

UCLV
Universidad Central
"Marta Abreu" de Las Villas



FQF
Facultad de
Química y Farmacia

Departamento de Farmacia

TRABAJO DE DIPLOMA

Diseño de un Programa Educativo para pacientes diabéticos.

Autora:

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Tutora:

Dra. Damaris Montesino Cruz

Copyright©UCLV

UCLV
Universidad Central
"Marta Abreu" de Las Villas



FQF
Facultad de
Química y Farmacia

Pharmacy Department

DIPLOMA THESIS

Design of an educational program for diabetic patients

Author:

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Thesis Director:

Dra. Damaris Montesino Cruz

Copyright©UCLV

Este documento es Propiedad Patrimonial de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, y se encuentra depositado en los fondos de la Biblioteca Universitaria “Chiqui Gómez Lubian” subordinada a la Dirección de Información Científico Técnica de la mencionada casa de altos estudios.

Se autoriza su utilización bajo la licencia siguiente:

Atribución- No Comercial- Compartir Igual



Para cualquier información contacte con:

Dirección de Información Científico Técnica. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Carretera a Camajuaní. Km 5½. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. CP. 54 830

Teléfonos.: +53 01 42281503-1419



ANEXO ACTA DE CONFORMIDAD PARA ESTUDIANTES DE PREGRADO
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

ACTA DE CONFORMIDAD

Por una parte: Arquer de la Caidad Abitino Ojeda estudiante de la carrera de: Química en Ciencias Farmacéuticas y farmacia en la facultad de Química y farmacia en lo adelante **EL ESTUDIANTE**. Con número de identidad permanente: 0040570595 o pasaporte: _____ Y por otra parte: Liliana Vicet Muro Jefe del Departamento Docente de: Farmacia en la ya mencionada facultad, en lo adelante **EL JEFE DE DEPARTAMENTO,** y

_____ profesor(es) encargado(s) de tutorar el Trabajo de Diploma **DEL ESTUDIANTE**, en lo adelante **EL TUTOR**.

Reconocen que:

- I. **A EL ESTUDIANTE** se le ha aprobado como tema de investigación para su Trabajo de Diploma el titulado: Diseño de un Programa Educativo para pacientes diabéticos
- II. **EL ESTUDIANTE** no divulgará información concerniente a la investigación, tanto durante el desarrollo como tras la culminación de esta sin la debida autorización **DEL TUTOR** o **EL JEFE DE DEPARTAMENTO**.
- III. Que el Trabajo de Diploma fruto de la labor investigativa **DEL ESTUDIANTE** y la asesoría **DEL TUTOR**, resulta de **TITULARIDAD EXCLUSIVA** de la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.
- IV. **EL ESTUDIANTE** una vez aprobada su tesis para la defensa, depositará una copia electrónica de la misma en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.
- V. A partir de la defensa y aprobación del Trabajo de Diploma, la publicación total, parcial o la elaboración de cualquier obra que se derive de esta investigación por parte **DEL ESTUDIANTE**, contará con la coautoría **DEL TUTOR** y viceversa, resultando de referencia obligada esta obra en cualquier otra que se elabore. El incumplimiento de esta cláusula, puede llevar consigo el inicio de procesos de plagio. Todo lo anterior de acuerdo a la normativa de Derecho de Autor vigente en Cuba.

Y para que así conste se firma la presente en la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, a los 23 días del mes de noviembre del año 2022.

[Firma]
EL ESTUDIANTE

[Firma]
TUTOR

[Firma]
JEFE DE DEPARTAMENTO

[Firma]
TUTOR

EXERGO

Tú eres el resultado de ti mismo.

No culpes a nadie, nunca te quejes de nadie ni de nada.

Porque, fundamentalmente, tú has hecho lo que querías con tu vida.

Acepta la dificultad de edificarte a ti mismo y el valor de cuidarte del fracaso para volver e empezar corrigiéndote...

Recuerda que cualquier momento es bueno para comenzar y que ninguno es bueno para claudicar...

No olvides que la causa de tu presente es tu pasado, así como la causa de tu futuro es tu presente...

Aprende a nacer desde el dolor y a ser más grande, que el más grande de tus obstáculos mírate en el espejo de ti mismo, comienza a ser sincero contigo, reconociéndote a ti mismo...

Tú eres parte de la fuerza de tu vida ahora, despiértate, lucha, camina decídete y triunfarás en la vida...

Pablo Neruda

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de diploma a todos los que hicieron posible que este empeño de convertirme en licenciada se hiciera realidad, especialmente a mi familia por su apoyo incondicional, por compartir las dificultades y sacrificios que me llevó estos cuatro años de universidad, por estar siempre dispuestos a ayudarme a finalizar esta difícil tarea y sobre todo por enseñarme a caminar por la vida, a mis amigos dentro y fuera de la universidad por compartir buenas y malas experiencias y por aportar su granito de arena en todo lo que les fuera posible, a todos ellos va dedicada esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A los seres que más amo en la vida y que más se lo merecen:
Mis padres, por todo su esfuerzo, preocupación, noches de desvelo y amor incondicional durante esta larga etapa de estudiante.
- ❖ A mi hermano por brindarme sus consejos y estar siempre junto a mí cuando más los necesito.
- ❖ A mi novio q siempre estuvo ahí apoyándome en lo posible e imposible.
- ❖ A mis tutores por su dedicación e inteligencia, por ofrecerme su tiempo y apoyo incondicional.
- ❖ A esos amigos que tuve la oportunidad de conocer durante esta linda etapa de mi vida y que nunca olvidaré.
- ❖ A todas las personas que de una forma u otra me brindaron su apoyo y colaboración para que yo alcanzara este deseado título.

Resumen

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) constituye la actividad asistencial del farmacéutico más importante y trascendente, a través de la cual orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM). El objetivo diseñar una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos. Es un estudio observacional descriptivo, desarrollado en dos etapas, una de diagnóstico donde se identificaron las necesidades de información, la conducta terapéutica y los PRM de los pacientes y una segunda etapa donde se diseñó la propuesta de un Programa Educativo. En los resultados obtenidos predominó el sexo femenino, los mayores de 60 años y el diabético Tipo II. Prevalcieron las altas y medias necesidades de información con un 57% y un 28% respectivamente sin diferencias significativas entre ambos grupos. La Hipertensión Arterial, la Insuficiencia Cardíaca y la Cardiopatía Isquémica se asociaron de manera significativa al diabético Tipo II. Se identificaron 123 PRM predominando los errores de la prescripción con un 68,2%. La ineffectividad no cuantitativa con un 37.3% fue el RNM de mayor aparición. Se diseñó una propuesta de Programa Educativo. Conclusiones: la investigación muestra la elevada necesidad de educación farmacoterapéutica en los pacientes diabéticos.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Seguimiento fármaco terapéutico, intervención educativa.

Abstract

Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT) constitutes the most important and transcendental pharmacist care activity, through which it guides and supervises the patient in relation to compliance with their pharmacotherapy, through pharmaceutical interventions aimed at preventing, identifying and solving Problems Related to the Medications (PRM). The objective is to design a proposal for an Educational Program for diabetic patients. It is a descriptive observational study, developed in two stages, a diagnosis where the information needs, the therapeutic behavior and the PRM of the patients were identified and a second stage where the proposal of an Educational Program was designed. In the results obtained, the female sex, those over 60 years of age and Type II diabetics predominated. High and medium information needs prevailed with 57% and 28% respectively without significant differences between both groups. Arterial Hypertension, Heart Failure and Ischemic Heart Disease were significantly associated with Type II diabetics. 123 PRM were identified, with a predominance of prescription errors with 68.2%. Non-quantitative ineffectiveness with 37.3% was the NRM with the highest occurrence. A proposal for an Educational Program was suggested. Conclusions: the research shows the high need for pharmacotherapeutic education in diabetic patients.

Keywords: Diabetes Mellitus, Pharmacotherapeutic follow-up, educational intervention.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
1.1. La Diabetes Mellitus como problema de Salud.....	5
1.2. Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico, clasificación, síntomas, complicaciones y tratamiento.....	5
1.2.1. Definición.....	6
1.2.2. Cuadro Clínico.....	6
1.2.3. Clasificación.....	7
1.2.4. Síntomas.....	8
1.2.5. Complicaciones.....	9
1.2.6. Tratamiento.....	11
1.3. Atención Primaria de Salud (APS).....	16
1.4. Atención farmacéutica.....	17
1.4.1. Definición Conceptual de Atención Farmacéutica.....	17
1.4.2. Tipos de Atención Farmacéutica.....	18
1.4.3. Objetivos e importancia.....	18
1.5. El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).....	18
1.5.1. Definición.....	19
1.5.2. Caracterización.....	19
1.5.3. Objetivos del Seguimiento Farmacoterapéutico.....	20
1.5.4. Método Utilizado Para el Seguimiento Farmacoterapéutico.....	22
1.5.4.1. Método Dáder.....	22
1.5.4.2. Procedimiento del Método Dáder.....	24
1.6. Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).....	25
1.6.1. PRM. Definición.....	25
1.6.2. RNM. Definición.....	26
1.7. Educación Sanitaria Farmacéutica.....	27
1.7.1. Objetivos de la educación sanitaria respecto al medicamento.....	27
1.7.2. Promoción de salud. Funciones.....	28

Índice

1.8. Uso racional de medicamentos.....	28
1.9. Educación diabetológica.	29
CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	31
2. Aspectos generales del estudio.	30
2.1. Universo y muestra.	30
2.1.1. Universo de pacientes: Pacientes diabéticos mayores de 19 años pertencientes a la Unidad de Farmacia 710 del municipio de Santa Clara.....	30
2.2. Métodos y técnicas de recopilación de la información.....	31
2.3. Descripción operacional de variables.	32
2.4. Métodos de procesamiento y análisis de la información.....	35
2.5. Consideraciones éticas.....	35
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
3. Análisis y Discusión de los Resultados.....	36
3.1. Características de la muestra	36
3.2. Necesidades de información de la muestra de pacientes diabéticos.....	39
3.3. Conducta de los pacientes diabéticos ante el uso de medicamentos.....	42
3.4. Cumplimiento de la prescripción.....	43
3.5. Análisis de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM)	44
3.6. La educación diabetológica comienza en el momento del diagnóstico y debe mantenerse y reforzarse durante toda la vida.	47
3.7. Actividades educativas necesarias para los pacientes diabéticos:.....	48
3.8. Elaboración del Programa Educativo a partir del diagnóstico realizado.	49
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61

