PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n22/369.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 **FORO I+E *"Impacto social del conocimiento"* - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título Investigación en la práctica clínica. Paciente diabético-vascular

Autores Josefa *Vega Lora,* Francisca *León Gea*, Pilar *Porras Cubiles*, Amelia *Ramos González-Serna*, María Del Mar *Azogil Suarez*, Oscar *Gómez Jorge*.
Centro/institución Hospital Virgen del Rocío y Hospital Virgen de Valme
Ciudad/país Sevilla, España
Dirección e-mail Josefavega_dosni@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La investigación es un instrumento fundamental para generar conocimiento con el que tomar mejores decisiones y contribuir al progreso del sistema sanitario.[1] En cuanto a los beneficios que aporta la investigación además de mejorar la salud de los ciudadanos también contribuye a mejorar la formación continuada de los profesionales, a estimular su espíritu crítico, así como a evitar inercias asistenciales facilitando la adopción de nuevas técnicas. Para los pacientes la investigación puede suponer un beneficio añadido, por ejemplo la mejora de la calidad asistencial que reciben y la disminución de la variabilidad de la práctica asistencial entre los profesionales de salud que les asisten.[2,3]
El Consenso Internacional del Pie Diabético define la úlcera del pie diabético como "toda herida que afecte a la totalidad del espesor de la piel por debajo del tobillo en un paciente diabético independientemente de su duración, incluyendo la necrosis y gangrena de la piel y que debido a sus complicaciones puede requerir amputación".[4]
Los casos graves de enfermedad neuropática en personas con diabetes constituyen una de las causas principales de amputación de miembros inferiores (MMII).[5,6]; encontrándose el 85% de las amputaciones en diabéticos precedidas por una úlcera o pie diabético.

En el momento del diagnostico cerca del 10% de los diabéticos presentan ya complicaciones relevantes. En pacientes diabéticos el riesgo de padecer enfermedad vascular periférica es 4 veces mayor respecto al resto de la población. Cuando se

combinan la vasculopatía periférica con la neuropatía diabética el riesgo de sufrir amputación de la extremidad inferior se incrementa en casi 40 veces. La mortalidad tras 5 años de la amputación de una pierna en diabéticos II oscila entre un 40 y un 80%.[7]

Con el objetivo de acercarnos a la realidad de esta situación en nuestra unidad, nos propusimos conocer el perfil del paciente diabético amputado, en el que poder basarnos para diseñar intervenciones de educación para la salud encaminadas a mejorar la adaptación al nuevo estado de salud post-amputación proporcionando conocimientos adecuados sobre el proceso de enfermedad, autocuidados y hábitos de vida saludables.

Metodología

En una primera etapa se elaboro un Cuaderno de Recogida de Datos donde se incluían datos básicos epidemiológicos del paciente, conocimientos y autocuidados de la diabetes y autocuidados del pie diabético. Además se administraron los cuestionarios validados para población española de Adherencia a la Dieta Mediterránea e Internacional de la Actividad Física. Se calculó el índice de Barthel, instrumento validado para medir la capacidad de realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se estableció el nivel de dolor mediante la Escala Visual Analógica.

En una segunda etapa tras analizar los datos obtenidos como actividad de la intervención enfermera Enseñanza: proceso de la enfermedad, se diseñó un taller formativo dirigido al paciente diabético ingresado para primera amputación y su cuidador sobre diabetes, cuidado del pie diabético, ejercicio, alimentación y hábitos saludables. Como soporte se realizó un manual informativo en formato papel para entregar al paciente durante los días de hospitalización.

Se realizó un pilotaje con ocho pacientes de forma aleatoria y que cumplieran los mismos criterios de inclusión que en un principio se determinaron. El instrumento diseñado se administro a los pacientes a su ingreso pre-intervención quirúrgica y pos-intervención quirúrgica antes del alta hospitalaria. Posteriormente se realizo a estos mismos pacientes un seguimiento telefónico a las 48-72h posteriores al alta y otro seguimiento telefónico a las 7-8 días, para poder así evaluar los conocimientos adquiridos.

Conjuntamente a esta etapa (noviembre 2014) se revisaron las historias de los 53 pacientes anteriores.

Los datos fueron recogidos por 6 enfermeras responsables del estudio, previa selección de los pacientes durante su estancia hospitalaria y tras prestar el consentimiento informado.

El estudio fue autorizado por el comité ético del hospital garantizando la confidencialidad de los datos y de los participantes, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española.

