

ARTÍCULO ORIGINAL

Cultura sanitaria sobre algunos aspectos relacionados con la diabetes mellitus

Health culture on some aspects related to diabetes mellitus

Dra. Miledis Pupo Ochoa ¹ y MsC. Vivian Jackelyn Hechavarría Cano ²

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Docente "Armando García Aspurú", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Diplomado en Educación Médica Superior y en Dirección de Salud I. Profesora Asistente. Policlínico Docente "Armando García Aspurú", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó una intervención comunitaria en 50 pacientes del consultorio médico No. 18, perteneciente al Policlínico Docente "Armando García Aspurú" de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2008 hasta marzo del 2009, a fin de modificar los conocimientos sobre algunos aspectos relacionados con la diabetes mellitus. Se utilizaron el porcentaje como medida de resumen y la prueba de McNemar para la valoración estadística de los resultados. El programa educativo aplicado fue muy eficaz, pues se logró incrementar el nivel de conocimientos al respecto, elevar la cultura sanitaria de los participantes en la actividad e incorporar nuevos temas de interés para los integrantes de la casuística.

Palabras clave: diabetes mellitus, consultorio médico, cultura sanitaria, promoción de salud, prevención de enfermedades

ABSTRACT

A community intervention was performed in 50 patients of the doctor's office No. 18, belonging to "Armando García Aspurú" Teaching Polyclinic of Santiago de Cuba, from September 2008 to March 2009, in order to modify the knowledge of some aspects related to diabetes mellitus. Percentage as summary measure and the McNemar test were used for statistical evaluation of results. The implemented educational program was very effective as it was possible to increase the level of knowledge in this respect, raise health culture of participants in the activity, and introduce new topics of interest for patients of the case material.

Key words: diabetes mellitus, doctor's office, health culture, health promotion, prevention of diseases

INTRODUCCIÓN

Conceptualmente, la diabetes mellitus se define como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genéticoambiental, caracterizado por una hiperglucemia crónica, consecuencia de un déficit en la secreción o acción de la insulina, que ocasiona complicaciones agudas (cetoacidosis), crónicas microvasculares (retinopatías, neuropatías), macrovasculares (cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas), así como neuropatías.^{1,2}

La diabetes mellitus de tipo 1 aparece generalmente en los primeros años de vida, principalmente entre los 15 y 20 años de edad, aunque puede comenzar antes de los 40, y es frecuente la cetoacidosis en el inicio. Merece mencionar, por su morbilidad, la que está altamente relacionada con los hábitos y estilos de vida, donde se resaltan riesgos como: obesidad, sedentarismo, hábito de fumar y dieta inadecuada, entre otros.^{3,4}

La manifestación más común de esta entidad clínica es la excesiva pérdida de líquido durante la orina, lo que suele provocar sed permanente en la persona que la padece; pero hay otros síntomas no menos graves, capaces de conducir al coma o la muerte.^{5,6} Los pacientes con un mal control glucémico tienen mayor riesgo y una elevada incidencia, no solamente de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, sino también de ceguera, insuficiencia renal, amputaciones de los miembros inferiores y muerte prematura.

Ha sido comprobado que los diabéticos sufren más frecuentemente cardiopatías y otras complicaciones si se comparan con la población no diabética. La experiencia ha demostrado que gran parte de las amputaciones realizadas en estos pacientes podrían evitarse con una buena educación diabetológica, que incluye consejos elementales relacionadas con el cuidado de los pies.⁷

Según datos estadísticos se estima que para el 2 025 existan más de 300 millones de personas con diabetes sacarina y posiblemente más de 500 millones con grados variables de intolerancia a la glucosa o prediabetes. Esta afección es el trastorno endocrino más común que existe, pues afecta entre 2 y 6 % de la población mundial.⁸⁻¹⁰

En Cuba, la tendencia es a incrementarse el número de personas con diabetes mellitus, pues en 1991 se registraban 15 afectados por cada 1 000 habitantes; 30,5 en el 2004 y 33,3 en el 2006,¹¹ tasas que se elevarán a medida que lo haga el promedio de vida del hombre, ya que con la edad declina la tolerancia a la glucosa y aumentan el sedentarismo y la obesidad, además se añaden estilos de vida inadecuados; específicamente en la provincia de Santiago de Cuba la prevalencia de la enfermedad fue de 24,3 x 1 000 habitantes.¹²

Cuidados y educación deben ser elementos de una única acción, y cada contacto con el paciente debe llevar una situación de aprendizaje donde este refuerce su percepción de riesgo de salud y desarrolle destreza y motivación para superarlos,

mediante el autocuidado y el autocontrol; es por ello que la educación ha devenido, cada vez más, la piedra angular de la atención al diabético.