Introducción

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica, que comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por un aumento de las cifras de glucosa en sangre, al que se conoce con el nombre de hiperglucemia, que si no es tratada produce un gran deterioro en la salud del individuo y reduce su calidad de vida.^(1, 2)

Este desorden metabólico, como lo define La Organización Mundial de la Salud, ocupa un lugar importante por su prevalencia. Afecta hoy entre el 3 y el 7 % de la población mundial, lo que llega a totalizar 463 millones de personas afectadas. La prevalencia de esta enfermedad ha venido aumentando más rápidamente en los países de renta baja y de renta mediana que en los de renta elevada. Es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Entre 2000 y 2016, la mortalidad prematura por diabetes creció en un 5%. En 2019, la diabetes fue la novena causa más importante de muerte: según los cálculos, 1,5 millones de defunciones fueron consecuencia directa de esta afección.^(1, 2)

En Cuba, según datos preliminares al cierre del 2020, la diabetes mellitus tiene una prevalencia de 66,9 por cada 1000 habitantes, mientras que la mortalidad por cada 100 mil habitantes el pasado año fue de 25 a nivel nacional, pero existen territorios con cifras superiores. Mientras tanto, la prevalencia en Villa Clara es de 56,6 por cada 1000 habitantes, siendo unas de las principales causas de muerte, con una cifra de 155 por cada 100000 habitantes casos registrados en el pasado 2020, con una tasa bruta de 16,6.^(1, 3)

El mal uso de la medicación forma parte de un problema sanitario de gran magnitud, debido a que los efectos adversos de los medicamentos y las consecuencias de un tratamiento farmacológico inapropiado constituyen una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo.^(1, 2, 4)

Múltiples estudios farmacoepidemiológicos han demostrado la situación referida al uso irracional de los medicamentos, especialmente en pacientes que padecen

1

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Diseño de una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos.

Introducción

enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ocasionado tanto por no respetar los médicos las buenas prácticas de prescripción (BPP), como por el incumplimiento de las prescripciones por parte de los pacientes, lo que se traduce en un inadecuado control clínico de la enfermedad y en una disminución de su calidad de vida.⁽²⁾

A partir de 1990 surgió en Estados Unidos un nuevo enfoque de la práctica farmacéutica: la Atención Farmacéutica (AF), que engloba todas aquellas actividades asistenciales del farmacéutico orientadas al paciente que utiliza medicamento, una de las actividades derivadas de esta, es el Seguimiento Farmacoterapéutico, que constituye la actividad asistencial del farmacéutico más importante y trascendente, su realización implica el seguimiento y la evaluación continuada de los efectos de la farmacoterapia que utilizan los pacientes.⁽¹⁾

Es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección de problemas relacionados con la medicación (PRM) y la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud. Con este servicio se busca alcanzar los objetivos de la farmacoterapia (necesaria, efectiva y segura), atendiendo de forma real las necesidades de los pacientes.⁽⁴⁾

Los Problemas Relacionados a los Medicamentos (PRM), son aquellas situaciones o procesos que se dan por la administración de medicamentos que causan la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación, ya sea por una administración errónea, características personales, conservación inadecuada, condiciones ambientales negativas que afectan su calidad, contraindicación, interacciones y probabilidad de efectos adversos, dosis y tiempo de duración no adecuada.⁽¹⁾

Introducción

Los RNM son problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente.⁽¹⁾

En el último trimestre del año 1999, el grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, desarrolló un programa docente de seguimiento fármaco-terapéutico denominado Dáder, con el objetivo inicial de dotar al farmacéutico de una herramienta que le permitiese prevenir, identificar y solucionar los PRM y RNM que presentaba la población y con ello facilitar la realización y el logro de los objetivos establecidos con el Seguimiento Fármaco-Terapéutico.⁽⁵⁾

A pesar de la organización de los servicios de salud en el país, existe escasa evidencia de intervenciones educativas terapéuticas continuas que pretendan dotar al paciente de los instrumentos que le permitan desarrollar su capacidad de control y dominio de su propio medio y de incidencia práctica en el proceso de cambio y en las estructuras, de cara a resolver problemas que les afectan.⁽⁵⁻⁷⁾

La intervención educativa con uso de técnicas que capaciten, eduquen y eleven el nivel de conocimientos, constituye un valioso instrumento de trabajo que permite, con una metodología participativa, la interacción de sus miembros propiciando una adecuada comunicación, donde los involucrados se identifican mejor entre sí y logran el reconocimiento de una problemática común; se modifican actitudes, opiniones y creencias erróneas, por otras más aceptadas y deseables para la salud del paciente diabético.⁽⁷⁾

Una muestra de ello está presente en el CMF 17-2 perteneciente al Policlínico Chiqui Gómez de Santa Clara, donde no existe evidencias de intervenciones dirigidas a pacientes diabéticos atendidos en dicha institución, por lo que aún existe un elevado

Introducción

número de pacientes diabéticos que no se han incorporado a procesos educativos y poseen insuficientes conocimientos sobre la enfermedad; lo cual atenta contra su calidad de vida, precauciones y manejo de la misma. Ello motivó a realizar esta investigación de intervención educativa-terapéutica capaz de fortalecer los conocimientos sobre Diabetes Mellitus en pacientes atendidos en el CMF 17-2, del Policlínico Chiqui Gómez de Santa Clara.

Problema científico: Existen insuficiencias en la educación farmacoterapéutica en los pacientes diabéticos del Policlínico Chiqui Gómez Lubián de Santa Clara.

Objetivo general: Diseñar una propuesta de Programa Educativo para los pacientes diabéticos del CMF 17-2.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra de pacientes diabéticos mayores de 19 años.
2. Correlacionar las variables enfermedades asociadas, necesidades de información y automedicación entre los tipos de Diabetes.
3. Identificar los PRM y RNM existentes en la muestra de pacientes diabéticos.
4. Diseñar una propuesta de Programa Educativo a partir del diagnóstico realizado.

Capítulo I. Fundamentación teórica

1.1. La Diabetes Mellitus como problema de Salud.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que en los últimos años ha devenido un desafiante problema para la calidad y esperanza de vida de la población mundial, a la vez que se convierte en todo un reto para los profesionales y las ciencias empeñadas en combatirla.⁽⁸⁾

Su importancia no sólo obedece al lugar que ocupa entre las primeras causas de morbimortalidad a escala global, con un incremento considerable de su incidencia y prevalencia en los países desarrollados y en vías de desarrollo, sino también a su alto poder invalidante, la amplia gama de complicaciones tardías con que se manifiesta, la complejidad de su régimen terapéutico, así como las dificultades que deben enfrentar quienes la padecen en aras de lograr y conservar el control metabólico para prevenir complicaciones.⁽⁸⁾

Se le considera en la actualidad una enfermedad compleja, la cual requiere vigilancia constante, conocimiento por parte de paciente y del apoyo interdisciplinario de especialistas en salud, unido al apoyo que la familia debe brindar. Sin embargo, está ampliamente probado que el protagonismo en el cuidado y control de la diabetes descansa en el paciente mismo.⁽⁸⁾

Hacia esta meta avanzan hoy los programas de educación diabetológica, a fomentar una cultura personal del autocuidado que rompa con las trabas que conducen al incumplimiento terapéutico, y a lograr un aprendizaje individual y familiar, con conciencia de los riesgos, que garantice el manejo exitoso y un estilo de vida acorde a las exigencias de esta dolencia.⁽⁸⁾

1.2. Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico, clasificación, síntomas, complicaciones y tratamiento.

Capítulo I. Fundamentación teórica

1.2.1. Definición

La Diabetes Mellitus es un padecimiento cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo de un sujeto la definen como una enfermedad endocrina y metabólica, crónico-degenerativa de origen multifactorial. Es decir, se trata de un proceso hiperglucémico crónico en cuya aparición intervienen factores de riesgo genéticos (dada la existencia de predisposición heredada), ambientales (relacionados con la obesidad y el estrés), e inmunológicos y la agresión viral que con frecuencia actúan simultáneamente.⁽⁸⁾

De modo más preciso, la diabetes constituye un desorden del metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos, del proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. Durante la digestión los alimentos se descomponen para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. El regulador fundamental de la concentración de glucosa en la sangre es la insulina, hormona sintetizada por las células beta de los islotes langerhans del páncreas.⁽⁸⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o que no puede utilizarla eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia). La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos.^(8, 9)

1.2.2. Cuadro Clínico

El cuadro clínico se caracteriza por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados o insuficientes. La disminución o absoluta falta de secreción de insulina por las células pancreáticas, junto

Capítulo I. Fundamentación teórica

a un exceso en la producción de las hormonas circulantes de las que el componente estresante (catecolamina, cortisol y glucagón) determina la elevación patológica de la glucemia, (Hiperglucemia), que es el elevado nivel de glucosa en sangre lo cual a su vez produce glucosuria (presencia de cantidades anormales de azúcar en la orina), la que por su parte provoca la poliuria (incremento del nivel de orina), y genera polidipsia (incremento de sed). Por tales razones resultan frecuentes las manifestaciones de cansancio, astenia, fatigabilidad, polifagia, cicatrizaciones lentas, prurito en el cuerpo, crisis de sudoración, calambres en los dedos, avidez por los dulces, así como cambios en la visión.^(8, 9)

1.2.3. Clasificación.

Diabetes Tipo 1: se define cuando los pacientes que padecen la enfermedad poseen capacidad nula o mínima de secreción de insulina por la destrucción de las células beta-pancreáticas, lo que no necesariamente tiene que ocurrir con las células alfa y delta. Constituye entre un 5% y un 10% de todos los casos diagnosticados de diabetes y generalmente aparece en etapas tempranas de la vida. Su aparición puede estar asociada a factores genéticos, daños autoinmunes u otros daños.^(9, 10)

Diabetes Tipo 2: se define por su baja capacidad de secreción de insulina con respecto a la dimensión de la resistencia tisular. Se presenta en personas con grado variable de resistencia a la insulina, pero que se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. ^(9, 11)

