



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/204.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **La educación diabetológica y su influencia en el paciente diabético**

Autores Elisabet Fernández López, Alicia Rodríguez Rivera, Ismael Fernández Correa

Centro/institución Dispositivo de Apoyo Jaén, Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Ciudad/país Jaén, España

Dirección e-mail jcastrogarcia_77@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta tanto a niños como adultos, alterando la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores. El aumento del número de casos de diabéticos tipo 2 y su elevado coste sanitario se convierte en todo un problema de Salud Pública. El objetivo de este estudio fue explorar las vivencias de diabéticos tipo 2 con mal control glucémico e identificar como influyó la intervención enfermera en el autocuidado.

Metodología: Para resolver este objetivo se llevó a cabo una investigación cualitativa descriptiva con un enfoque fenomenológico en el que participaron 4 hombres y 4 mujeres con diabetes tipo 2 en los que fracasó el cambio de modificación de conductas con hábitos higiénico-dietéticos, precisando posteriormente de tratamiento farmacológico. Los pacientes fueron entrevistados tras recibir 6 sesiones de educación diabetológica individual por parte de diferentes enfermeros en el intervalo de 2 meses.

Resultados: Se diferencian 5 áreas temáticas en cuanto a su experiencia de autocuidados tras el apoyo educativo recibido por enfermería: vivencias y conocimiento de la diabetes, la inseguridad, la adquisición de habilidades, las barreras en sus autocuidados y la relación enfermero-paciente.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento farmacológico y la capacidad de autocuidados en pacientes diabéticos tipo 2, dependerá no sólo de factores socioeconómicos, si no de la capacidad del profesional de enfermería para hacer partícipes a éstos de su enfermedad.

Palabras clave: Investigación cualitativa/ Diabetes Mellitus/ Educación en Salud.

ABSTRACT

Introduction: The diabetes mellitus is a chronic disease that affects so much children as adults, altering the quality of life of patients and their caregivers. The increased number of cases of type 2 diabetics and high health costs becomes a problem of Public Health. The aim of this study was to explore the experiences of type 2 diabetics with bad glycemic control and identify as influenced nurse intervention in the self-care.

Methodology: To meet this objective was conducted a descriptive qualitative study with a phenomenological approach in which participated that 4 men and 4 women informed with diabetes type 2 in that they failed the change of modification of conducts with hygienic-dietetic habits, being necessary later pharmacological treatment. Patients were interviewed after receiving six sessions of individual diabetes education by different nurses in the range of two months.

Results: 5 thematic areas in terms of self-care experience were different after the educational support received by nursing: experiences and knowledge of the diabetes, the insecurity, the acquisition of abilities, the barriers in its self medications and the relation nurse-patient.

Conclusions: The adherence to the pharmacological treatment and the capacity of self medications in diabetics type 2, will depend not only on socioeconomic factors, if not of the capacity of the infirmary professional to do contributor to these of its disease.

Key-words: Qualitative investigation/ Diabetes Mellitus/ Health Education.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La diabetes mellitus se ha convertido en todo un problema de Salud Pública. La prevalencia de diabetes en España va cada año en aumento debido al envejecimiento de la población y a la obesidad por la adopción de estilos de vida no saludables como el consumo de alimentos hipercalóricos y el sedentarismo (1). Según el estudio Di@bet.es publicado en 2011, la prevalencia en España de diabetes mellitus tipo 2 es de un 13.8% (2). La diabetes tipo 2 aumenta su prevalencia en las personas mayores de 55 años, pudiendo coincidir este aumento con el seguimiento con carácter preventivo en el ámbito de Atención Primaria a partir de los 45 años (3).

La educación terapéutica constituye, pues, la base fundamental para el manejo de la diabetes. Las nuevas estrategias se dirigen al cambio de conducta y al fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas por parte del individuo. La promoción de la salud, desde la intervención educativa, se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoran la calidad de vida (4).

