



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN DIABÉTICA Y SU INFLUENCIA EN LA
PREVENCIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES**

Autor/a: BÁRBARA ESTEBAN LÓPEZ

Tutor/a: LUIS BERNUÉS VÁZQUEZ

CALIFICACIÓN.

RESUMEN:

La presencia de buenos hábitos en salud y el grado de conocimientos sobre la diabetes es fundamental porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y sus familiares para tratar dicha enfermedad. A través de una revisión bibliográfica se pretende destacar la importancia que tiene la educación diabetológica para la adquisición de estos buenos hábitos y conocimientos sobre la enfermedad. La enfermería cumple una función muy importante en el cuidado y educación del paciente diabético, a través del proceso de la valoración, diagnósticos enfermeros y educación diabetológica y evaluación podemos ayudar al paciente a prevenir muchas de las complicaciones a largo plazo.

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica causada por la incapacidad del organismo para producir insulina, o por la falta de efecto de la hormona producida. ⁽¹⁾

Al hablar de diabetes, podemos hablar de varios tipos:

- Diabetes Mellitus Tipo 1(DM1): caracterizada por la ausencia de la producción y secreción de insulina ⁽²⁾.
- Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2): caracterizada por el déficit relativo de producción de insulina y por la disminución en la acción de la misma. De inicio insidioso, es frecuente que haya antecedentes personales ⁽²⁾.
- Diabetes Gestacional: toda aquella alteración el metabolismo hidrocarbonado que se diagnostica por primera vez durante el embarazo ⁽²⁾.

El diagnóstico de la DM puede establecerse ante las siguientes situaciones:

- a) Glucemia plasmática ocasional ≥ 200 mg/dl (obtenida a cualquier hora del día independientemente del tiempo pasado desde la última

ingesta) y síntomas de DM (poliuria, polidipsia y pérdida no explicada de peso) ⁽²⁾.

b) Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl.

c) Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl a las dos horas de la prueba de la tolerancia oral de la glucosa ⁽²⁾.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS Ginebra, 2005), la DM afecta a más de 170 millones de personas en el mundo y en el año 2030 esta cifra se habrá duplicado. ⁽¹⁾

Según Ramos M, et al ⁽²⁾ las estimaciones de prevalencia de DM tipo 2 en España varía entre el 4'8 y el 18'7%, las de DM tipo 1 entre 0'08 y el 0'2%. En cuanto a la incidencia anual, se estima entre 146 y 820 por 100.000 personas para la DM tipo 2 y entre 10 y 17 nuevos casos anuales por 100.000 personas para la DM tipo 1 ⁽³⁾.

En la actualidad, la DM es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en muchos países, concretamente se encuentra entre la cuarta y la octava causa de mortalidad en los países desarrollados ⁽³⁾.

Las complicaciones crónicas de la DM se pueden clasificar en:

- Macroangiopatías:
 - Arteriopatía periférica: 16-50% de prevalencia.
 - Cardiopatía isquémica: 18-60% de prevalencia.
 - Enfermedad cerebro vascular: mortalidad por ACV 2 veces mayor que en no diabéticos.
 - Insuficiencia cardíaca: 5-10% de prevalencia ^(3, 4, 5).
- Microangiopatía:
 - Retinopatía diabética: 31% de prevalencia.
 - Nefropatía diabética: 15-20% de prevalencia ^(3, 4, 5).

- Neuropatía diabética:
 - Polineuropatía: 62% de prevalencia
 - Neuropatía autonómica: 20-40% de prevalencia ^(3, 4, 5).
- Pie diabético (asociación de macroangiopatía y neuropatía):
 - 2% riesgo de amputación
 - 6% riesgo de úlceras ^(3, 4, 5).

El tratamiento de la DM es complejo y autoadministrativo. Se requiere un tratamiento farmacológico con tabletas o insulina, y no farmacológico con terapia nutricional, ejercicio físico, abandono del tabaco, cuidado profiláctico de las lesiones en el pie, y técnicas de autoanálisis y autocontrol entre otras. La frecuencia de revisiones por parte del equipo de salud ha de ser regular y frecuente ⁽⁷⁾.

