

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Evaluación sobre cultura sanitaria en familiares de niños diabéticos

Evaluation on sanitary culture in relatives of diabetic children

Leonel Alberto García Martínez¹, Marisol Aguilar Pérez².

RESUMEN

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico de múltiple etiología, caracterizado por hiperglucemia crónica con trastornos del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Se realiza una investigación con el objetivo de conocer los conocimientos que sobre educación diabetológica poseen los familiares de niños, para ello se realizó un estudio descriptivo con los familiares de niños diabéticos pertenecientes del territorio Sur de la provincia de Ciego de Ávila desde enero del 2006 a diciembre del 2008. El nivel de conocimientos de los familiares fue satisfactorio en un 78,38% (29/37) de un total de 580 respuestas correctas; hubo una mayor incidencia de respuestas incorrectas en las preguntas relacionadas con generalidades sobre la diabetes en un 16,22% (6/37) de los familiares entrevistados. Se concluye que los conocimientos sobre educación sanitaria en los familiares de niños diabéticos aún son insuficiente para lograr un control metabólico adecuado y evitar o posponer la aparición de complicaciones. **Palabras clave:** DIABETES MELLITUS, ESTUDIOS DE INTERVENCION, NIÑOS.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a metabolic disorder of multiple etiology, characterized by chronic hyperglycemia with disorders of carbohydrate metabolism, fats and proteins. A research is carried out with the aim of knowing the knowledge that family members of children have about diabetes education, for that purpose, a descriptive study was carried out in the South of Ciego de Avila province from January 2006 to December 2008. When analyzing the relatives' level of knowledge, only 78.38% (29/37) showed a satisfactory result with a total of 580 correct answers, having a greater incidence of incorrect answers regarding general aspects with 16.22% (6/37) of the relatives interviewed. It was then concluded that the knowledge on sanitary education in relatives of diabetic children is even insufficient to obtain an appropriate metabolic control and to avoid or postpone the complications appearance.

Keywords: DIABETES MELLITUS, INTERVENTION STUDIES, CHILDREN.

1. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Endocrinología Pediátrica. Profesor Instructor. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Enfermera pediátrica. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico de múltiple etiología, caracterizado por hiperglucemia crónica con trastornos del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido a una deficiencia de la secreción de la insulina, de su acción o de ambas, causada por la destrucción de células betas y la consecuente ausencia de insulina o por el incremento de la resistencia a la insulina debida a una variedad de causas, no todas conocidas.⁽¹⁾

La primera referencia a la diabetes se encuentra en el papiro de Ebers encontrado en 1862 en Tebas (hoy Luxor). En el papiro se recoge una sintomatología que recuerda a la diabetes y unos remedios a base de determinadas decocciones.

En los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, se realizaron grandes esfuerzos para aislar la insulina. La insulina fue descubierta en el verano de 1921 por Sir Frederick Grant Banting como consecuencia de una serie de experimentos realizados en la cátedra del Prof. John J. R. MacLeod, profesor de fisiología de la Universidad de Toronto.⁽²⁻³⁾

En 1994 existían 100 millones de personas con diabetes; se calcula que en el 2003 la prevalencia mundial de diabetes alcanzó los 194 millones y se prevé que esta cifra alcance los 333 millones para el 2025 como consecuencia de una mayor esperanza de vida, un estilo de vida sedentario y los cambios en los patrones alimentarios.⁽⁴⁻⁶⁾

Cuando se analiza la realidad del proceso de cuidado y educación en diabetes, se encuentra que se centra fundamentalmente en un enfoque biológico que brinda información fisiológica y técnica que nada tiene que ver con las necesidades reales y sentidas de las personas diabéticas.⁽⁷⁾

En el año 1980 se diseña un Programa de Educación en Diabetes que se incorporó al resto de los programas internacionales surgidos en la década.⁽⁸⁾ La continua evaluación de este programa facilitó que en los 90 se perfeccionara el Programa de Educación que devino en “la estrategia cubana de educación en diabetes”^(3,5-7,9-12) la cual responde a las citadas características socio-culturales y se basa en un modelo centrado en la persona con diabetes y en el método interactivo de enseñanza.⁽¹³⁾

