

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DEL AUTO
CUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS QUE
ASISTE A SU CONTROL A LA UNIDAD DE SALUD “DR. TOMAS PINEDA
MARTÍNEZ” EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A AGOSTO DEL AÑO
2010.**

**PRESENTADO POR
CARMEN LILIANA BATRES MEJÍA.
LUIS ROLANDO HURTADO PADILLA.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN MEDICINA**

**ASESOR DOCENTE
DR. JOSÉ MIGUEL ARÉVALO.**

DICIEMBRE DEL 2010

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

ING. MSC. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

VICE-RECTOR ACADÉMICO:

ARQ. Y MÁSTER MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO:

LICDO. Y MÁSTER OSCAR NOÉ NAVARRETE

SECRETARIO GENERAL:

LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

FISCAL GENERAL:

DR. RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO:

LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA

VICE-DECANO:

LICDO. Y MÁSTER ELADIO EFRAÍN ZACARÍAS ORTEZ

SECRETARIO DE FACULTAD:

LICDO. VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFA DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA:

DRA. SANDRA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL

INDICE

Introducción	i
Antecedentes	1
Justificación	2
Planteamiento del Problema	3
Objetivos de la Investigación	5
Marco Teórico	6
Definición de la Diabetes Mellitus	6
Epidemiología de la Diabetes Mellitus	7
Clasificación de la Diabetes Mellitus	7
Diagnostico de la Diabetes Mellitus	8
Tratamiento de la Diabetes Mellitus	11
Complicaciones de la Diabetes Mellitus	17
Autocuidado de la Diabetes Mellitus	22
Cambios Relevantes en el Envejecimiento	26
Guía de Autocuidado de la Diabetes Mellitus	36
Estrategias de Intervención	42
Unidad de Análisis Tipo de Estudio y Tamaño de Muestra	43
Técnicas e Instrumentos de Investigación	44
Metodología y Resultados de la Investigación	46
Conclusiones del Trabajo Investigativo	89

Anexos

INTRODUCCION

La salud es el completo bienestar físico como mental y social, por lo que es necesario que el ser humano se encuentre en un equilibrio físico, emocional al realizar actividades del diario vivir esto sin importar su desarrollo evolutivo.

En este momento la sociedad latinoamericana se encuentra en una etapa, caracterizada por la disminución de enfermedades asociadas a carencias nutricionales o patologías infecciosas con el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas relacionadas a los cambios en los estilos de vida en los modelos económicos consumistas caracterizados por el sedentarismo, aumento en el consumo de carbohidratos, tabaco y alcohol, y el contacto crónico a situaciones de stress.

Existe una extensa gama de ejemplos en relación a estas enfermedades crónicas degenerativas, por objeto de nuestra investigación nos enfocaremos en la Diabetes mellitus principalmente en el adulto mayor de sesenta años, el cual es un paciente vulnerable a presentar complicaciones características de la enfermedad, por diferentes causas que encierra su edad misma, se refleja el desconocimiento del cuidado que se debe brindar y transmitir a esta persona y a su entorno familiar para lograr mejorar su calidad de vida con el control de su enfermedad y tratar que el paciente tenga a la vez salud mental.

Siendo el grupo más vulnerable enfocaremos nuestro trabajo investigativo en pro de mejorar su esfera de conocimiento con relación a que es su enfermedad como se comporta y las opciones que existen para su auto cuidado que conllevara a un mejor estilo de vida.

ANTECEDENTES

La unidad de salud Dr. “Tomás Pineda Martínez” se encuentra ubicada en el centro del municipio de Santa Ana, con una población total 17413 habitantes, 78.4 % urbana y 21.5 % rural. ¹

Por medio del acceso al registro estadístico de la consulta diaria a través del Sistema de Información de Morbi-mortalidad del MSPAS, se lograron obtener la siguiente información:

Se denota el aumento de la población adulto mayor afectada por la Diabetes Mellitus, que fue la sexta causa de consulta en el año 2008 con 1844 casos, para el año 2009 se ubica en el séptimo lugar de consultas con 2352 casos.

Hasta el 31 de julio de 2010, se denota que las consultas por dicha patología que afectan a los adultos mayores es de 418 y de estos 27% fueron del sexo masculino y un 63% del sexo femenino, siendo diagnosticados 32 casos nuevos en lo que va del año. ²

Es importante denotar que los pacientes que han consultado este año lo han hecho en más de 10 ocasiones, presentando muchos de ellos complicaciones como pérdida de una parte de su cuerpo, pero aún así hacen caso omiso de las indicaciones para prevenir más complicaciones.

¹ VI Censo de Población, DIGESTYC-MINEC, El Salvador 2007.

² Registro Diario de Atención de Pacientes Enero-Febrero/2010

JUSTIFICACION

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento.

Existen muchos factores socioculturales que influyen en el fallo del auto cuidado del adulto mayor dentro de ellos se han identificado que los más relevantes a la problemática corresponden falta de conocimiento del padecimiento del paciente mismo como de su entorno familiar puesto que ambos representan el pilar básico para mantenimiento adecuado de la misma, estamos seguros que transmitiendo una adecuada guía de auto cuidado es como se lograría la prevención o retraso en el apareamiento de complicaciones agudas o crónicas propias de la enfermedad y generara un estado de bienestar al paciente mismo y un mejor estilo de vida por mucho más tiempo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es un problema de salud muy importante a nivel mundial y específicamente a nivel del establecimiento en cuestión por el aumento de consulta que se observa en los últimos dos años, por lo que es necesario realizar intensos esfuerzos para reducir las complicaciones agudas y crónicas, que puede presentar el paciente

Gracias al contacto que se tiene con los pacientes y por el acceso a los datos estadísticos institucionales, se ha denotado el aumento de la población adulto mayor que se ha visto afectada con Diabetes Mellitus.

En muchos de los pacientes se ha visto que carecen o presentan muy poco de conocimientos sobre su enfermedad, su tratamiento complementario que es el farmacológico y nada de su auto cuidado.

En lo que respecta al factor cultural existen muchos mitos y creencias, automedicación y etnopracticas, lo que conlleva a un auto cuidado deficiente en el paciente diabético.

El nivel educativo influye en los conocimientos que los pacientes debe tener para mejorar su auto cuidado, además del estilo de vida que juega un papel fundamental, porque se han observado conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, la actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias dañinas.

La accesibilidad a los servicios de salud es otra de las causas que afecta a los pacientes para asistir a sus controles médicos, debido a la distancia de trasladarse del lugar de residencia a la unidad de salud, ya sea por falta de conocimiento del paciente mismo, por ser dependiente de su entorno familiar o por deficiencias económicas.

También se ha encontrado que no existe un grupo de apoyo específico para este tipo de pacientes; el grupo del adulto mayor comenzó a funcionar éste año, el cual tiene como propósito no la educación del paciente en sus diferentes patologías si no que la incorporación a la sociedad con un fortalecimiento de la salud mental siendo este el único apoyo para el adulto mayor.

Lo que nos permite crear un equipo multidisciplinario para el apoyo de este grupo de pacientes con el propósito de aportar un plan de mejora que permita aumentar la calidad de vida del adulto mayor por medio del adecuado manejo de su enfermedad, brindando así también a la institución la elaboración de herramientas que permitan minimizar la problemática detectada.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Determinar los Factores socioculturales que influyen en la percepción del auto cuidado del paciente adulto mayor de 60 años con Diabetes Mellitus que asiste a su control a la Unidad de Salud “Dr. Tomas Pineda Martínez” de la ciudad de Santa Ana en el periodo comprendido de junio a agosto del año 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Conocer las creencias u otros aspectos socioculturales influyentes en el fallo del auto cuidado del paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus.
- ❖ Determinar la influencia del factor educativo en el núcleo familiar, respecto a la Diabetes Mellitus que permitirá el control del paciente.
- ❖ Identificar las limitantes que conlleva el factor económico de los pacientes para obtener un adecuado estilo de vida y acceso a los servicios de salud.
- ❖ Incentivar los aspectos del entorno familiar y su efecto en las medidas de auto cuidado por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- ❖ Optimizar la calidad de atención brindada a dicho grupo de paciente por parte del personal involucrado en su manejo en la institución.

➔ MARCO TEORICO

DEFINICION TEORICA

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica producida por la insuficiente secreción o acción de la insulina, se define y se diagnostica por la presencia de hiperglucemia persistente con disturbios en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.

Sus síntomas cardinales son poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. Pero en muchas ocasiones estos síntomas pasan desapercibidos y las primeras manifestaciones de la enfermedad son sus complicaciones crónicas ²

En el manual “Guías para el tratamiento de las morbilidades más frecuentes en el adulto” divulgado por el ministerio de salud pública lo define como un síndrome clínico caracterizado por alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas provocando hiperglucemia, por una alteración en la producción o en la acción de la insulina y que causa una alta propensión a complicaciones vasculares y neuropatías.³

Una definición mas es la que estipula que la diabetes mellitus es un síndrome caracterizado por hiperglucemia con varias glucemias en ayunas >125 mg/dl ($>6,9$ mmol/l) o una glucemia postprandial >200 mg/dl ($>11,1$ mmol/l), causado por una insuficiencia absoluta o relativa de secreción y/o acción de la insulina. ³

Esta combinación de enfermedad y envejecimiento es un reto en geriatría, que implica la pérdida de funcionalidad optima de cada órgano blanco, presencia de patologías y la aplicación de múltiples tratamientos esto de no dar una educación adecuada a la hora de consulta influyen mucho en relación al apoyo de la familia porque creen que no lograran un control adecuado a un que tomo o no el tratamiento y esta falta de apoyo desmotiva al

¹ Kasper et al, Harrison Principios de Medicina Interna. Cap. 323 pág. 2368 16ª edición.

² Guías ALAD 2007 (Asociación Latinoamericana de Diabetes), tomado de www.alad.com consultado en Agosto de 2010.

³ Guías para el tratamiento de las morbilidades más frecuentes en el adulto. Ministerio de Salud Pública, Mayo 2006.

⁴ Manual Merck de geriatría y DM.

paciente mismo que a la larga no se preocupara de lograr su objetivo en el equilibrio buscado.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia mundial de la DM se ha incrementado en grado impresionante durante los dos últimos decenios. De igual manera, están aumentando también las tasas de prevalencia del IFG. La prevalencia tanto de la DM de tipo 1 como de la DM de tipo 2 se piensa que esta ultima aumente con mayor rapidez a causa de la obesidad creciente y la reducción de la actividad física.

La DM incrementa en el adulto mayor y se refleja con un 20.1 % es casi similar para ambos sexos.

CLASIFICACION

La clasificación de la DM incluye tres tipos clínicos con base en el proceso patógeno que culmina en hiperglucemia:

- Diabetes tipo 1.
- Diabetes tipo 2.
- Diabetes Gestacional.

DM tipo 1: resultado de la destrucción de las células beta usualmente caracterizada por una deficiencia absoluta de dichas células.

DM tipo 2: resultado de un defecto progresivo de la secreción de insulina sobre una base de resistencia a esta. DM Gestacional la que se diagnostica durante el embarazo. ⁴

⁴ Diabetes Care, Volumen 3, Standards of Medical Care in Diabetes _ 2010. ADA Enero 2010. care.diabetesjournals.org.

Los dos primeros tipos de diabetes mencionados se caracterizan por presentar una fase de metabolismo anormal de glucosa, conforme evolucionan los procesos patógenos. La DM de tipo 2 cursa por un periodo de homeostasia anormal de la glucosa clasificado como trastorno de la glucosa en ayunas (*impaired fasting glucose*, IFG) o trastorno de la tolerancia a la glucosa (*impaired glucose tolerance*, IGT).⁵

Los individuos con predisposición genética tienen una masa normal de células en el nacimiento, pero se comienza a perder por la destrucción en meses o años.

Las características de la DM no se hacen evidentes hasta que se destruyan la mayoría de células (80%), cuando esto se presentan existen células beta residuales pero son insuficientes para mantener la tolerancia a la glucosa lo que culmina en la enfermedad manifestada con los síntomas clásicos conocidos.

DIAGNOSTICO

La última actualización de la American Diabetes Association (ADA 2010) y la Organización Mundial de la Salud han propuesto los siguientes criterios diagnósticos

- A1C 6,5%: es el análisis que tiene que realizarse en un laboratorio utilizando un método certificado y estandarizado para el Estudio sobre el control de la diabetes y sus complicaciones (DCCT).
- Glucemia en ayunas en plasma venoso > 126 mg/dl (7,0 mmol/l): el ayuno se define como la ausencia de ingesta calórica durante al menos 8 h.
- Glucemia en plasma venoso a las 2 horas 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG): la prueba deberá realizarse tal y como lo describe la Organización Mundial de la Salud, es decir, con una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

⁵ Kasper et al, Harrison Principios de Medicina Interna. Cap. 338 , 17ª edición. McGraw-Hill EUA 2008.

- Paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o de crisis hiperglucemia: glucemia al azar en plasma venoso 200 mg/dl (11,1 mmol/l).⁶

El diagnóstico temprano de DM en población anciana está justificado por una serie de hechos:

- La prevalencia de DM aumenta cuando se incrementa la edad.
- Una alta proporción tiene enfermedad cardiovascular al momento del diagnóstico clínico.
- La detección precoz de maculopatía y cataratas reducirá las tasas de ceguera.
- La prevención y el tratamiento temprano de la enfermedad vascular periférica reducirá las tasas de amputación y previene futuros costes y uso de recursos sanitarios.⁷

La presentación de la diabetes en el anciano es a menudo insidiosa y atípica; los cambios relacionados con la edad en la percepción de la sed y en la función renal pueden evitar la polidipsia; la presencia de múltiples patologías puede complicar el diagnóstico, por lo que la presentación clínica de la DM en el anciano difiere de la presentada por el resto de las personas diagnosticadas previa a esta edad (Anexo 2, tabla de presentación clínica de la DM en el anciano)

De acuerdo a las guías (ADA), la edad límite a partir de la cual el riesgo de DM se incrementa es a los 45 años, sin hacer ninguna distinción a grupos de edad más viejos. Recomiendan la realización de pruebas cada tres años, siendo de elección el OGTT (oral glucose tolerance test) y FPG (fasting plasma glucose), por ser las pruebas con mayor sensibilidad, especificidad y valor predictivo.

Las estrategias de prevención que debemos llevar a cabo en el adulto mayor, podemos resumirlas en los siguientes puntos:

⁶ American Diabetes Association, Enero 2010.

⁷ Tratado de Geriatría para residentes Sociedad Española Geriatría y Gerontología, 2006.

- Las recomendaciones dietéticas para prevenir DM tipo 2 en el anciano deben ser las mismas que para los sujetos de edad media.

- Antes de establecer un plan de adelgazamiento, asegurar una evaluación nutricional por un especialista.

- Intervenir sobre el estilo de vida es preferible a tratar con metformina para reducir el riesgo de DM Tipo 2 en los ancianos no obesos que presenten glucosa elevada en ayunas.

- En ancianos con IGT, es posible una reducción del riesgo de desarrollar DM tipo 2 tratando con acarbosa, un inhibidor de la alfa-glucosidasa.⁸

- En ancianos con alteración de la tolerancia a la glucosa, el ejercicio regular puede reducir el riesgo de desarrollar DM tipo 2 independientemente del índice de masa corporal.⁹

⁸ Tratado de Geriatria para residentes Sociedad Española Geriatria y Gerontología , 2006

⁹ Sociedad Española de Geriatria Y Gerontología, Tratado de Geriatria para Residentes editorial: International Marketing & Communication, S.A. 1º edición 2006.

TRATAMIENTO

La DM es una enfermedad progresiva, multisistémicas, crónica y a menudo enormemente compleja que, como consecuencia, sólo puede ser tratada de forma adecuada por un equipo de profesionales especializados en cada uno de los niveles de cuidados que el paciente diabético va a precisar.

Para hablar del tratamiento del adulto mayor con Diabetes Mellitus es importante reconocer que existe una atención del adulto en la consulta y el paciente que requiere ingreso, ambos son importantes pero en primer nivel es prioritario abordar el manejo del paciente en la consulta y que por tanto la mayoría de pacientes diabéticos que son atendidos están en residenciales o son de consulta ambulatoria, esto indica que es necesario tener una visión preventiva de las complicaciones en función del pronóstico funcional.

Es imprescindible establecer cuáles son las áreas clínicas de importancia y los objetivos de los cuidados en el anciano diabético que, varían de forma significativa en relación a los establecidos para adultos más jóvenes con igual patología., fundamentalmente al no proponer éstos objetivos un abordaje integral del adulto mayor con esta patología. Nos demuestra una deficiencia, manifiesta en el conocimiento de la mayoría de guías clínicas actuales, por tanto es obligatorio plasmar en este trabajo investigativo las necesidades del adulto mayor con diabetes mellitus para mejorar su calidad de vida, con el fin de que el personal involucrado con este grupo de personas pueda dar un manejo adecuado.

Objetivos concretos del tratamiento del paciente diabético:

Orientados al equipo médico:

- Manejar las complicaciones relacionadas con la diabetes de forma precoz y tan agresivamente como sea apropiado.
- Minimizar las tasas de hipoglucemia y efectos adversos de los fármacos.
- Proporcionar cuidados especializados en el momento oportuno.

<i>EDUCACION BASICA PARA EL ANCIANO DIABETICO</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo prevenir la hipoglucemia. — Perder peso comiendo mejor. — Seguimiento de la retinopatía y otros problemas <ul style="list-style-type: none"> • oculares. — Prevención de los problemas en los pies. — Aumentar la actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> — Prevención de complicaciones tardías. — Manejo de la diabetes. — Mejorar el seguimiento a largo plazo. — Monitorización de las glucemias. — Tratamiento de la DM y «otros»: el papel de la familia y el entorno. — Prevención de DM en los familiares.

Documentados los objetivos del tratamiento de la diabetes en el anciano, se presenta ahora un nuevo aspecto que condiciona la puesta en práctica de estos objetivos: los aspectos morales y éticos, relevantes en temas relativos al tratamiento, al cumplimiento de éste, al riesgo de hipoglucemias, al coste-efectividad y al tipo de cuidados proporcionados. Así, el objetivo del tratamiento puede variar desde perseguir sólo aliviar los síntomas debidos a hiperglucemia en el anciano muy frágil, a evitar las complicaciones agudas, así como la prevención primaria y secundaria de complicaciones crónicas. La elección entre estas dos alternativas debería considerar la expectativa de vida, el estatus socioeconómico, las destrezas físicas y cognitivas, y el plazo de aparición y severidad de las complicaciones crónicas. Esta elección no podrá ser muchas veces consultada con el paciente, debido a su daño cognitivo o a trastornos de la afectividad, pero también a barreras educacionales, culturales y emocionales. Por otra parte, el paciente puede rechazar el cumplimiento de un plan terapéutico intensivo. El rechazo del tratamiento debe alertar al profesional sobre algunos problemas subyacentes frecuentes:

- Posible enfermedad depresiva.
- Cambios cognitivos.
- Pobre situación socioeconómica.

Dentro de las estrategias de prevención que debemos llevar a cabo en el adulto mayor, podemos conocerlas en los siguientes puntos:

- Antes de establecer un plan de adelgazamiento, asegurar una evaluación nutricional por un especialista. En ancianos con alteración de la tolerancia a la glucosa, el ejercicio regular puede reducir el riesgo de desarrollar DM tipo 2 independientemente del índice de masa corporal.
- En ancianos de alto riesgo (factores de riesgo cardiovascular), el tratamiento con ramipril, un IECA, puede disminuir el riesgo de DM. En ancianos hipertensos de alto riesgo (EKG con evidencia de HVI), el tratamiento con losartán, un ARA II, puede disminuir el riesgo de DM.
- Intervenir sobre el estilo de vida es preferible a tratar con metformina para reducir el riesgo de DM tipo 2 en los ancianos no obesos que presenten glucosa elevada en ayunas.
- En ancianos con IGT, es posible una reducción del riesgo de desarrollar DM tipo 2 tratando con acarbosa, un inhibidor de la alfa-glucosidasa.

Se cuenta en el nivel de atención primaria al adulto mayor con un equipo compuesto por médico internista que cubre lo básico en el manejo del dicho usuario pero se necesita un equipo integrado si por el médico de Atención Primaria, una enfermera de área (preferiblemente enfermería especializada en diabetes), además de evaluación nutricional individualizada.

Además de la elaboración de un protocolo bien estructurado a la hora de derivar al paciente a atención especializada, la que contara con un profesional con formación en Diabetes mellitus, será el encargado de proporcionar los servicios adecuados a las necesidades de los pacientes ancianos.

Habrá que proporcionar, además, un acceso rápido y protocolizado a los servicios de oftalmología, Debe haber, además, una estructura que garantice la conexión con el equipo de Atención Primaria y el nivel terciario o centros de referencia.

Estrategias de tratamiento

Para obtener un adecuado Control de la glicemia desde la consulta A todos los pacientes se les debe ofrecer consejo sobre cómo modificar su estilo de vida, incluyendo dieta, ejercicio y pérdida de peso en aquellos con sobrepeso u obesos. Los objetivos de niveles de glucemia deben ser evaluados con el paciente (o sus cuidadores) y definidos de acuerdo a la propia percepción del paciente de bienestar y a otros factores.

La HbA1c debe medirse cada seis meses, dependiendo de si se alcanzan los objetivos propuestos de control metabólico, el control de los síntomas, en los pacientes ancianos diabéticos sin comorbilidad asociada, el nivel de HbA1 es de 6,5-7,5% y para los pacientes frágiles con enfermedades multisistemicas es objetivos es de 7,5-8,5%.

En ancianos con DM tipo 2, sin comorbilidad, una glucemia en ayunas menor de 126 mg/dl será considerado como indicador de buen control. En ancianos frágiles, una glucemia basal de 126-162 mg/dl supone minimizar el riesgo de hipoglucemias y de descompensación metabólica.

— La metformina debe ser la primera elección en quienes presentan un IMC ≥ 25 kg/m², Si no se consigue el control adecuado y el IMC ≥ 25 kg/m², asociar insulino secreta gogó y metformina, importante conocer que la edad en si no es contraindicación para la utilización de metformina, pero sí lo son el deterioro de la función renal (creatinina sérica > 130 m/litro), enfermedad severa coronaria, cerebrovascular o vascular periférica.