Constituye entre el 90% y el 95% del total de casos diagnosticados con diabetes. Los factores de riesgo para la diabetes tipo 2 incluyen: envejecimiento, obesidad, historia familiar de diabetes, historia previa de diabetes durante el embarazo, intolerancia a la glucosa, inactividad física y origen racial/étnico. Los hispano/latinoamericanos, los indios americanos de origen asiático o isleños del Pacífico tienen una alta predisposición a la diabetes tipo 2.^(9, 11)

Capítulo I. Fundamentación teórica

Diabetes gestacional: es un diagnóstico muy común y puede traer complicaciones al feto por lo que se considera una categoría aparte. Aparece en el embarazo como consecuencia de las transformaciones hormonales de este período, comúnmente se manifiesta en el segundo y tercer trimestre, tiempo en que alcanza su máximo la acción de hormonas antagonistas de insulina, propias del embarazo, por lo que la gestante tenía limitaciones en la secreción de insulina.⁽⁸⁾

Se desarrolla entre un 2% y un 5% de todos los embarazos, pero en el 75% de los casos se recuperan después del parto. En las mujeres que han tenido diabetes gestacional el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro es más alto.⁽⁸⁾

Esta enfermedad es peligrosa para el desarrollo del feto, debido a que hiperglucemias durante la organogénesis causan en las primeras semanas de la gestación gran cantidad de anomalías. Semanas después, si la madre sufre hiperglucemias, el feto también las padece induciendo en el mismo un exceso de la secreción de insulina que trae como resultado recién nacidos grandes y pesados que suelen tener algunos órganos inmaduros, por ejemplo los pulmones.⁽¹⁰⁾⁽⁸⁾

Otros tipos de diabetes: es un tipo de diabetes que aparece como consecuencia de otra afección o daño. Algunos causantes son: defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías inducida por químicos o drogas, infecciones, formas no comunes de diabetes mediada por fenómenos inmunes. Las enfermedades graves (como quemaduras, traumatismo o sepsis) pueden ocasionar hiperglucemias por la hipersecreción de hormonas que antagonizan la insulina. Se calcula que estos tipos de diabetes constituyen entre un 1% y 2% de todos los casos diagnosticados de diabetes.⁽¹⁰⁾

1.2.4. Síntomas

Los síntomas de la diabetes dependen del nivel de glucosa en la sangre. Es posible que algunas personas no tengan síntomas, en especial, si padecen prediabetes o diabetes tipo 2. En el caso de la diabetes tipo 1, los síntomas tienden a aparecer rápido y son más graves.⁽⁹⁾

8

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Diseño de una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos.

Capítulo I. Fundamentación teórica

Algunos de los síntomas de la diabetes tipo 1 y de la diabetes tipo 2 incluyen los siguientes:

- Sensación de estar más sediento de lo habitual.
- Micción frecuente.
- Pérdida de peso involuntaria.
- Presencia de cetonas en la orina, un producto secundario de la descomposición de músculo y grasa que se produce cuando no hay suficiente insulina disponible.
- Sensación de cansancio y debilidad.
- Sensación de irritabilidad u otros cambios en el estado de ánimo.
- Visión borrosa.
- Llagas que tardan en cicatrizar.
- Infecciones frecuentes, como infecciones en las encías, la piel o la vagina.⁽⁹⁾⁽⁸⁾

1.2.5. Complicaciones

La diabetes de no tratarse adecuadamente puede resultar en graves alteraciones a largo plazo, así como en situaciones de emergencia, que pueden ser fatales. Estas alteraciones o complicaciones se clasifican en agudas y crónicas.⁽¹²⁾

Complicaciones agudas

Coma diabético: Es la complicación más grave que puede sufrir un diabético en el curso de su vida. Cuando el sujeto no utiliza la glucosa para producir energía, tiene necesidad de aprovechar las grasas con este fin, en forma exagerada. Esto trae como consecuencia que se acumulen en la sangre sustancias ácidas (que son nocivas cuando están en exceso) que pueden conducir a la acidosis y, en último estado al coma. Se produce con mayor frecuencia en pacientes insulino dependientes; también los pacientes no insulino dependientes son vulnerables a presentarla en determinadas condiciones.⁽²⁾

Capítulo I. Fundamentación teórica

Hipoglucemias: También se conoce como reacción insulínica, consiste en el conjunto de manifestaciones que aparecen cuando el azúcar de la sangre desciende demasiado; esto se debe a diferentes causas: exceso absoluto o relativo de insulina o antidiabéticos orales, sobredosis accidental o voluntaria, o a falta de alimentación. Se manifiestan síntomas característicos como: sudoraciones, taquicardias, ansiedad, escalofríos, debilidad y náuseas. Todos los diabéticos deben conocer los síntomas de una hiperglicemia, así como portar alguna forma de glucosa fácilmente ingerible para evitar la misma.⁽²⁾

Complicaciones crónicas

Retinopatía diabética: La diabetes es la causa principal de ceguera en personas de 30- 35 años de edad. El primer signo lo constituyen los microaneurismas (puntos rojos pequeños de 20-200 Um) que en forma típica aparecen en zona de oclusión capilar y aparecen después que el sujeto ha tenido diabetes durante 3 a 5 años.⁽²⁾

Nefropatía diabética: Puede permanecer silenciosa durante mucho tiempo (15 años). Al principio suele haber unos riñones grandes e hiperfuncionales (aumenta la filtración glomerular la cual conlleva a hipertrofia renal, aumento en el volumen glomerular y la superficie capilar), seguido por la aparición de microproteinuria (microalbuminuria). Se puede controlar la hiperglicemia y la hipertensión, disminuyendo las proteínas, con dieta y administración de IECAs.⁽²⁾

Neuropatía diabética: Ocupa un lugar singular dentro de las complicaciones por su elevada prevalencia, por la amplitud de sus manifestaciones y su patogenia. Afecta a cualquier parte del SNC a excepción del encéfalo, a casi el 50% de los diabéticos y puede ser simétrica o focal. Puede provocar entumecimiento de las extremidades y pérdida de la sensación de las mismas.⁽²⁾

Úlceras de los pies del diabético: se debe a una distribución anormal de la presión consecutiva a la neuropatía diabética. Se caracteriza por úlceras plantarias que se

Capítulo I. Fundamentación teórica

curan lentamente. En casos graves, la gangrena puede ser una complicación que culmine en la amputación de parte de las extremidades. Hay que mantener constantemente los pies limpios y secos y llevar un calzado cómodo, que no oprima ni roce.⁽²⁾⁽⁸⁾

1.2.6. Tratamiento

El tratamiento dependerá del tipo de diabetes que se tenga, y este puede ser la administración de insulina o la toma de medicamentos orales. Además, es importante seguir un plan de alimentación saludable, mantener un peso adecuado y la realización de actividad física. Es importante destacar las diferencias entre los tipos de diabetes y sus tratamientos.⁽¹³⁾

Diabetes Tipo 1

Las personas con diabetes mellitus tipo 1 han de:

- Inyectarse insulina para poder vivir.
- Realizar una monitorización de la glucosa.
- Seguir un plan de alimentación equilibrado.
- Realizar actividad física de forma regular.⁽¹³⁾

Diabetes Tipo 2

El tratamiento puede variar en función de la fase en que se haya diagnosticado la enfermedad y de su evolución. Por lo tanto, habrá personas con diabetes mellitus tipo 2 con diferentes modalidades de tratamiento:

- Seguir un plan de alimentación saludable que ayude a controlar el peso corporal, junto con la realización de actividad física regular (más de 150 minutos a la semana) y fármacos orales.

11

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Diseño de una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos.

Capítulo I. Fundamentación teórica

- Si con el primer tratamiento no es suficiente, se añadirán nuevos fármacos orales o inyectables.
- Si con el segundo tratamiento no es suficiente, quizás se deberá añadir insulina al tratamiento. La frecuencia de la monitorización de la glucosa dependerá del tipo de tratamiento.⁽¹³⁾

Diabetes Gestacional

El tratamiento se basa en:

- Seguir un plan de alimentación saludable.
- Realizar actividad física regular.
- Monitorización de la glucosa antes de las comidas y una hora más tarde.

Si con este tratamiento no se consiguen los objetivos de control de glucosa deseados, se añadirá insulina, ya que no se pueden dar fármacos hipoglicemiantes durante la gestación.⁽¹³⁾

Alimentación

En general, todas las personas, con diabetes o sin ella, deben seguir un plan de alimentación sano, variado y equilibrado con el objetivo de:

- Mantener un estado nutricional y peso adecuado.
- Ayudar a controlar la glucemia.
- Prevenir factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, y los niveles de colesterol altos (hipercolesterolemia).⁽¹²⁾

El plan de alimentación se tiene que personalizar según la edad, la actividad, los horarios, el peso corporal y las preferencias de la persona con diabetes. Para seguir un plan de alimentación saludable hay que tomar alimentos de todos los grupos: leche,

12

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Diseño de una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos.

Capítulo I. Fundamentación teórica

frutas, verduras y/o ensaladas, harinas, alimentos proteicos y grasas. Las cantidades de leche, fruta y verdura son recomendables para todas las personas, independientemente de la edad y del peso corporal.⁽¹²⁾

Actividad física

La actividad física adaptada a las posibilidades de cada persona y practicada de una manera regular puede contribuir de manera muy positiva a controlar bien la diabetes, a reducir los factores de riesgo vascular (obesidad, colesterol...) e influir de manera positiva en la sensación de bienestar físico y mental.⁽⁹⁾

El ejercicio tiene funciones diferentes según el tipo de diabetes que se tenga.

