

U.N.C

F.C.M. – M.D.S.S.

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE LICENCIATURA

EN ENFERMERÍA

TALLER DE TRABAJO FINAL

TEMA: “¿Cuáles son las causas de abandono del tratamiento de pacientes diabéticos que se atienden en Clínica Médica del Hospital Malargüe periodo 2008 - 2009?”

AUTORA:

Dámaris Abigail Villar.

MENDOZA, AGOSTO 2010

INDICE

Portada	I
Índice	II
Advertencia	III
Hoja de aprobación	IV
Prologo o prefacio	V
Agradecimientos	VI
Índice de tablas y gráficos	VII
Introducción	1
Delimitación del problema	2
Justificación	2
Objetivos	3
Marco Teórico	4
Diseño metodológico.	27
Tipo de estudio	2 7
Universo y muestra.	27
Área de estudio.	27
Unidad de análisis	28
Operacionalización de variables.	28
Procedimiento para la recolección información.	31
Técnica, instrumento y fuente de recolección.	31
Plan de tabulación y análisis.	31
Anexo N° 1.	32
Anexo N° 2	48
Resultado	50
Discusión	51
Propuesta	53
Bibliografía	54
Análisis y presentación de resultados.	55

Esta investigación es prioridad de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y la misma no podrá ser publicada en toda, o en parte, o resumirse, sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y /o autor del trabajo.

Investigación Aprobada:

Integrantes del Tribunal Examinador:

Fecha: _____

PROLOGO O PREFACIO:

Con esta investigación se pretende brindar un aporte a la profesión y a la sociedad misma.

Sociedad en la que la diabetes representa un problema de salud pública caracterizado por su cualidad general, manejo clínico, nutricional y actividad educativa ya sea por parte del equipo de salud o bien que provenga del mismo entorno al que se encuentra predispuesta la persona diabética.

Cabe destacar que los pacientes se encuentran caracterizados por aspectos biológicos, de la misma enfermedad, sus condiciones económico-sociales, educacionales y familiares, la calidad de sus actitudes y prácticas del auto-cuidado, y su nivel de conocimientos sobre la enfermedad.

Estas características hacen que el paciente diabético este predispuesto a cambios, ya sean en cuanto complicaciones y / o mejoras en el curso de su enfermedad en la que el funcionamiento entre el equipo interdisciplinario de salud y la familia inciden notablemente en la calidad de vida de los pacientes y su familia.

AGRADECIMIENTOS:

Deseo expresar mi agradecimiento a los docentes de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y especialmente al Licenciado Jorge Michel, por la orientación para la realización de esta trabajo, sin el cual la elaboración de esta tesis no hubiese sido posible.

A mis padres, hermana y a mi ahijado por su apoyo, paciencia y aliento brindado.

A mi novio por estar siempre a mi lado y brindar su apoyo incondicional.

A Marcia Carrasco por ser mi principal apoyo para poder concluir con este trabajo, por su tiempo y comprensión en todo momento.

A Rubén Rojas que siempre estuvo dispuesto a ayudarme y por sus recomendaciones para mejorar el trabajo el uso de la computadora.

Pero especialmente a Dios por ser quién guía mis pasos y no me abandona.

A todos ellos muchas gracias.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

Tabla y Gráfico N° 1	32
Tabla y Gráfico N° 2	33
Tabla y Gráfico N° 3	34
Tabla y Gráfico N° 4	35
Tabla y Gráfico N° 5	36
Tabla y Gráfico N° 6	37
Tabla y Gráfico N° 7	38
Tabla y Gráfico N° 8	39
Tabla y Gráfico N° 9	40
Tabla y Gráfico N° 10	41
Tabla y Gráfico N° 11	42
Tabla y Gráfico N° 12	43
Tabla y Gráfico N° 13	44
Tabla y Gráfico N° 14	45
Tabla y Gráfico N° 15	46
Tabla y Gráfico N° 16	47
Tabla y Gráfico N° 17	48
Tabla y Gráfico N° 18	49
Tabla y Gráfico N° 19	50
Tabla de doble entrada	51

CAPÍTULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) hoy en día es un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como subdesarrollado; en el año 2000 existían ya 165 millones de personas con diabetes y se pronostican 239 millones para el año 2010 y 300 millones para el año 2025. La Organización Mundial de la Salud prevé que la prevalencia de la diabetes entre la población adulta alcance un 6,4% para el año 2030, un 60% más que en 1995.

Las personas con Diabetes tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad 2 veces mayor que la población general. Una mejoría en el cuidado de la diabetes aumentaría la esperanza de vida de estas personas, pero esto a su vez llevaría una mayor incidencia de complicaciones micro-vasculares (nefropatía y retinopatía) y macro-vasculares (enfermedades coronarias, cerebro-vasculares y vasculares periféricas) ya que la edad y la duración de la Diabetes son los principales factores de riesgo no controlables, por lo que será necesario aplicar los conocimientos existentes o desarrollar tecnologías capaces de prevenir la aparición de la enfermedad y de sus complicaciones, lo que contribuirá a reducir la carga económica que origina en la sociedad, que se concentra sobre todo en los gastos de hospitalización provocados por las complicaciones; esto corresponde a estudios realizados por el Grupo de diabetes en control y complicaciones de esta patología relacionado al tratamiento intensivo, control y complicaciones posibles en diabeticoos tipo II (Nueva Zelanda 1993)

Por las razones mencionadas anteriormente es que este trabajo de investigación está centrado en la siguiente problemática: Existe un importante ingreso de pacientes diabéticos tipo I y II, en el servicio de Clínica Médica del Hospital Malargüe, por lo que decidí elegir el tema para mi tesis haciendo hincapié en la labor de enfermería, observando las diferentes manifestaciones por las que atraviesan los pacientes diabéticos, lo que los conlleva a padecer complicaciones o alteraciones, ya sean físicas, psicológicas, como así también, un gran deterioro en su autoestima, repercutiendo de forma notable en el entorno familiar.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué medida cumplen con el tratamiento los pacientes diabéticos que se atienden en Clínica Médica del Hospital Malargüe durante el período 2008- 2009?

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo tiene como objetivo a largo plazo, y, de acuerdo a los resultados, poder lograr que todos los pacientes diabéticos que son internados en el servicio de clínica médica del Hospital Malargüe, adquieran a través del equipo de enfermería una educación eficaz y eficiente, con el fin de mejorar su calidad de vida, ya que este es un elemento clave en la atención hospitalaria.

El proceso de educación no solo involucra al paciente, sino que también a su familia y al equipo de salud, quienes deben trabajar conjunta y activamente para el beneficio del paciente.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de cumplimiento del tratamiento y su relación con la educación recibida por enfermería, de pacientes diabéticos internados en el Hospital Malargüe durante los meses de enero a diciembre de 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los pacientes diabéticos incluidos en la muestra.
- Determinar grado de adhesión al tratamiento en cuanto a ejercicios, dieta, medicación y controles.
- Conocer la forma en que realizan la consulta médica.

OBJETIVO DE TRANSFERENCIA

- Planificar acciones de educación desde el área de enfermería para contribuir a un tratamiento y cuidados integrales e interdisciplinarios.

MARCO TEÓRICO

Tanto en el departamento de Malargüe como en nuestra provincia, el aumento de personas con diabetes tipo II y a aquellos que no saben que la padecen, ha incrementado notablemente, según datos obtenidos del programa de cuidados en los pacientes diabéticos tipo II del Hospital Malargüe.

En nuestra provincia entre un millón y medio de habitantes, mil de ellos la padecen y cincuenta mil no saben que la padecen, en el departamento de Malargüe, se lleva a cabo el control y tratamiento de los pacientes diabéticos a cargo del programa provincial de diabetes.

DIABETES

La diabetes sacarina es un síndrome orgánico multisistémico crónico, es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas. Un paciente puede tener más resistencia a la insulina, mientras que otro puede tener un mayor defecto en la secreción de la hormona y los cuadros clínicos pueden ser severos o bien leves. La diabetes tipo 2 es la forma más común dentro de las diabetes mellitus y la diferencia con la diabetes mellitus tipo 1 es que ésta se caracteriza por una destrucción autoinmune de las células secretoras de insulina obligando a los pacientes a depender de la administración exógena de insulina para su sobrevivencia, aunque cerca del 30% o más de los pacientes con diabetes tipo 2 se ven beneficiados con la terapia de insulina para controlar el nivel de glucosa en sangre.

La deficiente disponibilidad de las funciones de la insulina conlleva a un deficiente metabolismo celular, resultando en un aumento en los ácidos grasos, en los niveles circulantes de triglicéridos y un descenso en la concentración de la lipoproteína de alta densidad (HDL). La hiperglicemia de larga data causa daños en los nervios, ojos, riñones, corazón y vasos sanguíneos. La cetoacidosis puede ocurrir en estos pacientes como resultado de estrés, como una infección, la administración de ciertos medicamentos como los corticosteroides, deshidratación o deficiente control de la enfermedad. La resistencia a la insulina es un importante contribuyente a la progresión de la enfermedad y las complicaciones de la diabetes.

Normalmente, en la sangre circula cierta cantidad de glucosa, la cual se forma en el hígado a partir de los alimentos ingeridos. La insulina, hormona segregada por el páncreas, controla la concentración de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento.

En la diabetes, se reduce la capacidad de cuerpo para responder a la insulina o el páncreas deja de producirlo. Lo anterior conduce a la hiperglucemia (concentraciones de azúcar en la sangre superiores a 110mg/dl), que puede resultar en complicaciones metabólicas graves, como la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetónico. La hiperglucemia de larga duración, es una de las causas de complicaciones micro vasculares crónicas (padecimientos renales y ojos) y complicaciones neuropáticas (enfermedades de los nervios). La diabetes, también está relacionada con una mayor presencia de enfermedades macro vasculares (IAM, apoplejía y vasculopatía periférica).

Entre los principales síntomas de la diabetes se incluyen:

- Frecuencia en orinar (fenómeno de la "cama mojada" en los niños).
- Hambre inusual.
- Sed excesiva.
- Debilidad y cansancio.
- Pérdida de peso.
- Irritabilidad y cambios de ánimo.
- Sensación de malestar en el estómago y vómitos.
- Infecciones frecuentes.
- Vista nublada.
- Cortaduras y rasguños que no se curan, o que se curan muy lentamente.
- Picazón o entumecimiento en las manos o los pies.
- Infecciones recurrentes en la piel, la encía o la vejiga.
- Además se encuentran elevados niveles de azúcar en la sangre y en la orina

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997. Según el Comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos:

a) *Diabetes Mellitus tipo 1.*

b) *Diabetes Mellitus tipo 2*

c) *Diabetes gestacional*

d) *Otros tipos de Diabetes Mellitus:*

- Defectos genéticos de la función de las células
- Defectos genéticos en la acción de la insulina
- Enfermedades del páncreas exocrino
- Endocrinopatías
- Inducida por drogas o fármacos
- Infecciones.

Diabetes mellitus tipo 1

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente *Diabetes Insulino dependiente* o *Diabetes de comienzo juvenil*. Se presenta mayoritariamente en individuos jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, y se caracteriza por la nula producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas mediadas por las células T. Se suele diagnosticar antes de los 30 años de edad, y afecta a cerca de 4.9 millones de personas en todo el mundo, de las que 1,27 millones son europeos, lo que arroja una prevalencia del 0,19 por ciento de la población total, aunque la prevalencia más alta, de 0,25 por ciento, se encuentra en América del Norte, variaciones que reflejan la distinta susceptibilidad genética entre poblaciones.

Diabetes mellitus tipo 2

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada *diabetes del adulto* o *diabetes relacionada con la obesidad*. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la

hemocromatosis no tratada. Insulinorresistencia. La diabetes tipo 2 representa un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos.

Diabetes mellitus gestacional

La también llamada diabetes del embarazo aparece durante la gestación en un porcentaje de 1% a 14% de las pacientes, y casi siempre debuta entre las semanas 24 y 28 del embarazo. En ocasiones puede persistir después del parto y se asocia a incremento de trastornos en la madre (hipertensión o presión arterial elevada, infecciones vaginales y en vías urinarias, parto prematuro y cesárea) y daños graves al bebé (muerte fetal o macrosomía, esto es, crecimiento exagerado del producto debido a que está expuesto a mayor cantidad de glucosa que la habitual—esto se debe a que estimula su páncreas y segrega abundante insulina que contribuye a incrementar su desarrollo—, lo que puede generarle lesiones al momento de pasar por el canal de parto).

El embarazo constituye un esfuerzo metabólico en el cuerpo de la madre, ya que el bebé utiliza sus órganos para obtener alimento (energía), oxígeno y eliminar sus desechos. Por esta razón, la mujer que se embaraza tiene mayor posibilidad de presentar una deficiencia de la hormona que permite que el azúcar o glucosa sea empleada por las células (insulina), haciendo que se presente este problema.

Otros tipos de diabetes mellitus

Otros tipos de diabetes mellitus menores (< 5% de todos los casos diagnosticados):

Tipo 3A: defecto genético en las células beta.

Tipo 3B: resistencia a la insulina determinada genéticamente.

Tipo 3C: enfermedades del páncreas.

Tipo 3D: causada por defectos hormonales.

