EB completa	
4. EM incompleta		5. EM completa		6. ES incompleta	7. ES completa
Religión: 1. católica		2. Evangélica		3. Otra	
Ocupación:					
Antecedentes familiares de DM2: 1. Si					
		2.No		3. Quien:	

**ABREVIACIONES.** EB: educación básica // EM: educación media // ES: educación superior

**TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE DMT2 Y MORBILIDAD ASOCIADA**

1. Hace cuánto tiempo fue su diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2

1. Menos de 5 años \_\_\_\_\_
2. Entre 5 y 10 años \_\_\_\_\_
3. Entre 10 y 15 años \_\_\_\_\_
4. Más de 15 años \_\_\_\_\_

2. Morbilidad asociada: 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_  
Cual: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

Examen de Laboratorio	Valor	Fecha
Glucosa capilar		
Glucosa postprandrial		

Hemoglobina Glicosilada		
Microalbuminuria		
Colesterol		
Triglicéridos		

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

### REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA

¿Realiza algún tipo de actividad física? 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

¿Cuál?: 1. \_\_\_\_\_ Aeróbico 2. \_\_\_\_\_ Anaeróbico 3. \_\_\_\_\_ De flexibilidad 4. \_\_\_\_\_  
De estiramiento

### TRATAMIENTO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2

3. Tratamiento:

1. Anti Diabéticos Orales \_\_\_\_\_  
Cual: \_\_\_\_\_ Biguanidas  
\_\_\_\_\_ Inhibidores de alfa glucosidasa  
\_\_\_\_\_ Tiazolidinedionas  
\_\_\_\_\_ Secretagogos de Insulina (SFU de segunda generación)  
\_\_\_\_\_ Secretagogos distintos a las SFU (nateglinida, rapaglinida, mitiglinida)  
\_\_\_\_\_ Inhibidores de la dispeptidil-peptidasa 4 (DPP 4)
2. Insulina \_\_\_\_\_ Tipo de insulina: \_\_\_\_\_
3. Insulina más hipoglucemiantes orales \_\_\_\_\_ Tipo de HGO:  
\_\_\_\_\_
4. Otro especifique \_\_\_\_\_

## SATISTACCION DE USUARIOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL DIABETICO, DICIEMBRE 2017.

Johana Bermúdez-Lacayo<sup>1</sup>, Marlen Hernández<sup>2</sup>, Laura Giacaman-Abudoj<sup>3</sup>, Alejandro Ramírez-Izcoa<sup>2</sup>, <sup>4</sup>Edward E. Rivera-Paz, <sup>4</sup>José Luis Moreno

### OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS

#### OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional del Diabético en el mes de diciembre de 2017.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Describir las características sociodemográficas de la población estudiada
- 2.- Identificar la satisfacción de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional del Diabético durante el periodo de estudio
- 3.- Identificar fortalezas y debilidades en los servicios prestados, reflejados en las variables de satisfacción de usuario estudiadas.

### ENCUESTA DE OPINION DE LA CALIDAD DE ATENCION

Recolector de datos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y ASPECTOS GENERALES									
Edad:			Sexo: F		M				
Procedencia: Urbana:			Rural:						
Escolaridad: Analfabeta			Primaria		Secundaria				
Superior universitaria			No sabe/no responde						
¿Por qué decidió venir al INADI? Está más cerca						No tengo seguro			
No hay otro establecimiento donde acudir					Porque no pago				
Porque me brindan buena atención				Porque me refirieron					
2.- PERCEPCION DEL USUARIO RESPECTO A LA ATENCION RECIBIDA									
Durante su permanencia en el establecimiento lo trataron: Bien									
			Mal						
¿El personal le brindó confianza para expresar su problema? Si						No			
¿ Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?									
Si		No							

¿ El personal que le atendió le explico sobre el examen que le iba a realizar?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Si le dieron indicaciones en una receta; ¿están escritas en forma clara para Ud.?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿El personal del establecimiento escucha sus creencias en relación a la enfermedad y su curación?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si es No, ¿ qué horario sugiere?			
El tiempo que usted esperó para ser atendido fue: Mucho <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>			
Poco <input type="checkbox"/>			
¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Durante la consulta se respetó su privacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En términos generales ¿Ud. siente que le resolvieron el problema o motivo de búsqueda de atención? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Porque:			
En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención medica recibida?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque:
En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención de enfermería recibida?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque:
¿Está de acuerdo con la forma en que se le entrega la insulina?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque:
¿Está de acuerdo con la forma en que se le entregan los otros medicamentos?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque:
Está satisfecho con la cantidad de citas que tiene al año?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque:
Se siente satisfecho con la atención del personal de estadística?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque
Se siente satisfecho con el personal de atención al usuario?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque:
Se siente satisfecho con el personal de vigilancia?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Porque:

### **Actividad 3**

Charla inductora por parte de la Directora General Dra. Johana Bermúdez a los nuevos médicos en servicio social para darles a conocer cuáles serán sus funciones durante el tiempo que estén realizando su práctica en la institución. Cabe mencionar que en la reunión estuvo presente la asistente de dirección, el coordinador médico y parte del departamento de investigación y docencia.