MÉTODOS

Se hizo una intervención comunitaria en 50 pacientes con diabetes sacarina, del consultorio médico No. 18, perteneciente al Policlínico Docente "Armando García Aspuru" de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2008 hasta marzo del 2009, a fin de modificar los conocimientos sobre algunos aspectos relacionados con la citada afección.

Entre las variables estudiadas figuraron: principales síntomas, factores de riesgo, complicaciones, cuidados de los pies y dieta.

Se establecieron 3 etapas en el diseño:

Diagnóstico: Se llenó la planilla de consentimiento informado a los participantes, además de aplicarse una encuesta de 8 preguntas para determinar las necesidades de aprendizaje.

La evaluación general de los conocimientos se clasificó en:

- Adecuado: Si contestaban correctamente, al menos, 6 de las 8 interrogantes.
- Inadecuado: Si no alcanzó esta cifra.

Intervención: Se precisaron el horario y lugar para desarrollar la actividad. Las clases fueron impartidas por el principal responsable de la investigación (una vez por semana, durante 30 minutos), donde se trataron 6 temas medulares:

1. Diabetes mellitus. Definición y características clínicas
2. Factores de riesgo de la diabetes mellitus
3. Causas de descontrol metabólico de la enfermedad
4. Complicaciones. Prevención
5. Cuidado de los pies
6. Dieta y diabetes

Evaluación: Luego de 3 meses de la intervención se aplicó nuevamente la encuesta inicial con los mismos criterios evaluativos y se valoraron las modificaciones ocurridas en los conocimientos antes y después del programa educativo aplicado.

El procesamiento del dato primario se realizó de forma computarizada, mediante el paquete estadístico SPSS versión 11,5 y se aplicó la prueba de McNemar con un error de 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

En la **tabla 1** puede observarse que antes de la intervención, 37 pacientes (74,0 %) tenían conocimientos inadecuados sobre los principales síntomas de esta afección, pero después de realizada la labor educativa se logró que 96,0 % de ellos los modificara favorablemente y con elevada significación.

Tabla 1. *Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de la diabetes mellitus*

Antes	Después				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	13	100,0	-	-	13	26,0
Inadecuado	35	94,6	2	5,4	37	74,0
Total	48	96,0	2	4,0	50	100,0

p<0,05

Al evaluar los conocimientos sobre los factores de riesgo para la aparición de la diabetes sacarina (**tabla 2**), se halló que antes de la acción educativa solo 9 participantes (18,0 %) poseían nociones adecuadas al respecto; sin embargo, la información ofrecida en los encuentros permitió que al finalizar la actividad la cifra ascendiera a 45 (90,0 %). Solo 5 pacientes (10,0 %) no lograron apropiarse de dichos conocimientos, estos resultados fueron significativos.

Tabla 2. *Conocimientos sobre factores de riesgo de la diabetes mellitus*

Antes	Después				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	9	100,0	-	0,0	9	18,0
Inadecuado	36	87,8	5	12,2	41	82,0
Total	45	90,0	5	10,0	50	100,0

p<0,05

Teniendo en cuenta el grado de conocimientos sobre las complicaciones que pueden presentar los pacientes diabéticos (**tabla 3**) se encontró que inicialmente era inadecuado en 9 de ellos (18,0 %). Una vez aplicado el programa educativo, 94,0 % de los encuestados respondió correctamente las interrogantes, cambios que resultaron significativos.

Tabla 3. *Conocimientos sobre complicaciones de la diabetes mellitus*

Antes	Después				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	9	100,0	-	-	9	18,0
Inadecuado	38	92,7	3	7,3	41	82,0
Total	47	94,0	3	6,0	50	100,0

p<0,05

En la **tabla 4** se muestra el desconocimiento que existía sobre el cuidado de los pies de las personas con diabetes mellitus, 45 de los participantes (90,0 %) respondieron inadecuadamente antes de la intervención, resultado que fue modificado favorablemente al concluir el estudio, pues se obtuvo 96,0 % de respuestas correctas.