- En el caso de la **diabetes tipo 1**, el ejercicio es sencillamente recomendable para mantener un buen estado físico.
- En el caso de la **diabetes tipo 2**, el ejercicio constituye una parte importante del tratamiento, del mismo modo que lo son la alimentación o la medicación (pastillas o insulina), asegurando un mínimo de 150 minutos a la semana.⁽⁹⁾

La realización de ejercicio tiene que estar planificada, previamente, para evitar un descenso excesivo de glucosa en la sangre (hipoglucemia), sobre todo en aquellos casos en que la persona está tratada con insulina y algún tipo de fármaco que pueda producir hipoglucemias. En cualquier caso, se recomienda consultar con el equipo de salud sobre el tipo de ejercicio a realizar, así como su frecuencia, duración e intensidad.⁽⁹⁾

Fármacos

El objetivo prioritario del tratamiento farmacológico en la diabetes es la disminución de la hiperglucemia. Por tanto, los medicamentos a utilizar son los hipoglucemiantes

Capítulo I. Fundamentación teórica

orales y la insulina. La selección de estos medicamentos se hace en primer lugar en función del tipo de diabetes y en segundo lugar en función del estado del trastorno y de la falta de respuesta a las medidas dietéticas y de ejercicio.^(9, 14)

Insulina:

El tratamiento con insulina es obligado para la diabetes tipo 1 y se administra en el tipo 2 cuando ni la dieta ni los hipoglicemiantes orales sean capaces de lograr el control. Es asimismo el tratamiento de elección para las diabéticas gestantes en el segundo trimestre, ya que la insulina no atraviesa la barrera placentaria, no se excreta en la leche materna, ni se absorbe en el trato digestivo del lactante, por lo que se acepta su uso durante la lactancia materna.⁽¹⁴⁾

Las preparaciones de insulina pueden clasificarse, según su duración en: de acción corta (Lispro, Aspartato, Regular y Semilenta), de acción intermedia (NPH y la Lenta) y de acción prolongada (Ultralenta, Protamina zinc y Glargina) y según la especie de origen: humana, porcina, bovina o una mezcla de bovina y porcina.⁽¹⁴⁾

Las pautas de administración simulan los dos tipos de secreción fisiológica: aporte postprandial tras cada comida y aporte basal durante las noches y entre comidas. Las dosis a administrar han de ajustarse para cada paciente en función de la capacidad endógena de producir insulina, del régimen de comidas y del ejercicio físico. Puede administrarse por vía IV o IM; de cualquier modo, el tratamiento a largo plazo se fundamenta de modo predominante en la inyección de la hormona por vía subcutánea.⁽¹⁴⁾

Mapa Insulínico.

En la técnica de inyección hay que explicarles a los pacientes diabéticos la adecuada rotación de las regiones con aplicación correcta del mapa insulínico, para evitar los

Capítulo I. Fundamentación teórica

efectos secundarios locales asociados a la administración de insulina subcutánea (SC).⁽¹⁵⁾

La lipodistrofia insulínica hipertrófica: son prominencias de grasa subcutánea (nódulos blandos) que aparecen frecuentemente como una complicación local en diabéticos insulínodpendientes con mayor tiempo de evolución y esquemas de tratamiento de múltiples dosis.⁽¹⁵⁾

Estas lesiones se presentan en diferentes formas y tamaños habitualmente son más fáciles de palpar que de visualizar. Aunque la etiología de las lipohipertrofias no se conoce con exactitud, existen factores predisponentes como los microtraumatismos recurrentes con el tiempo, las zonas de inyección y el efecto lipogénico de la propia insulina que induce la estimulación del crecimiento del tejido adiposo a nivel local.⁽¹⁵⁾

La técnica de la inyección es importante para el éxito del tratamiento. Se debe administrar en la profundidad del tejido celular subcutáneo mediante un amplio pliegue que asegure que la inyección es subcutánea y no intramuscular, excepto en los glúteos, donde la profundidad del tejido subcutáneo en general es superior a la máxima longitud de las agujas comercializadas. El pliegue se ha de dejar una vez inyectada la insulina; siendo importante no sacar inmediatamente la aguja una vez acabada la inyección, para evitar el rebosamiento de la insulina.⁽¹⁵⁾

Las lipohipertrofias presentan varios problemas. Por una parte, son antiestéticas y deforman el contorno del área respecto a la zona vecina. Por otra, la insulina inyectada en los nódulos hipertróficos tiene una absorción errática, lo que tiene como consecuencia un deterioro del control glucémico y con frecuencia un incremento de las necesidades diarias de insulina.⁽¹⁵⁾

La formación de las lipohipertrofias es muy lenta, en general, se necesitan años antes de que aparezcan, pero una vez formadas su desaparición es también paulatina, por lo

Capítulo I. Fundamentación teórica

que se debería evitar inyectar insulina en la zona afectada durante largos períodos, incluso años, dependiendo del tamaño y la amplitud de la zona hipertrófica.⁽¹⁵⁾

Antidiabéticos orales:

Inhibidores de la alfa-glucosidasas: Arcarbosa, Miglitol

Sulfonilureas: Clorpropamida, Tolbutamida, Glibenclamida, Gliclazida, Glipizida, gliquidona, Glipentida, Glimepirida.

Meglitinidas: Repaglinida, Natiglinida

Biguanidas: Buformina, Metformina

Glitazonas: Rosiglitazona, Pioglitazona.⁽¹⁴⁾

1.3. Atención Primaria de Salud (APS)

En el año 2018 la atención primaria (APS) fue redefinida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un enfoque de salud de toda la sociedad que apunta a asegurar el más alto nivel y una distribución igualitaria de salud y bienestar dirigido a las necesidades de individuos y comunidades.^(16, 17)

La APS es el primer contacto de los individuos con los servicios de salud y en su evolución ha transitado de ser plenamente curativa, basada en la demanda, a incluir entre sus funciones la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la rehabilitación.⁽¹⁷⁾

En Cuba el Sistema de Salud está dirigido básicamente a la APS, por lo que ha sentado precedentes en la salud pública internacional, debido a su carácter novedoso y futurista, especialmente con la implantación y desarrollo del modelo de atención de medicina familiar. El programa del médico y la enfermera de la familia, se ratifica como

Capítulo I. Fundamentación teórica

el eje del actual desarrollo estratégico, orientándose el resto de las estrategias a partir y en función de ella.⁽¹⁷⁾

1.4. Atención farmacéutica.

1.4.1. Definición Conceptual de Atención Farmacéutica.

La Atención Farmacéutica (AF) es un proceso emergente de la asistencia sanitaria (un innovador proceso asistencial farmacéutico) en el que este profesional asume una mayor responsabilidad con el fin de asegurar que la farmacoterapia consiga el objetivo terapéutico que pretende el facultativo prescriptor, con los menores riesgos posibles de aparición de efectos no deseados y el mayor grado posible de efectividad. El núcleo fundamental de la AF es una estrecha relación entre el farmacéutico y el paciente con el fin de prevenir, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos.^(18, 41)

La AF es un concepto innovador en la práctica de farmacia, que surgió a mediados de los años setenta. Establece que todos los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de los resultados de la farmacoterapia en sus pacientes. Abarca una variedad de servicios y de funciones, algunos nuevos para la farmacia, otros tradicionales que son determinados y proporcionados por los farmacéuticos atendiendo a los pacientes individualmente.^(17, 18)

El concepto de AF también incluye el compromiso expreso con el bienestar de los pacientes como individuos que requieren y merecen la consideración, preocupación y confianza de los farmacéuticos. Sin embargo, a menudo no pueden aceptar la responsabilidad de esta ampliación de la atención al paciente. Consecuentemente, pueden no documentar, monitorizar y revisar adecuadamente la asistencia proporcionada. Para la práctica de la atención farmacéutica es esencial aceptar tal responsabilidad.^(18, 19)

Capítulo I. Fundamentación teórica

1.4.2. Tipos de Atención Farmacéutica

La AF no existe de forma aislada de otros servicios de asistencia sanitaria, debe ofrecerse en colaboración con pacientes, médicos, enfermeros y otros proveedores de asistencia sanitaria. Posee diferentes modalidades que engloban las tareas del farmacéutico orientadas hacia el paciente:

- Dispensación.
- Consejo / Consulta.
- Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).
- Educación para la salud.⁽¹⁸⁾

1.4.3. Objetivos e importancia

El objetivo general de la atención farmacéutica es optimizar la calidad de vida del paciente y conseguir resultados clínicos positivos dentro de los costos económicos de que se dispone. Con esto se entiende que la barrera económica que limita la disponibilidad de fármacos no es una justificación para que el profesional farmacéutico no ejerza una adecuada atención farmacéutica. Los objetivos específicos a alcanzar con la atención farmacéutica son:

1. Cura de la enfermedad.
2. Eliminar o reducir la sintomatología.
3. Evitar o retardar el proceso de la enfermedad.
4. Prevenir una enfermedad o sintomatología.

La AF oportuna y eficaz constituye un componente de calidad de los servicios de salud; expresión de la seguridad del paciente y objetivo prioritario de todo sistema sanitario.⁽¹⁹⁾

1.5. El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

Capítulo I. Fundamentación teórica

1.5.1. Definición

Acto profesional en el cual el profesional Químico Farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos (PRM).⁽²⁰⁾

1.5.2. Caracterización

1. Está dirigido por las necesidades del paciente en relación con los medicamentos.
2. Describe las actividades del farmacéutico cuando interacciona con el paciente de una manera sistemática y estandarizada.
3. Establece una disciplina para alcanzar las metas del proceso:
 - Evalúa las necesidades del paciente.
 - Aplica todos los recursos disponibles por el farmacéutico para satisfacer dichas necesidades.
 - Completa una evaluación de seguimiento para determinar la evolución real del paciente.⁽²⁰⁾

Aunque lo que ocurre en el contexto de la práctica profesional individualizada variará con cada paciente y con cada farmacéutico, las diferencias deben ser mínimas y compatibles, para seguir obedeciendo a un proceso asistencial equitativo para todos sus beneficiarios. De manera que hay que garantizar que se mantenga el mismo proceso de asistencia para cada paciente. Por tanto, el Seguimiento Farmacoterapéutico debe tener una estructura y unas características suficientemente comunes para ser identificadas de un día a otro, de un farmacéutico a otro.⁽²⁰⁾

Capítulo I. Fundamentación teórica

El Seguimiento Farmacoterapéutico es una práctica centrada en el paciente en la que el profesional pretende ayudarlo en las necesidades relacionadas con la medicación que toma. El paciente es “sujeto” y no “objeto” de las actividades asistenciales. En este proceso la comunicación directa con él es la herramienta fundamental y los pactos acordados se usan como estrategia para resolver los problemas detectados.⁽²⁰⁾

1.5.3. Objetivos del Seguimiento Farmacoterapéutico

- Buscar la obtención de la máxima efectividad de los tratamientos - farmacológicos.
- Detectar, prevenir y resolver PRM y RNM.
- Disminuir la morbimortalidad asociada al uso de medicamentos, por tanto mejorar la seguridad de la farmacoterapia.
- Contribuir a la racionalización del uso de medicamentos como principal herramienta terapéutica de nuestra sociedad.
- Mejorar la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes.⁽²⁰⁾