Tipo 3E: causada por compuestos químicos o fármacos

Epidemiología

La diabetes prevalece especialmente en ancianos, el tipo II se presenta entre personas mayores de 45 años de edad, con una frecuencia del 8,5%. Y es la principal causa de ceguera en el grupo de 45 a 75 años, así como de amputación no traumática. El 30% de los pacientes sometidos a diálisis anualmente padecen diabetes. Es la tercera causa de muerte por enfermedad, sobre todo por la alta función arteriopática.

Generalidades de la fisiología y fisiopatología

Fisiología normal

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas, y se considera una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado, lipositos y luego a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía. En estas células la insulina tiene los siguientes efectos:

- Estimula el almacenaje de glucosa en hígado y músculos (en forma de glicógeno).
- Estimula el almacenaje de la grasa de la dieta en el tejido adiposo.
- Acelera el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas de la dieta) en las células.
- Inhibe la degradación de la glucosa almacenada, proteínas y grasas.

Se distinguen dos tipos mellitus más importantes:

DBTM tipo I: denominada diabetes juvenil, que afecta a niños y adolescentes y se cree que es producida por un mecanismo autoinmune y de evolución rápida.

DBTM tipo II: o diabetes del adulto, mayores de 45 años y es de evolución lenta. Muchas veces no produce síntomas y su diagnóstico se realiza por medio de análisis de orina, sangre o test de tolerancia a la glucosa.

El tratamiento de la diabetes pierde efectividad, cuando la persona con diabetes, no sabe beneficiarse de este o no está motivado para responsabilizarse con su auto cuidado diario.

Es importante reconocer que la enfermedad, es un proceso largo y extenuante de cuidado, donde no solo se encuentran involucrados los pacientes como tal, sino que ésta a su vez influye en sus familiares, su círculo laboral y también la comunidad.

El entrenamiento grupal de estrategias de auto cuidado para personas con diabetes tipo II tienen como resultado un mejor tratamiento de la diabetes, pero si a esto se le suma el conocimiento y educación continua a familiares de pacientes, lograremos reducir sus complicaciones.

“Los adultos con diabetes tipo II que participaron en programas grupales de entrenamiento son capaces de llevar un mejor control y conocimiento de la diabetes a corto y a largo plazo. Como así también una reducción de la presión arterial, peso corporal, aumento del autocontrol, calidad de vida, y sus habilidades para el auto cuidado y su satisfacción”. Este texto citado de un estudio mexicano de evolución de cuidados de la diabetes, a partir de la ayuda familiar y acompañamiento grupal, es por eso que creo que la educación al paciente, familia es de suma importancia, ya que sin lugar a duda la enfermedad, no se acaba con tomar una pastilla, sino que depende del correcto tratamiento y educación que se dé a la familiar del paciente diabético quien cumple un papel muy importante, puesto que es con él con quien comparte su cotidianidad, comparte comidas, diversión, problemas, etc..

Si un familiar del paciente diabético conoce que por causas del estrés los niveles de glucemia se elevan, tratará de encontrar el equilibrio en la vida de los pacientes, buscando alimentos acordes a las necesidades del paciente, y que puedan también ser adaptadas a la dieta de la familia, sin que signifique un sacrificio para el paciente, ni traumático.

Si educamos a los familiares en estrategias de apoyo y ayuda a los pacientes diabéticos, se reducirán también complicaciones asociadas como depresión, dislipidemias como la ceguera, insuficiencia renal, amputaciones, incapacidad física y laboral, entre otras.

Tratamiento de la diabetes

El tratamiento de la diabetes, dirigido a la consecución de un buen control de la glicemia, se basa en tres pilares: la alimentación, el ejercicio y la medicación.

Los dos primeros son siempre necesarios ya que son la base fundamental del plan terapéutico y, en algunos pacientes, la única intervención necesaria. Los objetivos de la alimentación del diabético son: proporcionar un buen estado nutricional y contribuir a prevenir y tratar las complicaciones, tanto agudas como crónicas. Una alimentación correcta conseguirá estos objetivos al ayudar a:

- Alcanzar la normalidad bioquímica (glucemia y lípidos plasmáticos).
- Minimizar las fluctuaciones de glucemias posprandiales.
- Conseguir y mantener el normopeso.

En tanto que la medicación solamente lo es cuando la alimentación y el ejercicio no resultan suficientes para lograr los objetivos de control.

La educación diabetológica constituye la base sobre la que deben asentarse la alimentación, el ejercicio y la medicación.

Por supuesto, en el caso de la diabetes tipo 1 o insulino-dependiente, a la dieta y el ejercicio deberá sumarse, obligatoriamente, la insulina.

Además, y en cualquier caso, el tratamiento de la diabetes debe incluir la educación diabetológica. La educación sanitaria es un elemento importante para el tratamiento de cualquier dolencia crónica, pero en el caso de la diabetes es mucho más que eso: puede considerarse como la base sobre la que deben asentarse los otros tres pilares mencionados.

- Alimentación:

Una alimentación correcta es, seguramente el aspecto más importante del tratamiento en cualquier tipo de diabetes.

En realidad, el objetivo de la alimentación de una persona con diabetes es, además de conseguir el control de la dolencia, el alcanzar o mantener el peso correcto.

Por lo tanto, solamente tendrá ciertas restricciones en el caso de las personas con sobrepeso u obesidad. Las personas con un peso normal, deberán comer en la misma forma que se aconseja para la población general de la misma edad y condiciones. Ni siquiera la prohibición de los "dulces" puede considerarse como absoluta.

2- Ejercicio:

El ejercicio tiende a bajar los niveles del azúcar sanguíneo, por aumento de la utilización de la glucosa en el músculo.

Este efecto del ejercicio se produce tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, y es utilizado como parte del tratamiento, para conseguir el descenso de la glucemia en determinados momentos del día. En esta forma, el ejercicio no sería sino un complemento del efecto de la alimentación y de la medicación sobre los niveles de azúcar.

Sin embargo, el descenso de los niveles de azúcar solamente se observa cuando la persona que realiza el ejercicio se encuentra en condiciones de control aceptable de su diabetes.

El descenso de los niveles de azúcar solamente se observa cuando la persona que realiza el ejercicio tiene un control aceptable de su diabetes

Cuando se trata de personas con una diabetes de tipo 2, el ejercicio, realizado regularmente, no solamente es capaz de rebajar los niveles de azúcar en las condiciones antes mencionadas, sino que produce también una mejora permanente de la situación, aumentando la sensibilidad de las células a la insulina. Debería, por lo tanto, formar parte del esquema de tratamiento en las personas con este tipo de diabetes.

El ejercicio sin control puede aumentar la mortalidad en diabéticos; sin embargo, una práctica controlada es muy beneficiosa, según un programa con 120 pacientes realizado por la Comisión Nacional de Medicina Física y Rehabilitación.

En 1891 Fernando LaGrange afirmó que “el gimnasio era el mejor sitio para quemar el azúcar”. Esta afirmación -hecha antes del descubrimiento de la insulina- aclara la importancia de la actividad física para el control de la diabetes. Sin embargo, el estudio Accord (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) mostró que no vale cualquier clase de deporte y que si los diabéticos realizan ejercicio sin supervisión incrementan la tasa de mortalidad. “El estudio Accord se suspendió porque aumentó la mortalidad en los sujetos diabéticos que se encontraban en el grupo que hacía ejercicio ha pronunciado la conferencia Actividad física cardiovascular en la medicina física preventiva de la diabetes mellitus tipo 2, en la Real Academia Nacional de Medicina.

Entonces, ¿los diabéticos pueden hacer deporte? “Por supuesto que pueden hacer deporte y deben hacerlo. El problema de Accord es que se recomendó a los diabéticos que hicieran todo el ejercicio que pudieran y a la máxima resistencia”. Esto es un problema, porque muchos diabéticos tienen hipertensión, y un ejercicio sin control puede empeorarla, lo que aumenta el riesgo de problemas cardiacos.

“El deporte en diabéticos debe estar controlado y se deben realizar actividades individualizadas”. El equipo de Luis Pablo Rodríguez, en colaboración con el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, ha realizado un estudio con 120 diabéticos tipo 2 durante dos meses. A cada enfermo se le recomendaba una práctica deportiva durante 3 días a la semana que constaba cada una de un calentamiento, 30 minutos de cicloergómetro, 10 minutos de ejercicios de fuerza-resistencia al 60 por ciento de consumo máximo de oxígeno, y estiramientos

finales. A estos pacientes no sólo se les recomendó la práctica deportiva sino también una dieta, y se les prescribió antidiabéticos orales.

Después de los dos meses del estudio se comprobó que la hemoglobina glicosilada había descendido un 0,73 por ciento en los pacientes que realizaron el programa de ejercicio. En el grupo de enfermos más obesos -que eran los que tenían la HbA1c más alta- el ejercicio causó un descenso del azúcar en sangre en igual proporción que el que produjeron el consumo de antidiabéticos orales.

El equipo del Clínico ya ha reclutado a 130 mujeres con diabetes tipo 2 gestacional que están realizando un programa de ejercicio para ver si mejoran sus niveles de azúcar. “Los tres pilares del tratamiento de la diabetes son los fármacos, la dieta y el ejercicio físico; sin embargo, este último no vale de cualquier manera. Está contraindicado en enfermos con miocardiopatía, hipertensión asociada al ejercicio, hemorragias de retina, diálisis, aneurisma aórtico, inestabilidad o arritmias, insuficiencia cardíaca, infección activa o reciente y tromboflebitis”.

¿Alta o baja intensidad?

Un estudio publicado en *Endocrine Disorders* ha mostrado que una sesión de ejercicio reducida pero intensa cada dos días puede ser muy beneficiosa para reducir el riesgo de diabetes. El trabajo, realizado por la Universidad Herior-Watt de Edimburgo, en el Reino Unido, ha analizado a 16 varones sedentarios a los que se ha controlado durante la realización del programa. El ejercicio pretendió reducir al máximo el tiempo de práctica; para conseguirlo se idearon tablas de ejercicio intenso en series de no más de 30 segundos y se comprobó que mejoró la absorción de glucosa. Stefano Balducci, profesor de la Universidad de la Sapienza, en Italia, ha realizado otro estudio con más de 600 enfermos. El investigador cree que las personas que tienen diabetes pueden hacer deporte de alta intensidad aunque siempre teniendo en cuenta factores como la dieta, la insulina y la duración. (Tomado de: www.diariomedico.com por Alberto Bartolomé)

- Medicación:

Dentro de este apartado encontramos los hipoglucemiantes orales por un lado y la insulina por el otro.

A- Hipoglucemiantes orales

También llamados *antidiabéticos orales*, son aquellos medicamentos dirigidos a mejorar los niveles de azúcar en sangre que se administran por boca, en forma de pastillas, tabletas, grageas, cápsulas, etc.

En el momento actual, aproximadamente el 60 por ciento de los diabéticos no insulino dependientes utilizan alguno o algunos de estos productos.

Por la forma en que actúan, podrían distinguirse tres tipos de hipoglucemiantes orales, entre los que actualmente existen:

- Medicamentos que aumentan la secreción de insulina por el páncreas:
Sulfonilureas
- Medicamentos que mejoran la utilización del azúcar en los tejidos o disminuyen la liberación del azúcar por el hígado: Biguanidas
- Medicamentos que retrasan la absorción de los azúcares en el tubo digestivo:
Acarbosa

B- Insulina

La diabetes es una alteración causada por una disminución absoluta o parcial de la secreción de insulina. Por lo tanto, el aportar en forma de inyecciones la insulina que a una persona con diabetes le falta, parece un modo natural y racional de tratar la diabetes.

La insulina es una proteína y, como tal, es destruida por los fermentos digestivos, perdiendo su acción cuando se administra por vía oral.

Cuando se trata de personas con una diabetes tipo 1 o insulino dependiente, la utilización de la insulina en el tratamiento es imprescindible, vital. Una persona con una diabetes de este tipo que no recibiera insulina estaría en grave riesgo de fallecer como consecuencia de una profunda descompensación de su trastorno, lo que habitualmente se conoce como un coma diabético.

Además de en este tipo de diabetes, en la que la insulina es obligada, este tipo de tratamiento es también imprescindible en la diabetes gestacional, si no se consigue un control correcto mediante la modificación adecuada de la alimentación. Las "pastillas" para la diabetes no estarían nunca indicadas en este caso.

Cuando se trata de personas con una diabetes de tipo 2 (no insulino dependiente), el empleo de la insulina suele reservarse para aquellas ocasiones en que la utilización de una alimentación correcta y de los antidiabéticos orales adecuados, no consigue el control suficiente de los niveles de azúcar sanguíneo.

Con el paso del tiempo, muchas personas con diabetes tipo 2 dejan de responder al tratamiento con pastillas y necesitan cambiar a la inyección de insulina, porque ya no producen la suficiente.

También se utiliza la insulina, en este tipo de personas, cuando se dan circunstancias que podrían descompensar la diabetes: operaciones, infecciones, accidentes. Otro tanto puede decirse de la situación de embarazo aparecida en una mujer con una diabetes tipo 2, previamente tratada con pastillas.

La inyección de insulina constituye un tratamiento de sustitución.