La educación diabetológica es un proceso dirigido a la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades que, modificando actitudes y hábitos, mejoran la calidad de vida.⁽¹⁴⁾ El diagnóstico de un niño con diabetes supone para cualquier familia la necesidad de hacer frente a una enfermedad crónica y requiere una dedicación suplementaria por parte de los padres hacia el paciente, por lo que el objetivo de esta investigación es conocer cuáles son los conocimientos que sobre educación diabetológica poseen los familiares de niños diabéticos.

Con este propósito se decide entrevistar a los familiares que acompañaban a los niños a consulta a fin de identificar las necesidades educativas y posteriormente diseñar una estrategia de intervención educativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos sobre educación diabetológica en familiares de niños diabéticos pertenecientes al territorio Sur de la provincia de Ciego de Ávila desde enero del 2006 a diciembre del 2008.

Universo:

El universo de nuestro estudio lo constituyeron 37 padres o tutores de los niños diabéticos pertenecientes a los municipios de Ciego de Ávila, Majagua, Venezuela y Baraguá de la provincia de Ciego de Ávila que acompañaron a los niños a las consultas.

Criterios de inclusión:

- Todos los padres, tutores o familiares que acompañaron a los niños diabéticos a consulta, que conviven con los mismos y están dispuestos a participar en la investigación.

Criterio de exclusión:

- Familiares de los niños diabéticos no aptos mentalmente para responder la entrevista.
- Familiares de los niños diabéticos que no estén dispuestos a participar voluntariamente en la investigación.

Instrumento de recolección y procesamiento de la información.

La información fue recogida mediante la respuesta a una encuesta confeccionada y validada por el Instituto Nacional de Endocrinología⁽¹⁵⁾ y modificada por el autor (Anexo 1) y respondida individualmente por cada participante a fin de identificar las necesidades educativas de los mismos.

Operacionalización de las variables:

- Variable directa: Nivel de conocimientos; se valoró en dos aspectos, los conocimientos por acápite evaluando el resultado por separado de sus conocimientos y la evaluación general que incluye la calificación total de la encuesta.

Las preguntas realizadas poseían una sola posibilidad de respuesta otorgándosele un valor de 5 puntos y determinando el nivel de conocimientos de los familiares, finalmente se totalizaron los puntos por aspectos y generales alcanzados por cada entrevistado y fueron evaluados de:

Aspectos generales y tratamientos:

Satisfactorios: Los que alcanzaron una puntuación de 20 a 35 puntos.

No satisfactorios: Los que alcanzaron una puntuación inferior a 20 puntos.

Autocontrol y cuidados generales:

Satisfactorios: Los que alcanzaron una puntuación de 10 a 15 puntos.

No satisfactorios: Los que alcanzaron una puntuación inferior a 10 puntos.

En **general** los pacientes fueron evaluados con conocimientos:

Satisfactorios: Los que alcanzaron una puntuación de 70 a 100 puntos.

No satisfactorios: Los que alcanzaron una puntuación inferior a 70 puntos.

Los datos recogidos en las entrevistas fueron introducidos en una base de datos computarizada donde fue procesada la información determinando el nivel de conocimientos, utilizando los por cientos como medida de resumen y los datos son presentados en tablas de distribución de frecuencia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la tabla No. 1 se muestra el nivel de conocimientos por diferentes aspectos; sobre generalidades de la diabetes mellitus, el 16,22% (6/37) eran no satisfactorios, incidiendo con mayor frecuencia de errores en las preguntas N° 1, 2 y 7 que se refieren al órgano productor de la insulina, los síntomas más frecuentes de la diabetes mellitus y de la cetoacidosis.

Los resultados en familiares de niños diabéticos difieren de lo encontrado por Toledo Fernández en una intervención realizada a pacientes diabéticos de un área de salud del municipio habanero del Cerro⁽¹⁶⁾ de los cuales el 81,48% sabían reconocer los síntomas de descontrol pero sólo el 50% conocía como realizar cambios en su tratamiento.