Para que el Seguimiento Farmacoterapéutico alcance sus objetivos debe considerarse que:

- Constituye una actividad profesional, en la cual el farmacéutico tiene que asumir responsabilidades sobre las necesidades que los pacientes tienen con respecto a sus medicamentos. Por lo tanto, no se trata de una simple aplicación de conocimientos técnicos, sino que el farmacéutico tiene que ser capaz de utilizarlos y aplicarlos para evaluar e intervenir en cada situación.⁽²⁰⁾
- Es una actividad clínica, en la que el farmacéutico va a detectar cambios en el estado de salud del paciente atribuibles al uso de la medicación. Para hacer este trabajo deberá utilizar y medir variables clínicas (síntomas, signos, eventos clínicos, mediciones metabólicas o fisiológicas) que permitan determinar si la

Capítulo I. Fundamentación teórica

farmacoterapia está siendo necesaria, efectiva y/o segura. Esto conlleva inevitablemente la monitorización y evaluación continuada (ininterrumpida e indefinida en el tiempo) de los efectos de los medicamentos que utiliza el paciente.⁽²⁰⁾

- Es una actividad interdisciplinaria ya que su realización implica la necesaria colaboración e integración del farmacéutico en el equipo de salud que atiende al paciente. Dentro de este equipo, el farmacéutico debe conocer y definir cuál es su función en el manejo y cuidado de los problemas de salud del paciente y aportar su juicio clínico, elaborado desde la perspectiva del medicamento, cuando lo crea conveniente.⁽²⁰⁾
- Ha de proveerse de forma continuada. El farmacéutico debe cooperar y colaborar con el paciente de forma indefinida en el tiempo (compromiso). Para ello ha de implicarse no sólo en la prevención o resolución de la ineffectividad o inseguridad de la medicación, cuando éstas aparezcan, sino también en el tratamiento integral de los problemas de salud del paciente. Y desarrollar labores educativas, monitorizar los tratamientos y sus efectos o, en general, realizar cualquier actividad que permita optimizar el cuidado de los problemas de salud y obtener el mayor beneficio posible de la farmacoterapia que utiliza el paciente. Para promover su continuidad en el tiempo, el SFT integra el desarrollo de un plan de actuación destinado a preservar o mejorar el estado de salud del paciente, y evaluar continuamente los resultados de las intervenciones realizadas para alcanzar tal fin.⁽²⁰⁾
- Ha de realizarse de forma sistemática. Esto significa que se ajusta a unas directrices, ordenadamente relacionadas entre sí, que contribuyen a que se alcance su objetivo: mejorar o mantener el estado de salud del paciente. Por tanto, el Seguimiento Farmacoterapéutico necesita del diseño y desarrollo de

Capítulo I. Fundamentación teórica

procedimientos, fácilmente aplicables en cualquier ámbito asistencial, que establezcan un modo estructurado y ordenado de actuar, y a la vez, centren el trabajo del farmacéutico. De esta forma, se pretende incrementar la eficiencia y la probabilidad de éxito de esta práctica asistencial.^(20, 21)

1.5.4. Método Utilizado Para el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Este procedimiento tiene una estructura bastante común con el resto de procesos asistenciales sanitarios. Primero se habrá de obtener la información sobre el estado de salud del paciente y los medicamentos que utiliza, a partir de lo cual se construirá un documento, denominado estado de situación, que es lo que, tras añadir la información necesaria, se evaluará.⁽²¹⁾

El resultado de esa evaluación serán sospechas de situaciones anómalas sobre las que el profesional decidirá intervenir con los medios a su alcance, con la intención de obtener, como resultado de esa intervención, una mejoría en el estado de salud de ese paciente.⁽²⁰⁻²²⁾

1.5.4.1. Método Dáder

El Método Dáder de SFT fue diseñado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada en el año 1999, y actualmente está siendo utilizado en distintos países por cientos de farmacéuticos asistenciales en miles de pacientes.⁽²¹⁾

Este se basa en la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente (los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza) y la evaluación de su estado de situación a una fecha determinada, para identificar y resolver los posibles problemas relacionados con medicamentos (PRM) que el paciente pueda estar padeciendo. Tras esta identificación se realizan las intervenciones farmacéuticas necesarias para resolver los PRM.⁽²¹⁾

Capítulo I. Fundamentación teórica

Por otra parte, las investigaciones realizadas en esta área, utilizando los datos acumulados gracias al envío de intervenciones al Programa Dáder, han permitido afinar aún más los procedimientos operativos que se habían creado cinco años atrás. Y como no, la información contenida en las dos revisiones anteriores de este procedimiento aportan información valiosa.^(21, 22)

Al igual que se había hecho tras la finalización de la fase piloto del Programa Dáder, en la actualidad parece recomendable una revisión del Método Dáder con dos objetivos fundamentales: universalización y simplificación.^(21, 22)

Universalización en el más amplio sentido de la palabra. Lo primero sería conseguir un procedimiento operativo que sea aplicable en cualquier país del mundo. Pero también, un procedimiento operativo que sea aplicable en cualquier nivel asistencial. Aunque, incluso más importante que este último, sería necesario contar con un procedimiento operativo que fuese aplicable en los diferentes entornos que pueden existir en un mismo nivel asistencial, que son debidos a la estructura disponible, y que en muchas ocasiones condicionan más las diferencias en la práctica que el nivel asistencial al que pertenecen.⁽²¹⁾

Por tanto, la existencia de informática o no en un servicio, la capacidad de entrevistar pacientes o no, la disponibilidad de fuentes de información o no, la presencia de personal dedicado en exclusiva al seguimiento farmacoterapéutico o no, son más condicionantes del proceso que el propio nivel al que pertenezca ese servicio. Todo ello deberá ser tenido en cuenta en esta revisión del Método.⁽²¹⁾

Y simplificación como una razón máxima de la revisión. En muchas ocasiones, la modificación de un procedimiento operativo supone la adición de nuevas funciones y actividades sin la eliminación de otras que quedaron obsoletas o superadas por las nuevas. Si se pretende, y probablemente todos lo pretendemos, que el seguimiento

Capítulo I. Fundamentación teórica

farmacoterapéutico sea una actividad que se implante en un número elevado de farmacias y servicios farmacéuticos, y que alcance a un número elevado de pacientes, el procedimiento operativo en que se apoye habrá de ser tan sencillo que todos esos farmacéuticos y servicios puedan realizarlo sin que la estructura sea una barrea.⁽²¹⁾

La propia razón de la creación de un procedimiento operativo es la de hacer que una actividad se haga de un modo más eficiente si se utiliza ese procedimiento que si se hace *secundum artis*.⁽²¹⁾

1.5.4.2. Procedimiento del Método Dáder.

El Método Dáder de SFT tiene un procedimiento concreto, tendente a elaborar un estado de situación objetivo del paciente, del que luego se deriven las correspondientes intervenciones farmacéuticas, en las que ya cada profesional clínico, conjuntamente con el paciente y su médico, decida qué hacer en función de sus conocimientos y las condiciones particulares que afecten al caso.^(21, 22)

- El procedimiento de SFT, que se ilustra en el diagrama 1, consta de las siguientes fases:
 - 1. Oferta del servicio.
 - 2. Primera entrevista.
 - 3. Estado de situación.
 - 4. Fase de estudio.
 - 5. Fase de evaluación.
 - 6. Fase de intervención
 - 7. Resultado de la intervención.
 - 8. Nuevo estado de situación.
 - 9. Entrevistas sucesivas.⁽²²⁾

Capítulo I. Fundamentación teórica

1.6. Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).

1.6.1. PRM. Definición.

Se conoce como Problemas Relacionados con Medicamentos a aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM, es decir todo lo que acontece antes de un resultado que afecta la salud.^(1, 23, 24)

El Foro de Atención Farmacéutica, presenta un listado de PRM, no exhaustivo ni excluyente como posible causa de un RNM, que incluye:

- Administración errónea del medicamento.
- Características personales.
- Conservación inadecuada.
- Contraindicación.
- Incumplimiento, Dosis, pauta y/o duración no adecuada.
- Duplicidad.
- Error en la dispensación.
- Error en la prescripción.
- Incumplimiento.
- Interacciones.
- Efectos adversos.
- Problema de salud insuficientemente tratado.

Capítulo I. Fundamentación teórica

- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento.

- Otros.^(1, 24)

1.6.2. RNM. Definición.

Los Resultados Negativos de la Medicación se definen como resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos. Esto puede ser, porque no se ha alcanzado el objetivo terapéutico establecido, o porque se está produciendo un daño adicional (RAM).⁽¹⁾

1.6.2.1. Clasificación de los RNM

El Tercer Consenso de Granada basándose en el incumplimiento de los requisitos que todo medicamento debe tener para ser utilizado (necesario, efectivo y seguro), propuso la siguiente clasificación de RNM.⁽¹⁾

Necesidad

Problema de salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.⁽¹⁾

Efectividad

Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación. Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.⁽¹⁾

Seguridad

Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de la medicación (Reacción Adversa a Medicamentos) Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de la medicación.⁽¹⁾

Capítulo I. Fundamentación teórica

Generalmente para confirmar los RNM que se han manifestado en el paciente o en otras palabras para corroborar un RNM real, se utiliza una variable clínica que reafirme su existencia (síntoma, signo, medición metabólica o fisiológica, evento clínico o muerte). Sin embargo, cuando no se dispone de una variable clínica que confirme la presencia de un RNM, pero existe una gran probabilidad de que aparezca, se habla de Sospechas de Resultados Negativos de la Medicación o RNM potencial.⁽¹⁾

1.7. Educación Sanitaria Farmacéutica

La educación sanitaria es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población para adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, debe facilitar al individuo a tomar decisiones autónomas y responsables, ofreciendo conocimientos y capacidad práctica para resolver los problemas de salud. Este es un tema complejo, ya que educar no es solamente suministrar información, sino modificar actitudes y como consecuencia de ello, favorecer cambios de comportamiento orientados a la recuperación y conservación de la salud.⁽⁷⁾

La misión del farmacéutico es brindar servicios de salud como especialista en medicamentos para garantizar su uso racional, por lo que desempeñan un papel incuestionable en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Diversas actividades realizadas por los mismos se relacionan con la educación sanitaria sobre todo las vinculadas a los Centros de Información de Medicamentos.⁽⁷⁾

1.7.1. Objetivos de la educación sanitaria respecto al medicamento.

La Sociedad Europea de Farmacia Clínica en su Primer Seminario de Educación Sanitaria sobre medicamentos planteó como objetivos de la educación sanitaria respecto al medicamento los siguientes:

- Crear una actitud crítica hacia el medicamento como solución universal a los problemas de salud y hacia la publicidad de medicamentos "milagrosos " no probados como tales. Facilitar a los pacientes una información educación actualizada e individualizada sobre su medicación.