La inyección de insulina es, por tanto, un tratamiento de sustitución y, en consecuencia, debería de intentar imitar lo mejor posible la forma en que el páncreas de una persona no diabética la produce. En condiciones normales, el páncreas es capaz de percibir cualquier tendencia al aumento de los niveles de azúcar en sangre y responde con la suelta de la cantidad necesaria de insulina para que el azúcar sea incorporado a las células. En el momento en que los niveles de glucosa se normalizan, el páncreas deja de segregar insulina.

La imitación exacta de la secreción normal de insulina no es, hoy por hoy, posible; y la hormona debe ser inyectada por vía subcutánea.

EDUCACIÓN DIABETÓLOGICA: PAPEL DE LA ENFERMERA

En 1955, V.Henderson una de las enfermeras que desarrollaron una de las principales teorías de Enfermería decía así “*la función propia de la Enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la Salud, o a su recuperación, o a su muerte en paz, que realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera, que le ayude a ganar independencia lo más rápido posible*”.

También define *la Salud equiparándola a independencia, en términos de habilidad del paciente* para realizar sin ayuda lo que ella llamó los 14 componentes básicos de los cuidados de Enfermería (que coincide con la escala de necesidades de Maslow necesidades fisiológicas, de seguridad, de protección etc...).

Más adelante otra enfermera (D.Orem), cuya teoría ha marcado pauta en la actual concepción sobre la función propia de Enfermería, definiéndola especialmente a las necesidades del ser humano, que están en relación con el autocuidado y entendiendo este como “ *las acciones que permiten al individuo mantener la salud,*

el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o las heridas y hacer frente a sus efectos”.

Si seguimos profundizando en la función a desempeñar por Enfermería con cualquiera de sus teorías sólo llegaríamos a la conclusión de que lo nuestro es CUIDAR o lo que es lo mismo *“Conjunto de actividades que tienen por objeto promover la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca.....”* o sea *“ayudar a vivir”*(Collière 1983).

Nos ha tocado vivir en la época de los cuidados: el aumento de la esperanza de vida, la disminución de enfermedades infecciosas, la propia evolución de la sociedad, los cambios en estilo de vida, etc. Han conllevado al aumento de las enfermedades crónicas, entre ellas la Diabetes, considerada hoy como el primer problema de Salud de los países desarrollados, cuyo abordaje pasa obviamente (quedando recogido suficientemente en la Declaración de Saint Vincent) por la Educación y la Prevención, ambas íntimamente relacionadas y dependientes una de otra. Educación está enfocada hacia el autocuidado, porque cuando no se puede curar lo importante es CUIDAR

La educación diabetológica, todos sabemos, es la base más firme de la terapéutica en la Diabetes y constituye la mejor medida para conseguir un control óptimo y prevenir o retrasar la aparición de complicaciones. Entendida como *“ Transmisión de información, habilidades y actitudes que produzcan cambios de comportamiento necesarios para alcanzar los objetivos terapéuticos, a través de la potenciación del autocuidado y de la autonomía de la persona con Diabetes”*, y no de una forma aislada y puntual, sino que es necesaria la motivación y el refuerzo a largo plazo, por lo que todas las personas implicadas en el cuidado del paciente (trabajo en equipo), tienen que tener presente de forma constante el componente educativo, aprovechando cualquier consulta u exploración para realizarlo, esta educación además no se puede realizar de forma rígida sino adaptada a la persona, priorizando sus necesidades, en función de sus características y edad.

Es por ello que se hace preciso que evolucione el papel que han de desempeñar los distintos profesionales de la salud, y que aun cuando el contenido fundamental de cada una de las profesiones que compone el equipo de salud sea distinto, ambos se complementan, y el objetivo u eje de las acciones ha de ser el mismo, responsabilizándose cada uno de aspectos diferentes.

Con esta reflexión quiero llegar a la conclusión de la coincidencia del objetivo fundamental, como razón de ser de la profesión Enfermera (Autonomía y bienestar del paciente), con el de la Educación Diabetológica y a que la diferencia de

comportamiento entre médicos y enfermeras, no como ayudantes de estos sino como profesionales independientes y con una aportación específica a los cuidados de Salud, no es más que el resultado de sus diferentes contenidos profesionales, mientras que los primeros centran su atención en la patología, tratamiento y curación (cuando es posible) de la enfermedad, el de las enfermeras se fija más en la conducta que el paciente tiene frente a la enfermedad o a otros factores que influyan negativamente o tienen la posibilidad de afectar perjudicialmente al logro y mantenimiento de un estado de ánimo; en cualquier caso y aun cuando a no coincidan los objetivos, siempre se han de complementar.

Así pues Enfermería aporta a la función Sanitaria una función principal “*CUIDAR*”, de ella surgen tres áreas funcionales complementarias: Atender-administrar, enseñar e investigar, que son el camino a través del que se cuida.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO GENERAL DE CUIDADOS DE SALUD:

Varios son los factores que han venido condicionando la oferta de servicios de Enfermería, y son:

- * La legislación que se refiere a la práctica de Enfermería (indefinida en cuanto a su contenido funcional), no otorgando ninguna responsabilidad propia.

- * La formación de los profesionales (inicial y continuada), que hasta hace pocos años era impartida por profesionales médicos.

- * La poca participación de enfermería en la toma de decisiones

- * Los cambios en el estilo y nivel de vida y problemas de salud

- * El tipo de cuidados que se prestan

- * La posición que ocupa el profesional de Enfermería en el equipo, que está determinada por:

- El concepto que tienen el resto de profesionales de la Salud acerca del Rol a desempeñar por la enfermera

- El grado de dependencia /independencia y

- Las relaciones dentro del equipo.

Estos condicionantes, han hecho que la Enfermería haya ejercido su función subordinada al principio de autoridad y actuando por delegación, como proveedora

de servicios a los médicos que los solicitaban para “sus pacientes”, atendiendo únicamente a sus necesidades físicas sin enseñarles a incrementar, mantener y recuperar su salud, lo que suponía un trabajo a medias.

La Educación Sanitaria es un componente integral de la Enfermería, un proceso colaborativo que supone la comunicación entre la enfermera y el paciente, Su objetivo es aumentar la base de conocimientos del enfermo de forma que pueda mejorar o mantener su salud y bienestar. Sus principios se correlacionan directamente con el proceso de Atención de Enfermería que implica obtener una base de datos, valorarlos (identificando los problemas y necesidades), redactar los objetivos, planificar y poner en práctica las acciones de Enfermería y efectuar una evaluación.

El aprendizaje supone un cambio relativamente permanente de conducta que deriva de una modificación en las creencias o en la forma de actuar como resultado de la experiencia y que ayuda al enfermo a aumentar su comprensión, reduce sus ansiedades y altera sus hábitos en el cuidado de la Salud.

Es por ello que antes de poder poner en marcha cualquier tipo de enseñanza la enfermera ha de valorar el enfermo, sus conocimientos, su entorno, identificar sus necesidades, priorizándolas, redactar los objetivos educativos, para poder así planificar y poner en práctica el programa de enseñanza y evaluar los resultados, en función de los objetivos planteados.

PAPEL DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA (diferencias):

En relación al paciente diabético, existen diferencias importantes en cuanto a la Enfermería de Especializada y de A.Primaria, no son estas más que las mismas que se derivan de sus diferentes puestos de trabajo, y las propias características de los pacientes, que acuden a cada uno de los niveles.

En cualquier caso la Educación diabetológica a de ir enfocada hacia la prevención, ya sea Primaria dirigida a la promoción de estilos de vida saludables y esto va a ser labor fundamentalmente de la enfermera comunitaria, mediante el control y la supresión de factores de riesgo, secundaria (diagnóstico precoz), que puede modificar considerablemente la propia evolución de la enfermedad, o terciaria (prevención de secuelas y complicaciones ya sean agudas o crónicas).

Las características del paciente que acude a la Atención especializada son muy distintas a las de Primaria, en la mayoría de los casos (hospitalizaciones) son pacientes en procesos agudos, bien por DEBUT o COMPLICACIONES AGUDAS,

que precisan apremiantemente una información, y presentan cuadros de ansiedad, incertidumbre, no aceptación de la enfermedad etc. En estos la Educación habrá de ir enfocada a una fase de supervivencia o contenidos informativos básicos e imprescindibles (explicación simple de lo que es la enfermedad, conceptos dietéticos, hipo-hiperglucemia, cuidados, manejo de situaciones agudas, técnica de inyección, autoanálisis etc.) y a la necesidad de disminuir tensión emocional y temores propios de esta fase, la enfermera en esta fase habrá de tener muy en cuenta la priorización de necesidades en función de las características del paciente.

Por el contrario en Atención Primaria, los pacientes tiene unas características totalmente distintas, la atención se efectúa tanto en el centro como en el propio domicilio del paciente, suelen ser pacientes, con una serie de hábitos ya adquiridos (no siempre correctos) y un bagaje de información previo, en los que a menudo hemos puesto todo el énfasis en la lista de conceptos a enseñar, que repetimos una y otra vez, sin tener en cuenta que la relación con la persona es primordial para poder tener éxito en el proceso educativo, sin escuchar y sin respetar el derecho a decidir del individuo en cuanto al esfuerzo que quiere dedicar a su salud. En estos la Educación ha de ir dirigida a reforzar hábitos correctos y modificar incorrectos y por supuesto a MOTIVAR , para seguir implicando al sujeto en su autocuidado, suele ser una estrategia educativa de continuidad; no es tarea fácil ya que en una persona que lleva años de evolución se suman muchos factores, además del cansancio, la falta de tiempo y las diferencias de criterios entre los mismos profesionales en cuanto a lo que se debe enseñar, la falta de equipo en muchos casos que refuerce los contenidos educativos (ausencia de lenguaje común) etc., crea tal confusión en el paciente que por lo general sólo refleja cansancio y desmotivación, para lo que serán necesario el empleo de técnicas grupales de educación, además de la educación individual.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DIABÉTICO

No siempre se tiene una idea bien definida del papel profesional que deberíamos asumir. La profesión a la que pertenecemos pide a las personas que la ejercen una actitud especial de sensibilidad, respeto y amor frente a la vida y al ser humano.

Para que la intervención de Enfermería resulte un proceso significativo y terapéutico, deberá partir de la premisa de comprender el comportamiento humano y el significado de la enfermedad para el individuo que la padece.

El segundo paso será ofrecer información y educación al paciente respecto a los recursos que puede utilizar para cambiar determinadas conductas, y por último, iniciar un proceso de desarrollo personal que permita al individuo sentirse vivo y en

salud, así como ayudarlo a progresar, madurar, crear nuevas posibilidades de vida y experimentar satisfacción para vivir en plenitud.

La Diabetes es una enfermedad crónica, cuya evolución y gravedad depende en gran parte de los cuidados administrados, y para poder planificar adecuadamente estos cuidados, debemos tener en cuenta la individualidad del ser humano, y por tanto su estilo de vida (modo concreto en el que una persona organiza el comportamiento cotidiano, donde se resuelve la relación de una persona consigo misma, con los demás, con el trabajo, con el ocio, los objetos, el consumo y el ambiente). Aunque dos pacientes reciban las mismas instrucciones, pueden precisar planes de cuidados completamente distintos. Ejemplo un activo estudiante universitario no tendrá la misma pauta de dieta y ejercicio que un sedentario administrativo, o que un anciano . También sus preocupaciones con respecto a la movilidad y la sexualidad serán distintas “ *Si no todos los pacientes con diabetes están cortados por el mismo modelo, tampoco sus planes de cuidados deben estarlo*”.

La diabetes es un ejemplo de patología en el cuál podemos demostrar que los cuidados de enfermería en la educación sanitaria y la relación de ayuda, permite al individuo afectado vivir su vida con autonomía y calidad, ya que la clave para ayudar al paciente diabético, es una educación sanitaria eficaz.

Así pues el proceso de Atención de enfermería pasa ineludiblemente por una *primera fase de valoración*, esto es de recopilación de datos, registro de los mismos e identificación de problemas, que nos permita plantearnos unos objetivos, para poder así entrar en la *segunda fase y diseñar el plan de cuidados* que cubra las necesidades específicas de cada paciente (plan individualizado).

“Antes de enseñar a un paciente a autocuidarse, hay que valorar minuciosamente su estilo de vida”.

- Las áreas que debemos valorar son:

Nutrición. Hábitos alimenticios (dieta diaria típica, nº de comidas, horarios, hábitos de picar, donde come habitualmente, quien cocina, etc.). En este apartado fundamental para controlar los niveles de glucosa en sangre, habrá de plantearse objetivos realistas, ya que no podemos esperar que el paciente controle su ingesta calórica cambiando el tipo de alimentos que toma, y sus gustos, cuanto menos drástico sea el cambio en su estilo de vida más fácil será que lo cumplan.

Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol u otros). En el supuesto que existan estos hábitos, habrá de explicarle sus efectos, y la contabilización de calorías extras del alcohol en la dieta etc.

Eliminación. Tanto hábitos intestinales, para educar en su corrección mediante la dieta si existe alguna eventualidad, como a la necesidad de mantener el balance hidroelectrolítico para explicar el porqué de la presencia de poliuria o polidipsia, como signos de hiperglucemia y el desequilibrio que se puede desencadenar caso de que persista.