Resultados

Primera etapa, resultados
Tras el análisis de los resultados destacamos que 77,4% son varones de 66,43 años de media, 43,4 % de ellos son exfumadores y 49,1% son hipertensos.
Ingresan para amputación supracondílea el 42,3%; al ingreso el 57 % de los encuestados refieren el dolor fuerte/insoportable, presentado dependencia severa el 38 %.
El 96,2 % no han participado en talleres sobre la diabetes ni en cuidados sobre el pie diabético, el 52,9% no buscan información sobre el proceso y cuidados que la enfermedad requiere. El 62,30% nunca acude al endocrino, el 49,10% nunca al podólogo y el 24,50% nunca al oftalmólogo.
El 64% presenta actividad física baja. Más de la mitad de los pacientes encuestados presentan buena adherencia a la dieta mediterránea (53 %).
Aproximadamente el 40% no realiza el cuidado e higiene de los pies correctamente.
El 90,6 % tiene cuidador principal identificado siendo en la mayoría de los casos su esposa (53,2 %) o hija/o (23,4 %), el 50 % de ellas ama de casa, 12 horas/día cuidando y más de 10,4 años cuidando.

Segunda etapa, resultados
Tras el análisis de estos datos en una segunda etapa diseñamos una intervención educativa: Realización Manual en soporte papel sobre la importancia de mantener hábitos de vida saludables: alcohol, tabaco, proceso de enfermedad (diabetes), alimentación, autocuidados y actividad física.
Para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros utilizamos la Clasificación de los Resultados de Enfermería, NOC. El instrumento está formado por seis resultados NOC, con uno o dos indicadores cada uno. Estos indicadores serán evaluados pre y post intervención.

1-NOC: Autocontrol de la diabetes (1619)
161915 Informa de síntomas de complicaciones
161929 Demuestra el procedimiento correcto para la administración de insulina
2- NOC: Conocimiento: Dieta (1802)
180201 Descripción de la dieta recomendada
3. NOC: Control del riesgo: consumo de tabaco (1906)
190602 Reconoce las consecuencias personales asociadas con el consumo de tabaco
4-NOC: Control del riesgo: consumo de alcohol (1903)
190308 Sigue las estrategias seleccionadas de control de consumo de alcohol
5-NOC: Conocimiento: Control de la Diabetes (1820)
182023 Descripción de prácticas de cuidados de los pies
6-NOC: Conocimiento actividad prescrita (1811)
181101 Descripción de la actividad prescrita

Actualmente, estamos pendientes de emitir y evaluar resultados del pilotaje.

Revisión de historias, resultados
El 61% de los pacientes reingresaron, el 34,1 % sufrieron reamputaciones y el 13,6 % fallecieron.

Conclusión

- El tratamiento de la diabetes mellitus (DM) va encaminado principalmente a prevenir las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad y tiene que estar basado fundamentalmente en Dieta, Ejercicio físico y Conocimiento de la enfermedad. Sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión y la destreza del paciente ante su cuidado diario, el alto porcentaje de ingresos y reamputaciones nos indica que cuidado y educación deben constituir un binomio integral en los servicios que atienden a pacientes diabéticos.
- El uso de taxonomías enfermeras disminuye la variabilidad en la práctica clínica, sin embargo la actual taxonomía NOC nos ofrece escalas con definiciones generales que, pueden ser concretados para evitar sesgos en su interpretación.
- Valoración integral de la situación de la cuidadora y propuesta de un plan de intervención multidisciplinar específicos. Realización de talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras familiares de pacientes diabéticos-vasculares.

Bibliografía

1. Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? Aten Primaria 2003; 31:281-284
2. Lewison G. Beneficios de la investigación médica para la sociedad. Med Clin (Barc) 2008; 131 (Supl 5):42-47.
3. Navarrete J, Banqueri J. Los sistemas de información científica: herramientas para medir el impacto de la investigación biomédica. Med Clin (Barc) 2008.
4. II Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013. Consejería de Salud, [2009]. Junta de Andalucía.
5. López Hernández JL. Plan Integral de la diabetes de Castilla la Mancha 2007/2010.Toledo: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Consejería de Sanidad.
6. Aragón-Sánchez J. ¿Son útiles las unidades de pie diabético?. Med Clin (Barc). 2014;142(5):208–210
7. Jamil N. Kanji, Rebecca E. S. Anglin, Dereck L, Akbar Panju. Does This Patient With
Diabetes Have Large-Fiber Peripheral Neuropathy? JAMA, April 21, 2010; 303(15):254-61