.

—Desde que inicia el un tratamiento antidiabético sin importar si este es oral o parenteral hay que enseñar al paciente a reconocer los síntomas de hipoglucemia y cómo tratarlos.

— Un adecuado control glucémico ayuda a mantener el desarrollo cognitivo y a mejorar el aprendizaje y la memoria.

— También el adecuado control glucémico minimiza los síntomas de los trastornos del humor en pacientes con depresión.

COMPLICACIONES FRECUENTE EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS

Dentro de las complicaciones específicas de la diabetes en el anciano tenemos.

- *Pie diabético*

Todos los pacientes ancianos diabéticos deben recibir instrucciones sobre, auto inspección y el cuidado de sus pies. Todos deben someterse al menos anualmente a una evaluación por un profesional especializado para detectar factores de riesgo de ulceración y en aquellos en los que se detecten dichos factores de riesgo deben incluirse en programas especiales de protección llevados a cabo por equipos multidisciplinares.

- *Retinopatía y agudeza visual*

Todos los ancianos con diabetes tipo 2 deben someterse a una revisión ocular en el momento del diagnóstico y posteriormente de forma anual.

- *Disfunción eréctil*

Cada anciano con DM tipo 2 y enfermedad cardiovascular debe ser interrogado acerca de su salud sexual en los diabéticos ancianos con disfunción eréctil precisan una evaluación integral de todos los factores de riesgo subyacentes.

- *Hipoglucemia*

La hipoglucemia causa morbilidad física recurrente, ocasionalmente persistente. Es más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 de larga evolución.

Los síntomas que los pacientes experimentan cuando tienen una hipoglucemia pueden ser catalogados en tres categorías: síntomas neuroglucopénicos (confusión, alteración del comportamiento, incoordinación, dificultad para hablar, coma, convulsiones...), síntomas autonómicos (hambre, temblor, sudoración...) y generales (como malestar, náuseas o cefalea).

Factores de riesgo para desarrollar hipoglucemia en la diabetes son:

- Exceso absoluto o relativo de dosis de insulina:
- Dosis excesivas de insulina durante la enfermedad, o por utilizar un tipo de insulina inadecuado.
- Disminución de aporte exógeno de glucosa.
- Aumento en la utilización de glucosa (ejercicio...).
- Descenso en la producción endógena de glucosa (consumo de alcohol).
- Incremento en la sensibilidad a la insulina (después del ejercicio, en la madrugada, pérdida de peso, fármacos que aumentan la sensibilidad a la insulina).

Para brindar una atención oportuna cuando se identifica la hipoglucemia y se encuentra un nivel bajo de conciencia se inicia infusión de glucosmón intravenoso; a medida que se recupera el nivel de conciencia se administrarán sueros glucosados 5-20%, y si es posible reposición vía oral con líquidos azucarados. Si la hipoglucemia es causada por antidiabéticos orales es preciso mantener en observación estrecha al paciente al menos 24 horas; si es por insulina será al menos durante 12 horas.

Una vez superado este episodio agudo, será necesario revisar toda la medicación para evitar nuevos episodios.

- Crisis hiperglucémico en el anciano

Las crisis hiperglucémicas pueden estar caracterizadas por presentar un síndrome hiperglucémico hiperosmolar, cetoacidosis o tener elementos de ambas.

Casi una tercera parte de los que presentan acidosis e hiperosmolaridad son mayores de 60 años de edad.

Causas precipitantes

Más del 40% de los ancianos que presentan una crisis hiperglucémicas no están diagnosticados de diabetes lo que contribuyen a su desarrollo es la Omisión del tratamiento antidiabético, Infecciones: neumonía, tracto urinario, sepsis, abscesos, eventos vasculares:

ACVA, IAM, TEP, trombosis mesentérica, traumatismos: TCE-hematoma subdural, eventos gastrointestinales: pancreatitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, Iatrogénico: diálisis peritoneal, nutrición parenteral total, alteraciones endocrinológicas: acromegalia, tirotoxicosis, fármacos y drogas: esteroides, agentes simpaticomiméticos, diuréticos (tiazidas) betabloqueantes, antagonistas del calcio, bloqueantes H2 (cimetidina), fenitoína, antipsicóticos.

Presentación clínica

La cetoacidosis evoluciona rápidamente en un período de horas; sin embargo, la hiperglucemia hiperosmolar tiende a evolucionar en días. La deshidratación puede empeorar por el uso de diuréticos.

El olor afrutado del aliento indica la presencia de acetona desde la cetogénesis. La respiración de Kussmaul puede aparecer para compensar la acidosis metabólica.

Dolor abdominal, náuseas y vómitos son más frecuentes en la cetoacidosis. El nivel de conciencia empeora hasta el coma en el estado hiperosmolar.

Los ancianos tienen mayor riesgo de desarrollar hiperglucemia hiperosmolar, porque tienen deteriorada la sensación de sed y muchas veces físicamente no pueden acceder a fluidos, lo que contribuye a la deshidratación.

En cuanto al tratamiento para corregir esta complicación en el adulto mayor inicia con restablecer los fluidos lo que devuelve el volumen intravascular, mejoran la sensibilidad a la insulina, reducen los niveles de hormonas contra reguladoras y disminuyen los niveles de glucosa independientemente de la insulina.

La infusión de líquidos inicial depende de la situación cardiológica y del grado de depleción de volumen, normalmente 15-20 ml/kg/hora en la primera hora.

En cuanto a la insulino terapia no se tiene que iniciar en pacientes con hipotensión y severa hiperglucemia hasta que se haya repuesto el volumen. La insulina favorece la entrada de glucosa a la célula, con el traslado de agua desde el espacio extracelular al interior de la célula.

Durante la crisis hiperglucémicas se produce resistencia a la insulina, precisando la administración de niveles supra fisiológicos de ésta, para prevenir la cetogénesis, gluconeogénesis y lipólisis, así como resolver la hiperglucemia hiperosmolar.

Es preferible la administración inicial intravenosa en perfusión. Como la sensibilidad a la insulina desciende con la edad, en los ancianos son necesarias mayores dosis de insulina durante el manejo inicial.

- Lo primero insulina regular, 10 U iv ó 0,1 U/kg/h.
- Iniciar la perfusión de insulina a 5 U/h ó 0,1 U/kg/h.
- Incrementos de 1 U/h cada una o dos horas si desciende la glucosa menos de 10% o no mejora la acidosis.
- Descensos de insulina en una o dos unidades cuando la glucosa es < 250 mg/dl.
- No disminuir la perfusión de insulina a menos de 1 U/h.
- Si no es posible la perfusión, la dosis inicial iv será de aproximadamente 0,15 U/kg, se seguirá de la administración subcutánea o intramuscular de 0,1 U/kg/hora cuando la administración iv no es posible, con lo que se consigue un descenso de glucosa de 100 mg/dl/h.
- Añadir glucosados al 5% para mantener la glucemia entre 120 y 180 mg/dl.
- Si la glucemia desciende a 60 mg/dl hay que parar la perfusión durante 30-60 min y después reiniciar la infusión.
- Si la glucosa cae y se mantiene a 100 mg/dl o menos, se cambiará el suero por un glucosado al 10%, para mantener la glucemia entre 120-180 mg/dl.
- Una vez que el paciente puede comer, y el anión gap está normalizado, hay que considerar el cambio a insulina subcutánea.
- Hay que iniciar la administración de insulina de acción rápida con la perfusión de insulina, al menos en los últimos 30 min.
- Hay que considerar la iniciación de insulina de acción larga en este momento, generalmente en el desayuno o la cena.
- En pacientes que ya tenían insulino terapia hay que iniciar la dosis previa y reevaluar.

- En pacientes que no tenían previamente insulino terapia, considerar insulina de corta y larga acción.
- Evitar la transición a antidiabéticos orales hasta que se ha resuelto la situación aguda y la función renal se ha normalizado.

- *Tromboembolismo*

La diabetes en sí misma está asociada con anormalidades protrombóticas: alteraciones endoteliales, aumento del inhibidor del plasminógeno, descenso de proteína C, hiperactividad plaquetaria. En las crisis hiperglucémicas, la combinación de deshidratación severa, aumento de la viscosidad sanguínea, bajo gasto cardíaco y estimulación de mediadores protrombóticos, conducen a un estado de hipercoagulabilidad que favorece el Tromboembolismo.

- ✓ *Edema cerebral*

El edema cerebral asintomático es muy común. Puede estar relacionado con la isquemia cerebral. Se ha relacionado con el nivel de CO₂ (provoca vasoconstricción cerebral), mayores concentraciones de

BUN, descenso lento de sodio en suero (ambas reflejan deshidratación, lo que disminuye la perfusión cerebral) y tratamiento con bicarbonato (que provoca hipoxia cerebral): todos ellos favorecen la isquemia cerebral, empeorando el edema vasogénico horas después de iniciar la terapia y la reperfusión. Si es confirmado el diagnóstico, se debe iniciar la administración de sueros hipertónicos como el manito

- ✓ *Síndrome de distrés respiratorio del adulto*

Se produce por aumento de la presión en la aurícula derecha y el descenso de la presión oncótica; los sueros hipotónicos, además, pueden provocar la ruptura de capilares y el edema pulmonar. El desarrollo de un mayor gradiente alveolo-arterial (A-a), disnea, hipoxemia o infiltrados pulmonares hacen sospechar este diagnóstico.

Para corregir su evolución se propone la utilización de coloides en lugar de cristaloides para tratar la hipotensión inicial en estos pacientes.

➔ *AUTOCUIDADO.*

Definición.

Se define el auto cuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas asumiendo su propia responsabilidad en este aspecto¹⁰

Epidemiología

Se entiende por envejecimiento de una población el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos (personas mayores de 65 años/total población), que se expresa en forma de porcentaje.

La esperanza de vida se ha elevado paralelamente, situándose hoy al filo de los 80 años para el sexo femenino incrementándose así cada vez más la proporción del grupo de edad más avanzada con respecto al conjunto de la población envejecida.

Muchos de estos llamados ancianos siguen cuidando y ayudando a sus familiares y constituyen un grupo de ciudadanos activos y entusiastas. Y existe otro grupo que es también absolutamente cierto que está en esta etapa pero no pueden ser igual de productivos por presencia y prevalencia de enfermedades degenerativas, en las cuales la edad avanzada constituye por sí misma un factor de riesgo.

Dichas enfermedades con frecuencia tienden, en su evolución, hacia situaciones de incapacidad. Se estima que al menos un 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece severas limitaciones en las actividades básicas de la

¹⁰ Orem: De Nursing concepts of practice. 5th Ed... St. Louis: MO Mosby; 1995.

vida diaria y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada; dichos porcentajes se incrementan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años.

La consecuencia inevitable de estos acontecimientos es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada, llegándose a una verdadera «Geriatrización de la Medicina», que se traduce en los siguientes puntos concretos:

- Mayor incidencia de enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en un mismo individuo.
- Mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades.
- Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.
- Mayor utilización de la Atención Primaria de salud.
- Mayor consumo de fármacos.
- Mayor ocupación de camas hospitalarias.
- Mayor necesidad de cuidados continuados.
- Mayor utilización de recursos sociales.

Tipología de pacientes ancianos

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. También es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud, por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad

La población mayor de 65 años no es una población homogénea; es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar.

Se diferencian distintos perfiles de ancianos y términos apropiados para definirlos en nuestro entorno.

1. Anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

2. Anciano enfermo: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

3. Anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio familiar. En estos casos, procesos desafortunados (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (auto cuidado), aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. Lo que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente; considerando esta situación como una pre-discapacidad.

4. Paciente geriátrico: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social esta situación lo ha vuelto dependiente y con discapacidad.

La geriatría es la especialidad que abarca la atención a los ancianos desde una prevención de la enfermedad, pero existe una población diana principalmente y está constituida por los dos últimos perfiles de pacientes anteriormente mencionados (ancianos frágiles y pacientes geriátricos), ya que estos grupos de personas son los que más beneficios obtienen de la atención en recursos asistenciales específicos de geriatría.

Detección de fragilidad

En general, el concepto de capacidad funcional suele referirse a las actividades básicas de la vida diaria (comer, higiene, vestirse, utilizar el cuarto de baño, continencia y movilidad), ya que éstas marcan el umbral de la discapacidad más evidente en la práctica clínica sanitaria; es decir, la falta de independencia para el auto cuidado y, por lo tanto, la necesidad de ayuda de otras personas.

Para conocer o valorar el grado de incapacidad física del paciente adulto mayor tenemos la escala de cruz roja.

ESCALA DE CRUZ ROJA PARA VALORAR LA INCAPACIDAD	
0	El individuo se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad
1	Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria (AVD). Presenta algunas dificultades para realizar desplazamientos complicados (viajes, etc.)
2	Presenta algunas dificultades en las AVD, por lo que necesita ayuda ocasional. Camina con ayuda de un bastón o similar.
3	Graves dificultades en las AVD, necesitando ayuda en casi todas. Camina con mucha dificultad, ayudado al menos por una persona.
4	Imposible realizar sin ayuda cualquier AVD. Capaz de caminar ayudado al menos por dos personas. Incontinencia ocasional
5	Inmovilizado en cama o sillón. Necesita cuidados continuos. Incontinencia habitual.

¹¹ DE GUILLEN LLERA, F. Y PEREZ DEL MOLINO MARTIN, J. “ SINDROMES Y CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIATRICO” MASSON - 1999

¹¹ DE GUILLEN LLERA, F. Y PEREZ DEL MOLINO MARTIN, J. “ SINDROMES Y CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIATRICO” MASSON - 1999

CAMBIOS MÁS RELEVANTES EN EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento.

Se piensa que el envejecimiento se produce por un proceso acumulativo de interacciones entre las distintas influencias (herencia, el ambiente, las características culturales, la dieta, el ejercicio, las enfermedades previas y muchos otros factores) a lo largo de la vida. Todas las células experimentan cambios en el proceso del envejecimiento; se hacen más grandes, y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse.

Entre los cambios más frecuentes se encuentran el incremento de pigmentos y sustancias grasas en el interior de la célula. Debido a ello, muchas células pierden su capacidad funcional, o bien inician un proceso de funcionamiento anormal.

El tejido conectivo se hace cada vez más inflexible, lo que produce mayor rigidez en los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias. Las membranas celulares cambian y, por lo tanto, los tejidos tienen más dificultad para recibir oxígeno y los nutrientes necesarios, al igual que para eliminar los productos de desecho. Muchos tejidos pierden masa y se atrofian. Otros se vuelven más rígidos o tumorales con la aparición de nódulos.

Todos estos cambios producen, en los órganos al envejecer, una pérdida de función de forma gradual y progresiva y, consecuentemente, una disminución de la máxima capacidad funcional. Dicha pérdida muchas veces no es notoria en muchos ancianos, ya que no necesitan utilizar sus órganos a su máxima capacidad, y éstos pueden tener una capacidad de reserva funcional más allá de las necesidades comunes.

Los cambios más significativos en la reserva orgánica se dan en el corazón, pulmones y riñones. La cantidad de reserva perdida puede variar entre personas y entre diferentes órganos de la misma persona.¹²

¹² Timiras PS. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. 1. a ed. Barcelona: Masson; 1997.

Existen situaciones que pueden producir un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica del anciano:

- Ciertos medicamentos.
- Enfermedades.
- Cambios de vida significativos.
- Aumento súbito de las demandas físicas:
 - Cambios bruscos en la actividad.
 - Exposición a una altitud superior.
 - Cambios en la figura corporal.

El tejido graso tiende a perderse en la periferia, con disminución de la grasa subcutánea, y a acumularse en el interior, como en las regiones peri orgánica, fundamentalmente abdominal.

Los músculos, el hígado, los riñones y otros órganos pierden algunas de sus células. Los huesos pierden algunos de sus minerales y se vuelven menos densos. Esta atrofia tisular ocasiona una disminución de la cantidad de agua en el cuerpo. Los cambios que se producen en los huesos, músculos y articulaciones al envejecer van a generar una disminución de la estatura de forma progresiva. Se ha observado que después de los 40 años puede objetivarse una pérdida de 1 cm por cada 10 años de vida, y que después de los 70 años esta pérdida es aún mayor. La disminución de altura total durante el proceso de envejecimiento puede estar entre 2,5 y 7,5 cm.

En cuanto al peso, se produce un incremento en los hombres hasta los 50 años, después comienzan a perderlo; mientras que en las mujeres el aumento de peso se da hasta los 70 años y posteriormente lo van perdiendo. La disminución de peso se debe a la reducción del tejido muscular y del depósito de grasa subcutánea, menor masa ósea y menor cantidad de agua.

Los efectos de los cambios

- Mayor delgadez y pérdida de estatura.

- El vientre se torna redondeado.
- Las piernas y los brazos son más frágiles.

Cambios en los signos vitales Incluimos dentro de los signos vitales la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca y respiratoria y la presión sanguínea. Éstos se van a ver modificados con el proceso de envejecimiento. La temperatura corporal no cambia de forma significativa por el envejecimiento. Sí se observa un deterioro de la regulación de la temperatura corporal y, por lo tanto, de la capacidad de adaptación a las distintas temperaturas ambientales. Estas alteraciones están en relación con la pérdida de la grasa subcutánea y con una disminución en la capacidad de transpiración.

El anciano también se caracteriza por una menor respuesta ante los pirógenos; así, la fiebre, como respuesta ante las infecciones, puede estar ausente. La frecuencia cardiaca en reposo puede ser más lenta, tarda más tiempo en aumentar el pulso durante el ejercicio y mucho más para que disminuya después del mismo. También la frecuencia máxima que se alcanza con el ejercicio es menor.

Los vasos sanguíneos se tornan menos elásticos y la respuesta es más lenta a los cambios de posición del cuerpo, por lo que hay una mayor probabilidad de sufrir crisis de hipotensión ortostática. La presión sanguínea media aumenta de 120/70 a 150/90 y puede mantenerse ligeramente alta, aun con tratamiento.

La función pulmonar se ve afectada sólo en la capacidad de reserva, no se han objetivado cambios en la frecuencia respiratoria. Frecuencias superiores a 25 respiraciones/minuto pueden ser un signo de infección respiratoria baja, insuficiencia cardiaca o algún otro trastorno.

Efectos de los cambios

- Dificultad de mantener la temperatura corporal.
- Mayor sensibilidad a los golpes de calor.
- Disminución de respuesta a un menor de los niveles de oxígeno o al incremento CO₂
- Mayor incidencia de hipotensión ortostática.
- Menor tolerancia al ejercicio.

— Mayor sensibilidad a digital, betabloqueantes, analgésicos y diuréticos.

Las enfermedades cardíacas y vasculares son algunos de los trastornos más comunes en la edad avanzada.

Al examen físico es frecuente oír en personas de edad avanzada cuatro tonos. El soplo sistólico, que se produce por la esclerosis de la válvula aórtica, es el más común en el Anciano los soplos diastólicos son siempre anormales. Frecuencias cardíacas de 40 latidos/minuto pueden ser normales.

Los baro receptores se hacen menos sensibles con el envejecimiento y, por lo tanto, hay una mayor incidencia de hipotensión ortostática. La pared de los capilares se engruesa, y puede producir una tasa más lenta de intercambio de nutrientes y desechos. Al producirse una reducción normal de la cantidad de agua corporal con el envejecimiento, el volumen de sangre también se reduce. El número de glóbulos rojos disminuye junto con la hemoglobina y hematocrito. Los glóbulos blancos se mantienen en el mismo nivel, aunque la cantidad de linfocitos disminuye en número y capacidad de función.

Efectos de los cambios

— Disminución de la capacidad de reserva del corazón ante situaciones como: enfermedad, infecciones, estrés emocional, lesiones, esfuerzo físico extremo y ciertos medicamentos.

— Mayor incidencia de hipertensión arterial e hipotensión ortostática.

— Incremento de problemas aterotrombóticos.

— Aparición de diferentes tipos de arritmias.

— Aumento en diez veces de la incidencia de insuficiencia cardíaca en personas mayores de 75 años.

— La estenosis de la válvula aórtica es la enfermedad valvular más común en las personas de edad avanzada.

— Aparición de anemias en relación con desnutrición, infecciones crónicas, pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal o como complicación de enfermedades o medicamentos.

Los pulmones comienzan a perder parte del tejido el número de alvéolos disminuye al igual que el de capilares. Se observa también una disminución de la elasticidad, en parte debida a la pérdida de la elastina en el tejido pulmonar.

Los cambios producidos en la arquitectura ósea y muscular del tórax. Comúnmente se observa un leve incremento del diámetro torácico antero posterior.

Podemos observar un aumento de las curvaturas en el plano sagital, bien de concavidad anterior, cifosis, o posterior, lordosis. El diafragma se debilita, al igual que los músculos intercostales. Los cilios que recubren las vías respiratorias tienen menos capacidad de mover el moco hacia arriba y fuera de las vías respiratorias. Hay una menor producción de IgA (Inmoglobulina A) por los conductos respiratorios y, por lo tanto, mayor incidencia de infecciones virales.

Efectos de los cambios

- La función pulmonar máxima disminuye.
- La cantidad de oxígeno que se transfiere disminuye.
- La respiración normal sigue siendo adecuada.
- La inspiración y espiración máxima disminuyen, lo que produce una menor tolerancia al ejercicio y a las grandes alturas.
- Mayor tendencia al colapso de las vías respiratorias al no respirar profundamente o al permanecer largo tiempo inmovilizado, y con ello más riesgo de desarrollar infecciones respiratorias u otros problemas pulmonares.
- Menor respuesta a la disminución de los niveles de oxígeno y a un aumento de los niveles de dióxido de carbono.
- Cambio del tono, volumen y calidad de la voz al producirse cambios en los cartílagos y musculatura de la laringe; ésta se vuelve más lenta, débil y ronca.
- El reflejo de la tos disminuye y ésta puede ser menos fuerte, lo que unido a la lenta movilidad de los cilios y menor secreción de IgA produce una mayor susceptibilidad a las infecciones respiratorias.

La principal función del tubo gastrointestinal que más se va a ver afectada en el envejecimiento es la motora. Se debe a la alteración de la regulación de los mecanismos

neurogénicos la modificación de la función motora produce un enlentecimiento del tránsito intestinal.