Ejercicio-reposo. El equilibrio entre ambos es fundamental para controlar sus niveles de glucosa, pero si no sabemos lo que suele hacer en un día típico, su capacidad física, si práctica algún deporte, si camina etc. difícilmente podremos adecuarlo, para conseguir los objetivos, la aceptación de la pauta de ejercicio es mayor si se incluye dentro de sus actividades habituales.

Sensación-percepción. Ya que, el caso de que existan déficit sensoriales, disminución de la visión, audición o presencia de una incapacidad física, nos puede hacer variar los objetivos de la educación y priorizar y dar especial importancia sobre todo cuidados de los pies y a aquellos que le eviten riesgos.

Circulación. Para así educar en los cuidados que se derivan de un deterioro circulatorio, y en el reconocimiento de sus signos o síntomas y su prevención

Aspectos sociofamiliares (Vivienda-trabajo y ocio). Hay que considerar la vida doméstica del paciente a la hora de confeccionar un plan de cuidados. Indagar sobre el nº de miembros de la unidad familiar, si vive sólo, o existe algún problema que pueda afectar al desarrollo de su enfermedad. El entorno socio-familiar es un condicionante fundamental que puede ser positivo (como estímulo, ayuda, motivación) o negativo (sobrepotección, actitudes negativas), en la mayoría de los casos conviene implicar a algún miembro de la familia o persona que conviva con el paciente, los conocimientos que la familia tiene sobre la enfermedad, sus opiniones y sus creencias, van a condicionar el proceso educativo.

También se debe conocer el medio en que vive (rural o urbano), uso de refrigerador, estufas etc.

Trabajo, presencia o no de problemas laborales así como riesgos. Uso del tiempo libre (vida social activa o normal, facilidad para relacionarse), dedicación a alguna actividad concreta, que pueda afectar a su seguridad en relación con su enfermedad.

Indagar sobre la frecuencia de viajes, si suelen ser largos y si toma las medidas adecuadas, variación de comidas, horarios etc.

Aspectos psicológicos. Adaptación y/o Relación con su enfermedad. Temores o ansiedades en relación con esta, causas de estos, estados de apatía o depresión, perfil de cumplimiento terapéutico, alteraciones en la función sexual....

Conocimientos previos sobre Diabetes. Ya con la recogida de datos valoramos a priori la educación y conocimientos que el paciente tiene sobre su enfermedad. Aunque será preciso conocer los hábitos no correctos y los errores que tiene sobre la misma (que suelen ser frecuentes), la gran mayoría de pacientes suelen tener unas ideas muy negativas sobre su enfermedad, es conveniente conocerlas para partir de ellas y reconvertirlas.

Grado de independencia para el autocuidado. Capacidad del individuo para autocuidarse, presencia de alguna incapacidad física, capacidad de aprendizaje y de asimilación, nivel cultural, capacidad de movimientos, habilidades prácticas, facilidad para el desplazamiento....En el caso de que se detecte alguna anomalía hay que implicar a algún familiar, y probablemente nos condicione el material educativo a utilizar, así como hacer variar los objetivos de la educación.

Relación con el personal sanitario Las experiencias previas del paciente (positivas o negativas) en relación con el personal sanitario, influirán en el nivel de confianza y en el grado de empatía que se consiga y por tanto condicionaran el proceso educativo

Para valorar estas áreas, utilizaremos la entrevista, el examen físico (que incluya siempre, controles de glucemias, peso, IMC, toma de T.A, pulsos periféricos y oscilometría si procede, exploración de sensibilidad , boca y dientes, estado de pies, piel y mucosas etc.) y la observación.

Una vez concluido el proceso de valoración y planificadas las intervenciones de enfermería, pondremos en marcha *la tercera fase del proceso, que será, la ejecución de las acciones y de la educación* en función de los problemas detectados, con la seguridad que un conocimiento profundo del comportamiento de la persona, nos facilitará la individualización de su educación, la priorización de objetivos y la consecución de resultados.

La *cuarta y última fase* del proceso, con la que a su vez comienza una nueva fase de valoración, será la *evaluación*, sin la cual no será posible medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos y la consecución de los resultados

esperados., que pasan por la implicación y responsabilidad directa en su autocuidado y autocontrol.

De esta manera podemos dividir el rol del técnico en enfermería en esta enfermedad en dos situaciones, en el paciente ambulatorio y en el paciente hospitalizado.

En el caso del paciente hospitalizado el rol principal es:

- Medición de diuresis del paciente.
- Control de la ingesta de líquidos diaria del paciente.
- El rol habitual de medición de signos vitales del paciente.
- Responder a las preguntas básicas que el paciente efectúe respecto de su enfermedad, dentro de lo que su conocimiento le permita, e informar al médico o enfermera aquellas respuestas que no pueda entregar.
- Ayudar en el proceso de comprensión de la enfermedad y de asumir la nueva condición en el caso de enfermos recientemente diagnosticados.
- Instruir al paciente respecto de la correcta administración de la DDAVP, en caso de que tenga indicación médica de este medicamento.

En el caso de pacientes ambulatorios:

- Informar al paciente sobre la enfermedad dentro de lo que su conocimiento le permita.
- Ayudar al paciente a cumplir con sus controles médicos.
- Detectar posibles complicaciones que requieran derivación atención médica urgente.
- Instruir al paciente respecto de la correcta administración de la DDAVP, en caso de que tenga indicación médica de este medicamento

La diabetes es un importante problema sanitario tanto a nivel individual como de salud pública. Supone además entre el 20-30% de las causas de inclusión en programas de diálisis en España.

Para la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat, el Pie Diabético se define como “Alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que, con o sin la existencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie”. Afecta al 15% de los diabéticos, origina frecuentes ingresos hospitalarios y puede terminar con la pérdida de la extremidad

Entre el 40% y el 60% de las amputaciones no traumáticas de la extremidad inferior ocurren en pacientes diabéticos y el 85% de estas amputaciones viene precedido de una úlcera en el pie.

Se ha demostrado que una prevención adecuada de las lesiones en el pie del diabético, así como un correcto tratamiento puede reducir esta tasa de amputación entre un 50 y un 85% y volvemos al mismo sitio que para la prevención del pie diabético, la detección de problemas y su corrección es necesario promover la educación del paciente y el autocuidado.

La familia del diabético.

Debemos reflexionar sobre el apoyo que debe brindar el profesional de enfermería al grupo familiar del paciente diabético en situaciones de crisis

Partiendo de las manifestaciones emitidas por los familiares de los pacientes hospitalizados con Diabetes Mellitus tipo 2, se destaca el papel clave que desempeña el profesional de enfermería como miembro del equipo de salud, específicamente en situaciones imprevistas debidas a la severidad del caso y de la necesidad de una rápida intervención de los profesionales del área de la salud.

En estas situaciones, suele presentarse de manera brusca e independientemente al tiempo de evolución de la enfermedad, complicaciones agudas como la hiperglicemia, la hipoglicemia, cetoacidosis diabética y coma o estado hiperosmolar, que conllevan implícitamente la separación del paciente diabético de su núcleo familiar por el ingreso a los diferentes servicios o unidades donde se le dispensará el cuidado requerido. Para nadie es secreto que esta separación, aunque temporal, produce en los pacientes y familiares un gran temor debido a los cambios o desequilibrios que la enfermedad y las complicaciones genera. De forma inevitable la enfermedad coincide con la manifestación de alteraciones de la respuesta emocional.

De allí, la importancia que tanto la familia como quienes brinden ayuda a la persona diabética se cuiden de no convertirse en rescatadores, actitud que no favorece ni al paciente ni a los integrantes del equipo de salud. En general se rescata cuando se

considera a la persona como víctima impotente frente a su situación, sin darse cuenta de que no sólo cuando alguien está enfermo pierde control sobre su vida, sino que existe un sinnúmero de circunstancias sobre las que la persona no logra un total control. Esta actitud de rescatador puede encubrir sentimientos de miedo, enojo, agresión, entre otras; por parte de quien la manifiesta.

Algunas maneras de rescatar se presentan cuando se decide lo que es conveniente para la persona, en vez de dejar que sea ella misma quien lo plantee; cuando uno cree saber lo que la persona necesita para sentirse mejor y se le ordena qué acción realizar en lugar de darle apoyo y dejar que sea ella quien determine lo que necesita, y cuando se está convencido de saber lo que está bien, se fuerza a la persona para que haga las cosas como se ha decidido que es óptimo.

En consecuencia, es vital que las familias de las personas diabéticas sean flexibles y permitan a sus miembros expresar sus emociones. La flexibilidad tanto en roles como en reglas debe considerarse como el recurso que contribuye a que la familia resista el impacto propio del estrés que ocasiona el padecimiento de una enfermedad crónica como lo es la Diabetes Mellitus. Por su parte cuando la estructura familiar es frágil, el curso de la enfermedad se torna tan estresante, que la familia ya no puede manejarla por si sola. Es en este momento donde la intervención del profesional de enfermería es determinante tanto para brindarle ayuda al paciente diabético como para apoyar a sus familiares.

La intervención de la enfermera no solo es importante por sus conocimientos y habilidades técnicas, sino por el apoyo que ofrece a la familia mitigando su ansiedad.

Sin embargo vale subrayar, que en las unidades de cuidado las enfermeras solemos estar muy ocupadas en los cuidados de carácter primordialmente técnico necesarios para preservar la vida del paciente, más aún si se halla consciente, dado que demanda mayor soporte emocional. Aunado a lo anterior se tiene la desproporción personal de enfermería/pacientes, situación que genera exceso de trabajo, y por ende estrés, lo que hace que omitamos el cuidado del grupo familiar, actividad inherente de nuestro trabajo. Es aquí donde las enfermeras deben reflexionar sobre ese cuidado humanizado que debemos proporcionar a esa familia angustiada.

La ciencia de enfermería debe avanzar tanto en el área científica, como en el área humanista. En efecto, el cuidado humano requiere aparte del conocimiento científico, el desarrollo de valores humanos y espirituales, que les ayude a adaptarse ante todos los posibles cambios que surgirán para mantener la

organización familiar lo más viable y funcional posible. La Diabetes Mellitus, sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad crónica, que precisa tratamiento, que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida. Además de las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia, el tener que sobrellevar las complicaciones macrovasculares y microvasculares, tales como la retinopatía, neuropatía, nefropatía pie del diabético, entre otras, que van surgiendo, y originando discapacidad que sobrecarga aún más el sistema.

En términos generales los pacientes y sus familias aprenden, olvidan y vuelven a aprender muchas de las partes básicas de la diabetes. Por ello, es importante la repetición de la información necesaria, además de la existencia de una relación congruente entre la salud mental del paciente, el tono emocional de la familia y el cuidado entregado por los profesionales de la salud. Específicamente el personal de enfermería debe facilitar información utilizando un lenguaje sencillo durante los momentos de angustia, de acuerdo a la situación y características de cada familia y ofreciéndoles un espacio adecuado en el que puedan verbalizar lo que les preocupa acerca de la situación de salud del paciente.

En las diferentes dinámicas que llevan las familias, todas las medidas para el cuidado y apoyo en un proceso de cronicidad son distintas, por tanto, la familia reconocerá todo ello, según sus creencias y experiencias previas que posea acerca de la enfermedad y el cuidado. De esta manera, pondrá en marcha los recursos con los que cuenta, su cohesión, su capacidad de adaptación y organización. Del mismo modo, buscará en caso de ser necesario apoyo extra familiar para conseguir una correcta homeostasis que le asegure el normal funcionamiento de su sistema familiar. Es la enfermera quien como anteriormente se expuso tiene ese contacto directo con el paciente, así como con su grupo familiar. De allí, la importancia de identificar qué familiares tienen la necesidad de comunicar ideas, angustias que muchas veces no se atreven a hacerlo, bien por las ocupaciones propias de la profesión o por no detenernos a escuchar las necesidades del familiar. Si mostramos a la familia del paciente que estamos dispuestos a escucharles y hacer lo posible para resolver sus dudas, estaremos integrando al grupo familiar. Por tanto, éste deja de sentirse impotente para cuidar al paciente y a sí mismo.

En los cuidados de enfermería la acepción de la persona como un ser libre, nos ayuda a situarle en la posición de protagonista de esos cuidados y no como un mero espectador de las acciones que se realizan para él. La libertad del otro se acompaña de forma natural del concepto de la propia libertad y de la capacidad real de decisión personal, que en términos profesionales, conduce al desarrollo del concepto de autonomía en algunos campos de los cuidados. En definitiva el

conocimiento que posea el profesional de enfermería sobre el cuidado del paciente diabético y su familia, influye enormemente en la relación que se da entre paciente, familia y enfermera. Además, facilita a la familia convertirse en una auténtica unidad de cuidados que facilitará el control integral y no solo metabólico de la persona diabética. Por otra parte, le permitirá proteger al grupo familiar de situaciones disfuncionales propias de la enfermedad o derivadas de las complicaciones.