Capítulo I. Fundamentación teórica

- Definir los grupos de acción prioritaria para la educación sanitaria sobre medicamentos e identificar sus necesidades específicas.
- Integrar la educación sanitaria sobre medicamentos de forma planificada en la totalidad del sistema de salud y en los programas nacionales de educación sanitaria.⁽²⁵⁾

1.7.2. Promoción de salud. Funciones

La Promoción de la Salud (PS) es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.⁽²⁵⁾

1.8. Uso racional de medicamentos

El uso irracional o no racional es la utilización de medicamentos de un modo no acorde con la definición anterior de uso racional de la OMS. Sobre este problema, se señala que en todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se prescriben, se dispensan o se venden de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta.^(25, 26)

Se puede decir que el uso de medicamentos es “irracional” cuando los profesionales prescriptores, los farmacéuticos y los pacientes no cumplen con los requisitos del buen uso de tales productos.⁽²⁶⁾

Es así que algunas de las causas de uso irracional pueden ser de responsabilidad del profesional prescriptor, porque: indicó medicamentos cuando el problema de salud podía corregirse sin ellos; prescribió un medicamento errado (principio activo, forma farmacéutica, costo elevado); estableció un periodo de uso inadecuado; o no informó adecuadamente al paciente.⁽²⁶⁾

Capítulo I. Fundamentación teórica

1.9. Educación diabetológica.

El objetivo fundamental para lograr una atención integral de las personas con Diabetes Mellitus es mejorar su calidad de vida, al evitar la aparición a corto o largo plazo de complicaciones, y poder garantizar así el desarrollo normal de sus actividades diarias.⁽²⁷⁾

De su nivel de comprensión, motivación y destreza práctica para afrontar las exigencias del autocuidado diario dependerá el éxito o el fracaso de cualquier indicación terapéutica, por lo que es de suma importancia en el tratamiento del paciente el componente educativo, y no existe tratamiento eficaz de la Diabetes sin educación y entrenamiento del mismo.⁽²⁷⁾

La educación del diabético es el único medio capaz de garantizar su participación activa y cooperación consciente en el conocimiento de los pilares fundamentales y en la adopción de un estilo de vida propio de la condición diabética.⁽²⁷⁾

Para tales fines se utilizan materiales impresos, se imparten charlas, entrevistas, discusiones grupales, entre otras técnicas de comunicación con el objetivo de enseñarles en que consiste la afección, sus complicaciones; la hipoglucemia: señales, evitación y tratamiento; los síntomas iniciales y la prevención de cetoacidosis; la necesidad del aprendizaje correcto de la medición de la dosis de insulina, manejo de jeringuillas, técnica y lugares de inyección de la misma; además del conocimiento para la realización de autoanálisis de orina, así como su interpretación; el manejo de la dieta y sus diferentes intercambios. El diabético bien educado es capaz de desarrollar su capacidad de autovigilarse.⁽²⁷⁾

Capítulo II: Materiales y Métodos

2. Aspectos generales del estudio.

Se realizó un estudio observacional descriptivo en dos etapas, una de diagnóstico donde se identificaron las necesidades de información, la conducta terapéutica (automedicación y cumplimiento de la prescripción) y los PRM de los pacientes diabéticos del CMF 17-2 del Policlínico Chiqui Gómez de Santa Clara, el estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre julio- septiembre del 2022. En la segunda etapa se diseñó la propuesta de un Programa Educativo, que permitiera mejorar la educación fármaco-terapéutica de los pacientes.

La investigación se desarrolló con la realización de un Seguimiento Fármaco-Terapéutico utilizando el Método Dáder, y se trabajaron 5 de sus 7 fases de ejecución.

2.1. Universo y muestra.

2.1.1. Universo de pacientes: Pacientes diabéticos mayores de 19 años pertenecientes al CMF 17-2.

2.1.2. Muestra de pacientes

La muestra quedó constituida por todos los pacientes diabéticos de este Consultorio

Criterios de inclusión

Pacientes diabéticos mayores de 19 años

Criterios de exclusión

Antecedentes de historia psiquiátrica.

Presencia de discapacidad físico-mental.

Alcohólicos

Quedando finalmente conformada la muestra por 100 pacientes.

Capítulo II: Materiales y Métodos

Los pacientes fueron visitados en sus domicilios donde se realizó la encuesta, se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó el consentimiento informado para proceder a la investigación. (Anexo 1)

Se procedió a corroborar sus tratamientos médicos por los certificados de medicamento controlado en la Farmacia 710 de Santa Clara.

2.2. Métodos y técnicas de recopilación de la información.

El estudio se realizó en dos etapas:

Etapas I: Valoración de la educación farmacoterapéutica de los pacientes diabéticos.

El primer paso en la investigación fue obtener el consentimiento Informado por escrito (Anexo 1) de cada uno de los pacientes con Diabetes Mellitus que participaron en la misma. Posteriormente se les aplicó una encuesta estructurada para cada paciente (Anexo 2), de la que se obtuvieron las necesidades de información sobre el tema para la elaboración del Programa Educativo. Además se obtuvieron los tratamientos farmacológicos de los pacientes en el periodo de estudio comprendido entre julio-septiembre del 2022 y se pudieron identificar los PRM según las categorías previamente establecidas.⁽²⁴⁾

La conducta de los pacientes diabéticos se evaluó en función de la automedicación y el cumplimiento de la prescripción, a partir de la información recogida en la encuesta. Además, se obtuvo la manera, momento y lugar en que los pacientes diabéticos desean recibir información sobre el uso de los medicamentos. (Anexo 3)⁽²⁸⁾

Etapas II: Diseño y elaboración del Programa Educativo a pacientes diabéticos.

Para la elaboración del Programa Educativo se tuvo en cuenta el diagnóstico y los resultados de la encuesta en profundidad realizada a los pacientes diabéticos.

Capítulo II: Materiales y Métodos

2.3. Descripción operacional de variables.

Edad en grupo. Se refiere a la edad de los pacientes en año cumplidos ordenadas dentro de los grupos especificados. Variable, cualitativa ordinal. En los grupos de

20-39

40-59

60 y más

Sexo: Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie.

Variable cualitativa nominal. En las categorías:

- Masculino
- Femenino

Necesidades de Información: Se refiere al conocimiento que demandan los pacientes diabéticos sobre el uso de los medicamentos. Para la evaluación cuantitativa de la encuesta se utilizó una clave de calificación predeterminada, luego se llevó a escala cualitativa de **altas, medias y bajas** necesidades de información por grupos de pacientes y general. (Anexo 4).

En correspondencia con los resultados obtenidos de la evaluación de la encuesta se procederá de la siguiente forma:

Si tiene **medias** necesidades de información será suficiente con la entrega de materiales de apoyo educativo y su participación en charlas educativas aisladas.

Si tiene **altas** necesidades de información se le propondrá su inclusión en un Programa Educativo.

Conducta de los pacientes frente a la medicación: se evaluó en función de la automedicación y el cumplimiento de la prescripción, definiéndose las siguientes categorías.

Adecuada cuando cumplió con la prescripción y no se automedicó.

32

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Diseño de una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos.

Capítulo II: Materiales y Métodos

No adecuada cuando no cumplió con los criterios anteriores.

Automedicación: Se refiere al comportamiento de los pacientes diabéticos ante el uso de los medicamentos clasificándose en:

Se automedica: cuando consumen los medicamentos por cuenta propia o por el consejo de alguien más.

No se automedica: en caso contrario.

Cumplimiento de la prescripción: Se refiere al comportamiento de los pacientes diabéticos ante los tratamientos indicados por el personal médico con las siguientes categorías:

Cumplidor: cuando siempre toma el medicamento según cantidad indicada, horario y tiempo.

No cumplidor: cuando nunca o solo en ocasiones toma el medicamento según cantidad indicada, horario y tiempo.

Problemas Relacionados con la Medicación (PRM): Se refiere a los problemas detectados en los tratamientos farmacológicos referidos por los pacientes diabéticos en las entrevistas realizadas y que están clasificados en el Tercer Consenso de Granada, España.⁽²⁴⁾

Se definió como:

Pacientes con PRM

Pacientes sin PRM.

Resultados Negativos de la medicación (RNM): Se define como “sospecha de RNM” la situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM.

Presencia de RNM

Capítulo II: Materiales y Métodos

No presencia de RNM

Actividades educativas: se refiere en cuanto a:

Actividades educativas recibidas: Se refiere a las actividades educativas que han recibido los pacientes diabéticos sobre el uso de medicamentos en la Diabetes Mellitus, con las categorías:

Si cuando hayan recibido actividades educativas

No en caso contrario.

Actividades educativas necesarias: Se define como la necesidad planteada por los pacientes diabéticos de recibir actividades educativas sobre el uso de medicamentos en la Diabetes Mellitus con las categorías:

Si en el caso de que refieran necesarias las actividades educativas

No en caso contrario.

Cómo obtener la información: Se refiere a la forma en que los pacientes diabéticos, prefieren obtener la información sobre el uso racional de medicamentos, definiéndose las siguientes categorías:

- Charla
- Boletines informativos
- Notas radiales
- Spot televisivos
- Plegables

Dónde acceder a la información: Se refiere al lugar donde prefieren los pacientes diabéticos obtener la información sobre el uso racional de medicamentos, definiéndose las siguientes categorías:

- Consultorio médico de la familia (CMF)
- Policlínico

Capítulo II: Materiales y Métodos

- Centro de educación para la salud
- Comité de Defensa de la Revolución (CDR)

2.4. Métodos de procesamiento y análisis de la información.

Los datos fueron almacenados en el sistema general de bases Microsoft Excel, para facilitar su análisis y procesamiento se empleó el programa estadístico SPSS, versión 20. Los resultados se expresaron en tablas y gráficos, en las que se presentan los datos resumidos a través de frecuencias absolutas y relativas. En aquellos casos donde las categorías de las variables se consideraron excluyentes se aplicó la prueba de Chi cuadrado de independencia para buscar relaciones entre las mismas. Como resultado de la aplicación de este test se mostró el estadígrafo correspondiente al mismo (X^2), así como la significación asociada (p). En este estudio se fijó un nivel de significación del 95% ($\alpha=0,05$). Cuando la significación del estadígrafo de la prueba (p) es menor que α la asociación se consideró significativa.