En el páncreas se observan cambios manifiestos en la estructura con el envejecimiento: disminución de peso, hiperplasia ductal y fibrosis lobar, también depósitos de lipofuscina y amiloide, sobre todo en la zona peri vascular y en los islotes de Langerhans. Estos cambios no afectan a la función exocrina pancreática. Sí se pone de manifiesto una menor capacidad de las células beta pancreática para responder a los cambios de la glucemia.¹³

Efectos de los cambios

En la boca:

- Dificultad para identificar los alimentos por el sabor.
- Defectos en la masticación

En el esófago:

- Reflujo gastroesofágico.
- Mayor incidencia de hernia hiatal.
- Aumento del número de lesiones gástricas por fármacos.

— En el estómago:

- Mayor riesgo de enfermedades ulcerosas pépticas.

— En el intestino:

- Desnutrición y diarrea por la proliferación bacteriana
- Estreñimiento.
- Incontinencia fecal por alteraciones en la sensibilidad.
- Mayor incidencia de colitis isquémica.
- Incremento de divertículos y cáncer de colon.

En el páncreas:

- Mayor intolerancia a la glucosa.

En el hígado:

¹³ Ribera Casado JM. Patología digestiva en Geriatria. Madrid: Aran Ediciones, SA; 1987.

- Acumulación de los metabolitos activos de algunos fármacos.
- Mayor lesión de los fármacos hepatotóxicos.
- Menor respuesta de los hepatocitos a los factores de crecimiento y, por tanto, un retraso en la regeneración hepática.

En la vesícula biliar:

- Mayor incidencia de colelitiasis.

Páncreas endocrino

La tolerancia a la glucosa se modifica con el envejecimiento. Los valores basales de glucosa aumentan con el envejecimiento del orden de 6 a 14 mg/dl por cada 10 años después de los 50; así como los valores de glucosa postprandial (1-2 mg/dl/10 años). Esto se debe a que las células se vuelven menos sensibles a los efectos de la insulina, probablemente debido a un defecto pos receptor en la captación de la glucosa mediada por la insulina a nivel periférico, o bien debido a una disminución en el número de receptores insulínicos tisulares. Al parecer no existe una disminución en la secreción de insulina y la unión al receptor es normal; sin embargo, la sensibilidad a la insulina se encuentra disminuida y se observa una resistencia por parte de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, sobre todo en el músculo.¹⁴

Efectos de los cambios

- Menor sensibilidad a la insulina y mayor resistencia a la misma en los tejidos periféricos.
- Aumento de los niveles basales y postprandiales de glucosa.
- Disminución de los niveles de testosterona con la consiguiente respuesta sexual más lenta y menos intensa.

El flujo sanguíneo renal disminuye de forma progresiva con la edad desde 1.200 ml/min en los 30-40 años, hasta 600 ml/min a los 80 años. Esta reducción del flujo se debe a la disminución de la masa renal y a los cambios anatómicos vasculares permanentes, y se observa más en la zona cortical del riñón, mientras que el flujo medular se conserva.. Este

¹⁴ Ribera Casado JM. Vejez y sistema endocrino. Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos, SA; 1990.

descenso se refleja en el aclaramiento de creatinina, que se mantiene estable hasta los 30-40 años, para disminuir a un ritmo medio de 8 ml/min/1,73 m² por década.

Desde el punto de vista morfológico, se produce una reducción de la masa renal, pasando de 250-270 g a los 30 años a 180-200 g a los 70 años. Esta pérdida afecta

En las mujeres el debilitamiento de los músculos puede permitir que la vejiga o la vagina se prolapsen y, por lo tanto, causar obstrucción de la uretra.¹⁵

Efectos de los cambios

— Disminución de la función renal en situaciones de sobrecarga, como enfermedad, uso de medicamentos u otras condiciones.

— La dificultad en la capacidad de concentración de la orina puede producir mayor tendencia a la deshidratación, sobre todo la hipernatrémica, debido a la pérdida de la sensación de sed en respuesta a la osmolaridad sérica o a una contracción del volumen, típica de la edad avanzada.

— La disminución de la renina y de la aldosterona contribuye a un mayor riesgo de hiperpotasemia en distintas situaciones clínicas. Ésta se ve reforzada por la acidosis, ya que el riñón del anciano corrige de forma más lenta los aumentos de la carga ácida.

— Mayor riesgo de insuficiencia renal aguda y crónica.

— Mayor tendencia a infecciones urinarias por vaciado incompleto de la vejiga y cambios en las mucosas.

— Lesiones renales por reflujo al vaciarse de forma incompleta la vejiga o presentar obstrucción en la uretra.

— Mayor tendencia a la incontinencia por pérdida de tono de la musculatura vesical y alteración en la inervación autónoma.

— Mayor incidencia de cánceres urinarios: próstata y vejiga.

La forma de cómo estos pacientes consultan pueden presentarse de diferentes formas dentro de estos se enumeran:

1. Síntomas inespecíficos

¹⁵ Musso C, López-Novoa JM, Macías-Núñez JF. Manejo del agua y el sodio por el riñón senescente. Interpretación de una técnica de aclaración para su estudio funcional. Rev. Esp Geriatria Gerontol 2005; 40 (2): 114-20.

Es habitual que el anciano o sus familiares consulten por síntomas poco específicos o que parecen tener poca relación con el posterior diagnóstico: caídas, desorientación, astenia, anorexia, confusión o incontinencia.

2. Manifestaciones oligosintomáticas o ausencia de las mismas

Es frecuente que los síntomas sean poco expresivos, estén muy atenuados o no aparezcan, pero que comienzan con deterioro funcional o confusión mental.

Fiebre Aunque se puede manifestar de la forma habitual, lo más frecuente es que sea menos intensa, o que en algunos casos no aparezca, una febrícula en el anciano puede indicar una infección grave se pueden manifestar sin fiebre o con hipotermia, al igual se tiene que descartar neoplasias, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, enfermedades reumáticas o fracturas.

Dolor El dolor es un síntoma que genera gran sufrimiento y en ocasiones no es identificado. Es un síntoma poco expresado por el paciente, puede ser insuficientemente expresado debido a trastornos sensitivos, afasia, deterioro cognitivo o por la creencia errónea de que es consustancial al envejecimiento. Es menos reconocido porque entre los profesionales están extendidos los tópicos de que los ancianos son menos sensibles al dolor o que toleran peor los analgésicos.

Taquicardia Es un síntoma frecuente y a veces la única expresión de una enfermedad grave. Puede ser consecuencia de una infección grave, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, dolor, patología del aparato digestivo o hipertiroidismo.

Taquipnea Es un síntoma frecuente en el anciano, una frecuencia respiratoria superior a veinte nos debe situar en la búsqueda de un problema del aparato respiratorio como neumonía, o no relacionarse con el mismo, si no tratarse de insuficiencia cardiaca, infecciones, anemia, deshidratación o enfermedad cerebrovascular.

Confusión mental o delirium Es un cuadro, de etiología generalmente orgánica y extra cerebral, caracterizado por alteraciones del nivel de consciencia, dificultad para mantener la atención, trastornos perceptivos, de orientación, del lenguaje, del ritmo sueño-vigilia y de la actividad psicomotora del organismo. Entre los factores etiológicos más frecuentes se encuentran: insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, deshidratación, insuficiencia renal o hepática, insuficiencia respiratoria, descompensación de una diabetes, déficit nutricional, hipotermia, golpe de calor, neoplasias, postoperatorio, impacto fecal, prácticamente cualquier infección, fracturas y otros traumatismos, quemaduras, convulsiones, enfermedad cerebrovascular, hematoma subdural, encefalopatía o vasculitis.

Pluripatología Es habitual que tras un estudio detenido sean varios los procesos patológicos que coexisten en un mismo individuo.

Polifarmacia Los fármacos prescritos por el médico de familia, los prescritos por diversos especialistas y la propia automedicación suman al final una numerosa lista que el anciano cumple de forma más o menos regular. Algunos de ellos pueden interactuar entre sí, producir efectos secundarios, con signos y síntomas que complican el proceso diagnóstico. La salud del anciano se encuentra a menudo en un equilibrio inestable, donde las manifestaciones de la enfermedad, sus consecuencias y su evolución, tienen un carácter peculiar y están poderosamente influidas por el entorno físico, familiar, social y asistencial en el que se desenvuelve ese anciano¹⁶

➤ GUIAS DEL AUTOCUIDADO

En vista que la diabetes es una enfermedad complicada, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de un equipo multidisciplinario en la atención de salud, por lo que se ve de importancia el conocimiento de guías de auto cuidado para personas con esta patología específica.

¹⁶ Perlado F. Notas sobre Geriátría. Zaragoza: Heraldo de Aragón; 1980. p. 21.

Pero haciendo énfasis que la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo en vista que es una conducta aprendida teniendo la familia el rol principal con el apoyo brindado al paciente para lograr las metas de control.

Es importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado, para tener el progreso hacia una vida saludable.

Entre los puntos más importantes que una persona que padece diabetes debe conocer y llevar a cabo se encuentran:

1. La dieta
2. El programa de ejercicios
3. La forma de tomar los medicamentos adecuadamente
4. Aprender a resolver problemas frecuentes
5. Lograr un control de los niveles de glucosa
6. Prevenir complicaciones crónicas

Dieta:

El control de la diabetes depende en gran parte de los alimentos que consume, no solo de su cantidad, sino también su calidad.

Al catalogar a un paciente con diabetes, se necesita una valoración por un nutriólogo o un especialista en dietas para personas con diabetes. Los que proporcionaran datos importantes como:

¿Cuántas calorías tienen su dieta?

¿Cómo contar estas calorías?

¿Qué tamaño deben tener las porciones de los alimentos que come?

¿Qué tipo de alimentos puede comer y cuáles no y por cuáles puede sustituirlos?

¿Cuál es el objetivo de su dieta además de controlar sus niveles de glucosa?: bajar de peso, controlar otras enfermedades, etc.

¿Qué horarios debe tener para sus alimentos?

En una dieta balanceada, usted como tratante puede indicar alimentos de todo tipo, en una proporción correcta, con vitaminas, minerales y energía suficiente para que su paciente se encuentre con energías de realizar sus actividades, también pueden consumir alimentos con sustitutos de azúcar o bajos en grasa.

Es importante tener en cuenta que:

- Al hacer las compras solo deben comprar lo que necesitan, no comprar alimentos de más
- Evitar tener alimentos prohibidos en su despensa ya que podría caer en la tentación de comerlos.
- Programar sus actividades, salidas, vacaciones y festividades de manera que no tenga que romper su dieta.
- Elija platillos saludables cuando coma fuera de casa.
- Tenga en mente el tamaño de las porciones y los alimentos permitidos.
- Seguir un horario para comer.

Actividad física

El ejercicio ayuda a mejorar el control de la glucosa, a controlar el peso y a lograr metas en salud, mantiene una sensación de bienestar, pero es importante tener en cuentas algunos puntos importantes:

- ✓ Valoración por un especialista antes de iniciar una rutina de ejercicios.
- ✓ Practicar ejercicio especial para su condición física, edad, estado general de salud, tolerancia al ejercicio y gusto personal.
- ✓ Depreferencia Aeróbico, caminata, natación, ciclismo, baile.
- ✓ No sobrepasar el tiempo ni la intensidad del ejercicio que se le ha indicado, el aumento de la actividad física causa alteraciones en los niveles de glucosa.
- ✓ Utilizar ropa cómoda y principalmente zapatos cómodos.
- ✓ Revisar el nivel de glucosa antes y después de cada rutina de ejercicio

Medicamentos utilizados

Los medicamentos para controlar los niveles de glucosa son un complemento del tratamiento para las personas con diabetes, conociendo que la base del tratamiento es la dieta y el ejercicio, para obtener un mejor resultado de los medicamentos se toma en cuenta:

- ✓ Consumir los medicamentos en cantidad y horarios establecidos.
- ✓ Hacer una lista de medicamentos consumidos y llevarla consigo siempre por si tiene que consumirlos fuera de casa o cuando pasa consulta.
- ✓ Preguntar al médico que es el medicamento, como funciona, etc.
- ✓ No consumir medicamentos que no han sido recetados por el médico, ni medicamentos populares como los naturales.

- ✓ Utilizar un pastillero para no olvidar tomar los medicamentos, cuando se necesita una polifarmacoterapia.
- ✓ Conocer lo mas que se pueda del medicamento, un paciente instruido logra más rápido el control de la glucemia.
- ✓ Si se hace cambio de medicamento se tiene que hacer un control más estricto de la glucemia, y hacer una bitácora de los niveles para reportarlo al médico en la próxima consulta.
- ✓ Explicar al núcleo familiar o los que están más del cuidado de nuestro paciente lo que es su enfermedad como lo pueden ayudar, en el diario vivir o cuando presente una crisis.
- ✓ Importante tener consigo una identificación y el nombre del médico en caso de efectos adversos.

Los niveles de glucosa se modifican constantemente y lo mismo sucede con el tratamiento de la diabetes. Cuando alguien inicia un medicamento, dieta o rutina de ejercicio es frecuente que haya mayor descontrol de los niveles de glucosa y lo mismo sucede cuando se hace algún cambio en el tratamiento, cuando hay alguna infección, traumatismo o cirugía. Por estas razones, las personas con diabetes y sus familiares deben estar capacitados para atender algunos de los problemas más frecuentes.

Para enfrentar estos problemas es importante que tanto la persona con diabetes, como los que lo rodean:

- ✓ Aprender de la enfermedad y de sus complicaciones.
- ✓ Asistir a consulta y capacitaciones siempre que sea posible.
- ✓ Tener un registro del tratamiento y de la evolución de la enfermedad.
- ✓ Instruir a los familiares a conocer las complicaciones principales e identificarlas para tomar las medidas más pronto posibles.
- ✓ Recibir apoyo familiar para no soportar la carga como una sola persona.
- ✓ Responder todas las preguntas al paciente, y decirlas aun que falte esta inquietud.

Algunas de las dudas más frecuentes de los pacientes diabéticos se pueden resolver en la consulta.

- ✓ Dar a conocer el nivel actual de glucosa y proporcionar el dato de su meta.
- ✓ Informar al paciente la existencia de complicaciones propias de la enfermedad y cuando tratarla al igual el periodo en el cual se hacen los estudios de riesgo.
- ✓ Dar a conocer que sucede si no trata la enfermedad
- ✓ Qué hacer si los niveles son altos de glucosa o si presenta niveles bajos.
- ✓ Qué hacer si se olvida el tomar el medicamento.

Para lograr un adecuado control de la enfermedad depende de muchos factores de ellos dependen del paciente mismo y de su familia para lograr un mejor control. Su médico y todo el grupo de salud está obligado a proporcionarle una dieta, una rutina de ejercicios y los medicamentos que le ayudaran al control adecuado, además, de tomar estudios periódicos para conocer el control exacto.

Es importante una valoración de otros especialistas como oftalmólogo por lo menos una visita cada año, al igual exámenes de prueba renal por lo menos una vez al año, aplicar la vacuna contra la influenza una vez al año y la del neumococo una vez cada 5 años, importante llevar un control del nivel de glucosa con su glucómetro personal, acudir al dentista una vez cada 6 meses por que la diabetes favorece la perdida de piezas dentarias o

presencia de infecciones , es importante informarle al paciente la importancia del las medidas higiénicas para evitar infecciones, no comer alimentos en la calle, lavar sus dientes, revisar diariamente su piel, utilizar ropa y zapatos que no causen ninguna lesión. Es importante mantener el ánimo del paciente para lograr sus metas explicar que es un camino largo pero que lo llevara a una mejor calidad de vida duran te mucho mas tiempo.

Para evitar las complicaciones crónicas de la diabetes las cuales muchas de ellas son silenciosas, tardan años en presentarse y posteriormente llevan a discapacidad, a una menor calidad de vida y por último a la muerte.

Esto se prevé diagnosticando lo más pronto posible la enfermedad cuando se tienen antecedentes de riesgo como familiares, obesidad, pre diabetes o cualquier otra enfermedad. Importante continuar el consumo delo medicamento, el que se logre una diabetes controlada no indica que esta desapareció, por lo tanto es importante continuar el tratamiento, evitar hábitos tóxicos.¹⁷

El pie es un indicador clínico del estado general de salud, este sitio es preferido para algunas enfermedades como sitio de afectación es importante su salud óptima para un mantenimiento adecuado de la movilidad y la de ambulación.

Por tal motivo el examen se realizara por un especialista, con apoyo para observar la piel los vasos sanguíneos y superficies de prominencias Oseas primero en declive y luego en elevación para observar la circulación del mismo. Enseguida de pie, en reposo y en marcha buscando cambios estructurales y alteraciones en la locomoción, por último la inspección del calzado es importante para identificar las areas de desgaste.

Dentro de los Síndromes principales de afectación en el pie tenemos:

La modificación de la temperatura y el volumen del pie nos indica alteración en circulación.

Las uñas de los pacientes ancianos se afectan por un engrosamiento que afecta para la de ambulación por ejemplo la onicogriposis, siendo una degeneración de la uña del pie que se

¹⁷ AADE7™. Guía rápida de auto cuidado para personas con diabetes. Guía Rápida de Auto cuidado. https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes_Spanish.pdf

presenta como un enroscamiento de la uña que provoca daño de los tejidos blandos del pie, generando inflamación y dolor al caminar. Otra afectación de la uña es la infección del lecho ungueal que puede causar ulceración.

De esta forma conocemos la importancia del tratamiento del paciente diabético no solo en ámbito farmacológico si no que también la importancia de modificar su ámbito social para lograr un mejor resultado en su mantenimiento y una mejor calidad de vida.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

1. Fundación del club de diabéticos en la unidad de salud “Dr. TPM”. Como un apoyo educativo y en salud preventiva. Tratando de darle un seguimiento integral y permanente a estos pacientes.
2. Jornadas educativas en temas relacionados a diabetes mellitus, medicación, complicaciones, dieta y otros aspectos, para los miembros del club y pacientes diabéticos en general, con la elaboración del material didáctico para la ejecución de las mismas.
3. Divulgación sobre el club de diabéticos en la unidad de salud “Dr.TPM”, a través de los medios de comunicaciones.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

i. Tipo de Estudio:

La investigación se llevo a cabo utilizando el tipo de investigación descriptiva.

ii. Tamaño de Muestra:

El universo de estudio estuvo comprendido por todos los pacientes diabéticos mayores de sesenta años que consultan en la Unidad de Salud “Dr. Tomas Pineda Martínez”, en el departamento de Santa Ana, en el periodo correspondido de Junio a Agosto del 2010 y cuyas edades sobrepasan los 60 años.

Dicho universo está compuesto por 77 personas mayores de 60 años con diagnostico de Diabetes Mellitus tipo II razón por la cual se llevara a cabo un censo. De ahí se utilizaran **Variables Nominales:** paciente con diagnostico de Diabetes Mellitus tipo II mayores de 60 años de edad.

Los Criterios de Inclusión serán:

- Pacientes adulto mayor de sesenta años que consulta por primera vez por diagnostico de dicha patología.

- Pacientes con esta patología que se presentan a sus controles por su enfermedad.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo II mayores de 60 años de edad que presentan complicaciones crónicas de la enfermedad.

Los Criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que consultan en la unidad de salud por complicaciones agudas que ameritaban traslado inmediato a segundo nivel de atención.
- Paciente que por voluntad propia no participen de la investigación del presente trabajo.

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

- **Fuentes de Datos:**

Se utilizaron fuentes de datos secundarias internos que se encuentran en los registros de información estadística mensual (I.E.M.A) de la Unidad de Salud Dr. Tomas Pineda Martínez, a través de los expedientes clínicos de los pacientes de dicha unidad de salud.

La técnica o método utilizado, fue el método de encuesta para lo cual el instrumento de recolección de datos consistió en los cuestionarios para ser administrados a los 77 pacientes mayores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo II que consultaron en la Unidad de Salud “ Dr. Tomas Pineda Martínez” y un miembro de su familia. El tipo de preguntas de dichos cuestionarios fueron cerradas, debido a que limita las respuestas del interrogado.

El cuestionario que se aplicara a los pacientes indagara en los siguientes aspectos: A) conocimientos y creencias del paciente acerca de su enfermedad B) la influencia del entorno familiar. C) los factores socioculturales que influyen en el fallo del autocuidado en su enfermedad.

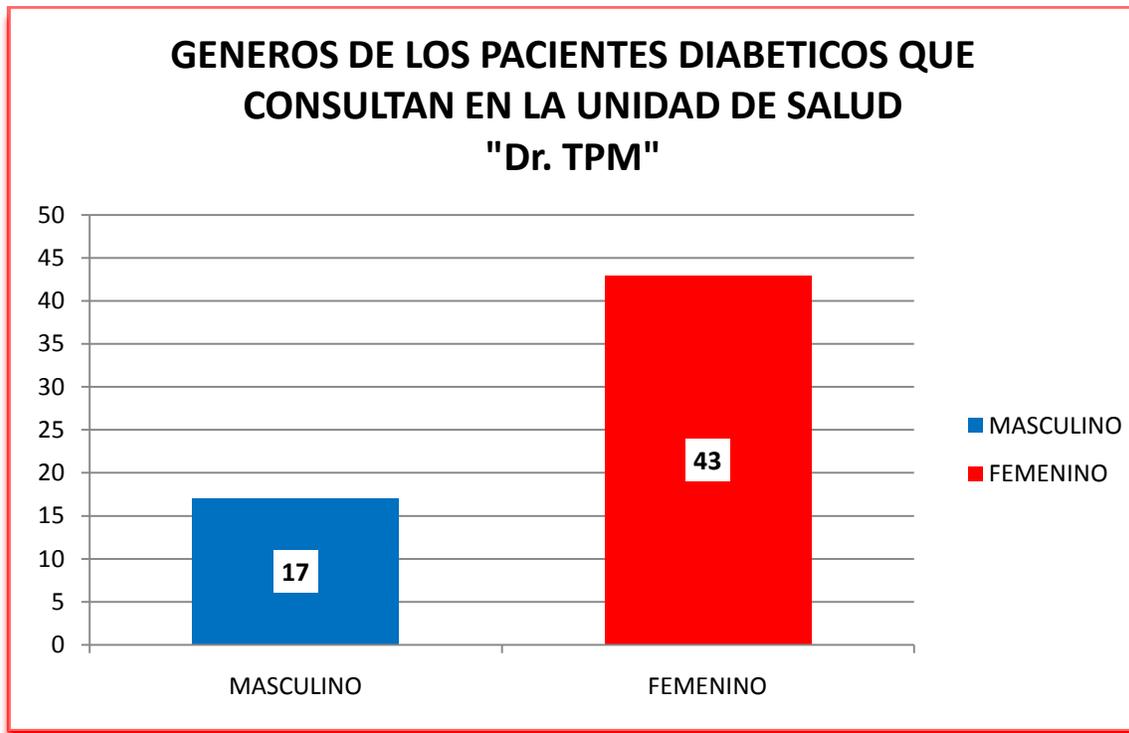
Obteniendo la validación por El departamento de proceso de grado de la Universidad de El Salvador; dirigido por la Dra. Patricia de Sandoval y Dr. Melitón Mira.

i. PROCEDIMIENTO

El procedimiento para el llenado del cuestionario de los pacientes se realizara de la siguiente forma: se le preguntara al paciente el motivo de consulta, si este es relacionado a la patología de la Diabetes Mellitus tipo II ya sea por control de su enfermedad o por complicación de su enfermedad, en algunas ocasiones se le realizara el cuestionamiento al paciente de manera precisa sin alterar el horario de consulta establecido y posteriormente se revisaban los expedientes para conocer los exámenes de laboratorio que se habían realizado para llevar el control de los niveles de glucosa en sangre. Posteriormente se entrevistara al personal que labora en la unidad de forma sorpresiva, en un mismo día, para evitar que se pongan en sobre aviso del cuestionario que se estaba pasando y así evitar falsas respuestas.