Las personas con DM1 tienen una gran responsabilidad porque han de tomar decisiones en tiempo real sobre la pauta de tratamiento que debe instaurarse varias veces al día, de ahí la importancia de la educación terapéutica en el tratamiento de todas las personas con diabetes ⁽⁷⁾.

Al ser un tratamiento autoadministrativo, necesitan adquirir y desarrollar una amplia base de conocimientos y destrezas, además de adoptar diariamente una serie de decisiones relativas al estilo de vida que faciliten y mejoren el autocuidado y todo ello se consigue mediante la educación ^(6, 7).

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general ⁽⁸⁾.

También debemos de tener en cuenta que el personal de enfermería representa un apoyo fundamental en el tratamiento de esta enfermedad, educando al paciente y llevando a cabo una serie de intervenciones que favorecen el autocuidado y la mejora de la calidad de vida ^(9, 8, 11).

Para finalizar, con el fin de remarcar la importancia de éste tema he encontrado varios estudios sobre la educación al paciente diabético:

Según la autora Domínguez S, a través de una investigación cuasi-experimental en pacientes diabéticos consiguió demostrar que la educación diabetológica constituye una piedra angular en el tratamiento del paciente diabético y que para lograr el éxito en el control de dichos pacientes los elementos clave son: la educación diabetológica continuada, práctica sistémica de ejercicios físicos, conocimiento y práctica de una nutrición adecuada, alcanzando un nuevo estilo de vida ayudando así a controlar los factores de riesgo y las complicaciones ⁽¹²⁾.

Ascaso J.F. et al, han demostrado que un buen control metabólico, representado por valores bajos de HbA_{1C}, producen una mejoría significativa en la incidencia y evolución de las complicaciones microangiopáticas. En relación con la evolución de las complicaciones macrovasculares, sin embargo, no parece depender tanto de alcanzar un aceptable nivel de HbA_{1C}, sino del tipo de tratamiento empleado y de la aparición o no de episodios hipoglucémicos ⁽¹³⁾.

Según otro artículo de García R et al, a través de la realización de un estudio evaluativo prospectivo, concluyeron que las diferencias encontradas en el control metabólico confirman, una vez más que existe una relación causa-efecto entre proceso educativo, control metabólico y desarrollo de las complicaciones microangiopáticas tardías de la DM tipo 1. Los pacientes que lograron una mejor comprensión de su enfermedad, tuvieron mayores motivaciones para adherirse al tratamiento, lo que influyó a corto y mediano plazo en la normalización de las cifras de glucosa en sangre, lo cual se tradujo en una menor frecuencia de la aparición de complicaciones microangiopáticas a largo plazo ⁽¹⁴⁾

Por último, según Rodríguez M, un buen control metabólico reduce el 25% de las complicaciones microvasculares y un 16% de los IAM, mientras que un control estricto de la presión arterial y otros factores de riesgo

cardiovascular (tabaco, hipercolesterolemia) favorecen la reducción de un 32% de la mortalidad relacionada con la diabetes y disminuciones del 44% en la prevalencia de ACV, del 37% en las complicaciones microvasculares y del 21% en la del infarto de miocardio ⁽⁵⁾.

Con este trabajo, pretendo hacer una reflexión sobre la Diabetes Mellitus y sus complicaciones vasculares como fenómeno social que afecta de forma creciente a la población, debido a la repercusión sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares.

HIPÓTESIS:

- En el paciente diabético disminuye el riesgo de padecer complicaciones a largo plazo cuando recibe una educación diabetológica adecuada.

OBJETIVOS:

- Asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada a los pacientes diabéticos en todos los ámbitos asistenciales.
- Mejorar el conocimiento y las habilidades del paciente capacitándolo para asumir el autocontrol de la enfermedad en la vida cotidiana y así ayudar a evitar o retrasar las complicaciones crónicas derivadas de la enfermedad.