Tabla 4. *Conocimientos sobre cuidado de los pies pacientes con diabetes mellitus*

Antes	Después				Total	
	Adecuado No.	Adecuado %	Inadecuado No.	Inadecuado %	No.	%
Adecuado	5	100,0	-	-	5	10,0
Inadecuado	42	93,3	3	6,7	45	90,0
Total	47	94,0	3	6,0	50	100,0

p < 0,05

Antes de aplicada la intervención (**tabla 5**) solo 4 participantes (8,0 %) conocían los aspectos relacionados con la dieta de este tipo de paciente, pero el diálogo abierto y cordial con ellos garantizó que después de esta 96,0 % adquiriera conocimientos adecuados al respecto.

Tabla 5. *Conocimientos sobre la dieta de los pacientes con diabetes mellitus*

Antes	Después				Total	
	Adecuado No.	Adecuado %	Inadecuado No.	Inadecuado %	No.	%
Adecuado	4	100,0	-	-	4	8,0
Inadecuado	44	95,6	2	4,4	46	92,0
Total	48	96,0	2	4,0	50	100,0

p < 0,05

En cuanto al conocimiento global sobre algunos aspectos relacionados con la diabetes mellitus, se halló que inicialmente 86,0 % de los integrantes de la casuística respondieron de forma inadecuada, resultado que fue revertido al terminar el estudio, donde 95,3 % de la muestra modificó sus conocimientos de forma positiva.

DISCUSIÓN

En la Declaración de las Américas celebrada en San Juan, Puerto Rico, se insta a los gobiernos a que reconozcan esta afección como un problema de salud y que actúen en consecuencia; también se hace un llamado al personal que labora en el nivel primario de salud a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, así como prevenir y reducir las complicaciones, para lo cual resultan imprescindibles el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado, un mejor control metabólico, así como la integración al Programa de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.¹³

Uno de los pilares fundamentales en el control de la diabetes mellitus es la educación diabetológica, pues de ella depende el reconocimiento de los síntomas que alertan sobre el descontrol metabólico, la dieta adecuada, entre otros aspectos.

En esta serie llama la atención que existieran tantos pacientes con conocimientos inadecuados sobre los síntomas asociados con esta afección, siendo un tema estudiado en el Centro Provincial de Atención al Diabético, lo que demuestra que la información recibida no es consolidada y que la labor realizada en el nivel primario de salud es

insuficiente; resultado similar se obtuvo en un estudio realizado en una comunidad andina.¹⁴

La diabetes mellitus es una enfermedad de causa multifactorial. Poseen mayor riesgo de padecerla aquellas personas con antecedentes previos de glucosuria e hiperglucemia transitorias, los obesos, los que tienen antecedentes familiares de diabetes (fundamentalmente padres u otros) y las madres cuyos neonatos pesaron más de 4 200 g al nacer (con mortalidad perinatal inexplicable); si a todo ello se une pertenecer al sexo femenino y haber cumplido más de 35 años, entonces se refuerza la repercusión negativa de estos factores.^{1, 5, 6}

En la casuística, los factores de riesgo menos conocidos fueron los relacionados con la historia obstétrica de la mujer, resultado que coincide con lo encontrado por Mesa,¹⁴ quien también logró elevar el conocimiento sobre este tema.

En Cuba, las complicaciones del síndrome diabético no solo pueden ser letales, sino que también provocan un largo período de sufrimiento, discapacidades y costo económico, tanto al paciente, a su familia como al sistema de salud, por lo que el Ministerio de Salud Pública determinó, en 1970, la creación del Programa de Atención Integral al Paciente Diabético, el cual es llevado a cabo por un equipo multidisciplinario, donde la relación médico-paciente-familia es esencial.⁸

Algunos pacientes, en esta serie, lograron identificar la hipertensión arterial y el infarto como complicaciones de la enfermedad, fundamentalmente aquellos cuyos familiares las habían padecido o incluso ellos mismos; sin embargo, ninguno hizo referencia a la insuficiencia renal, como lo informado por Mesa¹⁴ en su estudio.

Especial importancia se le debe conceder al cuidado de los pies de las personas diabéticas, pues han sido descritas múltiples complicaciones que ocasionan hasta la amputación de un miembro, lo cual puede prevenirse a largo plazo con este tipo de intervención, donde la educación desempeña una función preponderante;¹⁵ así se informa también en un estudio efectuado en La Habana (Miguel Acosta J. Modificación de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes insulino dependientes. [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2004. Policlínico Docente del Cerro, La Habana).