Según un estudio realizado en España en 2015 sobre las necesidades no cubiertas de personas con diabetes mellitus, los tipo 1 demandan mayor apoyo psicológico y el tipo 2, instrucciones para prevenir problemas futuros y mayor información sobre cambios de hábitos en la alimentación. Los pacientes en tratamiento con insulina reclaman una ayuda económica por el gasto en medicación y tiras del glucómetro, ya que según la edad, la subvención es mayor o menor (5). Más del 60% de los pacientes con diabetes no cumplen los objetivos de control por falta de percepción de gravedad de la enfermedad y la poca importancia que le dan a la educación diabetológica (6). Los efectos del aprendizaje desaparecen, por lo que el porcentaje de diabéticos con un buen

control metabólico es pequeño (7). Los diabéticos precisan educación terapéutica de forma continua para evitar controversia entre los conocimientos y lo que hacen.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo de carácter cualitativo que pretende conocer las vivencias de los participantes ante las dificultades que encontraron durante la educación diabetológica. La muestra estuvo compuesta por diabéticos tipo 2 pertenecientes al Centro de Salud de la Magdalena de Jaén, que recibieron previamente educación terapéutica para el control de las glucemias elevadas con consejo higiénico- dietético. Los participantes, tras continuar con valores de hemoglobina glicosilada por encima de 7.5% y tras el fracaso de estas medidas, no consiguiendo la implicación de éstos en sus autocuidados, precisaron de tratamiento farmacológico en función de sus características individuales con antidiabéticos orales y/o insulina.

Su captación se realizó desde la consulta de enfermería. Fueron pacientes derivados por sus médicos de cabecera, para recibir educación diabetológica de supervivencia. Transcurridos 2 meses y tras recibir 6 sesiones de educación diabetológica individual por diferentes profesionales de enfermería se les informó de la intención de realizar un estudio para valorar las causas que obligaron al tratamiento de su diabetes mellitus con tratamiento farmacológico y a las dificultades que se encontraron durante la educación diabetológica de supervivencia.

Las sesiones contaron de las siguientes intervenciones enfermeras:

- Enseñanza del proceso de la enfermedad.
- Enseñanza de la medicación y ejercicio prescrito.
- Enseñanza de los medicamentos prescritos.
- Manejo de hipoglucemias.
- Manejo de hiperglucemias.
- Dieta y autoanálisis.

Los sujetos de estudio fueron 4 hombres y 4 mujeres que recibieron 6 sesiones desde Abril a Mayo de 2016. El rango de edad de la muestra fue desde los 48 a los 69 años. Todos los pacientes antes de su inicio con tratamiento farmacológico tenían un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30 y una actividad física sedentaria de menos de 150 minutos semanales.

Los participantes dieron su consentimiento verbal siendo las conversaciones grabadas y transcritas para su análisis posterior. Se realizaron 2 entrevistas semiestructuradas de una duración aproximada de 15 minutos. La primera entrevista fue un repaso post enseñanza para detectar: posibles errores en zonas de inyección, conocimientos sobre la insulina o antidiabéticos orales, capacidad para modificación de la dosis de insulina, conocimiento y actuación ante hiperglucemias o hipoglucemias y repaso de los menús. La segunda entrevista se basó en conocer las vivencias de los pacientes post intervención terapéutica.

Resultados

El análisis de los resultados permitió identificar 5 áreas temáticas que se detallan a continuación: vivencias y conocimiento de la diabetes, la inseguridad, la adquisición de habilidades, las barreras en sus autocuidados y la relación enfermero-paciente.

Vivencias y conocimiento de la diabetes

La diabetes es una enfermedad no percibida como grave en el momento del diagnóstico debido a la ausencia de síntomas. Un mal control metabólico que requiere de tratamiento farmacológico obliga a la implicación más exhaustiva del paciente y familiares.

“Como supuestamente es un recuerdo de la alimentación y del ejercicio, pasan más rápido del tema y se centran en el manejo del glucómetro y de como se pone la insulina. Realmente no hice todo lo que debía hasta que en la analítica ha salido todo. Me dijeron que era un chivato de lo que hice en los últimos 6 meses y que desde luego no me porté buena. Me engañé a mi misma pensando que con lo que hice era suficiente” ED1.

Los enfermeros deben hacer que la experiencia de la diabetes sea cercana a los pacientes. Para hacerlos partícipes en su autocuidado y de la prevención de complicaciones es muy importante conocer que saben de la diabetes y corregir los conceptos erróneos. Indagar si conocen o conocían a alguien que la padeciera y acabar con la idea de “azúcar buena y azúcar mala” facilita que éstos sean partícipes de que la diabetes es una enfermedad cuyas complicaciones aparecen a largo plazo, siendo su progresión silenciosa y con un debut que puede degenerar en retinopatías, pies diabéticos, neuropatía, nefropatía...

La inseguridad

Cada paciente tiene diferentes necesidades de aprendizaje. Los pacientes insulino dependientes muestran inseguridad para ajustar la dosis de insulina y reconocer los síntomas de hipoglucemia. En algunos casos, las hipoglucemias son asintomáticas. Tener los conocimientos, pero no visualizar como es realmente una hipoglucemia conlleva que gasten más tiras reactivas de lo que tienen prescrito y la posterior falta de suministro por las dificultades con la unidad de visados.