Finalmente, en nuestro contexto la práctica enfermera es algo más que un concepto lineal y estático. Supone una forma de hacer, un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo. Una forma ingeniosa, creativa y estética de cuidar. Hacía hincapié en que la enfermera como verdadera artista era esencial para el progreso de la enfermería hacia algo más que un oficio altamente cualificado. Esta autora comprendió que muchas personas veían el arte y la técnica como una entidad única, pero siempre explicaba que un trabajo podía ser técnicamente perfecto y, sin embargo, carecer de arte. La técnica, el alma, la mente y la imaginación eran esenciales para la formación del verdadero artista

“La verdadera esencia de la enfermería, como cualquiera de las bellas artes, no reside en los detalles mecánicos de la ejecución, ni siquiera en la destreza del ejecutor, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que subyacen a estas técnicas y habilidades. Sin ellos, la enfermería puede convertirse en un oficio de gran destreza, pero no puede ser una profesión ni una de las bellas artes. Todos los rituales y ceremonias que nuestro culto moderno a la eficiencia pueden imaginar, y todo nuestro elaborado equipo científico, no nos salvará si los elementos intelectuales y espirituales de nuestro arte quedan subordinados a lo mecánico y si los medios llegan a considerarse más importantes que la finalidad”.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo: en el área cuantitativa será descriptivo porque muestra la realidad de la enfermedad de cada uno de los pacientes, en relación a las variables planteadas.

UNIVERSO Y MUESTRA

La muestra coincide con el universo debido a que se estudiará la totalidad de los pacientes que ingresan al servicio; con patología diabética, durante el año 2010, sumando una totalidad de 30 pacientes.

ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de Clínica Médica, del Hospital Malargüe, ubicado en el departamento de Malargüe a 480 Km., de la ciudad de Mendoza.

HOSPITAL MALARGÜE

El hospital de Malargüe se encuentra ubicado en el Departamento de Malargüe, al sur de la Provincia de Mendoza, a 480 km. de distancia.

Ubicado entre las calles Esquivel Aldao y Roca sin número.

El Hospital es el receptor de los pacientes que son derivados de los distintos centros de salud o postas sanitarias del departamento.

Las prestaciones que brinda el hospital son las siguientes:

- Atención de urgencias en guardia;
- Atención de internados en los servicios de Maternidad, Pediatría, Clínica Médica, Cirugía y Traumatología.

El promedio de pacientes que se atienden por guardia diariamente es de 125, brindando atención de enfermería en turnos rotativos de 8 hs. durante las 24 hs, los 365 días del año.

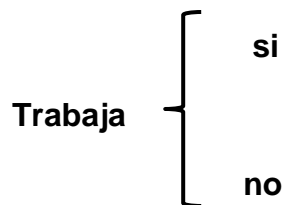
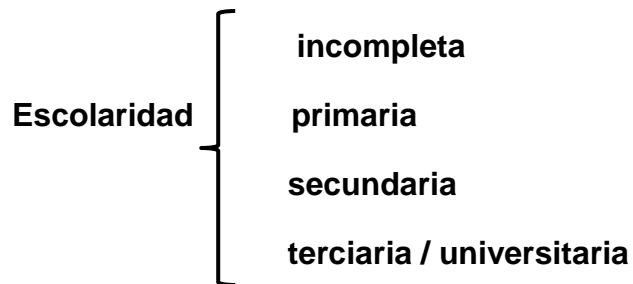
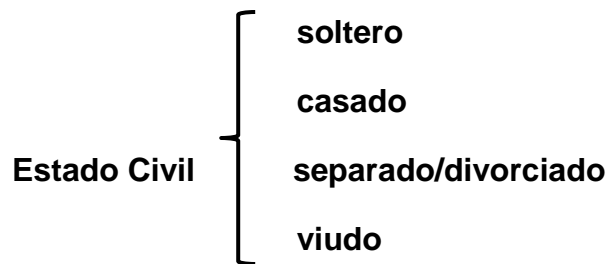
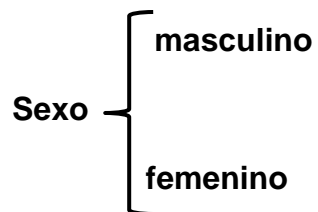
El servicio de internación cuenta con un total de 60 camas, también atendidos por el personal de enfermería en turnos rotativos, con dos enfermeros por turno y por servicio que atienden la totalidad de las camas y el servicio de Guardia; en los cuales los enfermeros profesionales alcanzan al 92,17% y los auxiliares de enfermería el 7,83%.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I o II, que se atendieron en el hospital Malargüe durante el año 2010.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Edad



Ingresos {
 menos de \$300
 entre \$300 y \$1000
 más de \$1000

Edad de comienzo de la Diabetes

Tipo de diabetes {
 tipo I
 tipo II
 gestacional

Obra Social {
 si
 No

Plan especial {
 si
 no

Tratamiento {
 dieta
 hipoglucemiantes
 insulina

Consultas médicas {
semanal
mensual
anual
cuando es necesario

Frecuencia de internaciones en el año

Educación sanitaria {
si
no

Apoyo familiar {
si
no

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Procedimiento administrativo

Se pedirá autorización a las jefas del servicio de Clínica Médica, para realizar la medición en la institución a las unidades de análisis.

Técnica, Instrumento y fuentes de recolección

Se administró una encuesta anónima a los pacientes diabéticos internados durante el año 2010 a través de un cuestionario con preguntas dicotómicas cerradas y semi-cerradas.

Se obtuvo la información a través de los propios pacientes diabéticos internados como fuente primaria de datos.

Se codificó la información dándole a cada respuesta del cuestionario un valor numérico para luego ordenar la información en la tabla matriz de datos.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

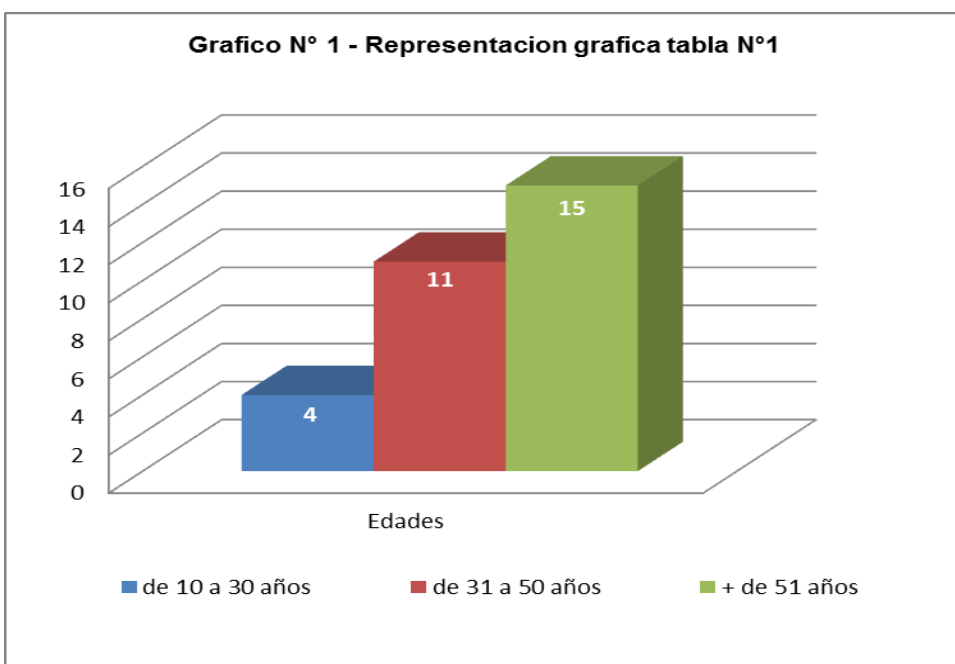
Una vez obtenidos los datos, la información se presentó en tablas de frecuencias absolutas y relativas con porcentajes y gráficos de barra y tortas.

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1: Distribución de la muestra según Edad.

Rango de EDAD	fa	Fr%
10 a 30 años	4	13,3%
31 a 50 años	11	36,7%
Más de 51 años	15	50%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

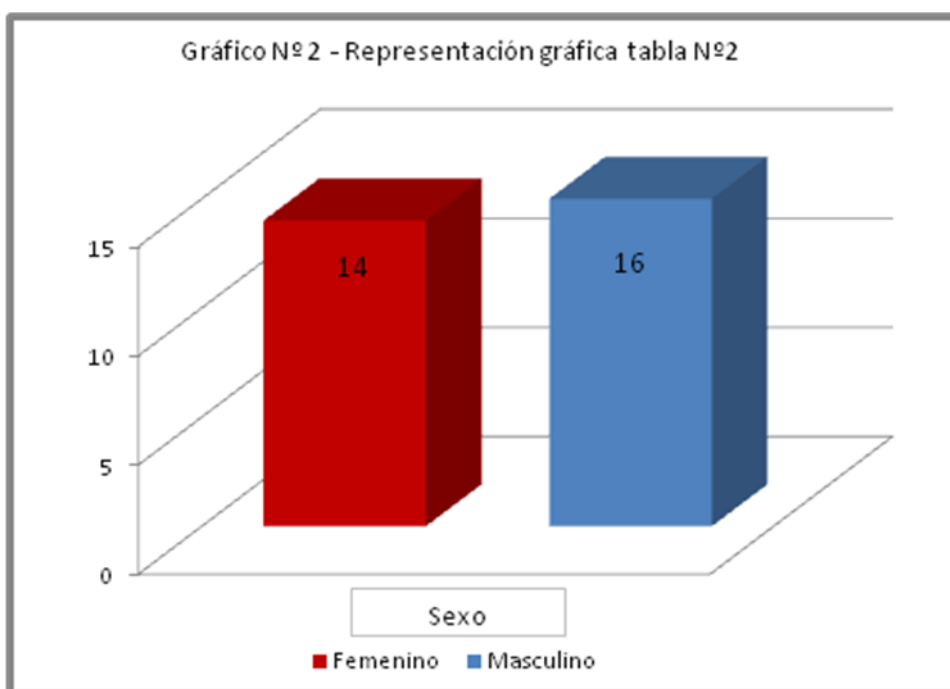


Comentario: en el gráfico que precede notamos que la franja con mayor incidencia de diabetes es entre personas mayores de 50 años, las de menor población es entre 10 y 30 años, y el resto ocupa la población de 31 a 50 años.

TABLA N° 2: Distribución de la muestra según Sexo.

SEXO	fa	Fr%
Masculino	16	53,3%
Femenino	14	46,7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

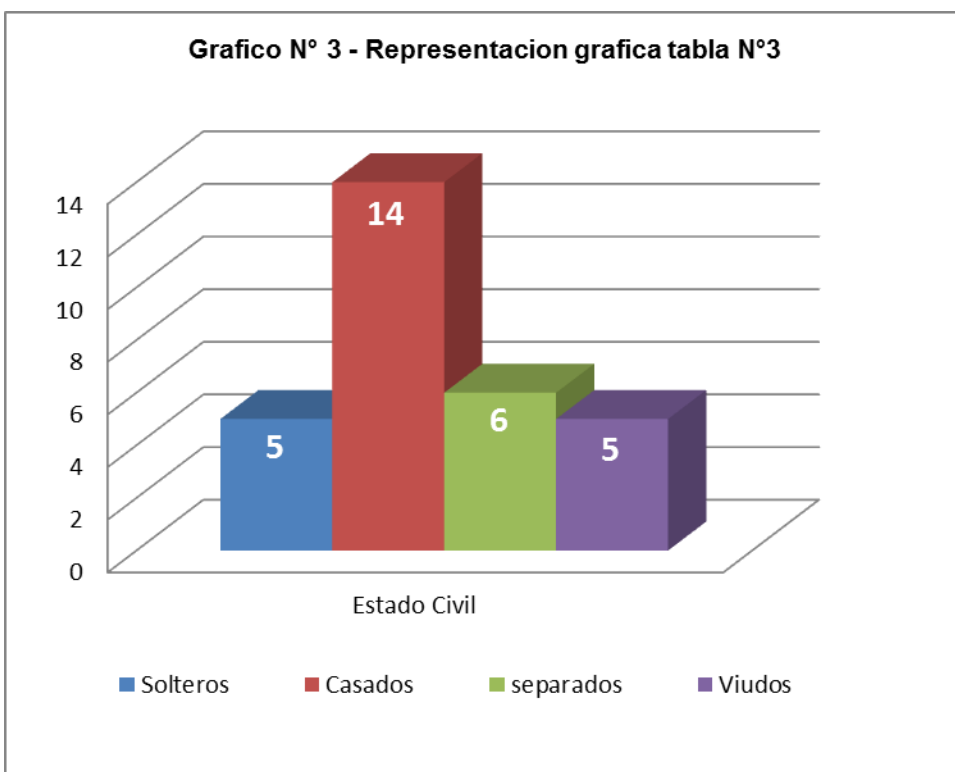


Comentario: la población con diabetes mellitus que predomina es la masculina (53.3 %), mientras que la femenina ocupa el 46.7 %, no obstante la diferencia no es significativa.

TABLA N° 3: Distribución de la muestra según Estado Civil.