La tabulación se realizara mediante un conteo de cada una de las respuestas de cada uno de los cuestionarios, se sintetizará un procesamiento manual, para luego ocupar programas para la realización de las graficas y tablas que se realizaron en el cuestionario, utilizando EXCEL 2007.

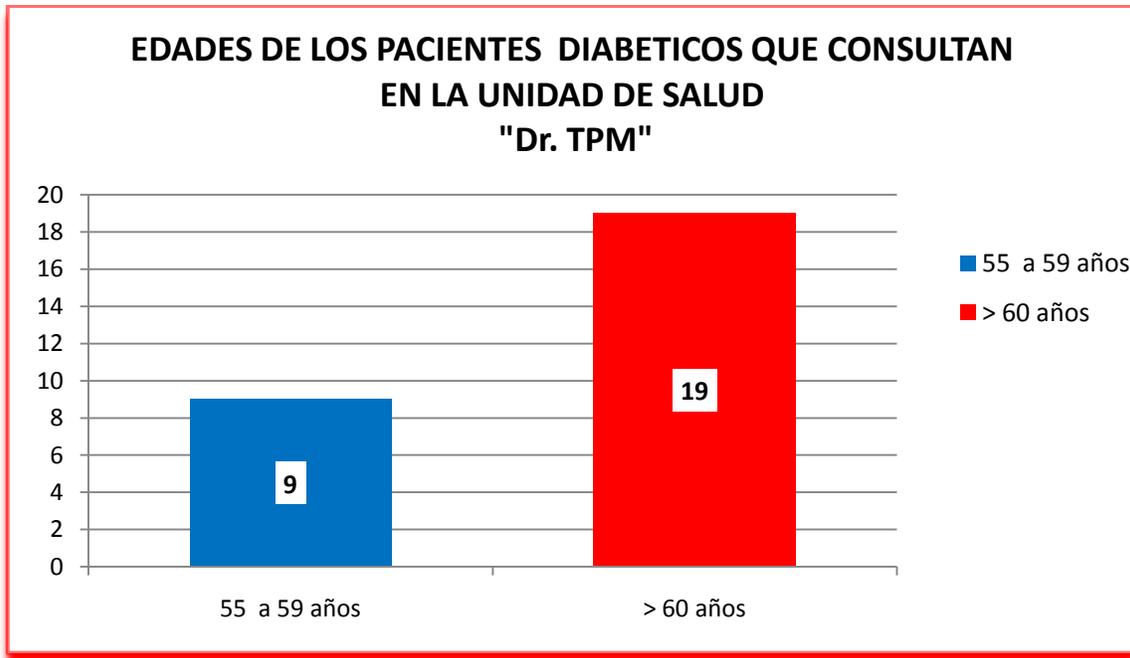
METODOLOGIA Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

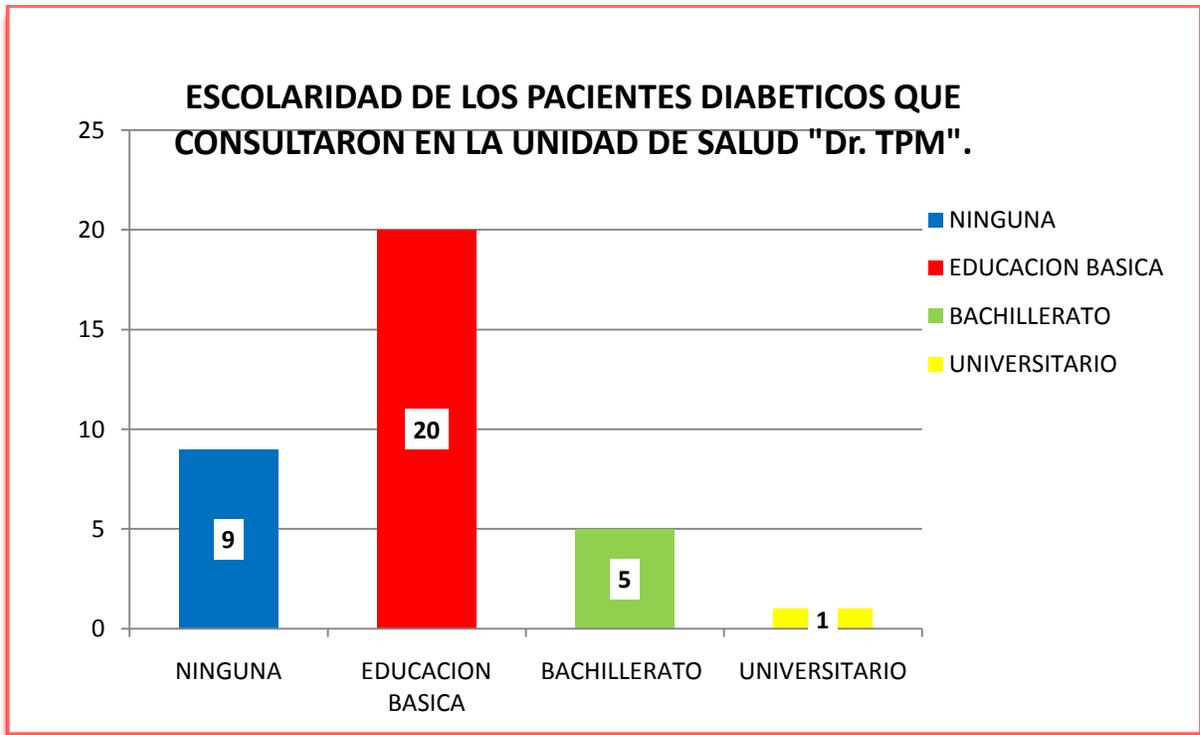
Se puede demostrar en este gráfico que el la mayor parte de pacientes encuestados son mujeres y que el resto, son hombres, lo que demuestra que el mayor índice de los pacientes diabéticos corresponde al género femenino. Una segunda interpretación podríamos darla en el siguiente aspecto: La mujer, por instancias culturales, es quien pasa más tiempo en casa. Tiene más tiempo para acudir a un establecimiento de salud, mientras que en el sexo masculino disminuye el número de consultantes por ser quien da la manutención en su hogar, y la pérdida de una mañana podría significar la pérdida de un día de comida.



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

En este gráfico se muestra que el mayor porcentaje es perteneciente al grupo etario del adulto mayor, más de la mitad de la consulta de Diabetes Mellitus. Luego, un 32% pertenecen a un grupo en particular de 55 a 59 años, que dentro en los próximos de años formarán parte del grupo del adulto mayor. Esto nos viene a recordar la importancia del grupo etario mayor de los 50 años de edad. Como es conocido en la literatura, la mayor parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo II son mayores de 60 años, muchos de estos pacientes tienen, o tendrán, alguna complicación debida a esta patología.

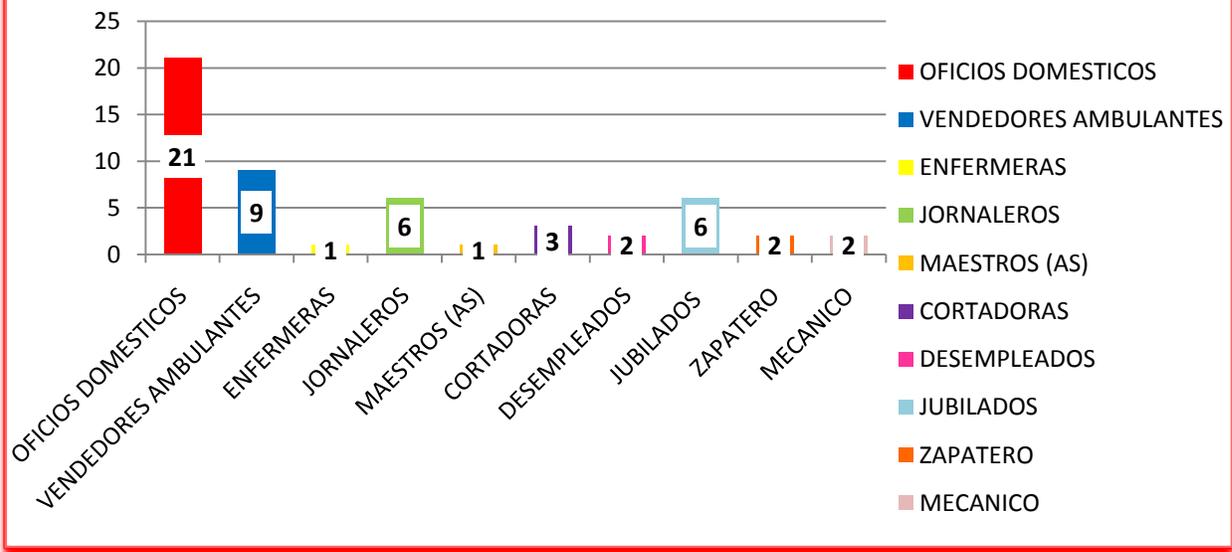


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud “Dr. TPM”

La mayor parte de entrevistados, recibieron educación básica; 26% nunca han estudiado, el 14% llegaron a bachillerato y 3% alcanzo los estudios superiores. Este gráfico podría demostrarnos que un menor nivel educativo podría influir de alguna manera, directa o indirecta con el fallo del autocuidado del paciente diabético. Es conocido que a mejor educación, hay mejor autocuidado. Es preocupante el porcentaje de quienes no han estudiado: Las supersticiones, mitos y uso de “hierbas” se da en individuos con poca o ninguna educación.

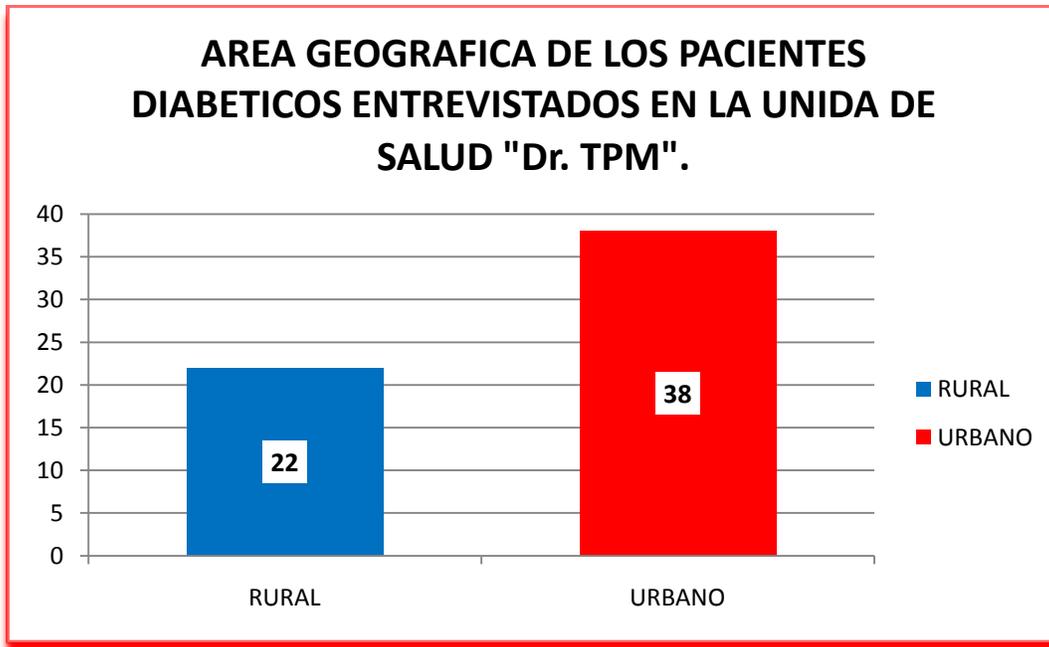
OCUPACION DE LOS ENCUESTADOS EN LA UNIDAD DE "Dr. TPM"



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

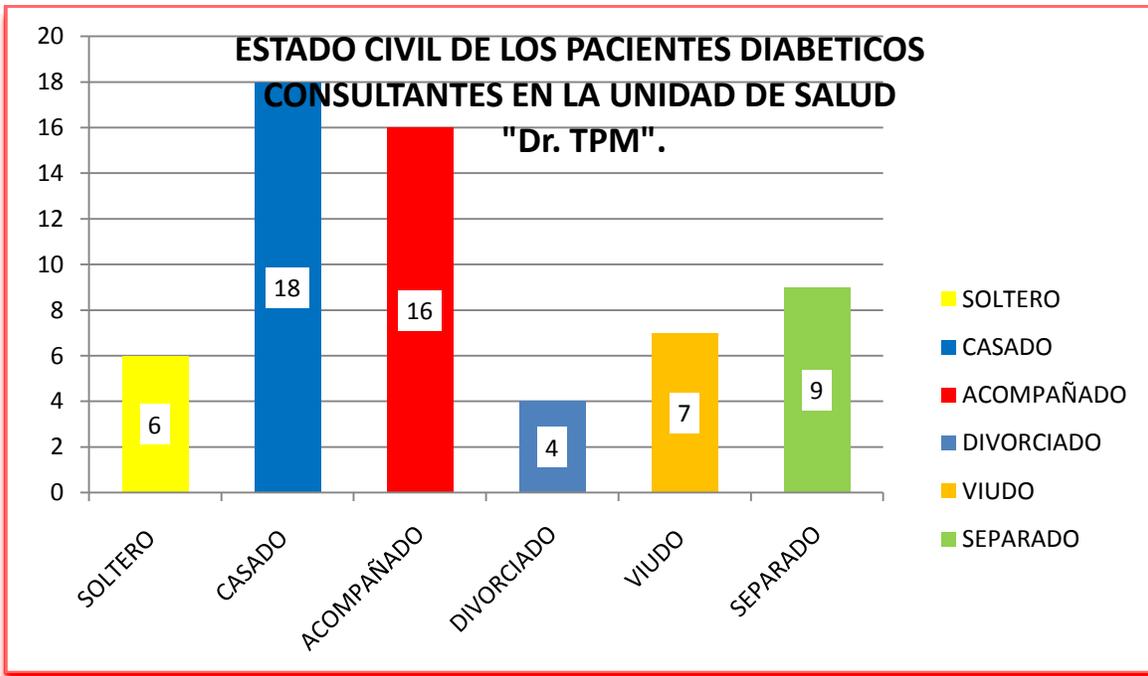
En este gráfico se muestra que la mayor parte realizan oficios domésticos, ya que muchas de estas personas son del género femenino y dedican su tiempo a cuidar a su familia descuidándose, quizás, así mismas. O bien, son quienes más consultan por tener el tiempo necesario para hacerlo. 17 % son o fueron vendedores ambulantes lo que significa que pocos se interesan por mejorar su salud, debido a la necesidad económica que tienen de trabajar. El 10% son jornaleros quienes por trabajar y ser quienes aportaban la manutención del hogar podría descuidar su salud. Otro 10 % son jubilados de los cuales algunos trabajaron y hoy descansan tratando de sobre llevar sus vidas aun con la enfermedad, tiene el tiempo, pero también limitaciones económicas, que podrían influir en su auto cuidado. El otro 5% son empleadas informales que laboran solo en tiempo de cosecha sin preocuparse de su salud y las condiciones en las que laboran los demás porcentajes inferiores al 3% son desempleados, maestros (as), zapateros, mecánico etc.



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

En este grafico se muestra que la mayor parte de los pacientes viven en el área urbana cuentan con la facilidad de asistir a sus controles a la unidad de salud "Dr. TPM". Por otro lado, el resto, son del área rural y aunque algunos cuentan con la ayuda de la familia, pocos asisten a sus controles rutinariamente y en ocasiones, cuando tienen oportunidad de asistir. El área geográfica de influencia de la unidad de salud es predominantemente urbana, con accesibilidad. Lo que podría influir en la consulta del paciente urbano. En cambio los pacientes rurales, tienen menor accesibilidad, teniéndose preferencia por otros establecimientos de salud donde el acceso al paciente no le sea dificultoso.

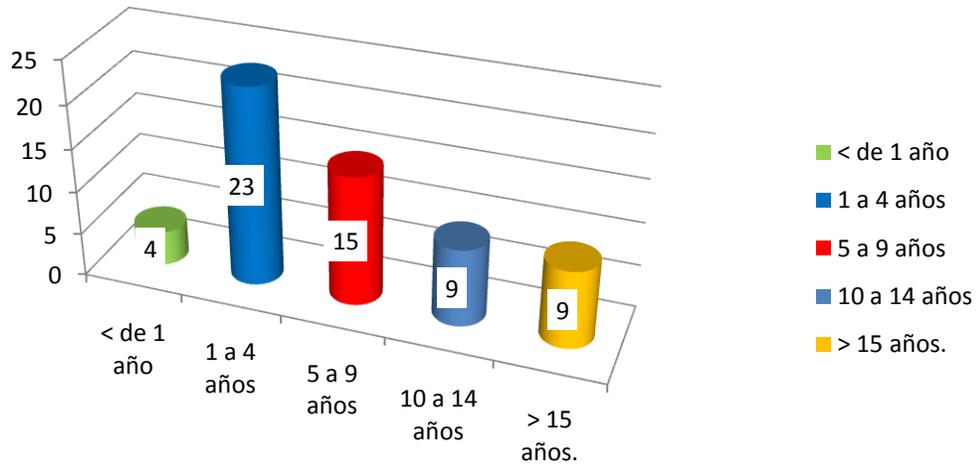


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la Unidad de Salud "Dr. TPM"

En este grafico se demuestra que el mayor porcentaje de los entrevistados son casados o acompañados, y aunque cuentan con un ser querido o cercano, no siempre obtienen todo el apoyo que ellos necesitan con su enfermedad, ya sea por que el cónyuge se encuentra laborando, o bien, por situaciones en donde los patrones culturales como el machismo y el atemimiento tienen gran influencia. 15% son separados 11% son viudos el 10% divorciados y el 7% son solteros, si bien estos grupos podrían ser en realidad personas solitarias, algunos si cuentan con el apoyo familiar, en este caso de su familia extensa, a pesar de estar en su estado civil.

TIEMPO DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES ENTREVISTADOS EN LA UNIDAD DE SALUD "Dr. TPM".

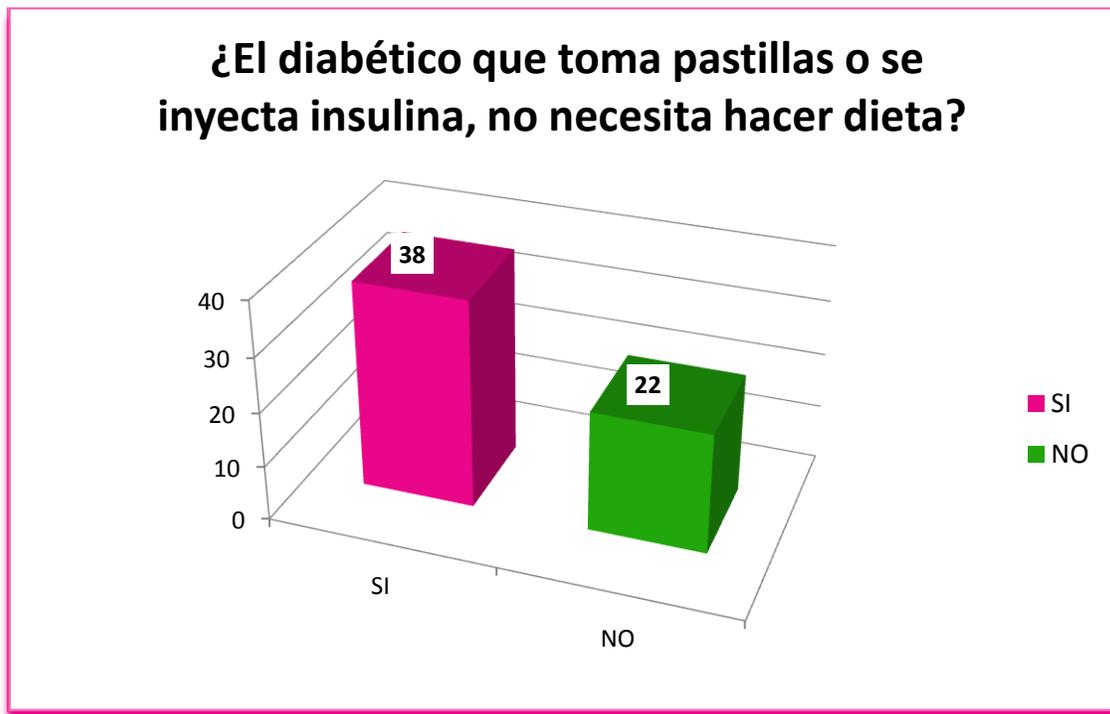


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

En este gráfico podemos observar que la mayoría de los pacientes tienen no más de 5 años en el diagnóstico de la enfermedad. Quizás sea una ventaja para ellos, la mayor parte de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II se presenta, en su mayoría, después de los cinco años después del diagnóstico. Es decir el mayor porcentaje de pacientes tiene de 1 a 4 años de evolución de su enfermedad, 25% entre los 5 a 9 años, donde ya podríamos encontrar complicaciones como trastornos visuales. 15% son de 10 a 14 años de haber sido diagnosticados, donde podríamos ya encontrar problemas como neuropatías, nefropatías e inclusive ceguera. Los pacientes con más de 15 años de padecerla, podrían estar asintomáticos y bien controlados, o desgraciadamente, con una complicación crónica que podría ser limitante a sus actividades. Solo un 7% de los entrevistados tienen menos de un año en el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, este grupo sería el más beneficiado con el fomento del autocuidado

EL FACTOR EDUCATIVO INFLUYE EN EL FALLO DEL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITU TIPO II.