“Tengo miedo a que me pasen a insulina. Me han dado una oportunidad con las pastillas” ED2.

“Lo único que pido es que los enfermeros no me metan miedo. Esta es una enfermedad que es para mí para toda la vida y quiero que me ayuden a ser positiva” ED3.

“Las bajadas de azúcar eran muy frecuentes. Tenía tanto miedo que comía lo que me decían y perdí bastante peso en poco tiempo. Me tuvieron que pasar a pastillas porque decían que la insulina no la necesitaba” ED4.

“Que cosa más mala la bajada de azúcar. Si hubiese seguido las recomendaciones que me dieron no tendríamos que haber llamado al 061, pero es que mi familia no sabía que hacer. Le tienes que ver las orejas al lobo para hacer las cosas bien” ED5.

“Tenía recetadas 2 tiras para el azúcar al día. Estuve muy malo con una gastroenteritis y los médicos me dijeron que me tenía que hacer controles de glucemia con más frecuencia. Cuando quise darme cuenta no tenía tiras y en la farmacia no me las querían dar” ED6.

La adquisición de habilidades

El profesional sanitario debe tener la capacidad de usar la imaginación para poder captar la atención del paciente. Asignar ejemplos para alcanzar los objetivos para el cambio de conductas es positivo.

“Cuando voy a las sesiones me piden que escriba que comidas suelo hacer y me hacen modificaciones para que pueda compaginar los menús con mi vida habitual” ED3.

“Comer cinco veces al día me parecía una locura. Yo sólo tres veces, y la verdad que no comía tampoco mucho, porque comía rápido por tener que atender a mis nietos y a mi marido” ED7.

“Mis controles de peso semanales me han servido para obligarme hacer bien las comidas y caminar todos los días 1 hora al día a paso ligero” ED4.

Un paciente nos interpreta un ejemplo que para él fue motivador.

“El diabético tiene que comer cinco veces al día. Nuestro cuerpo es como el motor de un coche. Si conduces en quinta, es una marcha larga, el coche no sufre tanto con acelerones y frenazos y te permite el menor consumo de combustible y menor gasto en el mantenimiento del vehículo. Debemos comer más veces pero menos cantidad a lo largo del día, de esa manera el cuerpo está trabajando todo el rato y no sólo en momentos puntuales. Las glucemias son más o menos estables, evitando las complicaciones y permitiéndonos perder peso, porque es la misma dieta que usan para los que quieren perder peso” ED8.

“Yo tenía entendido que los pacientes que éramos diabéticos debíamos llevar encima azúcar o caramelos por si teníamos alguna bajada. La verdad es que si los llevas en los bolsillos o en el bolso, el sobre del azúcar se rompe y los caramelos en verano se ponen pegajosos. Una enfermera me recomendó glucosa líquida que venden en ampollas. Me dijo que es lo que toman los deportistas y que era muy fácil de usar y nada engorroso” ED2.

Barreras en sus autocuidados

La incorporación de la mujer al mundo laboral precisa de apoyo formal e informal para el cuidado de los hijos. Los abuelos, forman parte de ese apoyo informal, recayendo la mayor parte del peso en la figura de la abuela.

“Tiempo para mí apenas tengo, comidas para los nietos, para mis hijos, para mi marido...pues acabo pronto, la misma comida para todos. No tengo tiempo para caminar. Ojalá pudiera ir a natación o a yoga como hacen otras amigas mías” ED7.

Tanto hombres como mujeres, justifican su actividad física bien con la actividad laboral o con las tareas domésticas.

“Reconozco que no hago bien las cosas. Como de todo y no me privo. Eso de andar no es para mí. Ya bastante tengo con el trabajo de la casa” ED1.

La gran mayoría de los hombres delegan en la mujer la tarea de la elaboración de las comidas. Incluir al cuidador o a la persona responsable en la educación diabetológica es fundamental. El paciente siente seguridad y apoyo porque sabe que hay otra persona que lo cuida. Es de reseñar, que los diabéticos deben “saber decir no” a las tentaciones y a las comidas copiosas.

“Mi mujer es la que cocina en casa. Yo me como lo que me ponga y acompañado con pan. Mi mujer es muy generosa con las comidas, yo con ella no paso hambre” ED6.

Relación enfermero-paciente

Los enfermeros debemos tener la habilidad de animar al paciente para el cambio de conductas saludables siendo empáticos y asertivos. Tener en cuenta su opinión para poder establecer pactos, facilita la relación de confianza, así como disminución de las dudas que impedían que el paciente alcanzara los resultados esperados en el tiempo o en la forma deseada. Siempre debemos realizar comentarios positivos y no negativos.