ESTADO CIVIL	fa	fr%
Soltero	5	16,7%
Casado	14	46,7%
Divorciado/Separado	6	20%
Viudo	5	16,7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

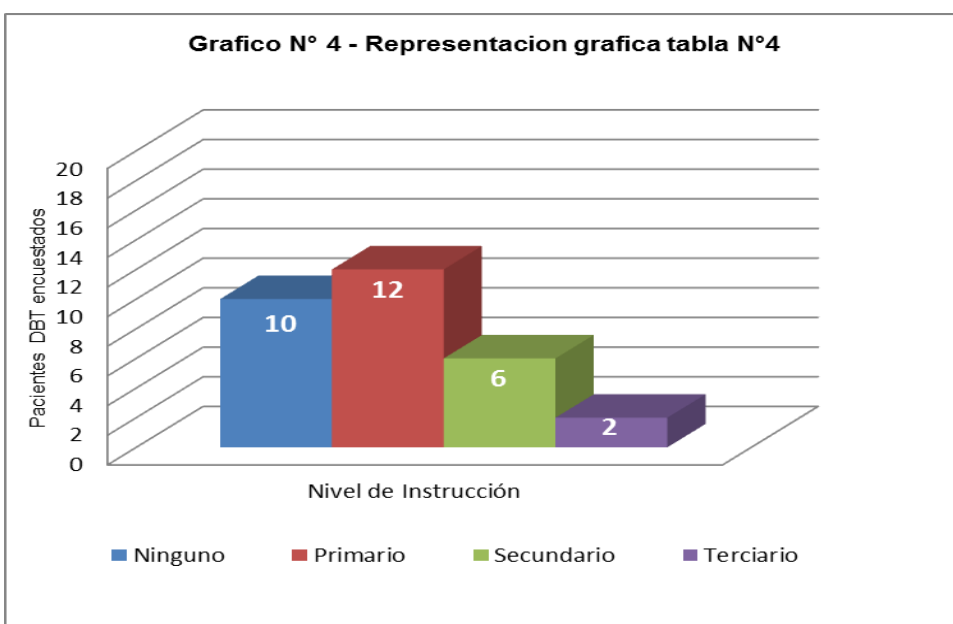


Comentario: nótese que el estado civil predominante es el casado 46.7 %, segundo los divorciados/separados 20 %, y el resto lo ocupan los solteros y viudos con el 16.7 %

TABLA N° 4: Distribución de la muestra según nivel instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	fa	fr%
Primario	12	40%
Primario incompleto	10	33,3%
Secundario	6	20%
Superior	2	6,7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

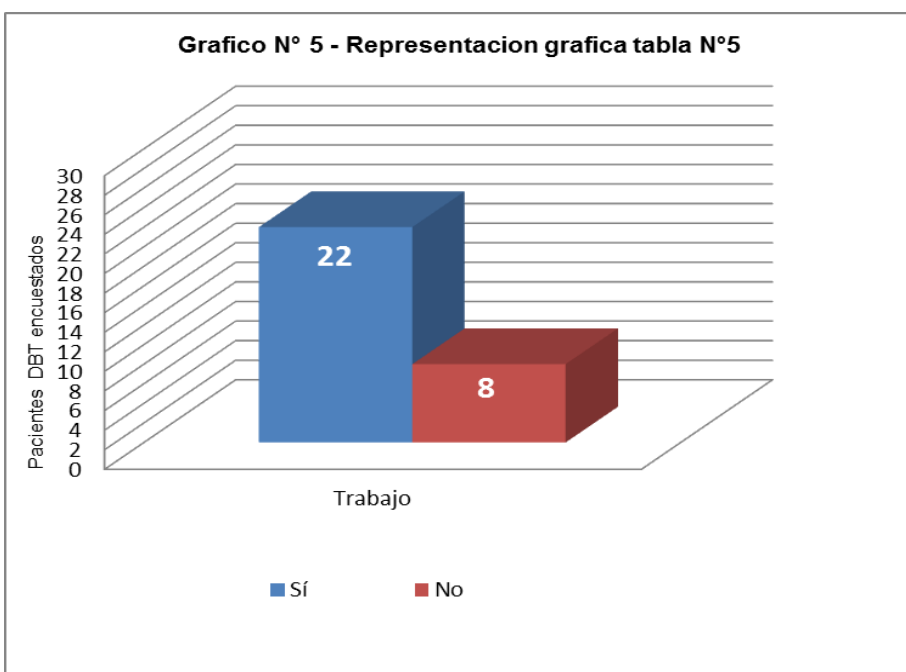


Comentario: la mayoría de la población estudiada posee un nivel de instrucción primario (40 %) seguido de aquellas personas que han obtenido un nivel secundario o aquellos sin nivel de instrucción y en menor medida los que han obtenido un título de nivel superior.

TABLA N° 5: Distribución de la muestra según si trabaja.

TRABAJO	fa	fr%
SI	22	73,3%
NO	8	26,7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

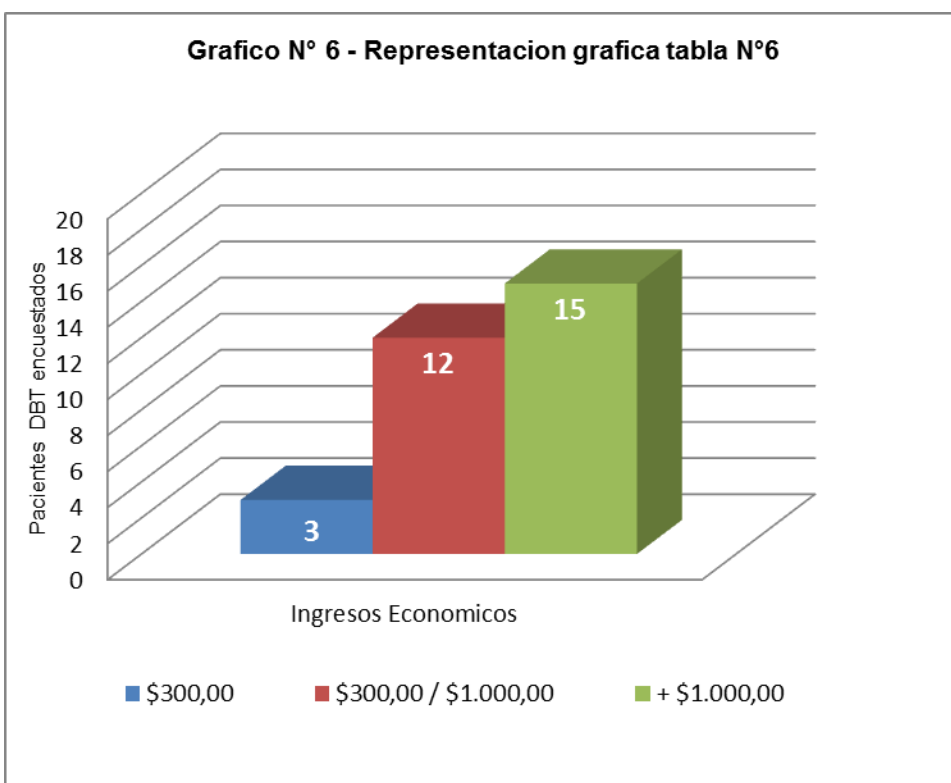


Comentario: la mayoría de los pacientes encuestados (73.3%) trabaja, y el resto no tiene actividad laboral (26,7%)

TABLA N° 6: Distribución de la muestra según ingresos económicos.

INGRESOS ECONÓMICOS	fa	fr%
<de \$300	3	10%
\$300-\$1000	12	40%
>de \$1000	15	50%
TOTALES	30	100%

Fuente: datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe durante 2010.

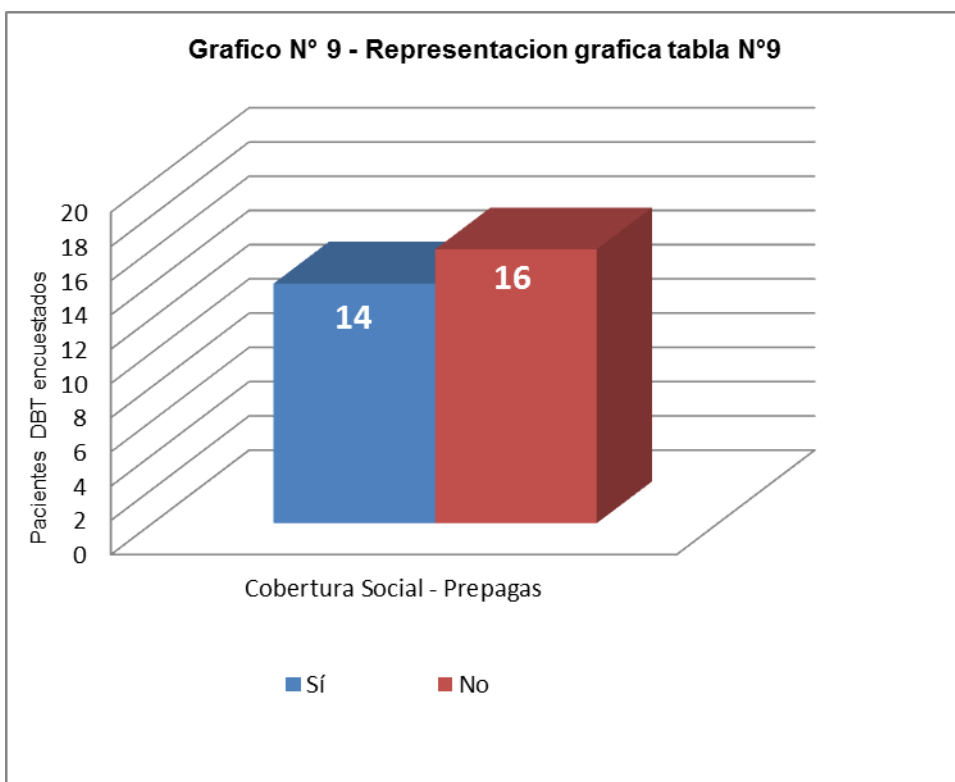


Comentario: la población diabética que ocupa la mayoría posee ingresos superiores a los \$1000 con el 50%, mientras que el resto ocupa el 40% con ingresos entre \$300 y \$1000 y en menor porcentaje 10% personas con ingresos que llegan a los \$300.

TABLA Nº 9: Distribución de la muestra según cobertura de salud.

Cobertura de OBRA SOCIAL	fa	fr%
SI	14	46,6%
NO	16	53,3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

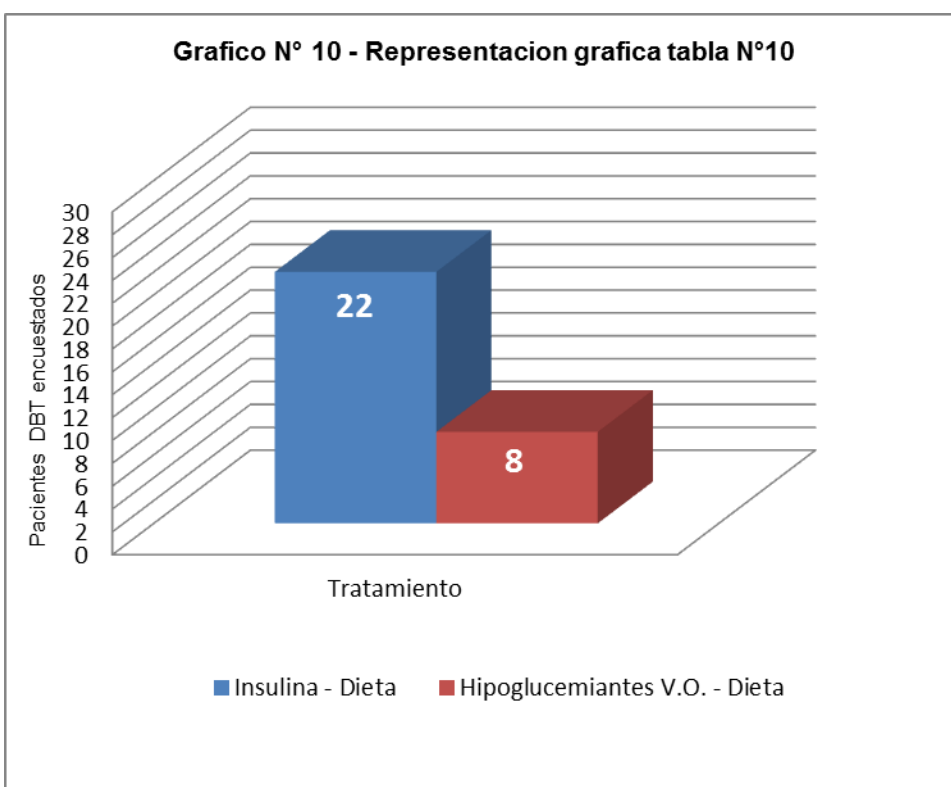


Comentario: como puede verse la población encuestada en su mayoría no posee obra social (53.3 %) mientras el resto (46.6 %) goza de cobertura social, no obstante no existe una diferencia importante.

TABLA Nº 10: Distribución de la muestra según tipo de tratamiento.