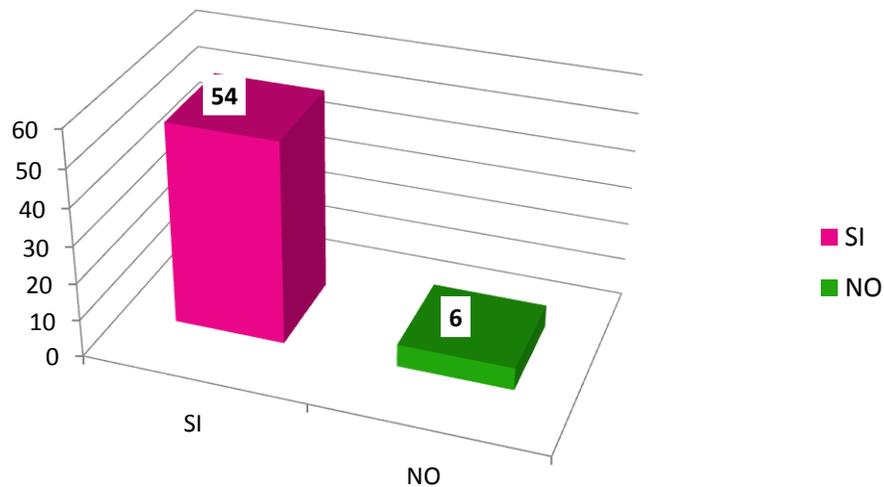


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

La mayoría de los entrevistados señala que no hay necesidad de hacer dieta si se administra algún tratamiento, un tercio de los pacientes niegan este hecho, conociendo que si es necesario como complemento del tratamiento y tener un mejor manejo de la enfermedad.

¿La diabetes puede afectar el riñón, los ojos, la circulación y los pies?

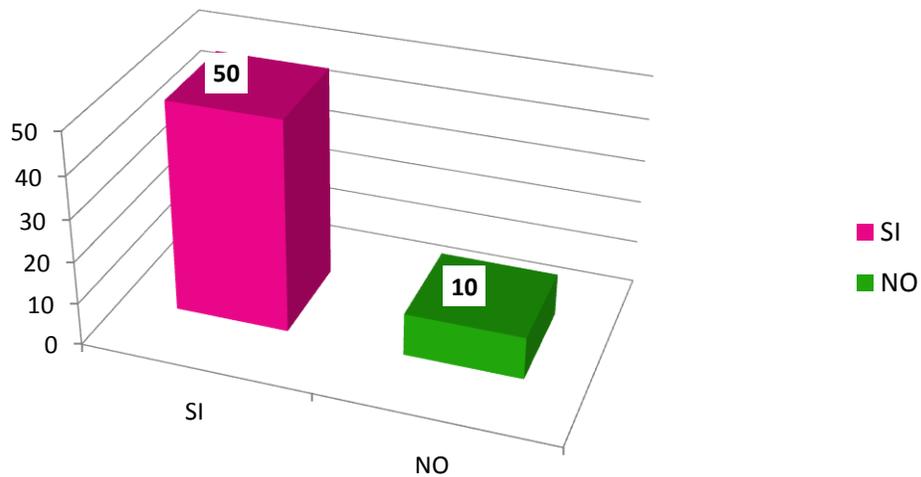


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM".

En este gráfico podemos observar que la mayoría de los pacientes conocen que es una enfermedad que puede afectar muchos órganos de nuestro cuerpo, tal vez no porque conozcan en sí la enfermedad. Esto es debido a que los médicos quienes los atienden les han informado sobre esas afectaciones que podrían darse si no se lleva un control adecuado de la enfermedad, por lo que solo el 10% afirman no saber si la Diabetes Mellitus les afecte alguna parte de su cuerpo.

¿Los hijos de un diabético tiene más posibilidades de ser diabéticos?

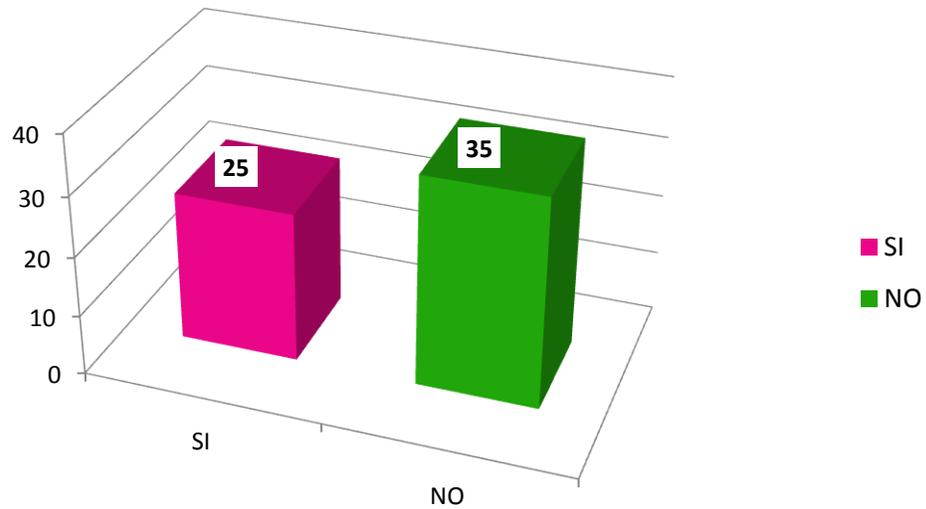


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM".

En esta grafica podemos observar que a pesar de no tener mucho conocimiento sobre la enfermedad, la mayoría de los pacientes entrevistados, saben que, la probabilidad que existe de que un hijo de un paciente diabético desarrolle la enfermedad es mayor y un 83% están de acuerdo y el 17% piensan que no es riesgo el ser hijo de un diabético.

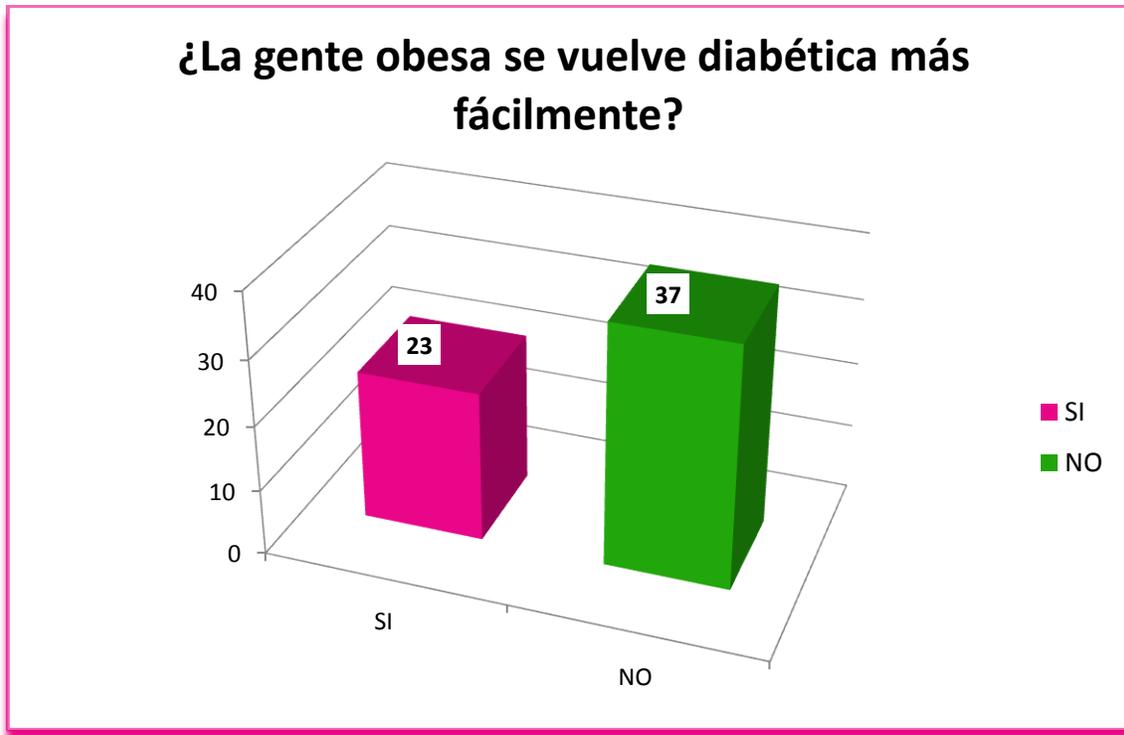
¿Un diabético goza menos la vida que un no diabético?



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM".

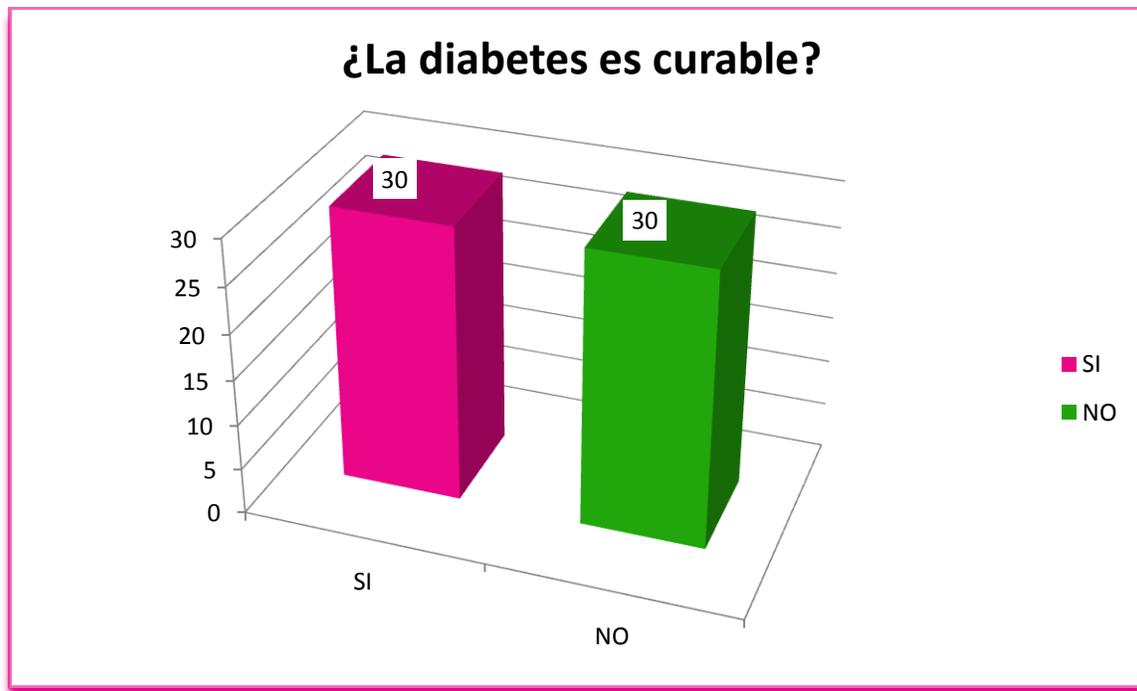
La mayoría de los entrevistados conocen que pueden llevar una vida normal sin mayores restricciones. Esto siempre y cuando se tenga un control adecuado, una medicación adecuada, una dieta y ejercicios programados. Esto nos dice que hay factores propios del paciente, como el desconocimiento de la enfermedad, provocando un fallo en su auto cuidado.



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM".

Otra muestra del desconocimiento de la enfermedad porque la obesidad es un factor presente en un 80% de los pacientes diabéticos, esto influye porque muchos de los pacientes no cumplen con la dieta programada para ellos, que debe ser una dieta con la finalidad de reducción de peso, evitando así la resistencia a la insulina. Esto también influye en el ejercicio y un estilo de vida adecuado porque la mayoría de los casos son sedentarios.

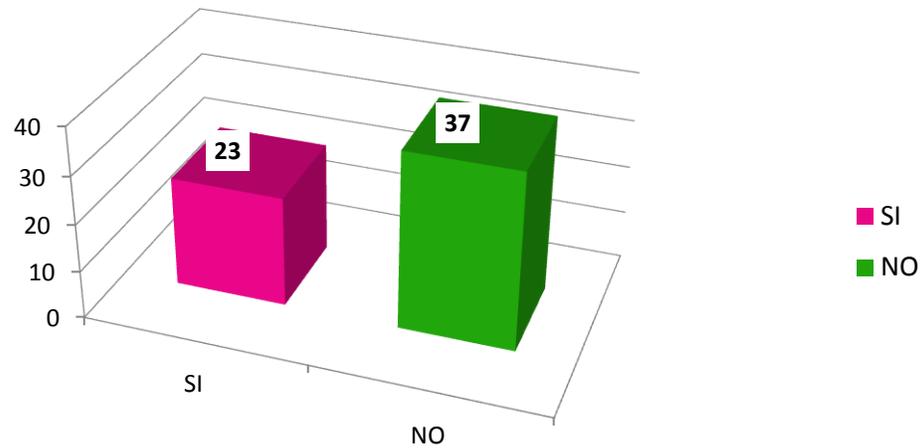


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Este grafico también demuestra el desconocimiento de la enfermedad de los pacientes entrevistados. Ya que la diabetes es una enfermedad no curable pero si controlable. Teniéndose una dieta adecuada, un estilo de vida sano y una medicación complementaria idónea el paciente puede evitar tener complicaciones y tener una vida plena.

¿El cigarro favorece las complicaciones de la diabetes

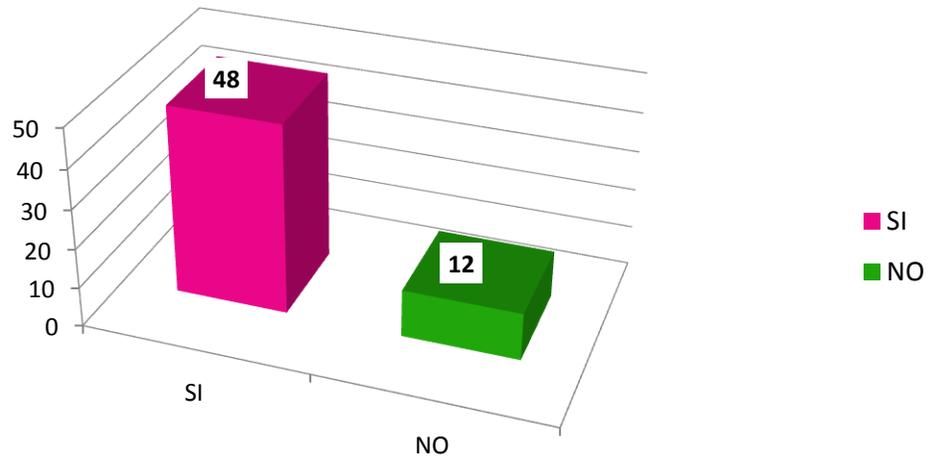


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Si bien un porcentaje de pacientes afirman que los cigarrillos favorecen las complicaciones de la enfermedad, la mayoría señala que no favorecen a estas complicaciones porque lo asocian a problemas pulmonares y no con otras patologías. Además el tabaco favorece la aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica.

¿Los pies del diabético necesitan cuidados especiales?

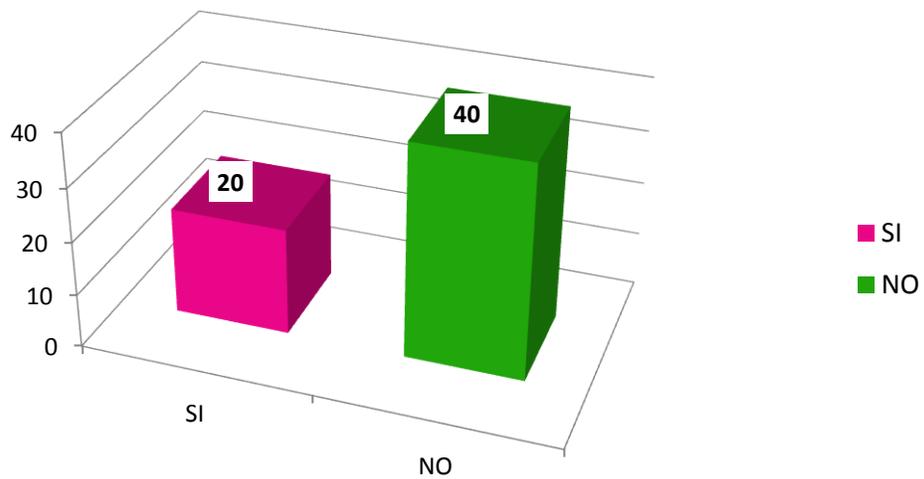


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

En este gráfico se muestra que hay cierto conocimiento de la patología, principalmente como es una de las complicaciones crónicas de la enfermedad, como lo es una de las más temidas: El pie diabético, la cual puede llegar a amputaciones en los miembros.

¿El ejercicio disminuye el azúcar en la sangre?

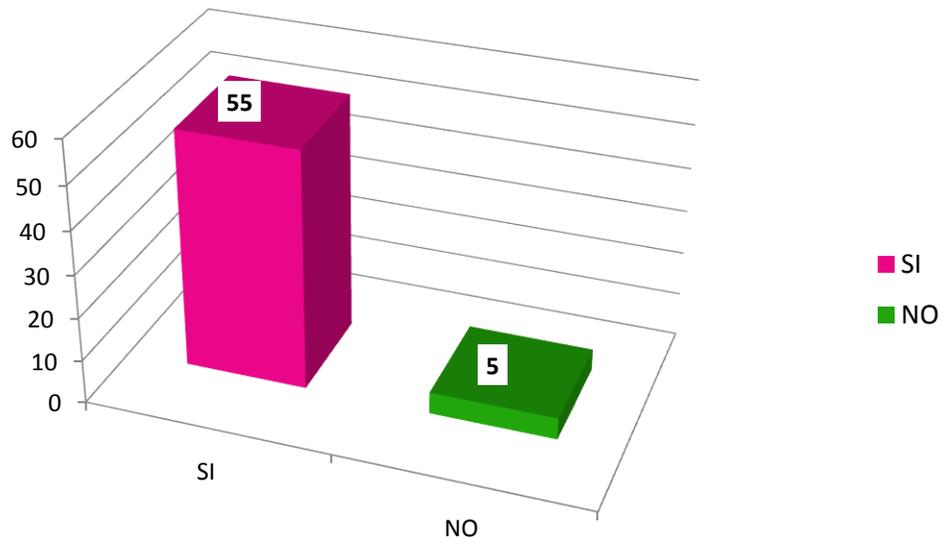


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Podemos observar el desconocimiento que el paciente tiene, siendo el ejercicio uno de los pilares en el tratamiento de la enfermedad, puesto que disminuye la resistencia de la insulina por parte de las células principalmente las musculares y adiposas. Disminuyendo la glicemia.

¿El diabético debe llevar una dieta especial?

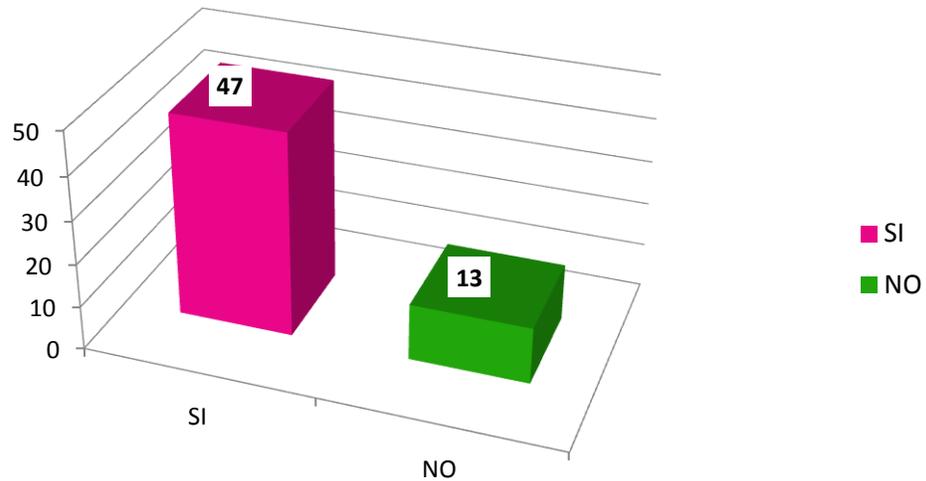


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM".

Este gráfico muestra que hay conocimiento de uno de los pilares del tratamiento pero como se vieron en otros gráficos, la familia no aporta ayuda y el apoyo necesario ya sea dietético o anímico para que el paciente fomente en si mismo esta práctica en su auto cuidado.

¿El paciente diabético debe ser revisado por el oculista, cuando menos una vez por año?