En relación con el tratamiento se encuentra que el 13,51% (5/37) de los participantes tenían conocimientos insuficientes con un total de 42 respuestas incorrectas la mayoría referida al plan de alimentación y a la insulino terapia con 18 y 14 respectivamente y sólo 10 relacionadas con el ejercicio. Toledo Fernández⁽¹⁶⁾ también encontró dificultades relacionadas con el ejercicio físico donde sólo el 42,59% de sus pacientes conocían que hacer antes de realizar un ejercicio no acostumbrado y sólo el 68,52% responde correctamente sobre los beneficios de la fibra vegetal en la dieta. De igual forma Piedra Arias en la intervención realizada en pacientes diabéticos de un consultorio del programa de Barrio Adentro en Venezuela⁽¹⁷⁾ encontró serias dificultades en los conocimientos relacionados con la dieta, los ejercicios y el tratamiento, los cuales mejoraron luego de su intervención.

En lo relacionado con el autocontrol sólo el 86,49% (32/37) tenía niveles satisfactorios con el 25,23% de las preguntas respondidas de forma incorrecta. Al analizar otros trabajos como el de Toledo Fernández⁽¹⁶⁾ se observa que las preguntas relacionadas con este aspecto se comportaban con respuestas correctas sólo entre el 50.0% y el 59.26% de los pacientes entrevistados.

Al analizar los cuidados generales del paciente diabético se deduce que el 89,19% (33/37) eran satisfactorios con un total de 17 respuestas incorrectas (15,32%) relacionadas con el cuidado de los pies y la asistencia estomatológica del niño diabético.

Toledo Fernández logró elevar los conocimientos sobre el cuidado de los pies luego de la intervención sólo al 48,15%⁽¹⁶⁾ mientras que Piedra Orias los elevó de un 31,8% a 91.0%⁽¹⁷⁾ y Jordán Severo y colaboradores⁽¹⁸⁾ en una intervención realizada en cuatro consultorios logró elevar los conocimientos de sus pacientes de un 45,8% a un 94.15% (Tabla No. 1).

Al analizar integralmente el nivel de conocimientos de los familiares participantes en la investigación se observa que sólo el 78,38% (29/37) era satisfactorio con un total de 580 respuestas correctas, lo cual demuestra la necesidad de intervenir con acciones educativas dirigidas a reforzar los conocimientos e incorporar aquellos que se muestran de forma insuficiente (Tabla No. 2).

Gómez y colaboradores encontraron que con la aplicación y evaluación de un programa de educación diabetológica en el ambulatorio "Dr. Daniel Camejo Acosta" en Barquisimeto, de un nivel de conocimientos inicial predominantemente regular (58,7%) pasó a un nivel de conocimientos excelente y bueno con un 44,8% y 41,4% respectivamente⁽¹⁹⁾ coincidiendo esto con lo reportado por otros autores.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Por tanto, se considera como futuros lineamientos de trabajo la realización de una intervención educativa en familiares allegados al niño diabético para elevar la cultura sanitaria en relación con la diabetes mellitus y de esta forma modificar las conductas. Con todo lo anteriormente expuesto se puede

considerar que del nivel de conocimientos que tenga un niño y sus familiares acerca de la diabetes, mayor será el control que tenga sobre su enfermedad y la posibilidad de manejarla como parte de su vida cotidiana. Convivir con la diabetes se vuelve una tarea cada vez más sencilla y pasa a formar parte de la vida cotidiana, igual que lavarse los dientes o ducharse.

CONCLUSIONES

Se considera que los conocimientos sobre educación sanitaria en los familiares de niños diabéticos aún son insuficiente para lograr un control metabólico adecuado y evitar o posponer la aparición de complicaciones.