TIPO DE TRATAMIENTO	Fa	fr%
DIETA/HIPOGLUCEMIANTES	8	26,7%%
DIETA/INSULINA	22	73,3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

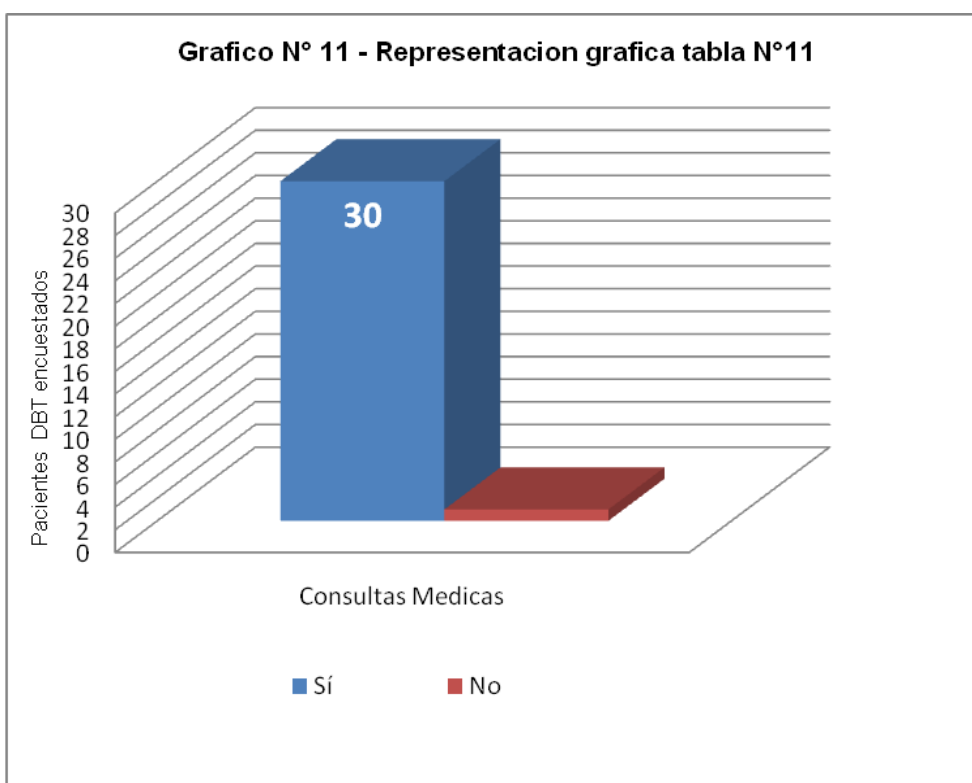


Comentario: el 73.3 % representa a diabéticos que tratan su enfermedad con insulina y dieta, mientras el 26.7 % restante lo hace con la dieta e hipoglucemiantes orales.

TABLA N° 11: Distribución de la muestra según consultas médicas.

CONSULTAS MÉDICAS	fa	fr%
SI	30	100%
NO	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

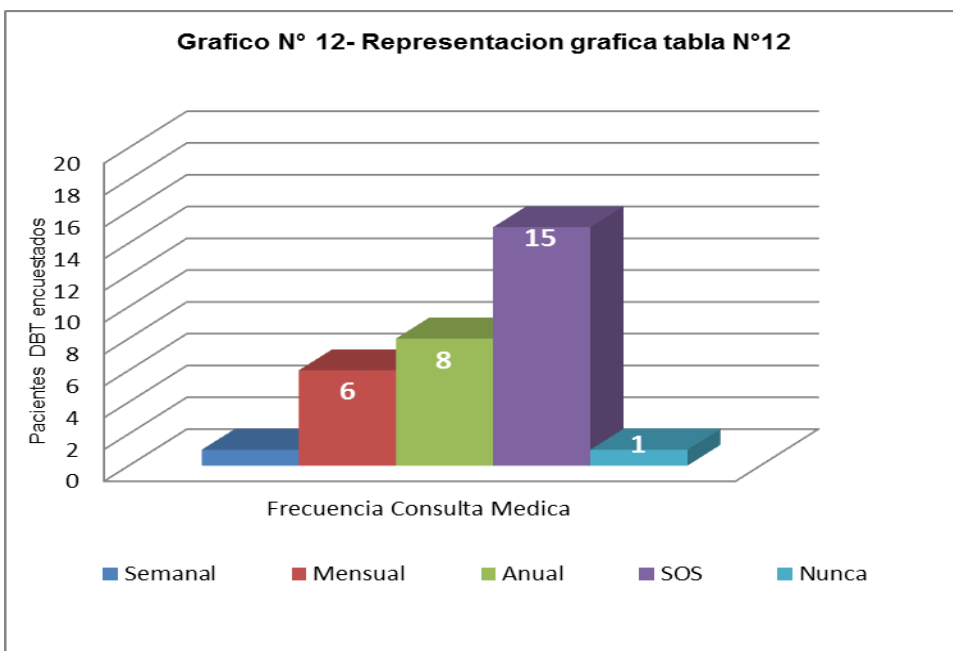


Comentario: se aprecia que la totalidad de los encuestados concurren a consulta médica.

TABLA N° 12: Distribución de la muestra según frecuencia de consultas médicas.

Frecuencia de CONSULTAS MÉDICAS	fa	fr%
NUNCA	1	3,3%
SEMANAL	0	0
MENSUAL	6	20%
ANUAL	8	26,7%
CADA VEZ QUE ES NECESARIO	15	50%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

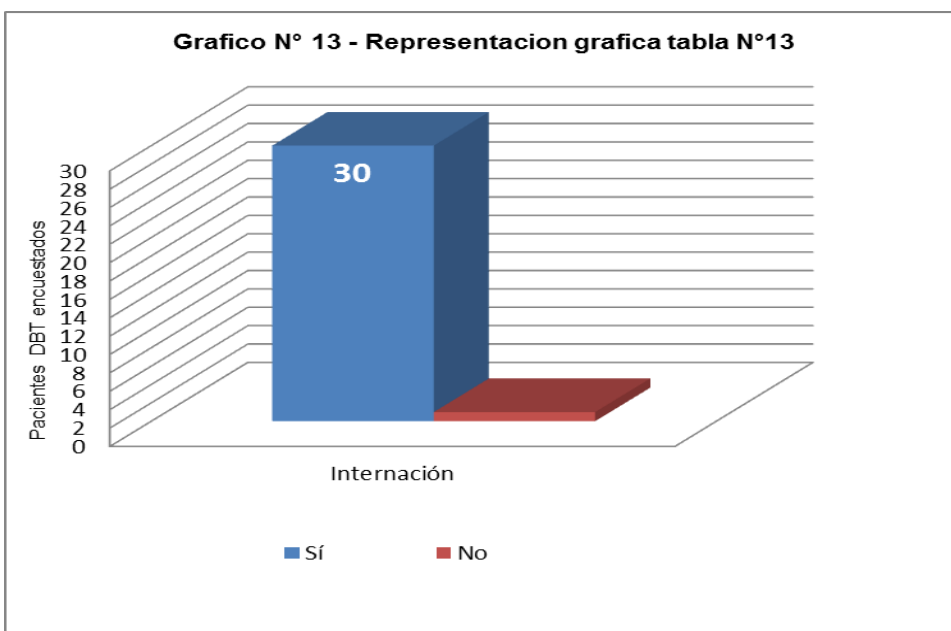


Comentario: los encuestados en su mayoría concurren a consulta médica cuando es necesario (50 %), el resto lo realiza anualmente (26.7 %), mensual el (20%), mientras el (3.3%) no realiza consultas médicas.

TABLA N° 13: Distribución de muestra según internaciones anteriores.

INTERNACIONES ANTERIORES	fa	fr%
SI	30	100%
NO	0	0
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

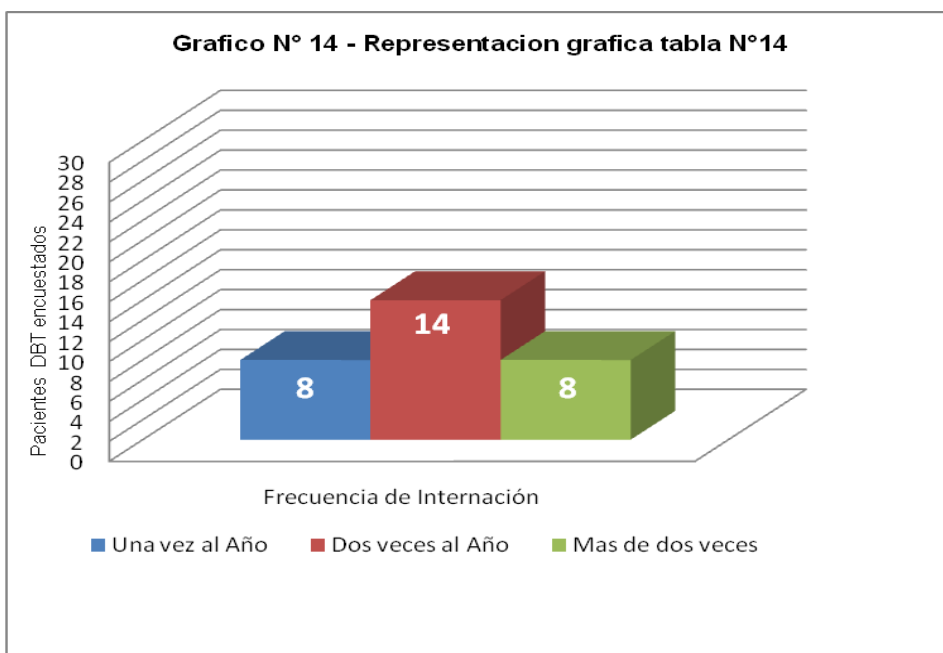


Comentario: el 100 % de los encuestados de la muestra han requerido internación en el último año.

TABLA N° 14: Distribución de la muestra según frecuencia de internación.

Frecuencia de INTERNACIÓN	fa	fr%
1 vez al año	8	26,7%
2 veces al año	14	46,7%
3 veces y más al año	8	26,7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

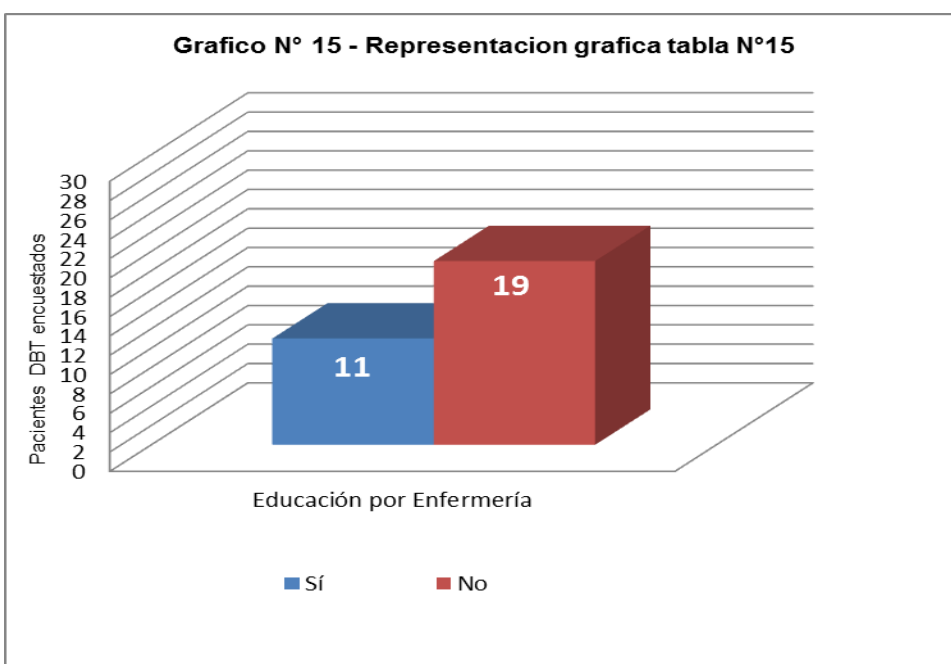


Comentario: el 46.7 % de los DBT encuestados han requerido internación al menos dos veces al año, mientras que en el resto se encuentran aquellos pacientes que lo han necesitado entre una vez al año y más de dos veces al año.

TABLA N° 15: Distribución de la muestra según educación recibida de enfermería.

Educación recibida por Enfermería	fa	fr%
SI	11	36,7%
NO	19	63,3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.

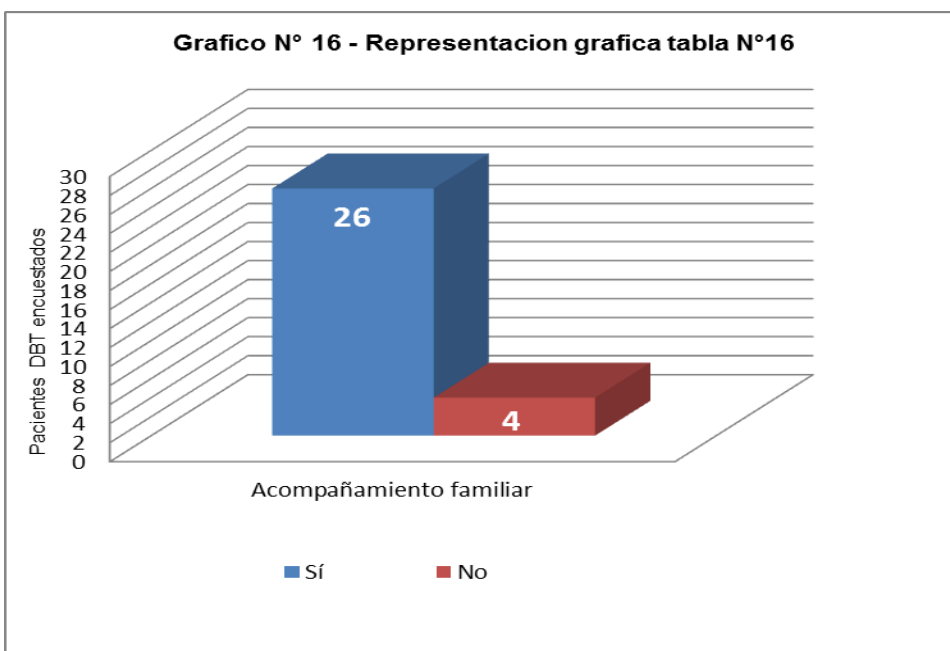


Comentario: como puede verse el 63.3 %de las personas de la muestra refieren no haber recibido educación por parte de enfermería, mientras el 36.7 % afirman que si recibieron educación del personal de enfermería.