MÉTODO:

Diseño del estudio: Revisión bibliográfica.

Contexto de aplicación: la realización de este estudio se ha llevado a cabo centrándose en el ámbito de atención primaria en la consulta de enfermería y con pacientes diabéticos.

Recogida de datos: Una vez elegido el problema de salud sobre el que realizar el estudio, he realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, revistas y libros de los trabajos más relevantes y actualizados sobre la enfermedad, mortalidad, prevalencia, incidencia, complicaciones y tratamiento de la Diabetes Mellitus.

Las palabras clave que he utilizado en la búsqueda bibliográfica han sido: *diabetes mellitus, educación diabetológica, complicaciones a largo plazo, glucemia, prevención, tratamiento de la diabetes y diagnóstico.*

Las bases de datos que he utilizado en dicha búsqueda han sido: *scielo, dialnet, pubmed, cuiden y elsevier.*

La búsqueda de documentación bibliográfica la he realizado entre los años 2000 y 2012.

Posteriormente, he leído los artículos y he realizado una selección de aquellos que más me han interesado.

BASE DE DATOS	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS SELECCIONADOS	CRITERIO DE SELECCIÓN
Elsevier	17	5	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones a largo plazo de la DM. - Educación diabetológica. - Prevención complicaciones de la DM. - Conocimiento de los pacientes a cerca de su enfermedad. - Epidemiología de la DM.
Dialnet	2	1	
Scielo	16	7	

Desarrollo temporal del estudio: El trabajo se llevó a cabo en el tiempo transcurrido entre el mes de Febrero y Abril del 2012.

Ámbito de aplicación del estudio: Enfermería de Atención Primaria.

Población diana: El trabajo tiene su aplicación en pacientes diabéticos que acuden a las consultas de enfermería de atención primaria.

Taxonomía utilizada: NANDA, NIC y NOC.

DESARROLLO:

La primera tarea en la ejecución de cualquier actividad y/ o programa de educación diabetológica será siempre la valoración del paciente, no solo de los conocimientos sino también de las habilidades, las actitudes y los aspectos personales con influencia en el proceso educativo ⁽⁵⁾.

En este caso, propongo hacerlo por los patrones funcionales de Gordon, ya que así realiza la valoración la mayoría de la bibliografía consultada. Destaco los aspectos que considero más importantes de cada patrón en pacientes con DM ^(16,17, 18):

1. Percepción / Manejo de la salud:

- Saber cómo se encuentra y las enfermedades que padece.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Signos y síntomas de hiperglucemia y/o hipoglucemia.
- Medicamentos que toma.
- Otros: alergias, hábitos tóxicos... ^(16, 17)

2. Nutricional/ Metabólico:

- Número de comidas y horarios. Gustos y preferencias.
- Estado de hidratación. Cuantificación de líquidos al día. Signo del pliegue cutáneo.

- Examen piel, boca, piernas, pies y zonas de inyección.
- Peso, talla, IMC y/o perímetro abdominal, glucemia ^(16,17).

3. Eliminación:

- Fecal: estreñimiento o diarrea.
- Urinaria: poliuria.
- Sudoración: excesiva, con fuerte olor.
- Es portador de ostomía, drenaje o sonda ^(16,17).

4. Actividad/ejercicio:

- Independencia para autocuidados.
- Práctica de ejercicio regular aeróbico. Tipo de ejercicio, horarios.
- Presión arterial ^(16,17).

5. Sueño/descanso:

- Valoración de signos y síntomas de sueño insuficiente.
- Valoración de factores que afecten al sueño: internos (nicturia, tos, etc.) y externos (cambios ambientales, sociales, etc.) ^(16, 17).

6. Cognitivo/Perceptivo:

- Capacidad para leer y escribir.
- Alteraciones sensoriales
- Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento. También acerca de sus complicaciones y uso de los servicios sanitarios ^(16, 17).