Se propone la realización de una intervención educativa en familiares allegados al niño diabético para elevar la cultura sanitaria en relación con la diabetes mellitus y de esta forma modificar las conductas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nicolino M, Chatelain P. Diabetes mellitus infantil: clasificación, diagnóstico, epidemiología y etiología. En: Pombo M. Tratado de Endocrinología Pediátrica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 1122-31.
2. Historia de la diabetes [página en Internet]. 2008 [citado 4 Mar 2008]. [aprox. 11 pantallas]. Disponible en: http://www.iqb.es/d_mellitus/historia/h01.htm
3. Jácome Roca AF. Diabetes, una historia que continúa escribiéndose. [página en Internet] Colombia; 2001 [citado 4 Mar 2008] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.leonismoargentino.com.ar/SalDiabContinua.html>
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H: Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27: 1047-53.
5. Jácome Roca AF. Hispanos en las dos Américas, prevalencia de la diabetes. Med Acad Nal. 2002; 24: 55-57.
6. Carrasco E, Pérez Bravo F, Larenas G. Epidemiología de la diabetes mellitus. En: García de los Ríos M. Diabetes Mellitus. La Habana: Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico; 2003. p. 33-6.
7. García R. A diabetes education programme based on an interactive patient centred approach: the Cuban Experience. West Ind Med J. 1999; 48(sup 1):17.
8. García R., Suárez R. La educación al paciente diabético. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1992. p.7-15.
9. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Programa de educación en diabetes de Instituto Nacional de Endocrinología: una estrategia de comunicación interactiva. Rev Asoc Latinoam Diabetes. 1993; 3:112-115.
10. Mateo de Acosta O, García R, Aldana D, Valenti C, Suárez R. Centro de Colaboración OMS/OPS de la Habana para un servicio integrado y atención médica integral al paciente diabético. Rev Asoc Latinoam Diabetes. 1996; 4:196-214.
11. García R. Programa de educación en diabetes en Cuba: filosofía, métodos y líneas de trabajo. Rev Asoc Latinoam Diabetes. 1998; 6:55-75.
12. García R. Guía para la educación al paciente diabético en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001.
13. García R, Suárez R, Gómez J, Romero MI, Portilla L. Educación interactiva vs educación convencional en diabéticos insulino dependientes. Av Diabetol. 1994; 9:45-62.
14. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en el niño y el adolescente. Rev Asoc Latinoam diabetes. 1998; 10:7-23.
15. García R, Suárez R. Confiabilidad y validez de un cuestionario de conocimientos en Diabetes. Rev Cubana Endocr. 1991; 10(2):11- 16.
16. Toledo Fernández AM. Intervención educativa en pacientes diabéticos de un área de salud. Cerro, 2006 [página en Internet] 2006 [citado 10 Jun 2008] [aprox. 18 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEuVAIEAVVlpTMWGIN.php>
17. Piedra Arias TM. Intervención educativa en pacientes diabéticos de un consultorio del programa Barrio Adentro en el período enero a diciembre del 2004 [tesis]. Sucre: Misión Barrio Adentro; 2004.

18. Jordán Severo TJ, Oramas González R, González Cárdenas L. Evaluación del efecto de una intervención educativa en pacientes diabéticos de cuatro consultorios. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007; 23(2):1-8.
19. Gómez A, Costero Enconosa A, Figueroa I, Rivas Durán D. Aplicación y evaluación de un programa de educación diabetológica ambulatoria. Med Fam [serie en Internet]. 1999 [citado 6 Jun 2008]; 7(1): [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://portal.revista.bvs.br/trans.php?xsl0xsl/titles.xsl&xml>

ANEXOS

Tabla No. 1. Nivel de conocimientos de los familiares de niños diabéticos

| | Satisfactorios | % | No Satisfactorios | % | Total |
|--------------------|----------------|-------|-------------------|-------|-------|
| Generalidades | 31 | 83,78 | 6 | 16,22 | 37 |
| Tratamiento | 32 | 86,49 | 5 | 13,51 | 37 |
| Autocontrol | 32 | 86,49 | 5 | 13,51 | 37 |
| Cuidados generales | 33 | 89,19 | 4 | 10,81 | 37 |

Fuente: Encuesta

Tabla No. 2. Conocimientos en general

| Conocimientos en general | No. | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Satisfactorios | 29 | 78,38 |
| No satisfactorios | 8 | 21,62 |
| Total | 37 | 100 |

Fuente: Encuesta

ENCUESTA

Marque con una cruz la respuesta que usted considere correcta. Debe elegir solo una opción en cada pregunta.