TABLA Nº 16: Distribución de la muestra según si reciben apoyo de la familia.

APOYO FAMILIAR	Fa	fr%
SI	26	86,7%
NO	4	13,3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Datos recabados por la autora, mediante encuesta, en el hospital de Malargüe, durante 2010.



Comentario: como puede verse el 86.7% de los pacientes encuestados recibe apoyo de su familia y el 23.3% no obtiene apoyo familiar en su tratamiento y cuidado.

TABLA DE DOBLE ENTRADA Nº1:

CONSULTA MÉDICA	NUNCA	SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	S.O.S
NIVEL INSTRUCCIÓN					
PRIMARIO	1	—	—	6	7
SECUNDARIO	—	—	3	1	2
TERCIARIO	—	—	—	—	2
NINGUNO	—	2	3	1	2

Comentario tabla Nº 1: en la que puede notarse la relación entre el nivel de instrucción y los controles médicos realizados por los pacientes: en la que los pacientes con nivel de instrucción primaria realizan sus visitas médicas en su mayoría anualmente y cuando es necesario mientras una minoría no asiste a los controles médicos.

Los pacientes que poseen un nivel de instrucción más avanzado: secundario, terciario o aquellos que no poseen estudios lo hacen en su generalmente una vez al mes.

TABLA DE DOBLE ENTRADA Nº2:

CONSULTA MÉDICA	NUNCA	SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	S.O.S
APOYO DE LA FAMILIA					
SI	1	2	6	7	10
NO	—	—	—	1	3

Comentario tabla N° 2: en esta tabla la relación se realizó entre las consultas médicas y el apoyo familiar. La cual indica que los pacientes que cuentan con apoyo familiar solo necesitan realizar consulta médica en su mayoría cuando es necesario, lo presiden aquellos que mensualmente; y los pacientes que no cuentan con apoyo familiar también necesitan control médico cuando es necesario pero es una minoría necesitan realizar sus consultas anual o mensualmente; y los pacientes que no cuentan con apoyo familiar también necesitan control médico cuando es necesario pero es una minoría.

TABLA DE DOBLE ENTRADA N°3:

INGRESOS ECONÓMICOS	300 \$	ENTRE 300 Y 1000\$	MAS DE 1000\$
FRECUENCIA DE INTERNACIÓN			
1 VEZ AL AÑO	1	3	4
2 VECES AL AÑO	2	6	6
MAS DE 2 VECES AL AÑO	—	3	5

Comentario tabla N° 3: se representó en esta tabla la relación ente los ingresos económicos y la frecuencia de internación. Puede verse como la mayoría de los pacientes que han requerido internación más de una vez al año poseen un ingreso económico entre 300\$ y 1000\$ y mas, conforman la mayoría de la muestra.

Mientras que aquellos pacientes con ingresos de 300\$ han requerido internación una vez al año siendo la menor la cantidad de pacientes.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

RESULTADOS

Luego del análisis de los datos, podemos decir que:

La franja etarea con mayor incidencia de diabetes es entre personas mayores de 50 años, las de menor población es entre 10 y 30 años, y el resto ocupa la población de 31 a 50 años.

No obstante la mitad de la muestra tuvo su inicio en la franja de 31 a 50 años.

Predomina la población masculina sobre la femenina, no obstante la diferencia no es significativa.

El estado civil predominante es el casado, segundo los divorciados/separados, y el resto lo ocupan los solteros y viudos.

La mayoría de la población estudiada posee un nivel de instrucción primario, tiene un trabajo estable y posee un ingreso superior a los \$1000.

La diferencia entre los que tienen obra social y los que no, no es significativa.

La mayoría de los pacientes estudiados tratan su enfermedad con dieta más insulino terapia.

La totalidad de la muestra concurre en mayor o menor medida a la consulta médica, con una amplia mayoría que lo hace las veces que es necesario, y ha requerido internación en el último año.

La mayoría de los pacientes encuestados refieren no haber recibido algún tipo de educación por parte de enfermería en su concurrencia al hospital, pero a la vez informan el apoyo incondicional de su grupo familiar para el tratamiento y los cuidados.

DISCUSIÓN

La diabetes es un ejemplo de patología en el cual podemos demostrar que los cuidados de enfermería en la educación sanitaria son y la relación de ayuda, permiten al individuo afectado vivir su vida con autonomía y calidad.

Diferentes variables se han utilizado para evidenciar el problema planteado en esta tesis como: edad, situación laboral, educación por parte de enfermería, apoyo familiar, consultas médicas y además no debemos olvidar mencionar que el Hospital Malargüe, cuenta con infraestructura, régimen laboral, recursos humanos e influencias que favorecen el desarrollo de planes y tratamiento de pacientes diabéticos que requieren atención en dicho nosocomio.

No siempre se tiene una idea definida del papel profesional que deberíamos asumir. La profesión a la que pertenecemos pide a las personas que la ejercen, una actitud especial de sensibilidad y respeto.

Las diferentes situaciones por las que atraviesa el paciente DBT en su núcleo familiar provoca una modificación en sus actividades, actitudes, ritmo de vida, situación laboral-económica y relaciones familiares. Etc.. Provocando en el paciente y familia un gran temor por los cambios o desequilibrios que la enfermedad y complicaciones genera. De aquí se desprende la importancia del papel que debe cumplir enfermería en cuanto al tratamiento de la enfermedad, basado en la educación del paciente y de su familia.

En las encuestas realizadas pudo notarse como la educación por parte de enfermería no cumple con el desempeño específico que debería cumplir por ser un integrante esencial en el equipo de salud, ya que el 63.3% de los pacientes manifestó no recibir educación de enfermería, siendo que es el personal que permanece mayor tiempo con el paciente las 24 horas del día los 365 días del año.

Sin embargo, destacaron la importancia y satisfacción en la colaboración de su familia a la hora de tratar y sobrellevar la enfermedad; siendo este un motivo por el cual los pacientes diabéticos abandonan su tratamiento, como así también el no poseer una obra social que brinde con tensión, asistencia nutricional y los materiales necesarios para control, ejemplo: glucómetro, insulina, cintas reactivas, etc., pero si cuentan con la cobertura del hospital público, en el cual han requerido de reiteradas internaciones, estas dependiendo notoriamente del control e importancia dada a las consultas médicas, en las que solo el 20% ha asistido al menos una vez al mes.

PROPUESTA

Como la diabetes es una patología que afecta a millones de personas, es que decidí hacer hincapié en este tema, ya que formo parte del equipo de salud. La enfermería por lo tanto se consolida como el personal que mayor tiempo pasa en compañía del paciente, pudiendo así conocer sus miedos, debilidades, que saben y que no acerca de la enfermedad.

Por estos motivos es que recomiendo:

- Realización de reuniones con el equipo de enfermería del Servicio de Clínica Médica del Hospital Malargüe, con el fin de consensuar protocolos de enfermería, no solamente en la admisión y atención del paciente diabético, sino de su educación y adiestramiento en el manejo de la enfermedad.
- Formación de reuniones o gabinetes sobre diabetes a cargo del personal de enfermería capacitado en el tema y la ayuda de un médico especialista en diabetes, brindado para los pacientes que deseen y necesiten ayuda para sobrellevar la enfermedad;
- Educación del paciente y la familia, por parte de enfermería, en cuanto a tratamiento, cuidados generales, consultas médicas, consecuencias y complicaciones de la enfermedad.
- Formación de gabinete psicológico para aquellos pacientes que no aceptan su enfermedad.

Con la instauración de estas acciones, y con el trabajo conjunto entre equipo de salud, paciente y familia, es posible controlar esta enfermedad crónica, disminuyendo así las posibles complicaciones y consecuencias de esta patología tan común últimamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdelah F.G. Patient-centered approaches to nursing. New Cork: Macmillan; 1960. Citado por: Marriner A, Raily M. Modelos y teorías de Enfermería. 3 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1997. p. 116-131
- Arenas Nelly. El cuidado como manifestación de la condición humana Rev Salus. 2006 10; 1:14-17
- Arroyo, Magdalida, Bonilla, Martha y Trejo, Luís. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2005; 38(2): Abr.- Jun: 63-68
- Collière M.F. Promover la vida. Inter Editions. Paris 1983
- Consenso Nacional de Diabetes Mellitus tipo 2, Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo Venezuela 2003, pp84-128
- Declaración de Saint Vincent. Italia 1989
- Evelin Adam. Hacía donde va la Enfermería Editorial Interamericana 1982
- Gloria S. Cheeseman, RN y otros. Manual de Educación sanitaria del paciente. E. Hernández C Alfredo Diabetes Mellitus DISINLIMED, C:A. Hospital Universitario de Caracas 1999 p16.
- Jorge Hernán Márquez Gutiérrez.Licenciado en Enfermería. Magíster en Enfermería Cuidado integral al Adulto Críticamente Enfermo. Doctorando en Enfermería, Área de Concentración Salud y Cuidado Humano (UC). .Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo (UC). Venezuela.
- King Imogene Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior; 1971. Citado por: Marriner A, Raily M. Modelos y teorías de Enfermería. 3 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1997. p. 305-322.
- Leslie d. Atkinson, Mary Ellen Murray. Proceso de Atención de Enfermería. Editorial El manual moderno. Mexico 1982
- Lopez R.M. ,Maymó N, Espluga M.A Enfermería Comunitaria III. Serie Manuales de Enfermería. Editorial Masson Salvat. Barcelona 1993
- Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Ediciones Rol S.A Barcelona 1989

- Mónica Moreno, Sandra Muñoz Experiencia de recibir cuidado de Enfermería Humanizado en un servicio de hospitalización; El Arte y la Ciencia del Cuidado, Grupo Cuidado Universidad Nacional de Colombia 2002, p 206-215
- Mora Temprano M.A Urruela Rodríguez V. Redefinir el Rol de Enfermería. Rev Rol, nº 129. Mayo 1989.
- Mundet Tudurí/ Espluga Capdevila . Educación Individual. Manual de Educación Sanitaria para equipos de Atención Primaria Novo- Nordisk S.A 1995
- Natividad Pinto Afanador, Cuidador Familiar del Paciente con Enfermedad Crónica; El Arte y la Ciencia del Cuidado, Grupo Cuidado Universidad Nacional de Colombia 2002, p 247-252.
- Oller J. Vivir es autorealizarse . Editorial Kairos. Barcelona 1988.
- Universidad de Carabobo. Facultad de ciencias de la salud. Dirección de estudios avanzados de postgrado. Doctorado en enfermería. Barquisimeto. Venezuela.
- Stewart, Isabel Maitland. La Educación en Enfermería: Fundamentos Históricos y Tendencias Modernas. 1ª ed. New York: Garland, 1984. p 150-399.

ANEXOS.

CUESTIONARIO:

Este cuestionario ha sido diseñado para realizar un trabajo de investigación correspondiente a la tesis de la licenciatura en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Cuyo. Es anónimo.

¡¡¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!

1- Edad

2- Sexo Masculino
 Femenino

3- Estado civil Casado
 Soltero
 Separado
 Viudo

4- ¿Qué grado de escolaridad posee? Primario
 Secundario
 Terciario
 Ninguno

5- Trabaja Si
 No

6-¿Qué ingresos económicos percibe? Menos de \$300
 Entre \$300 y 1000
 Más de \$1000

7- ¿Es diabético? Si
 No

8-¿A que edad comenzó con su diabetes?

9- ¿Qué tipo de diabetes padece? DBT tipo I
 DBT tipo II o insulino dependiente
 gestacional

10- ¿Tiene obra social? Si
 No

(en caso de que su respuesta sea afirmativa)

11- ¿Su obra social le brinda un plan especial para tratar la enfermedad? Si
No
Cual

12- Si no tiene obra social:

¿el hospital público le brinda atención y tratamiento? si
no

13-¿Con qué medicación trata su diabetes? Insulina
Hipoglucemiantes vía oral
Dieta

14-¿Concurre a consultas médicas? Si
No

15- ¿Con qué frecuencia? Semanal
Mensual
Anual
Cuando es necesario
Nunca

16- ¿Ha sido internado? Si
No

17- ¿Con qué frecuencia?

18- ¿Cuándo estuvo internado recibió educación por parte del personal de
Enfermería? Si
No

19- Su familia ¿colabora con su cuidado y tratamiento? Si
No