Para orientar a las personas diabéticas a consumir el total de calorías correspondientes se emplean modelos de dietas ya elaborados (desde 1 200 hasta 3 000 calorías), los cuales sirven de guía para preparar el menú de acuerdo con los gustos y las preferencias de cada cual; este debe incluir 6 comidas diarias (desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena), teniendo en cuenta que lo más importante es llevar al paciente al peso ideal.¹⁶

El tema relacionado con la dieta del diabético resultó inicialmente de poco dominio por parte de los participantes en el estudio, pero al concluir el programa educativo aplicado se logró que fuera uno de los que obtuvo mejores resultados, pues los pacientes pudieron reconocer tanto los alimentos que no deben ingerir como los que deben consumir de forma limitada por su alto contenido de carbohidratos; también aprendieron cómo combinarlos para incorporar las calorías necesarias en dicha dieta.

La educación diabetológica ejerce efectos muy favorables a las personas con diabetes mellitus, dada por cambios favorables en el estilo de vida, en cuanto a: dieta, realización de ejercicios físicos, abandono del hábito de fumar y de la ingestión de

bebidas alcohólicas, así como incremento de la cultura sanitaria de las personas afectadas, de individuos en riesgo y de la población en general, a la vez que previene o retrasa las complicaciones a largo plazo y eleva la esperanza de vida de quienes padecen esta enfermedad.¹⁵

Cuba ha establecido las estrategias y programas priorizados del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de continuar el desarrollo sostenible de su sistema y alcanzar mejores indicadores de salud para toda la población. En tal sentido se refuerza la función del movimiento de municipios por la salud o comunidades saludables, como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención a nivel local, para cuyos fines se creó la red cubana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, *et al.* Temas de medicina interna. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002;t1:221-52.
2. The envolving diabetes burdon in the United State. *Ann Inter Med* 2004; 140(11):945-50.
3. Repetto, Giuseppe; Rizzolli, Jacqueline; Bonatto, Cassiane. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003;47(6):669-76.
4. Hernández Cisneros F, Rabelo Nordelo A, García Yllán L, García Yllán V. Morbilidad oculta por diabetes mellitus no insulino dependiente y tolerancia a la glucosa alterada. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(5):480-4.
5. Alfonso Fernández LA, Arce Hidalgo B, Areu Regateiro A, Argüelles Zayas AC, Argudín Depestre SG, Arús Soler E. Manual de diagnóstico y tratamiento en especialidades clínicas. La Habana: Organización Panamericana de la Salud, 2002. <http://bvs.sld.cu/libros/manual_diagnostico/primeras.pdf> [consulta: 12 diciembre 2008].
6. Díaz Díaz O, Faget Cerero O, Salas Mainegra I. Afecciones del páncreas. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, *et al.* Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008;vol3:14-7.
7. American Diabetes Association: Diabetes care in the school and day care setting. *Diabetes Care* 2004; 27(Supp: 1):122-8. <http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s122.full.pdf+html?sid=3b0a262e-f842-4b94-ad60-1e699fe2612b> [consulta: 12 diciembre 2008].
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diabetes. La Habana: Instituto Nacional de Endocrinología, 2000:1-26.
9. Jordán Severo T, Oramas González R, González Cárdenas L. Evaluación del efecto de una intervención educativa en pacientes diabéticos de 4 consultorios. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007;23(2). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 12 diciembre 2008].
10. Crespo Valdés N, Rosales González E, González Fernández R, Crespo Mojena M, Hernández Beguiristain JD. Caracterización de la diabetes mellitus. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(4).

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 12 diciembre 2008].

11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: MINSAP, 2006:35-6.
12. ---. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP, 2006:87.
13. Calderín Velazco R. Panorámica actual de la diabetes mellitus. Med (Bogotá) 2005;23(36):77.
14. Mesa L. Determinación del nivel de conocimientos de pacientes diabéticos de la comunidad andina. Washington, DC: OPS, 2004:32.
15. Pérez Rodríguez A, Barrios López Y, Monier Tornés A, Berenguer Gouarnalusses M, Martínez Fernández I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitas [artículo en línea] MEDISAN 2009; 13(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san11109.htm> [consulta: 12 diciembre 2008].
16. Aranceta I, Pérez Rodrigo C, Domínguez A. Educación nutricional de la diabetes. Diabet Med 2005:716-30.

Recibido: 16 de junio del 2010

Aprobado: 21 de julio del 2010

Dra. Miledis Pupo Ochoa. Policlínico Docente "Armando García Aspuru", 1ra de Santa Bárbara, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: miledis@sierra.scu.sld.cu