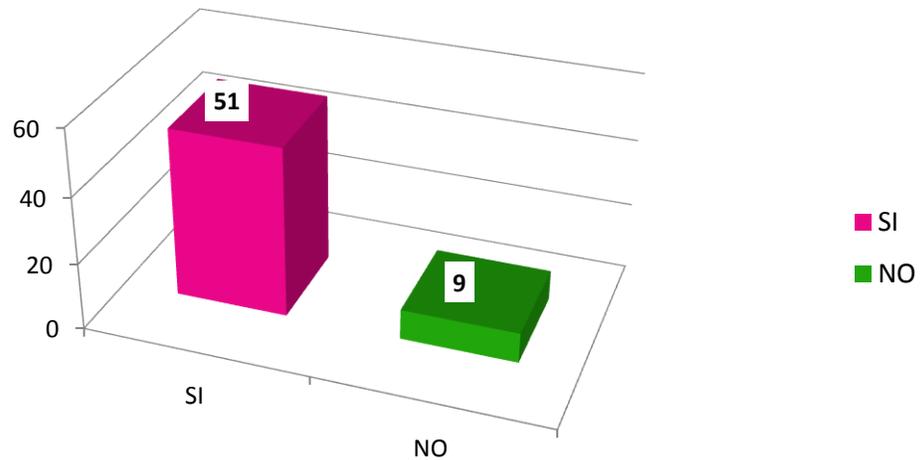


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

El paciente conoce que la diabetes podría causarle ceguera permanente, lastimosamente la unidad de salud no cuenta con el recurso de oftalmólogo, por lo que hay necesidad de referirlo al segundo nivel de atención en caso de presentar complicaciones. Lo que influye negativamente en el control, ánimo y cuidado del paciente.

¿Cuándo el médico prescribe insulina, es necesario aplicársela?



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM" "

Hay conocimiento de que hay necesidad de aplicarse el medicamento, si esta es prescrita. Esto influye negativamente si es prescrito este medicamento, ya que el paciente recibe presiones sociales e inclusive familiares para no usarlo. Prefiriendo el uso de tabletas, las cuales quizá ya no tengan ningún efecto en su nivel glucémico.

**COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE EN CUANTO A LA TOMA DE SU
MEDICACIÓN**

Afirmaciones	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido	6	32	22	0
2. Se toma todas las dosis indicadas	16	29	15	0
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	10	11	39	0
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	40	15	5	0
5. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades diarias	7	23	30	0
6.-Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos	11	28	21	0
7. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	14	30	16	0
8. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento	0	20	32	8
9. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico	0	36	24	0
10. Le es accesible el local de la unidad de salud "Dr. TPM".	18	32	10	0

Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Análisis de tabla:

La educación de los pacientes sobre la enfermedad que enfrentan y la medicación específica que reciben es clave para mejorar su calidad de vida. En tratamientos crónicos como éstos, a los pacientes hay que explicarles muy bien cómo manejar las tomas, porque sin información es muy probable que se equivoquen en las dosis. Esto refleja que se tiene un porcentaje alto de adultos mayores de 60 años con diabetes mellitus, que no cumplen con los horarios indicados por el médico, para tomar y cumplir sus medicamentos, según el fundamento teórico no se deberá modificar el horario de administrar los medicamentos, pues esto interfiere en la efectividad de su tratamiento. En cualquier caso estas cifras, unidas al poco saludable estilo de vida, pueden explicar la mala evolución clínica de esta enfermedad en los pacientes que consultan en la unidad de salud. Es posible que los pacientes sólo sigan adecuadamente su tratamiento cuando ya la enfermedad haya causado complicaciones. Podemos considerar que la información obtenida representa el estilo de vida de las personas que padecen esta enfermedad en la comunidad.

Uno de nuestros resultados más preocupantes es el número de personas que sabiendo que padecen DM2 declaran no seguir tratamiento regularmente se debería indagar si estamos ante un caso de menosprecio cultural de esta enfermedad por parte de una población que puede estar identificando la DM2 como un problema menor con el cual mucha gente vive una larga vida. Resultados similares a éstos se han encontrado en EEUU, con un cuarto de la población con DM2 mostrando pobre adherencia al tratamiento farmacológico en función de sus creencias sobre la enfermedad y los efectos secundarios de los medicamentos¹⁸. Aunque la aplicación de guías de práctica clínica depende tanto de la estructura del sistema sanitario como de la motivación y la formación de los profesionales sanitarios, no es menos cierto que las actitudes de los pacientes pueden ser

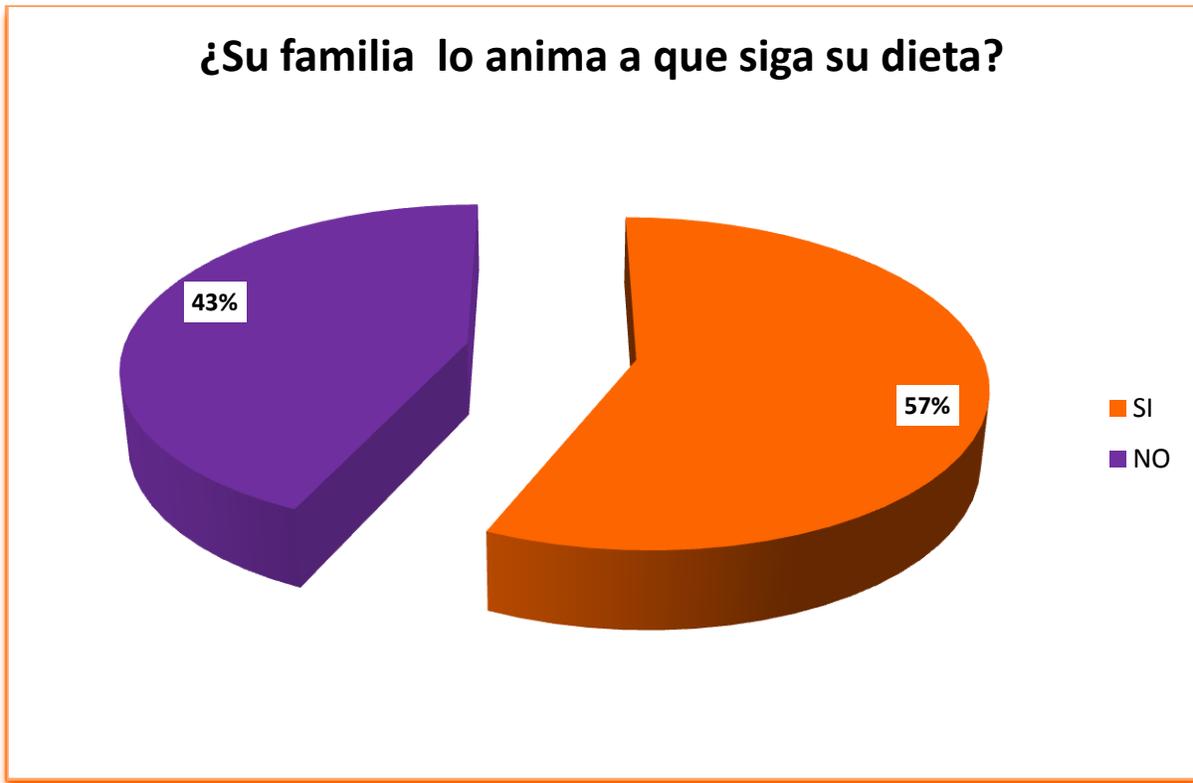
¹⁸ Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. J Behav Med. 2009; 32: 278-284.

determinantes en este empeño¹⁹. Las barreras culturales, psicológicas y sociales dependientes de los pacientes están igualmente documentadas en edades adultas y avanzadas

Podemos deducir del análisis que la población con DM2 que consulta en la unidad de salud “Dr. TPM”, muestra un estilo de vida poco saludable. Esto más el bajo porcentaje de personas con DM2 que siguen tratamiento con regularidad, puede explicar la mala evolución clínica de la enfermedad en esta Comunidad. Es necesario aumentar el esfuerzo realizado hasta la fecha para identificar a estas personas, ofrecerles los programas preventivos de DM en atención primaria, educarlas sobre los cuidados de su enfermedad y ayudarles a mejorar su estilo de vida.

¹⁹ Shah BR, Hux JE, Laupacis A, Zinman B, van Walraven C. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control: do specialists differ from primary care physicians? *Diabetes Care*. 2005; 28: 600-606.

**EL APOYO FAMILIAR INFLUYE EN EL FALLO DEL AUTOCUIDADO EN
EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS.**

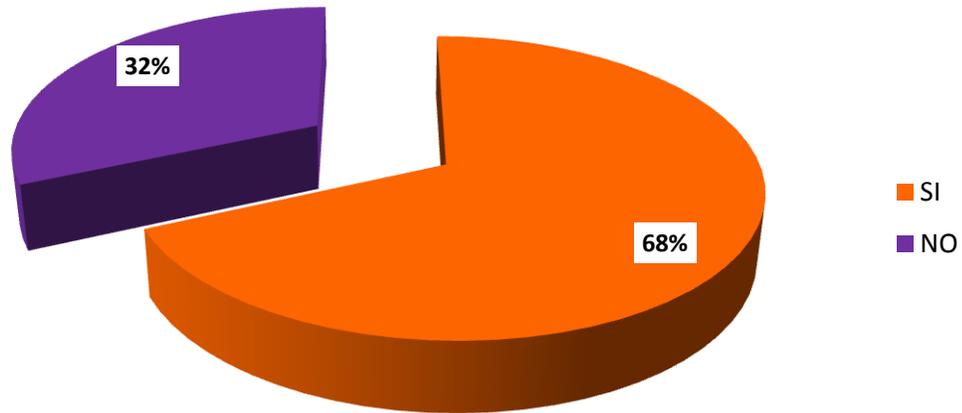


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la Unidad de Salud "Dr. TPM"

Podemos observar que la mayor parte de pacientes tiene apoyo de su familia, situación muy importante, ya que eleva la autoestima de paciente, pues ya no se sentirá solo en su lucha contra esta enfermedad. El apoyo, aunque sea anímico de la familia evita la tendencia depresiva y ansiosa que estos pacientes poseen.

¿Su familia adapta su alimentación para que usted siga su dieta?

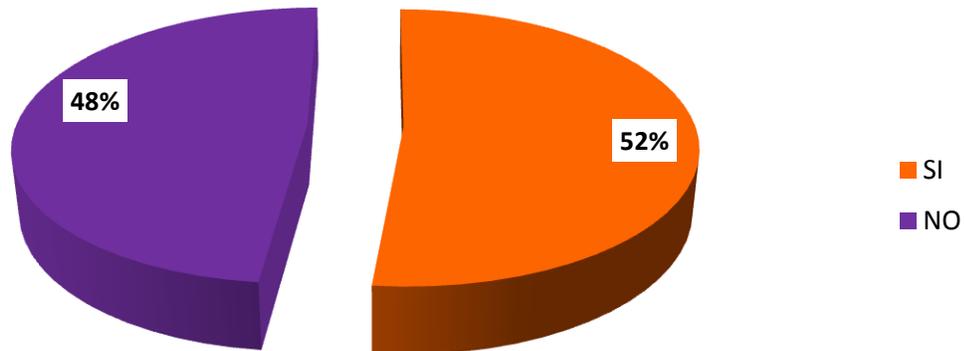


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

La colaboración de la familia es una pauta muy importante, es evidente el apoyo de los seres que rodean al paciente. Quizás este sea un sacrificio en los hogares donde se tenga la presencia de niños, quienes son dados a las golosinas, que como se sabe, son deletéreas para el paciente diabético. Aquí no se observa nada más el apoyo moral, vemos hechos, y quizás sacrificios, a favor del paciente, por parte de su familia.

¿Su familia lo induce a comer alimentos no permitidos?

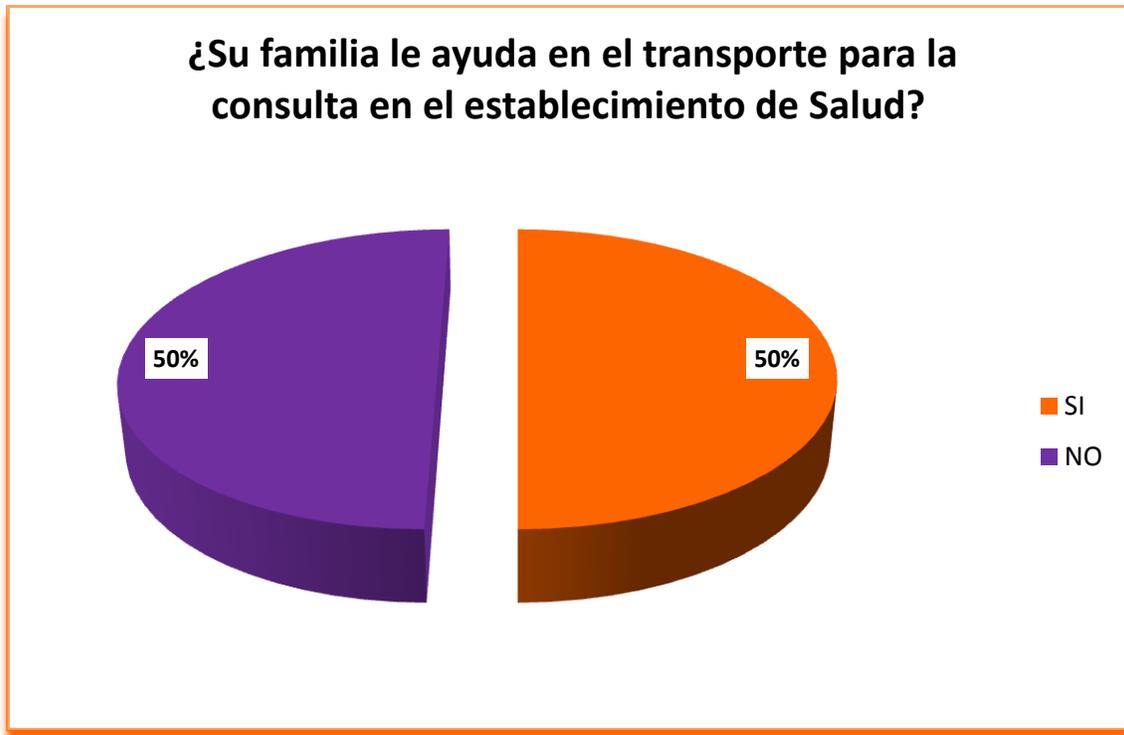


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Quizás parezca un poco contradictorio, tomando en cuenta los gráficos anteriores, donde se observa que hay apoyo anímico y en la dieta. Aquí vemos a la familia como inductora a que el paciente ingiera alimentos deletéreos para su salud. La mayoría de los pacientes señala que es inducido por la familia. La pregunta sería ¿Será por economía o ignorancia de la familia acerca de la enfermedad del paciente?

La dieta normal del salvadoreño es predominante en hidratos de carbono, en el área quizás esta sea la única fuente de calorías. Pero el consumismo, y la ignorancia de la enfermedad podrían llevar a un paciente a ingerir algún alimento que no le parezca nocivo, pero su efecto sí lo sea.

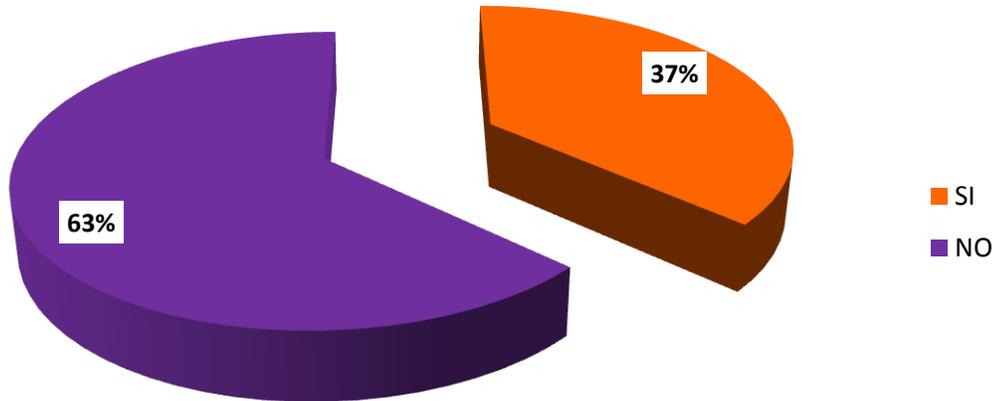


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Es observable, en este gráfico, el aspecto de la accesibilidad: Podríamos tomarlo en dos aspectos, uno de ellos, que el paciente viva cerca de el establecimiento de salud y no necesite de su familia para transportarse, ya que el paciente se vale por si mismo y puede asistir con regularidad a sus controles. Por otro lado, no se tienen los medios para llevar al paciente a su control, ya sea por motivo económico, o por omisión u olvido. En muchas situaciones se tienen pacientes analfabetos que confunden su día de control, con la consiguiente pérdida de tiempo para el paciente y la sobrecarga para el médico que brinda la consulta, lo cual derivaría en una mala atención al paciente.

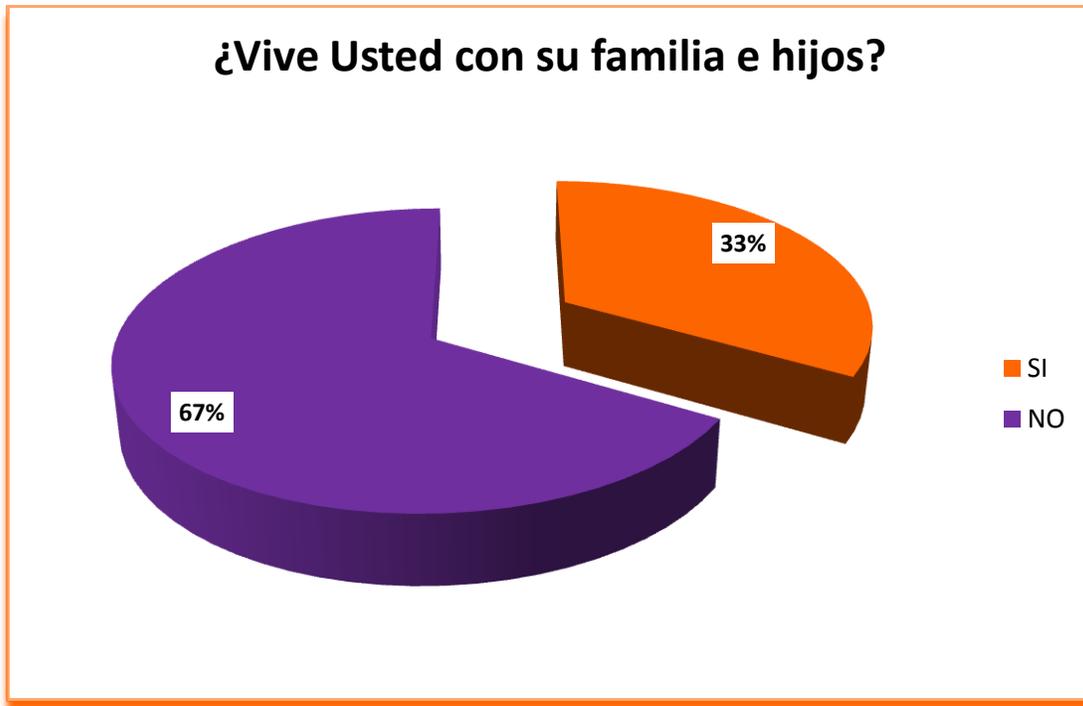
¿Su familia le brinda apoyo económico si un medicamento no se encuentra disponible en el establecimiento de salud?



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Como se ha señalado anteriormente: La familia apoya al paciente, pero no le ayuda en su dieta, no le recuerda su medicación, y en el gráfico observamos la falta de apoyo económico. La situación económica de muchas familias ha forzado a reducir sus gastos a lo indispensable. Lastimosamente, una enfermedad como la diabetes mellitus podría dar sintomatología cuando ya exista una complicación, o bien, una descompensación, lo que aumenta el desgaste de los ya limitados medios económicos de la familia por la compra de medicación necesaria para esta complicación. Por otro lado, como se menciona anteriormente, el paciente podría costear por sí mismo su medicación sin detrimento de la economía de su familia cercana.

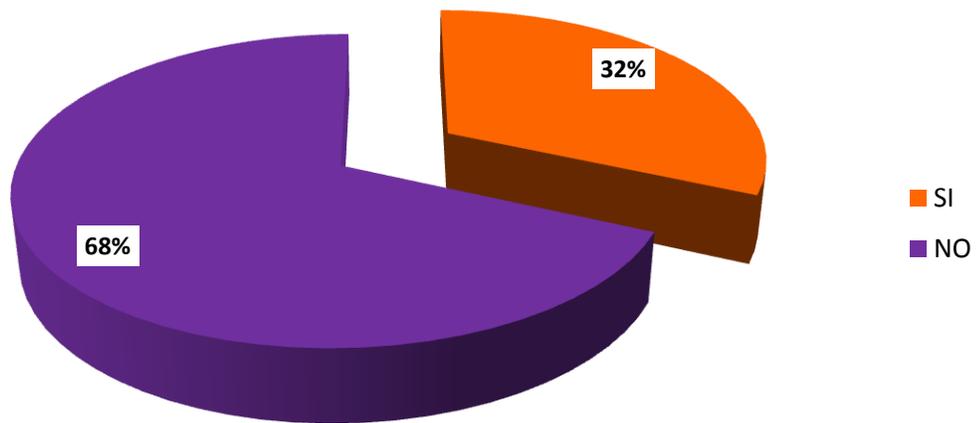


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

La mayoría de los pacientes no vive con su familia cercana. Cabe la pregunta si vive solo, ya sea por marginación, estigmatización, o porque el paciente podría ser una carga económica para su familia. Una segunda opción es que el paciente viva en un asilo de ancianos, en donde podría tener encargados para su cuidado. La tercera es la decisión personal del paciente a su aislamiento para con su familia. Cualquier motivo de los anteriormente señalados podría influir negativamente en el auto cuidado del paciente adulto mayor.

¿Considera que sus familiares lo han dejado solo por su enfermedad?