2.5. Consideraciones éticas.

Todos los pacientes diabéticos mayores de 19 años del CMF 17-2 que cumplieron los criterios de exclusión.

A la hora de instrumentar científica y metodológicamente la propuesta, el equipo de investigación obtuvo el Consentimiento Informado (Anexo1) de la totalidad de los elementos incluidos en la muestra respetando el principio de la autonomía y garantizando el carácter confidencial de su participación. La información obtenida es confidencial y será archivada garantizando la seguridad de la misma y solo se hará uso de ella con fines científicos, publicándose los resultados para el uso de otros profesionales.

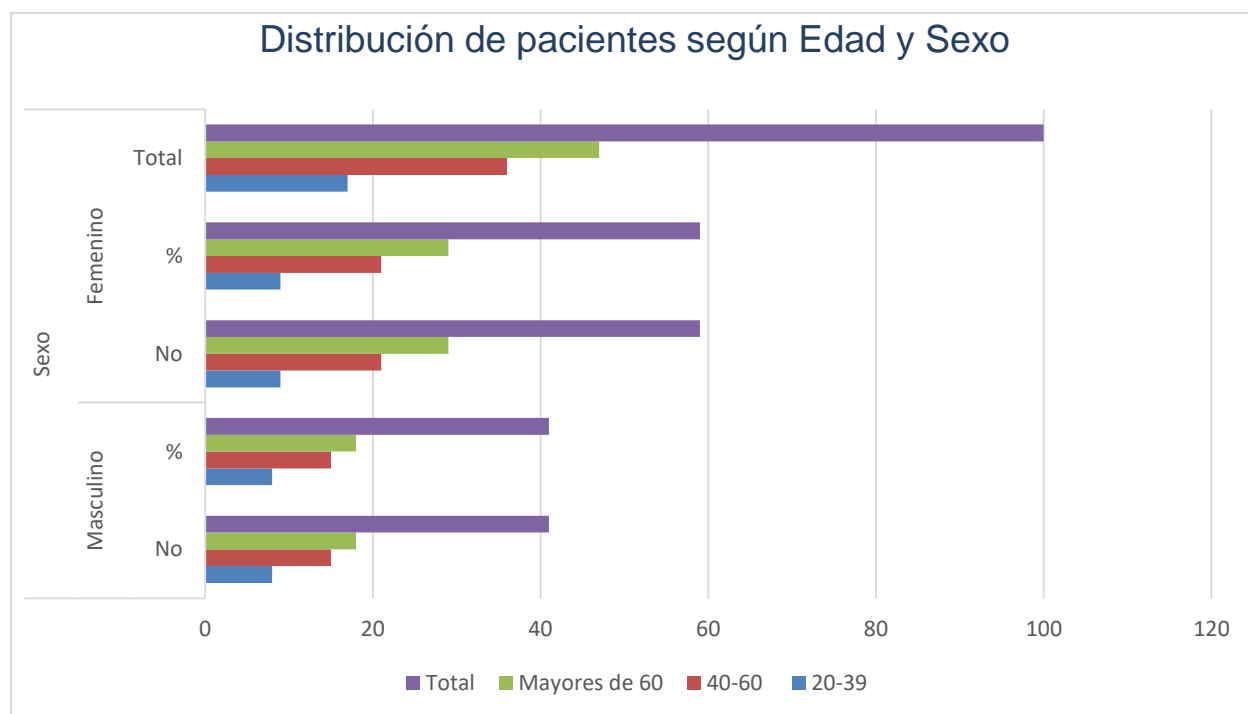
CAPITULO III: Resultados y Discusión

3. Análisis y Discusión de los Resultados.

3.1. Características de la muestra.

Fueron encuestados un total de 100 pacientes diabéticos atendidos en la Unidad de Farmacia 710 del Municipio Santa Clara de ellos 59 pertenecían al sexo femenino y 41 al sexo masculino, para un 59 % y 41% respectivamente, esto se corresponde con lo reportado en la literatura donde prevalecen con un mayor porcentaje el sexo femenino.⁽²⁹⁾

Al analizar las edades predominantes se obtuvo que el mayor porcentaje corresponde a los pacientes mayores de 60 años, siendo este grupo vulnerable a la aparición de diversas patologías propias del deterioro funcional del organismo como se reporta en la bibliografía.⁽²⁹⁾ (Gráfico 1)

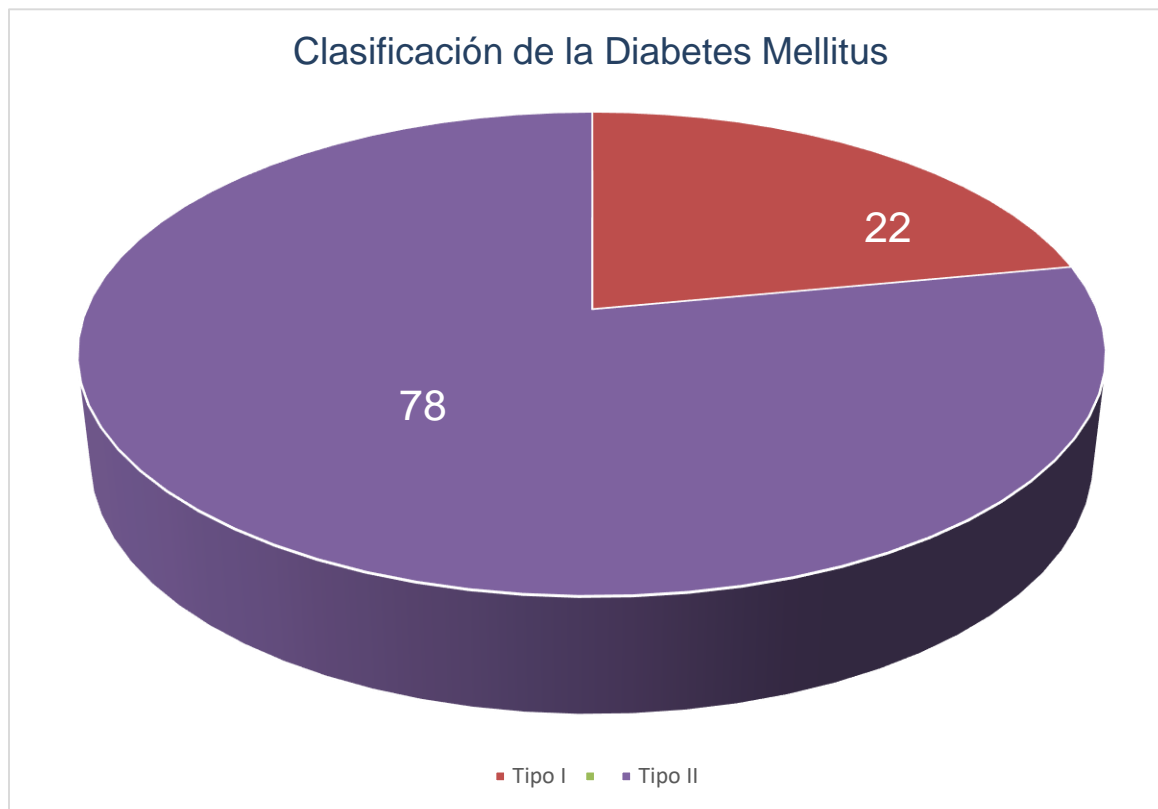


Fuente: Encuesta.

Gráfico 1. Distribución de la muestra de pacientes diabéticos por sexo y edad.

CAPITULO III: Resultados y Discusión

Según la clasificación de la Diabetes Mellitus la muestra quedó dividida en dos grupos como se muestra en el siguiente gráfico. (Gráfico 2).⁽³⁰⁾



Fuente: Encuesta.

Gráfico 2. Distribución de la muestra de pacientes diabéticos por clasificación de la Diabetes Mellitus.

El mayor número de pacientes, 78%, se encuentran dentro de la clasificación de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II y en menor cantidad los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I con 22%.

CAPITULO III: Resultados y Discusión

Tabla 1. Medicamentos Administrados para la Diabetes Mellitus.

MEDICAMENTOS	Diabetes Mellitus Tipo I		Diabetes Mellitus Tipo II	
	N=22		N=78	
	No.	%	No.	%
Insulina	20	90.9	0	0
Insulina y Glibenclamida	2	9.09	1	1.2
Insulina y Metformina	0	0	5	6.4
Insulina, Glibenclamida y Metformina	0	0	5	6.4
Glibenclamida y Metformina	0	0	46	58.9
Metformina	0	0	21	26.9

Fuente: Encuesta.