A) ASPECTOS GENERALES

La insulina es una hormona segregada por:

El hígado. El páncreas. El tiroides. El estómago. No sé.

Los síntomas más frecuentes en la diabetes son:

Mareos y dolor de cabeza. Dolor de estómago y fiebre. Sed, hambre y orinar mucho. No sé.

El objetivo del tratamiento de la diabetes es:

Aumentar los niveles de glucosa en sangre. Disminuir la capacidad del cuerpo para utilizar los alimentos. Mantener los niveles de glucosa en sangre en límites normales. No sé. La hipoglucemia se debe a que Comió poco o se inyectó más insulina que la necesaria. Comió más de lo indicado u olvidó la inyección de insulina. Comió muchos alimentos dulces. No sé.

Los síntomas que nos hace sospechar la hipoglucemia son: Temblores, sudoración, fatiga, dolor de cabeza. Nauseas, vómitos y fiebre. Calambres y dolores en las piernas. No sé

Si identifica síntomas de hipoglucemia lo primero que debe hacer es: Ir al médico. Tomar bebida azucarada. Acostarse y arrojarse. No sé.

Los síntomas de cetoacidosis son: Vómitos, lengua seca, aliento cetónico. Mareos y urticaria. Temblor, sudoración y fatigas. No sé.

B) AUTOCONTROL

La prueba de glicemia indica: Cantidad de glucosa en la orina. Cantidad de glucosa en la sangre. No sé.

La prueba de Benedict se debe hacer con: 4 gotas de orina y 2.5 cc de reactivo. 4 gotas de reactivo y 2.5 cc de orina. 10 gotas de orina y 20 gotas de reactivo. No sé.

El niño diabético está descompensado cuando el Benedict les da: Verde o azul. Amarillo, naranja o rojo ladrillo. Blanco transparente. No sé.

C) TRATAMIENTO

Un diabético insulino dependiente necesita: Inyectarse insulina todos los días. Inyectarse insulina sólo cuando coma dulce. Descansar de la inyección de insulina el fin de semana. No sé.

La inyección de insulina se debe administrar: Sólo en las nalgas. Sólo en los muslos. Sólo en los brazos. Rotando cada inyección por los brazos, muslos, nalgas y alrededor del ombligo. No sé. La dieta del diabético requiere: De una sola comida en las primeras horas del día. Hacer varias comidas en el día. Comer cada vez que tenga deseos. No sé.

Una dieta balanceada es aquella que contiene: Altas proporciones de proteínas. Altas proporciones de carbohidratos. Proporciones de proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales. No sé.

Las fuentes de proteínas pueden ser: Frutas y vegetales. Carne, huevo y pescado. Dulces y confituras de chocolate. No sé.

Los ejercicios que puede realizar el diabético son: Aeróbicos de todo tipo. Alpinismo, clavado y fútbol. Atletismo de resistencia y ciclismo. Ninguno. No sé.

Antes de realizar un ejercicio no acostumbrado el niño debe: Hacer una merienda adicional. Inyectarse una dosis adicional de insulina. No sé.

D) CUIDADOS GENERALES

15) El paciente diabético debe cuidar sus pies porque: Los pies planos es frecuente en los diabéticos. La diabetes produce callosidades. Con los años puede afectarse la circulación de los pies. No sé.

Para evitar el pie diabético debemos: Aplicar tintura de yodo en las callosidades. Cortar las uñas y los cayos todos los días. Secar los pies entre los dedos, cortar las uñas rectas periódicamente y no utilizar sustancias irritantes. No sé.

El niño diabético debe: Evitar ir al estomatólogo pues puede complicarse. Acudir periódicamente al estomatólogo. Asistir al estomatólogo sólo cuando necesite hacerse una extracción. No sé.