7. Autocontrol/autoconcepto:

- Sentimientos que ha generado el diagnóstico de DM y su influencia en la vida diaria.
- Capacidad para expresar emociones y miedos ^(16, 17).

8. Rol/ Relaciones:

- Relaciones familiares. Vive solo o en familia. Presencia de cuidador. Como acepta la familia su enfermedad actual.
- Trabajo/actividad ^(16, 17).

9. Sexualidad/reproducción:

- Cuestionar problemas sexuales. Hombres: problemas de próstata. Mujer: menstruación, menopausia. Utilización de métodos anticonceptivos ^(16, 17).

10. Adaptación/tolerancia al estrés:

- Afrontamiento de la enfermedad.
- Cambios significativos en su vida y como lo ha vivido ^(16, 17).

11. Valores/Creencias:

- Interferencias de la enfermedad en prácticas religiosas habituales o creencias, tradiciones familiares, cultura ^(16, 17).

Según la valoración realizada con cada paciente, se han podido encontrar una serie de diagnósticos enfermeros; como es lógico, van a diferir de unos pacientes a otros. A continuación voy a nombrar algunos de los diagnósticos enfermeros más frecuentes según la bibliografía consultada, aplicables al paciente diabético de acuerdo con la Taxonomía NANDA, y resultados e intervenciones según NOC y NIC ⁽¹⁶⁾:

- **Baja autoestima situacional:**

Resultado: (1205) Autoestima.

Indicador: (120502) Aceptación de las limitaciones.

Intervenciones: (5400) Potenciación de la autoestima

Actividad: (540001) Animar a la persona con diabetes a identificar sus virtudes ^(20, 21, 22).

- **Conocimientos deficientes:**

Resultado: (1820) Conocimiento: control de la diabetes.

Indicador: (182001) Describe la función de la insulina.

Intervenciones: (5602) Enseñanza proceso enfermedad.

Actividad: (560202) Enseño concepto de insulina ^(20, 21, 22).

- **Manejo inefectivo del régimen terapéutico:**

Resultado: (1609) Conducta terapéutica o enfermedad o lesión.

Indicador: (160902) Cumple régimen terapéutico pactado.

Intervenciones: (4360) Modificación de la conducta.

Actividad: (436004) Pido un cambio cada vez ^(20, 21, 22).

- **Deterioro de la adaptación:**

Resultado: (1300) Aceptación del estado de salud.

Indicador: (130009) Pide información sobre su problema de salud.

Intervenciones: (5230) Aumentar el afrontamiento.

Actividad: (523004) Ayudo a clarificar conceptos equivocados ^(20, 21, 22).

- **Incumplimiento del tratamiento:**

Resultado: (1601) Conducta de cumplimiento.

Indicador: (160103) Comunica seguir el plan terapéutico pactado.

Intervenciones: (4420) Acuerdo con el paciente.

Actividad: (442006) Establecer límites de tiempo realista ^(20, 21, 22)

La educación diabetológica es especialmente útil en el postdiagnóstico inmediato, en los cambios de escalón terapéutico y en general en los refuerzos educativos periódicos ⁽⁵⁾.

Para lograr la eficacia de la educación diabética, es fundamental aplicar un enfoque que se centre en la persona y respalde su autocuidado a la vez que incorpora el reconocimiento del papel crítico de los factores psicosociales. Por ello, debemos de aportar al paciente una información básica sobre diferentes aspectos de su enfermedad y poco a poco a través de las sucesivas consultas, iremos resolviendo dudas del paciente respecto a su enfermedad y a dicha información ⁽⁵⁾:

1. Generalidades: el paciente deberá conocer en qué consiste su enfermedad, los tipos de diabetes, función de la insulina, criterios de control de la diabetes, que ocurre cuando no hay insulina... y sobre

todo ello le informaremos a través de consultas sucesivas o charlas individuales o en pequeños grupos ^(16, 17, 18, 19).