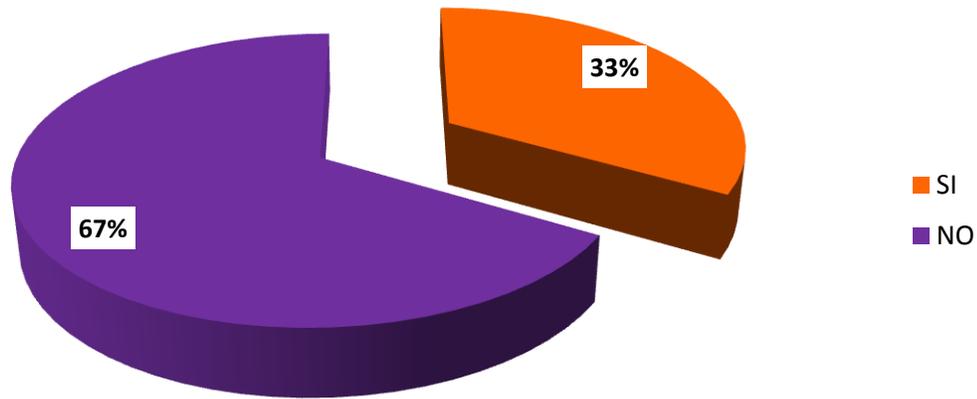


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Si bien la mayoría de pacientes mencionan que no han sido marginados o estigmatizados por su enfermedad un buen porcentaje, casi un tercio de pacientes, lastimosamente ha sido estigmatizado y marginado por su enfermedad. Otra variable que influye de manera muy negativa en el auto cuidado del paciente.

¿Están su familia pendiente de su estado de salud?

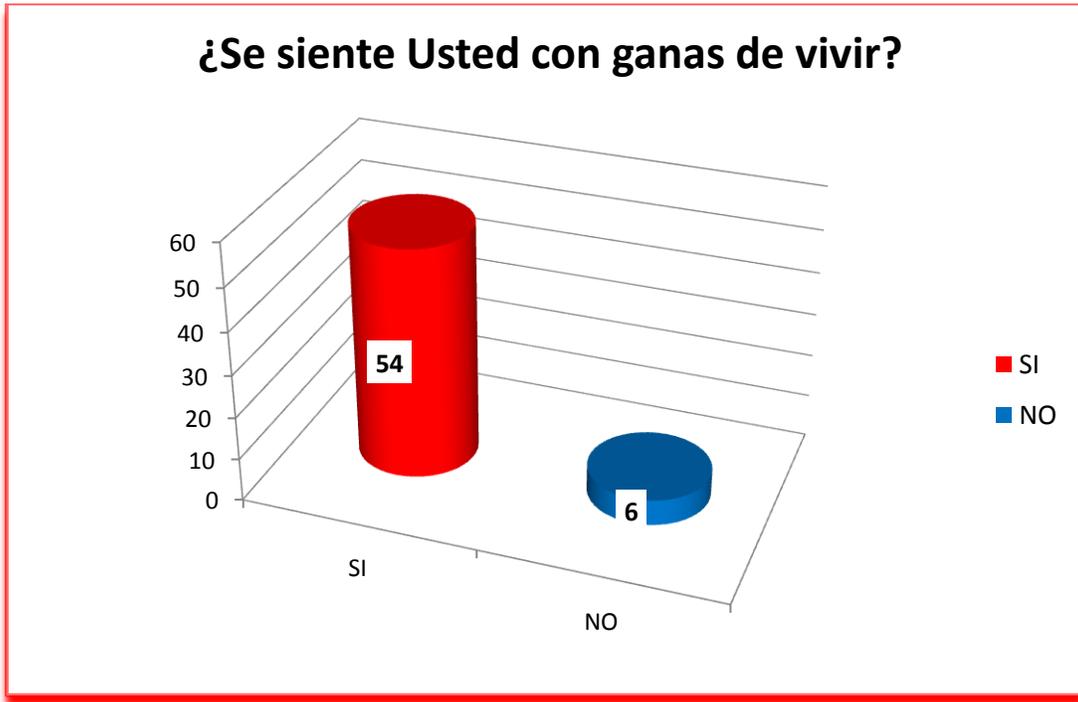


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Es observable en la mayoría de los pacientes entrevistados que la familia no presta cuidado a la patología de su familiar que padece diabetes mellitus tipo II, varios pueden ser los factores que influyen en el lo económico si los familiares habitan fuera del país, pero podríamos también tomar este grafico como un parámetro en donde la estigmatización e marginación por parte de la familia, a esta presente en los pacientes que fueron entrevistados en este estudio.

**CREENCIAS U OTROS ASPECTOS SOCIOCULTURALES INFLUYEN
EN EL FALLO DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS.**

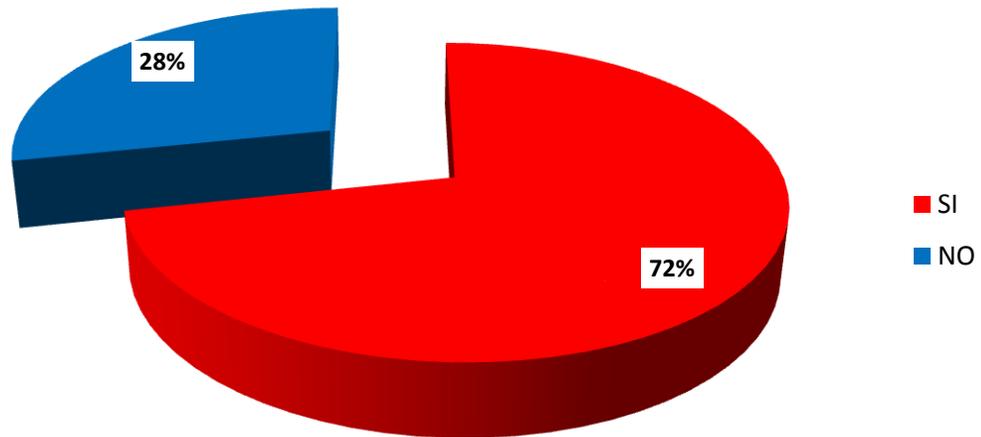


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Si bien la literatura médica señala que en muchos casos la posibilidad de depresión existe dos veces más que en la población normal, podemos observar en el grafico los pacientes entrevistados no mostraron tendencias depresivas.

¿Tiende a enojarse con frecuencia?



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

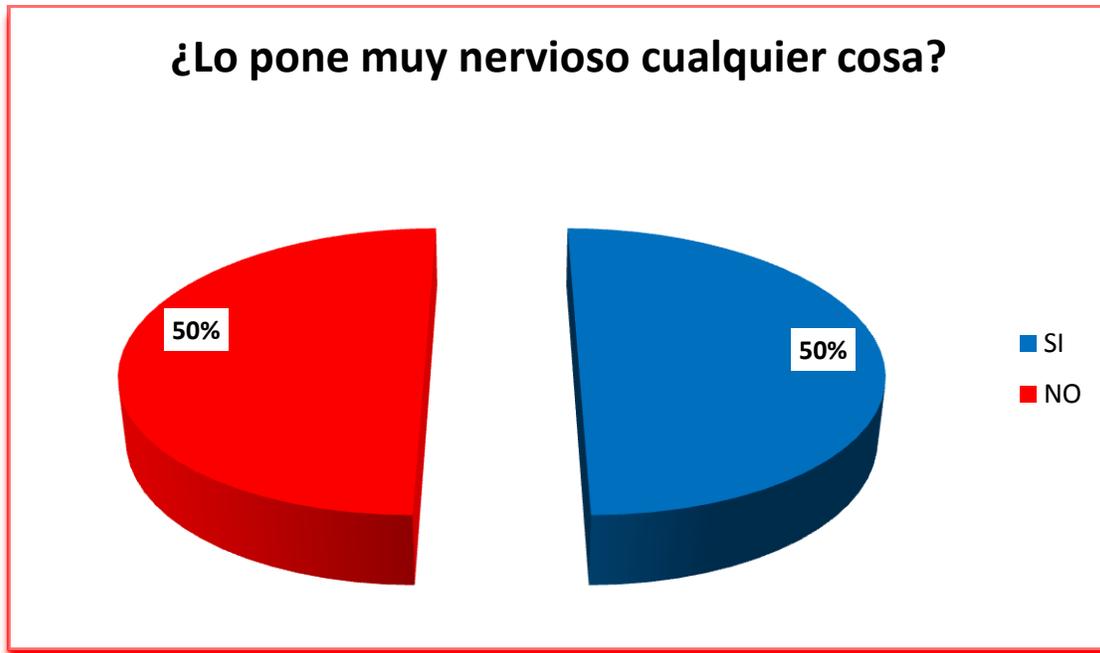
La ansiedad esta demostrada siete veces mas en la población diabética que en la población que no padece esta patología. La tendencia al enojo y a la ansiedad se puede demostrar conforme a la literatura revisada.



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Si bien un gran porcentaje niega que se la tendencia al estrés causado por su enfermedad un tercio de estos pacientes si lo demuestran. Es evidente que esto influye en el fallo del auto cuidado del paciente diabético. Muchas veces el factor cultural del atenuamiento podría hacer que el paciente no se preocupe en realidad por su enfermedad, resultando esto en descompensaciones o complicaciones de su enfermedad.

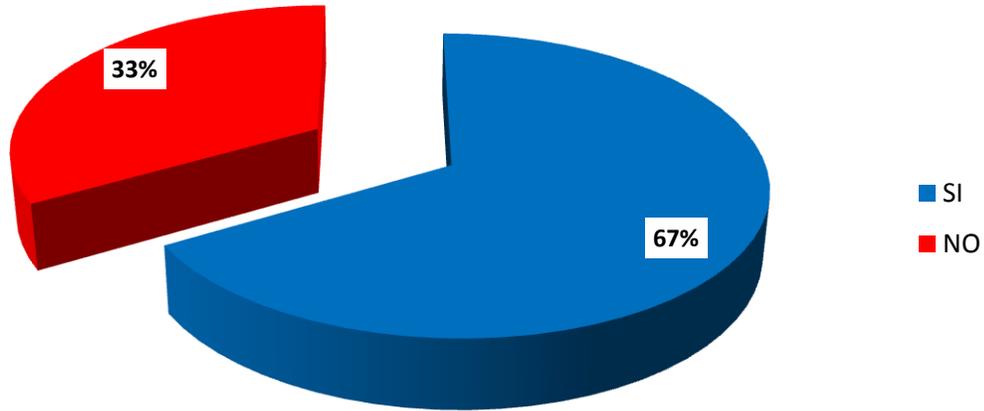


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Este es otro gráfico que nos demuestra que los pacientes tienen la tendencia a la ansiedad a pesar que lo niegan en otros ítems del cuestionario. Esto podría demostrarnos también la presencia de ansiedad y que este podría negarla. Esta es una situación muy frecuente y podría influir en el auto cuidado del paciente. El stress ha demostrado ser un factor deletéreo en la diabetes mellitus por la liberación de catecolaminas, lo cual eleva la glicemia.

¿En alguna ocasión le ha dado ganas de dejarlo todo?

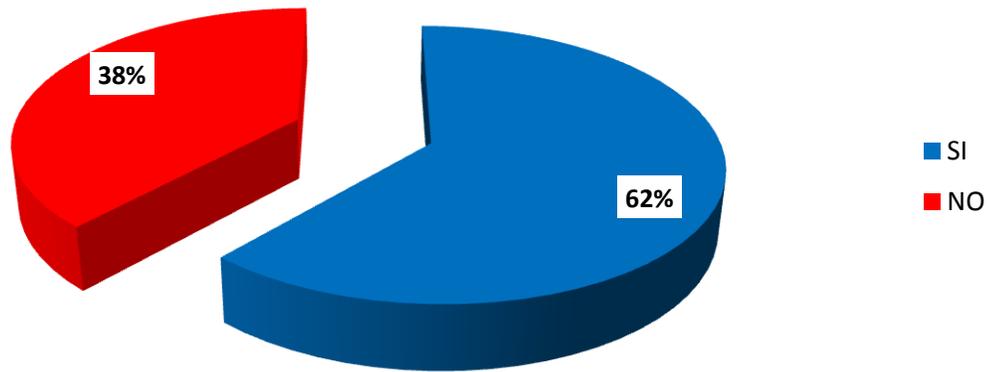


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Aquí se observa mejor la tendencia depresiva a del paciente diabético como se señalo anteriormente. Esto también es dañino para la salud del paciente por que provoca fallo en su autocuidado. Por que el paciente puede llegar a la negativización de su enfermedad. Y aumentar la tendencia de su enfermedad.

¿La medicina natural son más útiles para controlar la diabetes que el tratamiento prescrito por el médico?

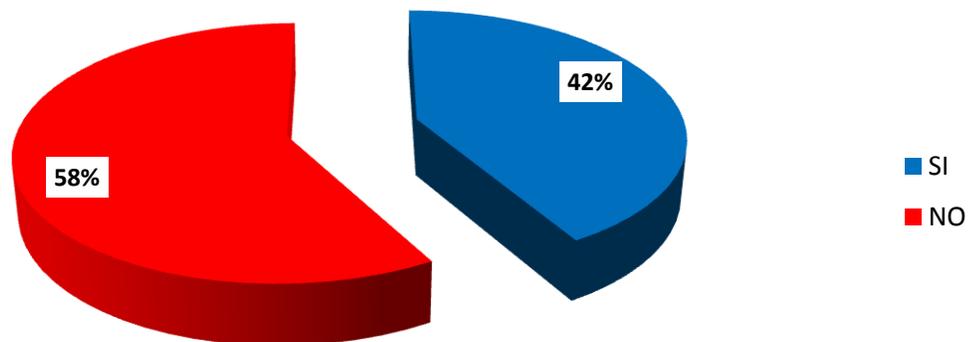


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

En este gráfico podemos observar la presencia de influencia de la cultura popular: las famosas "Aguas de hierbas, raíces, y otros". Muchos de estos pacientes muchas veces fueron medicados cuando presentaban fenómenos de hiperglucemia leve, hubo sensación de que su enfermedad había mejorado y dejaron su tratamiento, ya sea por aspectos económicos o por la influencia de terceros. Lastimosamente, el retraso del tratamiento oportuno y rápido pudo haber derivado hacia una complicación o descompensación del paciente diabético.

¿El diabético debe disminuir su actividad social?



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Es observable que la mayoría de pacientes no observa restricción alguna por su enfermedad. Esto podría incidir en el fallo del autocuidado en el aspecto de la dieta: Podría romperse el esquema de la misma, ya sea por presión social u otros motivos. Podríamos señalar que en el resto de los pacientes, los cuales si observan una restricción, la dieta, los cambios en el estilo de vida y el tratamiento adecuado podría ser una restricción al negarse, por ejemplo, a compartir un pastel en el cumpleaños de algún familiar.

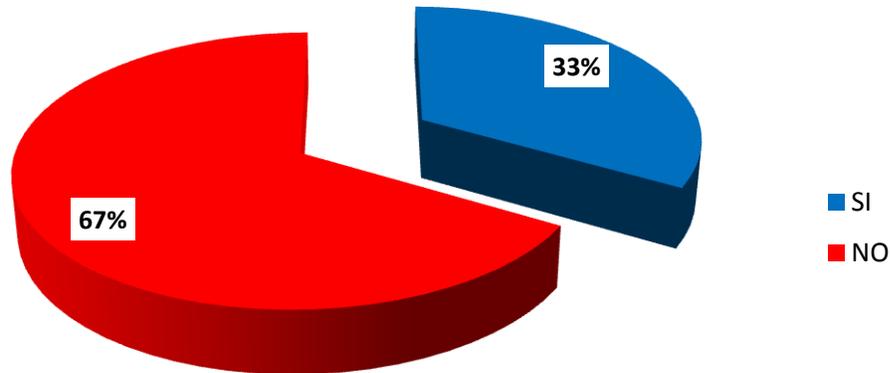


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Acá observamos el factor estigmatización y discriminación. Un alto porcentaje de pacientes observa su enfermedad como un factor de estigmatización. Muchos de ellos suponen que las ausencias a sus jornadas laborales por causa de su enfermedad, o bien, la inasistencia a su labor por la consulta de control podría ser causa de señalamiento de sus jefes y superiores. Esto, aunado a la edad de los pacientes entrevistados, muestra el miedo a la discriminación y a no ser aceptados plenamente por la sociedad.

¿Al paciente diabético le incomoda hablar de su enfermedad con otras Personas?

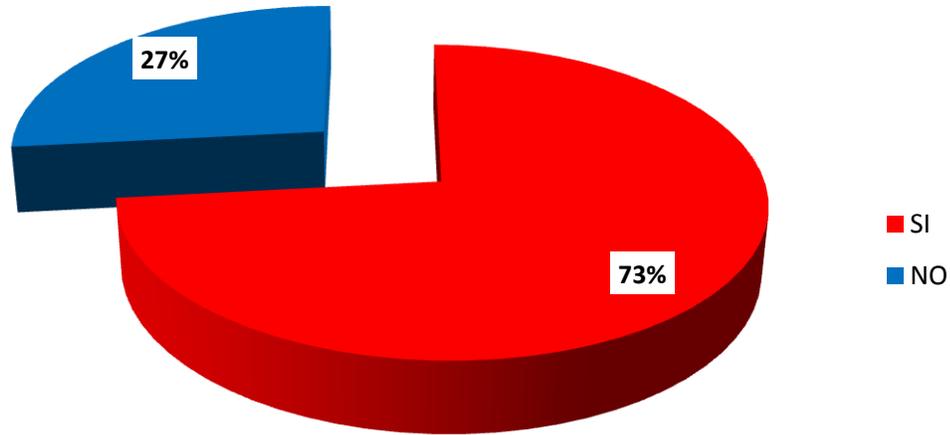


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Llama la atención de que el paciente puede hablar de su enfermedad, pero como se observó en el gráfico anterior, hay cierto temor a ser discriminados. Esto es visto en una cuarta parte de los pacientes entrevistados. Se tendría que plantear la situación que el paciente podría hablar libremente y sin ser inhibido acerca de su patología con su familia o con allegados. Pero también le podría ser incómodo hablar de su enfermedad e incluso ocultarla en ciertos aspectos, por ejemplo, los laborales.

¿Debe recomendarse a las familias de un diabético que examine su glucosa periódicamente?

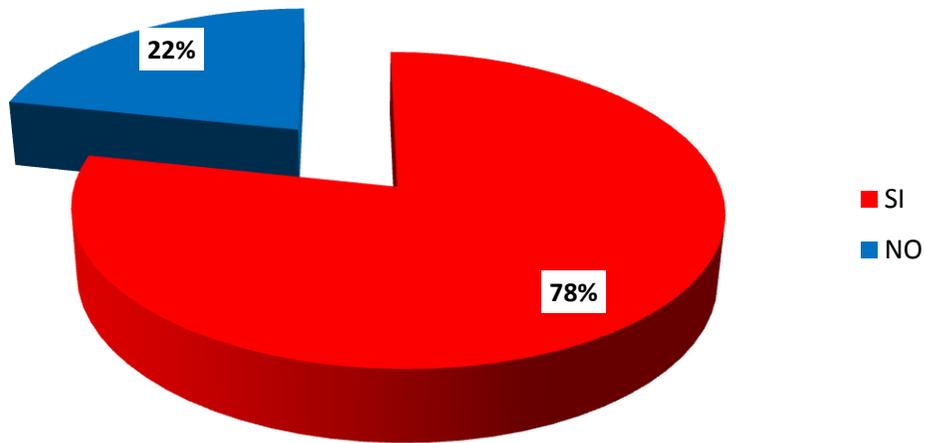


Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

Muchos de los pacientes saben de que el padecimiento es hereditario, y es más, a muchos de ellos les gustaría que sus familiares cercanos tuvieran los exámenes diagnósticos al alcance de su bolsillo y con accesibilidad. Lastimosamente, los establecimientos de salud tienen déficit en cuanto a reactivos de laboratorio se refiere, restringiendo la toma de estos test de laboratorio a los pacientes que lo ameriten.

¿El diabético debe acudir con frecuencia a consulta médica?



Fuente:

Cuestionario administrado a los pacientes diabéticos consultantes de la unidad de salud "Dr. TPM"

El paciente conoce que está enfermo, sabe que debe controlar su enfermedad. Pero hay factores limitantes: La accesibilidad al establecimiento de salud, la falta de medicamentos y muchos otros; los cuales hace que el paciente, si bien desea tener un adecuado control de su enfermedad, no pueda asistir con la regularidad necesaria a sus consultas y controles.

CONCLUSIONES

1. El paciente es la parte principal del tratamiento y su participación es indispensable para el control adecuado de la enfermedad. Por lo tanto, debe conocer su enfermedad, su manejo y sus metas. La dieta, el ejercicio y un estilo de vida saludable facilitan el control de la diabetes y son la piedra angular del tratamiento.
2. Es evidente el desconocimiento del paciente para su enfermedad, se tienen hábitos dañinos un estilo de vida inadecuados, tendencia a la ansiedad y depresión lo cual incide en el fallo del autocuidado de la enfermedad. Esto se evidencia más en el comportamiento que se da en la ingesta de los medicamentos en los pacientes encuestados.
3. El entorno familiar influye de manera negativa en el autocuidado del paciente diabético, puesto que se demuestra el desinterés de la familia en los aspectos económicos, transporte y dietético del paciente, que evidentemente influye en el autocuidado del paciente diabético
4. Se demuestra el desconocimiento de ciertos aspectos del paciente en cuanto a la enfermedad de la diabetes mellitus, los cuales son agravantes de la misma. Influyendo en el fallo del autocuidado del paciente.
5. Las creencias y los factores culturales han influido durante muchos años en cada uno de los pacientes que adolece de esta enfermedad por lo que ha sido casi imposible que ellos mismos aprendan a mejorar su autocuidado con la ayuda de profesionales de la salud.

Recomendaciones:

AL MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR:

- Implementar programas educativos con el fin de mejorar los conocimientos sobre autocuidado, en el paciente adulto con diabetes mellitus.
- Mejorar el abastecimiento de medicamentos en unidades de salud, ya que muchos de los pacientes crónicos sufren complicaciones, no por falta de educación o de apoyo, sino por falta de medicamentos
- Dotar de personal idóneo a los establecimientos de salud para tratar a los pacientes con enfermedades crónicas y a los pacientes geriátricos

A LA UNIDAD DE SALUD “Dr. Tomas Pineda Martínez”

- Mantener una reserva de medicamentos para emergencias, pues muchos pacientes son referidos para niveles superiores por la falta de los mismos.
- Promover la creación de una plaza de médico especialista (gerontólogo) para la atención de pacientes adultos mayores.
- Creación de un protocolo de manejo del paciente diabético en ese establecimiento
- Mantener el club de diabéticos, con una función educativa y capacitar a los miembros del mismo, para una retroalimentación y reproducción del mensaje educativo.
- Tener contacto con organizaciones no gubernamentales, pueden ayudar con aspectos como la donación de medicamentos, e incluso equipo. Y llegar incluso a ser estas las que pudieran fungir como capacitadores del personal del establecimiento.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

IFG (impaired fasting glucose, IFG)

IGT Trastorno de la tolerancia a la glucosa (impairedglucosetolerance)

ADA American glicosidala

(NGSP) Programa Nacional de Estandarización de la Glucohemoglobina de los Estados Unidos)

DCCT Estandarizado para el Estudio sobre el control de la diabetes y sus complicaciones

(PTOG) Prueba de tolerancia oral a la glucosa

DKA La cetoacidosis diabética (diabeticketoacidosis)

HHS El Estado hiperosmolarhiperglucémico (hyperglycemichyperosmolarstate)

Hiperglucemia: elevación de la cantidad de glucosa en sangre por encima de lo normal.