La falta de tiempo en las consultas puede ser un obstáculo, que puede evitarse citando al paciente con más frecuencia y reforzando aquellas dudas que surjan conforme la marcha.

“Los enfermeros que me han visto me han ayudado mucho. Me atendían tanto con cita como sin cita. Me decían que las dudas podían aparecer en cualquier momento, y en ocasiones algunas no podían esperar, ya que podrían ser cruciales sobre todo con el inicio de mi diabetes en tratamiento con insulina” ED5.

“Me agobian con tanta información. Para colmo me dan muchos papeles y me dicen que me los lea tranquilamente en casa. Ni me han preguntado si se leer, y aunque supiera tengo la vista fatal” ED7.

“Me he dado cuenta que según el enfermero que me lo explique me entero mejor o peor. Como que algunos me dan más confianza que otros. Si tengo dudas ni pregunto por miedo a que me regañe y tampoco me piden opinión” ED1.

“No nos deben regañar si a veces no hacemos las cosas bien. En mi caso dependen muchas personas de mí. Cuido de mis nietos y de mi marido que está inmovilizado” ED7.

“Yo recuerdo que me decían tienes que hacer esto, tienes que hacer lo otro. Me hablaban de un tema y me saltaban a otro. Afirmaba con la cabeza pero no entendía nada, parecía que no hablábamos el mismo idioma” ED8.

Discusión y conclusiones

Los enfermeros que impartan educación diabetológica y consejo dietético no sólo deben contar de unos conocimientos sino que deben tener actitudes y habilidades para conseguir por medio de la intervención y una entrevista motivadora que el paciente quiera cambiar y alcanzar unos objetivos hacia el cambio de conductas saludables. Es fundamental evitar las contradicciones entre los mismos miembros del equipo sanitario. El fin enfermero es hacer que el paciente llegue a la fase de aprendizaje, para que surjan dudas y no predomine el conformismo. Las investigaciones cualitativas permiten que el conocimiento enfermero impacte de forma positiva, con intervenciones eficaces que surgen de las necesidades del paciente. Las personas con mayor motivación, son las que consiguen mejores resultados. El componente socioeconómico y la edad avanzada pueden suponer un problema en cuanto el esfuerzo y a los cambios de estilo de vida. El conocimiento enfermero debe atender a las necesidades de cada persona para que esta sea lo más autónoma posible y responsable de su proceso de enfermedad.

Los pacientes demandan charlas grupales para adquirir mayor información en aquellos aspectos que en la educación diabetológica individual no se han podido abarcar. La educación diabetológica grupal no siempre es factible en el ámbito de Atención Primaria, bien por agendas masificadas, ausencia de consultas por las tardes o imposibilidad de desplazamiento a otro centro sanitario donde se imparta la formación.

La dificultad de evaluación de la eficacia de los modelos educativos para pacientes diabéticos se basa en su diseño y en las intervenciones educativas.

La educación terapéutica es un proceso de pacto-negociación entre el profesional sanitario y el paciente. Se deben plantear objetivos de control a corto plazo, para que el paciente obtenga un beneficio inmediato y no desista de los objetivos propuestos para el cambio de conducta.

Bibliografía

1. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones; 2012. [Consultado el 15/06/2016]; Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/diabetes.htm>.
2. Soriguer F, Godoy A, Bosch- Comas A, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetología, 2012 [Consultado el 15/06/2016]; 55; 88-93. Disponible en: <http://www.ciberdem.org/estudiodiabetes.php>.
3. Encuesta Europea de Salud en España 2009. [Consultado el 03/05/2016]; Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>.
4. Vicenzi A, Tedesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Rev Iberoamericana de Educación. 2009; 49 (7).
5. Federación de Diabéticos Españoles. Estudio sobre las necesidades de diabetes. [Consultado el 03/05/2016]; Disponible en: <http://www.sanofi.es/l/es/sp/layout.jsp?cnt=D20AAE23-F88B-449D-8027-B3E622E976B0>.
6. Del Prato S, Felon AM, Munro N et al. Improving glucosa management: Ten steps to get more patients with type 2 diabetes to glycaemic goal. Int J Clin Pract. 2005; [Consultado el 03/05/2016]; 59; 1345-55. Disponible en: http://www.idf.org/webdata/docs/10_steps_manuscript.pdf.
7. Patient Education. Teaching Letters (DEGS). Grupo de Estudio sobre Educación en Diabetes de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes. 2009; 11.