2. Alimentación/ consejos dietéticos básicos: el paciente deberá conocer el número de ingestas, horario de las comidas y la dieta preestablecida, que se realizará de manera individualizada, según su peso, talla y necesidades calóricas ^{16, 17, 18, 19)}.
3. Ejercicio físico: explicaremos al paciente los beneficios y riesgos de realizar ejercicio físico, ayudándole a planificar ejercicios adecuados a su condición ^(16, 17, 18, 19).
4. Autoanálisis: el paciente deberá de conocer los valores ideales de glucemia basal, preprandrial y posprandrial, hemoglobina glicosilada, colesterol, TA, así como su peso ideal. Le enseñaremos a realizar la técnica de glucemia capilar y a registrar los valores y las posibles incidencias en las gráficas apropiadas ^(16, 17, 18, 19).
5. Tratamiento con ADO: enseñaremos su tratamiento con ADO para que el paciente reconozca el fármaco que está tomando, siga el horario de tratamiento y esté informado acerca de posibles efectos secundarios ^(16, 17, 18, 19).
6. Insulina: ayudaremos a que conozca los tipos de insulina y los tiempos de acción de la misma, a preparar correctamente su dosis y a inyectársela de forma correcta (lugar, técnica, horario, conservación) ^(16, 17, 18, 19).
7. Hipoglucemia: informaremos al paciente sobre el concepto de hipoglucemia, cómo reconocer los signos de ésta y cómo actuar ante dicha situación ^(16, 17, 18, 19).
8. Cuidado de los pies: mantendremos al paciente informado a cerca de las razones de dicho cuidado, calzado y calcetines adecuados, precauciones y estar dispuestos a que nos consulte ante cualquier cambio en sus pies ^(16, 17, 18, 19).

9. Tabaco: aconsejar el abandono del tabaco explicándole los riesgos que conlleva fumar ^(16, 17, 18, 19).
10. Situaciones especiales: el paciente deberá de estar informado de otras situaciones en las que debe de prestar especial atención a su enfermedad como viajes (horario y tratamiento, transporte de la insulina...), enfermedades intercurrentes (mantener el tratamiento, aumentar los autoanálisis...) y celebraciones ^(16, 17, 18, 19).
11. Complicaciones: explicarle que tipo de complicaciones pueden derivar de esta enfermedad y sus medidas para prevenirlas. También debemos explicarle los síntomas que puede percibir ante la aparición de las complicaciones como el pie diabético: dolor, quemazón, hormigueo, claudicación intermitente, frialdad, hidratación, uñas, corte, frecuencia de higiene, control por podólogos y vigilancia de lesiones ^(16, 17, 18, 19, 23).

Para finalizar, debemos de tener en cuenta diferentes técnicas que pueden servirnos para el aprendizaje de determinados aspectos de la educación diabetológica:

- Exposición teórica: útil para el aprendizaje de conocimientos (apoyada o no en instrumentos didácticos). (Anexo 1).
- Método de casos: muy adecuado para el abordaje de situaciones concretas y en la toma de decisiones.
- Método demostrativo: para el adiestramiento en habilidades ⁽⁵⁾.

En cuanto a la evaluación, será conveniente ir comprobando la eficacia de la actividad educativa. Para realizar la evaluación podemos utilizar diferentes instrumentos como la entrevista en consulta (Anexo 2), test para que realice el paciente (Anexo 3), y observación de técnicas en consulta.

CONCLUSIONES:

La atención primaria es el mejor marco de actuación para ejecutar programas educativos, tanto de tratamiento, como de prevención y detección temprana de la diabetes. A través de esta revisión bibliográfica, podemos concluir aceptando la hipótesis anteriormente planteada ya que, si los programas educativos están adaptados al personal y a los pacientes, el beneficio de la mejora de la calidad de la atención lo recibe directamente el paciente, al controlar su glucemia y disminuir las complicaciones a corto y largo plazo, con la consiguiente mejora de su calidad de vida.

BILIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud [www.who.int]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Día Mundial de la Diabetes [actualizada el 11 Nov. 2005]. Concepto de diabetes, disponible en http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/, consultado el 29 de marzo de 2012.
2. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la Diabetes Mellitus. Rev Esp Cardiol. 2002; 55(5): 528-35.
3. Ruiz M, Escolar A, Mayoral E, Corral F, Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1):15-24.
4. Goday A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. Rev Esp Cardiol. 2002;55(6):657-70.
5. Rodríguez M. Importancia de la educación diabetológica. En: Chena JA, coordinador. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. 1ª Ed. Huesca: Novo Nordisk Pharma, S.A; 2001. P. 11-21.
6. Mahía M, Pérez L. La diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares: un problema social de salud. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc. 2000; 1(1):68-73.
7. Jansá M, Vidal M. Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Av Diabetol. 2009; 25:55-61.
8. García R, Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Cubana Endocrinol. 2007;8(1).
9. García R, Suárez R. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev Cubana Endocrinol. 2001;12(3):178-187.
10. Suárez R, García R, Aldana D, Díaz O. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev Cubana Endocrinol. 2000; 11(1):32-40.
11. Gladys A, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2001; 9(3):145-153.

12. Domínguez S. Impacto de una intervención educativa en pacientes diabéticos tipo II en la parroquia Valle de Ttucutunemo. Año 2005. Rev Med Electron. 2009; 31 (2).
13. Ascaso JF, Aguillo E, Calvo F, Carmena R, Cepero D, Ibarra JM et al. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Recomendaciones del grupo de trabajo diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes 2009.
14. García R, Suárez R. Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1. Rev Cubana Endocrinol. 2006; 17(3).
15. Figueredo DM, Mateo A, Álvarez HT. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. REv Cubana Angiol y Cir Vasc. 2000; 1(1): 80-4.
16. Consejo General de Enfermería. Atención de Enfermería al Paciente Diabético. Madrid: 2010.
17. Cruz R, Batres JP, Granados A, Castilla ML, Lafuente N. Guía de Atención Enfermera a Personas con Diabetes. 2ª Edición. Sevilla: ASANEC; 2006.
18. Grupo de Trabajo de la GPC sobre Diabetes Tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2. 1ª Edición. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008.
19. Zapata M, García S, Fernández VM. Protocolo de Atención en Consulta al Paciente Diabético. Nure Investigación. 2007; 26.
20. Ackley B, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería. 7ª ed. Madrid: elsevier; 2006.
21. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: elsevier; 2009.
22. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: elsevier; 2009.
23. Martínez A, Pascual Mª F. Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de enfermería. Gerokomos. 2009; 20(2): 73-77

ANEXO 1:

Hoja informativa para el paciente diabético:

El cuidado de los pies en la diabetes

Los pacientes diabéticos pueden tener **complicaciones en los pies** (como deformidades, úlceras o amputaciones). Esto es debido a:

- Problemas de circulación en la parte inferior de las piernas y en los pies
- Posible pérdida de sensibilidad
- Mayor riesgo de sufrir infecciones



Cuidado de los PIES en la Diabetes





Cuidados personales

- Inspeccione los pies todos los días. Compruebe que no haya enrojecimiento, heridas, ampollas, etc. Si tiene problemas de vista, pida a alguien que le ayude.



- Lave diariamente los pies con agua templada y jabón (5-10 min.). Al finalizar, séquelos bien, especialmente entre los dedos.



- Mantenga la piel hidratada (no dar crema entre los dedos).



- Mantenga las uñas limpias y cortas. Se deben cortar en línea recta y después del lavado, así estarán más blandas. Utilice tijeras de punta roma (sin puntas), excepto si las uñas están muy duras, en este caso utilice una lima.

- Si las uñas son muy gruesas o la vista no es buena, solicite que otra persona se las corte o acuda al podólogo.



- No utilice callicidas, ni use instrumentos afilados o cuchillas para cortar los callos o durezas.



- No aplique calor o frío a sus pies (manta eléctrica, bolsa o botella de agua caliente, hielo).



- Haga uso de calzado adecuado. No utilice zapatos mal ajustados o calcetines que le opriman.