Poliuria: Excrecion de una cantidad anormalmente grande de orina.

Polidipsia: Sed excesiva producida por distintos trastornos, en la cual la concentración de glucosa en sangre aumenta.

Polifagia: Deseo insaciable de comer que suele caracterizarse por episodios de ingestión continuada de alientos.

Pérdida de peso: perdida del peso corporal más del 5%, del peso real en menos de 1 mes.

La prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG): Prueba de la capacidad del organismo de metabolizar carbohidratos mediante la administración de una dosis estándar de glucosa y la medición de sus niveles en sangre y orina a intervalos regulares.

Taquicardia: Trastorno circulatorio consistente en la contracción del miocardio con una frecuencia de 100 a 150 latidos por minuto.

Taquipnea: aceleración anómala de la frecuencia respiratoria.

Delírium: estado de extrema excitación o entusiasmo exagerado.

BIBLIOGRAFIA

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Tratado de Geriátría para residentes, Madrid, International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) Alberto Alcocer, 2006.

Dr. Tinsley R. Harrison, principios de medicina interna, México, McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 17° EDICION, 2008.

JOEL G. HARDMAN, LEE E. LIMBIRD, ALFRED GOODMAN GILMAN, LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA, MEXICO, McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 10° EDICION, 2003.

RICARDO JOSE TORO GREIFFENSTEIN, LUIS EDUARDO YEPES ROLDAN, FUNDAMENTOS DE MEDICINA, PSIQUIATRIA, MEDELLIN, COLOMBIA, CORPORACION PARA INVESTIGACIONES BIOLOGICAS, 4° EDICION, 2004.

Timiras PS. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. 1. a ed. Barcelona: Masson; 1997.

Ribera Casado JM. Patología digestiva en Geriátría. Madrid: Aran Ediciones, SA; 1987.

Ribera Casado JM. Vejez y sistema endocrino. Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos, SA; 1990.

Diabetes Care, Volume 3, Standards of Medical Care in Diabetes _ 2010. ADA Enero 13- 2010. Pág. 10. Care.diabetesjournals.org.

Perlado F. Notas sobre Geriátría. Zaragoza: Heraldo de Aragón; 1980. p. 21- 30.

AADE7TM. Guía rápida de auto cuidado para personas con diabetes. Guía Rápida de Auto cuidado.

https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes_Spanish.pdf.

ANEXOS

I. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS ADULTOS MAYORES.

Objetivo General: Determinar si los factores sociales y culturales influyen en el fallo del Auto cuidado en el adulto mayor con Diabetes Mellitus, que asiste a la consulta de la Unidad de Salud “Dr. Tomas Pineda Martínez”.

Entrevistador:

I. DATOS GENERALES:

de encuesta:

Fecha:

Sexo:

Expediente:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Dirección:

Estado civil: ()

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Acompañado
- 4) Divorciado
- 5) Viudo
- 6) Separado

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:

Fechas de controles de la glicemia:

Fecha de Examen	Glicemia

II. CUESTIONARIO SOBRE EL APOYO FAMILIAR:

Califique las siguientes preguntas de acuerdo a la frecuencia en las que las observa.

- | | | |
|--|----|----|
| 1.- ¿Su familia lo anima a que siga su dieta? | Si | No |
| 2.- ¿Su familia adapta su alimentación para que usted siga su dieta? | Si | No |
| 3.- ¿Su familia lo induce a comer alimentos no permitidos? | Si | No |
| 4.- ¿Su familia le recuerda su tratamiento para la diabetes? | Si | No |
| 5.- ¿Su familia le ayuda en el transporte para la consulta en el establecimiento de Salud? | Si | No |
| 6.- ¿Su familia le brinda apoyo económico si un medicamento no se encuentra disponible en el establecimiento de salud? | Si | No |

IIa. INTEGRACIÓN FAMILIAR:

- | | | |
|---|----|----|
| 7.- ¿Vive Usted con su familia e hijos? | Si | No |
| 8.- ¿Considera que sus familiares lo han dejado solo por su enfermedad? | Si | No |
| 9.- ¿están su familia pendiente de su estado de salud? | Si | No |

IIb. EL ESTADO DE ÁNIMO

- | | | |
|---|----|----|
| 10.- ¿Se siente Usted con ganas de vivir? | Si | No |
| 11.- ¿Tiende a enojarse con frecuencia? | Si | No |
| 12.- ¿Se pone muy nervioso por su enfermedad? | Si | No |
| 13.- ¿Lo pone muy nervioso cualquier cosa? | Si | No |

14.- ¿En alguna ocasión le ha dado ganas de dejarlo todo? Si No

III. CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA DIABETES.

Para las siguientes preguntas marque usted su opinión personal sobre la frase respectiva, de acuerdo a la siguiente escala:

1.- ¿El diabético que toma pastillas o se inyecta insulina, no necesita hacer dieta?

Si No

2.- ¿La diabetes puede afectar el riñón, los ojos, la circulación y los pies?

Si No

3.- ¿Los hijos de un diabético tiene más posibilidades de ser diabéticos?

Si No

4.- ¿Un diabético goza menos la vida que un no diabético?

Si No

5.- ¿La gente obesa se vuelve diabética más fácilmente?

Si No

6.- ¿La diabetes es curable?

Si No

7.- ¿El cigarro favorece las complicaciones de la diabetes?

Si No

8.- ¿Los pies del diabético necesitan cuidados especiales?

Si No

9.- ¿El ejercicio disminuye el azúcar en la sangre?

Si No

10.- ¿El diabético debe llevar una dieta especial?

Si No

11.- ¿El paciente diabético debe ser revisado por el oculista, cuando menos una vez por año?

Si No

12.- ¿Cuándo el médico prescribe insulina, es necesario aplicársela?

Si No

13.- ¿La medicina natural (tés, plantas, raíces, aguas mágicas, etc.) Son más útiles para controlar la diabetes que el tratamiento prescrito por el médico?

Si No

14.- ¿El diabético debe disminuir su actividad social?

Si No

15.- ¿La diabetes interfiere con las oportunidades de trabajo?

Si No

16.- ¿Al paciente diabético le incomoda hablar de su enfermedad con otras Personas?

Si No

17.- ¿Debe recomendarse a las familias de un diabético que examine su glucosa periódicamente?

Si No

18.- ¿El diabético debe acudir con frecuencia a consulta médica?

Si No

IV. CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DEL PACIENTE RESPECTO A SU DIETA.

1.- ¿En el paciente diabético además de los alimentos dulces. (Galletas, pasteles, jaleas, etc.) Existen otros alimentos que aumentan el azúcar en la sangre?

Si No

2.- ¿El diabético debe evitar comer alimentos fritos o grasosos?

Si No

3.- ¿Al paciente diabético se le limita el consumo de grasas de origen animal como: Chorizo, manteca, crema, mantequilla etc.?

Si No

4.- ¿Es conveniente desgrasar las sopas y consomés antes de comerlos?

Si No

5.- ¿El aumentar el consumo de fibra en la alimentación puede ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre?

Si No

6.- ¿Las frutas y verduras le aportan fibra?

Si No

7.- ¿El paciente diabético puede comer con moderación: Tortilla, pan de caja o integral, pan francés, cereal de caja, sopa de pasta o arroz?

Si No

8.- ¿El paciente diabético puede consumir diariamente leguminosas como lentejas, frijol, garbanzos o habas?

Si No

9.- ¿Para el paciente diabético es recomendable no pasar ayunos prolongados (mas de 5 horas sin probar alimento)?

Si No

10.- ¿El paciente diabético debe establecer horarios fijos para tomar sus alimentos?

Si No

V. CUESTIONARIO SOBRE CUMPLIMIENTO DE LA DIETA.

1.- ¿Usted consume diario la misma cantidad de alimentos?

Si No

2.- ¿Usted toma alimentos con azúcar?

Si No

3.- ¿Usted come alimentos hechos a base de harinas como tortilla, pan, y/o pastas?

Si No

4.- ¿Usted come antojitos como enchiladas, tacos, churritos, semita, papas fritas, gaseosas, quesitos, etc.?

Si No

5.- ¿Sus alimentos están preparados con manteca?

Si No

6.- ¿Usted cambia su dieta de fin de semana por algún festejo en especial?

Si No

7.- ¿Usted vigila su peso?

Si No

8.- ¿Considera sabrosa la dieta que le prescribe la dietista?

Si No

VI. CUESTIONARIO ACERCA DE LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN

De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, Cuáles le ha indicado su médico.

tratamiento higiénico-dietético:

- A. Dieta sin azúcar o baja de sal _____
- B. Consumir grasa no animal _____
- C. Realizar ejercicio físico _____

2.- Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

- 1. Si _____
- 2. No _____

3.- A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque la casilla que corresponde a su situación

Afirmaciones	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido				
2. Se toma todas las dosis Indicadas				
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta				
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas				
5. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades diarias				
6.-Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos				
7. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos				
8. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento				
9. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescripto su médico				
10. Le es accesible el local de la unidad de salud.				

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



PLAN DE INTERVENCIÓN

**“AUTOCUIDADO: UNA MEJOR ALTERNATIVA DE VIDA, PARA EL PACIENTE
DIABETICO EN LA ETAPA DEL ADULTO MAYOR”**

PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTORA EN MEDICINA

PRESENTADO POR

CARMEN LILIANA BATRES MEJIA.

LUIS ROLANDO HURTADO PADILLA

ASESOR

DR. JOSE MIGUEL AREVALO.

DICIEMBRE DEL 2010.

SANTA ANA EL SALVADOR CENTROAMERICA.

A. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

La unidad de salud "Dr. TPM". Se encuentra ubicada en la ciudad de Santa Ana, sobre 8 av., sur y 7 calle oriente esquina #35.

Existiendo en su actual ubicación desde cuatro meses, como unidad de salud, anteriormente el local estaba ubicado en 3° calle poniente y 3° av. sur esquina, actualmente este edificio se encuentra cerrado por daño a la estructura y no se puede modificar por ser patrimonio cultural.

Actualmente la unidad de salud cuenta con una casa provisional no muy amplia pero lo suficiente para atender a nuestra población. Para la realización de las diferentes reuniones o actividades educativas de los distintos clubs que están funcionando en dicho establecimiento de salud se pide ayuda a ISDEMU.

Además brinda cobertura a los cantones: Pinalon con sus diferentes caseríos, Montañita, Los Mangos, El Tule, Sabana Larga, El Matalin.

Bridando los siguientes servicios a la población:

- ✓ Consulta general.
- ✓ Consulta odontológica.
- ✓ Club de la 3° edad
- ✓ Club de adolescentes
- ✓ Saneamiento Básico Ambiental y Vector
- ✓ Programa de Escuela Saludable

Contando con el siguiente personal que labora en la unidad de salud.

- ✓ Médico Director
- ✓ Médicos en Año Social
- ✓ Médicos Odontólogos
- ✓ Licenciadas en Enfermería
- ✓ Licenciadas en laboratorio clínico
- ✓ Técnico en Enfermería
- ✓ Inspector de Área de Saneamiento Ambiental

- ✓ Promotor en Salud
- ✓ Secretario y Estadístico
- ✓ Encargada de la Farmacia
- ✓ Promotor Anti dengue
- ✓ Ordenanzas
- ✓ 3 Equipos de personal de FOSALUD (fondo solidario para la salud) compuesto cada uno de ellos: por medico, enfermera, estadístico, y encarado de farmacia.

Teniendo un total de población AGI: 29,157

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la presencia de complicaciones en los pacientes diabético tipo II mayores de 60 años que consultan en la unidad de salud “Dr. TPM”, tratando de dar una respuesta a la problemática de la alta incidencia y prevalencia de esta enfermedad, con la implementación de jornadas educativas para mejorar el auto cuidado de los pacientes ya diagnosticados y para que el personal de la unidad de salud tenga un conocimiento adecuado del manejo del paciente adulto mayor.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Formación del “Club de Diabéticos” con los pacientes consultantes de la unidad de salud “Dr. TPM” con esa enfermedad.
- ✓ Proceder a la elaboración del material educativo y audiovisual para la educación de los pacientes diabéticos de la unidad de salud.
- ✓ Jornadas educativas en temas relacionados a diabetes mellitus, medicación, complicaciones, dieta y otros aspectos, para los miembros del club y pacientes diabéticos en general.

- ✓ Repartición del material didáctico (guía de auto cuidado de los pacientes diabéticos tipo II), (tarjetas para el control médico del pacientes con diabetes mellitus tipo II) a los miembros del club.
- ✓ Dar a conocer los beneficios de la educación y auto cuidado de los pacientes diabéticos por medio de los medios de comunicación masiva.

C. PLAN OPERATIVO.

ESTRATEGIA 1: Formación del club de diabéticos en la unidad de salud “Dr. TPM”.

PLANEACION:

Durante la estancia en las instalaciones de la unidad de salud “Dr. TPM”, observo que muchos de los pacientes consultantes por diabetes mellitus tipo II, no conocía sobre su enfermedad, no comprendían la necesidad de asistir a sus controles médicos y de continuar el tratamiento idóneo para su enfermedad. Además, se observo que la mayoría de los pacientes se dejan influenciar por la cultura de nuestra sociedad y están sujetos a mitos y creencias, que por falta de educación adecuada a su enfermedad, hoy están padeciendo de graves complicaciones, que con una adecuada educación, pueden ser evitadas y gozar de una vida mas saludable, a pesar de su enfermedad. Por lo que la idea de la formación de un club de diabéticos, se consulto con la directora de dicho centro, siendo así que se obtuvo la aprobación y colaboración de personal de salud para iniciar la fundación del club.

OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA:

- ❖ Tratar de brindar educación tanto en nutrición, auto cuidado, autoestima, además de una asesoría psicológica, en temas relacionados con la diabetes mellitus.

❖ EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIA:

Esta estrategia se realizó con el apoyo de personal de la unidad de salud “Dr. TPM” para dar a conocer el objetivo del club y las jornadas educativas sobre diabetes mellitus en el adulto.

Se contó con el apoyo de la Lic. Carmen Paspárico de Mendoza, quien funge como educadora de en el establecimiento de salud, Lic. Emperatriz Girón.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA:

Gracias a las diferentes entrevistas con la directora de la unidad de salud, miembros del staff y principalmente la psicóloga del establecimiento. Se logra la fundación de club, con un número inicial de 40 pacientes.

Objetivo del plan	Indicador	Fortalezas	Debilidades	Evaluación	Fuentes de Verificación
Fundación del club del paciente diabético en la unidad de salud “Dr. TPM”.	Fundación del club del paciente diabético y autorización para desarrollar actividades en el local del establecimiento de salud.	Colaboración personal de la unidad de salud, principalmente de la educadora. Receptividad de los pacientes. laboratorios farmacéuticos. (CALOX)	No hay un local fijo para las reuniones del club No se podía dar una adecuada incentivación Dificultad de accesibilidad del lugar Algunos pacientes no tenían quién los llevara Cambios de horario de la investigadora en su lugar de trabajo muy frecuentes.	Se cumple el 100% de la meta con la fundación.	Carta de solicitud y autorización para la creación del club. Lista de asistencia a la primera jornada, la cual fue la fundación del club.

Estrategia 2: “Jornadas educativas para los pacientes que pertenecen al club de diabéticos de la unidad de salud “Dr. TPM” .

PLANEACIÓN:

Desde el inicio de la investigación era un hecho la falta conocimiento en el manejo de papelería en el programa del adulto mayor, de hecho, se comprobó el desconocimiento de la misma por parte del personal. Además, como se señala en el marco teórico, la educación es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento del diabético: Un paciente educado, es un paciente con menor cantidad de complicaciones a posteriori. El material fue elaborado bajo la guía de atención de morbilidades del adulto del ministerio de salud, además de la colaboración de la psicóloga del establecimiento de salud, quien nos brindó información oportuna en aspectos de autocuidado. Se elaborarían hojas educativas, de control glucémico y de nutrición para la educación del paciente.

DESCRIPCIÓN:

Este componente se refiere a implementar un programa educativo para el adulto que padece de diabetes mellitus, que asiste a la consulta en la unidad de salud “Dr. TPM.

Se siguió la siguiente metodología:

- ❖ Socializar el programa educativo de diabetes mellitus con las diferentes disciplinas correspondientes en la unidad de salud.
- ❖ Ejecutar el programa en la consulta de la institución o en el club de diabéticos.
- ❖ Dar seguimiento al programa educativo.
- ❖ Supervisar y evaluar las actividades del programa.
- ❖ Promover la educación a los pacientes y sus familiares en cuanto a la patología, complicaciones y tratamiento.

Contenidos:

- ❖ Planificación mensual de las actividades que se desarrollaran en el programa educativo para pacientes con diabetes mellitus.
- ❖ Dar seguimiento continuo con el equipo multidisciplinario a las actividades a realizar en el club de diabéticos.
- ❖ Promover la capacitación de todo el personal médico y enfermería, sobre el manejo de los pacientes adultos mayores, diabéticos.

Actividades para cumplir con la estrategia	Objetivo	Indicadores	Encargados	materiales	Fuentes de verificación
Charla: Dieta	Dar a conocer la importancia de la dieta para mantener el peso y los niveles de azúcar en sangre lo más cercano a lo normal	Que el 100% de pacientes conozca los alimentos que le son nocivos	Investigadores Psicóloga Educatora en salud	Hojas educativas Hojas de control Cañón multimedia Computadora tipo laptop	Listas de asistencia Material educativo elaborado
Charla: Cuidado del pie en el diabético	Orientar al adulto mayor sobre higiene personal y cuidado de los pies.	Que el total de asistentes conozca de las señales, signos y síntomas de una complicación frecuente en diabetes que es el "Pie diabético"		Plumones Papel Cartoncillo	
Sintomatología que debe reconocerse	Orientar a las personas sobre signos y síntomas de hiper o hipoglicemia.	Que la totalidad de pacientes del club reconozcan cuando se encuentren en hipo o hiperglicemia Que el 100%		Impresora tinta	

Complicaciones de la diabetes	Prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus.	de asistentes conozca las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus			
Medicamentos usados en diabetes	Orientar al diabético en que consisten los diferentes tratamientos.	Que los pacientes conozcan las ventajas de la medicación completa y los riesgos de la medicación incompleta			
La opción de la medicina alternativa	Orientar al adulto mayor sobre actitudes y prácticas con medicina alternativa.				
Creación de material educativo para los pacientes diabéticos miembros del "Club de diabéticos"	Dotar a los miembros del club de material informativo para una mayor comprensión de su enfermedad, evitando complicaciones propias de la patología	Que el paciente conozca no solo los aspectos farmacológicos, sino los medicamentos, no para usarlos como un tratamiento, sino como complementos del mismo Que el Personal que trata a pacientes de la tercera edad conozca y sepa manejar con eficacia y eficiencia al adulto mayor Brindar			

		educación por medio de material visual, como un refuerzo a las jornadas educativas del club			
--	--	---	--	--	--

EVALUACIÓN:

Se logra hacer, al final de todas las jornadas un pequeño examen escrito, si bien muchos de los pacientes explicaban con sus palabras cada una de las respuestas, era evidente que el conocimiento de la enfermedad aumentó en un 100%.

Objetivos	Fortalezas	Debilidades	oportunidades	Evaluación	Fuente de verificación
Lograr la captación de conocimiento den diabetes mellitus en los adultos miembros del club de diabéticos	Colaboración del personal de la unidad de salud Empatía con los pacientes diabéticos	No hay lugar adecuado dentro de la unidad de salud para reuniones de más de 20 personas.	Se podrían crear consejeros con pacientes del mismo club de diabéticos, quienes podrían asumir el papel de capacitadores para otros pacientes con dicha enfermedad	Se logra la continuidad de educación en diabetes en el club de diabéticos Se logra la colaboración de entidades ajenas a la unidad de salud (laboratorios farmacológicos)	Listas de asistencia Material educativo elaborado Fotografías

Conclusiones

1. El factor educativo y familiar juegan un papel fundamental en el paciente diabético, a mayor nivel de escolaridad, se adquiere un mayor conocimiento, pues es la única arma que se tiene para mejorar la calidad de vida. En el estudio realizado se concluyó, que existe un alto porcentaje de adultos mayores que

poseen un grado de escolaridad bajo y por ende un conocimiento deficiente en la práctica de su autocuidado, factor que influye para que se den las complicaciones agudas y crónicas en el paciente diabético. Así mismo, el paciente que es apoyado por su familia tiene menos complicaciones. La educación ha sido y es un componente del tratamiento de la diabetes mellitus.

2. La accesibilidad a los servicios de salud, estos, están destinados a satisfacer las necesidades que cada paciente presenta, los bienes, servicios y oportunidades de salud deben ser distribuidos de modo que todas las personas alcancen y conserven el estado de bienestar, que permita mantener una mejor calidad de vida. No debe negarse medicación, educación y apoyo psicológico al paciente diabético. Mucho menos, ser víctima de estigmatización en los servicios de salud.

3. En el factor cultural existen aspectos de carácter mitológico heredados a través de generaciones, basadas en creencias y medicinas naturistas, es de considerar que aparte de la fe y creencia en estas sustancias, se encierra parte de la ignorancia de la persona. Según resultados del estudio un alto porcentaje de los adultos con diabetes mellitus, preparan y consumen agua de plantas medicinales sin conocer sus efectos adversos. Es evidente que la educación en salud no será suficiente para un control glucémico adecuado, si no hay una medicación suficiente y tampoco un control médico adecuado.