- Camine diariamente, nunca descalzo ni en casa, playa o piscina.



Ante cualquier lesión en los pies, recuerde que el mejor desinfectante es el agua y jabón.



Informe al personal sanitario de su Centro de Salud.

Recuerde



- La diabetes debe estar bien controlada.



- No prestar atención a una lesión en un pie, junto con una diabetes mal controlada, puede acarrear problemas muy graves.

- La falta de dolor no quita gravedad a las lesiones

- Aunque no note nada, su circulación y su sensibilidad pueden estar disminuidas



- Una buena higiene de los pies previene en gran parte las complicaciones

- El exceso de humedad favorece la infección y la sequedad excesiva permite que se hagan grietas

- Según pasan los años, la atención y el cuidado de los pies debe ser mayor



- No fume

ANEXO 2:

Aspectos sobre los que realizar la entrevista en la evaluación periódica:

Alimentación:

- Menú del día anterior.
- Preguntas sobre horario y tipo de suplementos
- Técnicas culinarias y elaboraciones de platos.
- Intentar objetivar las medidas que utiliza.
- Contenido de la cesta de la compra

Autoanálisis:

- Realizando la técnica delante del profesional.
- Cuándo debe realizar cetonurias.

Autoinyección:

- Observar la preparación de la dosis.
- Autoinyección delante del profesional.
- Inspección de zonas de punción.

Fármacos orales:

- Recuento de comprimidos.
- Preguntar horario y número de comprimidos por toma.

Hipoglucemia:

- Pedir que muestre el "azúcar" que lleva encima.
- Preguntar si conoce síntomas y su resolución.

Pies:

- Inspección de los pies (sin previo aviso).
- Revisar el calzado con el paciente.

ANEXO 3:

Cuestionario para la evaluación de los conocimientos del paciente a cerca de su enfermedad.

1) *¿Qué es la diabetes?*

- a) Una enfermedad en la que el colesterol de la sangre está alto.
- b) Una enfermedad en la que el azúcar de la sangre está bajo.
- c) Una enfermedad en la que el azúcar de la sangre está alto.
- d) No lo sé.

2) *La insulina es:*

- a) Una sustancia que produce el riñón.
- b) Una medicina para la fiebre.
- c) Un tratamiento para la diabetes.
- d) No lo sé.

3) *El ejercicio físico ayuda a que el azúcar en sangre:*

- a) Suba
- b) No se modifique
- c) Baje
- d) No lo sé

4) *Se recomienda que los diabéticos tengan un peso adecuado porque:*

- a) Es más estético (mejor presencia)
- b) Disminuye el riesgo de enfermedades del corazón
- c) Disminuye el riesgo de infecciones.
- d) No lo sé.

5) *Las personas diabéticas ante la sociedad:*

- a) Deben ocultar su enfermedad para evitar el rechazo.
- b) Pueden reconocer que son diabéticas y llevar una vida normal
- c) Sólo su familia debe saber que son diabéticas.
- d) No lo sé.

6) *Cuando aparece azúcar en orina:*

- a) Es señal de que el azúcar en la sangre es bajo.
- b) Es señal de que el azúcar en la sangre es elevado.

- c) Es señal de que el azúcar en la sangre es normal.
- d) No lo sé.

7) *En personas con diabetes es conveniente que vayan:*

- a) Descalzos.
- b) Con zapatos cómodos.
- c) Con calcetines dentro de la casa.
- d) No lo sé.

8) *La causa más frecuente de Cetoacidosis diabética es:*

- a) Infecciones.
- b) Alteraciones dietéticas.
- c) Dolor de espalda.
- d) No lo sé.

9) *Las patatas tienen sobre todo:*

- a) Proteínas.
- b) Grasas.
- c) Hidratos de carbono.
- d) No lo sé.

10) *¿Cuál de los siguientes alimentos contienen mayor proporción de fibra?*

- a) Lentejas.
- b) Leche
- c) Galletas
- d) No lo sé.