En la tabla 1 observamos que la Insulina es el medicamento más empleado en los diabéticos tipo I con un 90.9% y la combinación de insulina con Glibenclamida en el 9.09%, como era de esperar por tratarse de pacientes insulino dependiente, que poseen un páncreas no secretor. La combinación de Glibenclamida y Metformina fue la más utilizada por los diabéticos tipo II con un 58.9%, considerada correcta su indicación, pues en la mayoría de los casos existe asociada una obesidad y hace que la Metformina sea un fármaco de elección. Siendo este en monoterapia el otro medicamento más utilizado con un 26.9%. El 6.4% recibía combinación de insulina con Metformina, considerándose esta beneficiosa al disminuir la resistencia a la insulina; contrario a lo que sucede cuando combinamos insulina y Glibenclamida donde potenciamos el riesgo de hipoglicemia como en el 1.2% de estos pacientes.^(10, 31)

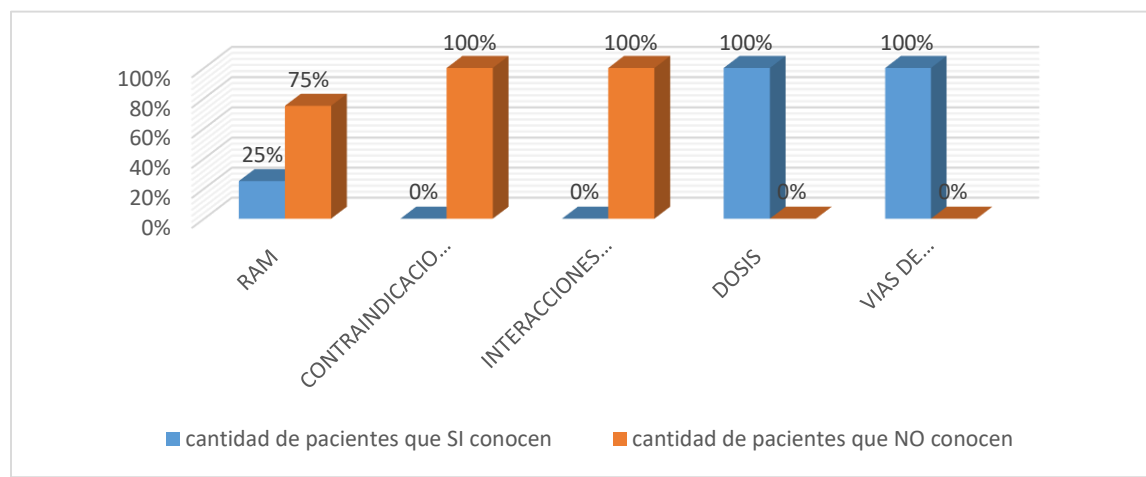
38

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Diseño de una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos.

CAPITULO III: Resultados y Discusión

3.2. Necesidades de información de la muestra de pacientes diabéticos.



Fuente: Encuesta

Gráfico 3. Distribución de la muestra de pacientes diabéticos según las necesidades generales de información.

En el gráfico 3 se muestra la distribución de la cantidad de pacientes según las necesidades de información de los medicamentos que utilizaron para controlar la Diabetes Mellitus.

El mayor porcentaje de los pacientes diabéticos (100%) presentan altas necesidades de información al no conocer las contraindicaciones y las interacciones de los medicamentos que tenían prescritos, esto pudiera deberse a que en el momento de su indicación no se les brindó por parte del facultativo la información necesaria sobre los mismos contenida en el Formulario Nacional de Medicamentos.

El 75% de los pacientes diabéticos desconoce las reacciones adversas de los medicamentos indicados, refiriendo que esta información no se les brindó por el médico ni ningún otro profesional de la salud en el momento en que fueron medicamentados, el 25% (bajas necesidades de información) que manifestó conocer las reacciones

CAPITULO III: Resultados y Discusión

adversas fue debido a que al debutar con los síntomas y acudir al médico, entonces el facultativo le informaba que eran reacciones adversas propias del medicamento que estaban consumiendo.

El 100% de los pacientes diabéticos refirieron conocer las dosis y vías de administración establecidas para los medicamentos que consumen, ya que las mismas les fueron indicadas por el médico en el momento del diagnóstico.

Tabla 2. Pacientes diabéticos según tipo de clasificación de la Diabetes y necesidades de información.

Clasificación de la Diabetes Mellitus	Altas		Medias		Bajas	
	#	%	#	%	#	%
Diabetes Mellitus Tipo I	10	45.4	7	31.8	5	22.7
Diabetes Mellitus Tipo II	47	60.2	21	26.9	10	12.8
Total	57	57	28	28	15	15

Fuente: Encuesta. % por columnas

En la tabla 2 se expresan las necesidades de información según la clasificación de la Diabetes Mellitus, donde del total de pacientes con Diabetes tipo I, el 45.4% y 31.8 % corresponden a pacientes que presentaron altas y medias necesidades de información respectivamente, mientras que solo el 22.7% presentó bajas necesidades de información; y en el caso de Diabetes Tipo II se obtuvo un total de 68 pacientes con altas y medias necesidades de información, para un 60.2% y 26.9% respectivamente y

CAPITULO III: Resultados y Discusión

un 12.8% de pacientes con baja necesidad de información. Al relacionar los tipos de diabetes y las necesidades de información predominó una alta necesidad de información en ambos grupos. No existieron diferencias significativas entre los grupos $p=0.381$.

Junto a la Diabetes Mellitus existen otras enfermedades crónicas, que afectan en mayor proporción al paciente diabético, estas se muestran en la siguiente tabla.⁽⁸⁾

Tabla 3. Otras enfermedades crónicas que presentan los pacientes diabéticos.

APP	Diabetes Mellitus tipo I	Diabetes Mellitus tipo II	Total	%	p
Hipertension Arterial	4	68	72	72	0.00
Asma bronquial	8	33	41	41	0.615
Obesidad	7	31	38	38	0.69
EPOC	1	17	18	18	0.37
Insuficiencia cardíaca	0	28	28	28	0.00
Cardiopatía isquémica	0	21	21	21	0.015

Fuente: Encuesta.

Según los datos que aparecen reflejados en la tabla 3, las enfermedades crónicas se asocian con mayor frecuencia a la diabetes tipo II. Siendo la Hipertensión Arterial y la insuficiencia cardíaca las de mayor asociación resultando altamente significativo con $p=0.00$, seguida de la cardiopatía isquémica con $p=0.015$. El asma bronquial, la EPOC y la obesidad no mostraron asociación.⁽⁵⁴⁾

CAPITULO III: Resultados y Discusión

3.3. Conducta de los pacientes diabéticos ante el uso de medicamentos.

Automedicación

Las personas con diabetes deben evitar recurrir a la automedicación para contrarrestar algún malestar u otra enfermedad, debido a que el uso de un medicamento no prescrito por un médico podría afectar sus niveles de glucosa, con lo que pondrían en riesgo su salud e incluso las consecuencias podrían ser fatales si no reciben atención oportuna.⁽³²⁾

Tabla 4. Automedicación en los pacientes diabéticos.

Clasificación de la Diabetes Mellitus	Automedicación			
	Si		No	
	#	%	#	%
Diabetes Mellitus Tipo I	6	27.2	16	72.7
Diabetes Mellitus Tipo II	20	25.6	58	74.3
Total	26	26	74	74

Fuente: Encuesta.

En la tabla 4 se aprecia que al analizar los dos grupos de pacientes diabéticos predominó que solo el 27.2% del tipo I y el 25.6 % del tipo II se automedicó, mientras que 72.7% del tipo I y el 74.3 de tipo II no se automedicó. No existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. $P= 0.245$

CAPITULO III: Resultados y Discusión

3.4. Cumplimiento de la prescripción

La Diabetes, es una enfermedad que con el paso del tiempo tiende a agravarse por lo tanto necesita de un tratamiento continuo y para el cumplimiento de este se requiere de hábitos que el paciente debe aprender y cumplir. Por ello se debe insistir en proporcionar los conocimientos suficientes para facilitar la adherencia del paciente a su tratamiento, y así este genere una actitud activa en el cuidado de su enfermedad.⁽³³⁾

En la tabla 5 mostramos el cumplimiento de la prescripción por parte de los pacientes.

Tabla 5. Cumplimiento de la prescripción de los pacientes diabéticos.

Clasificación de la Diabetes Mellitus	Cumplimiento Prescripción			
	Si		No	
	#	%	#	%
Diabetes Mellitus Tipo I.	18	18%	4	4%
Diabetes Mellitus Tipo II.	77	77%	1	1%
Total	95	96%	5	4%

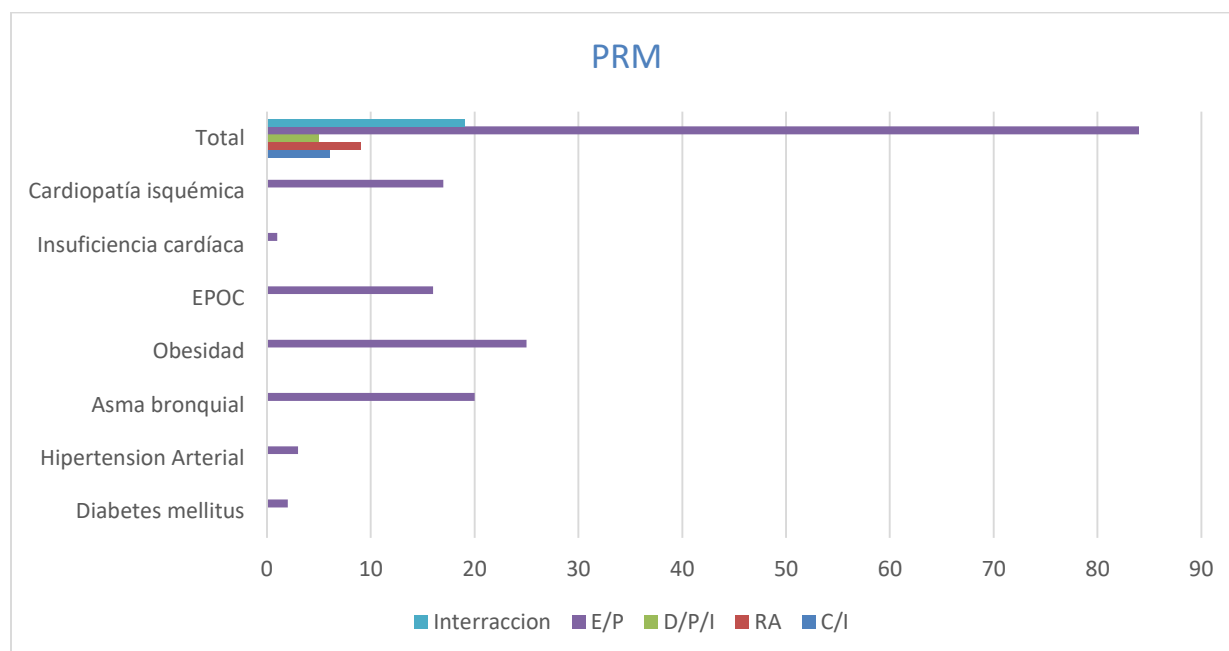
Fuente: Encuesta.

El 95% de los pacientes diabéticos entrevistados (Tabla 5), manifestó cumplir con la prescripción desde la primera vez que les fueron indicados los medicamentos, mientras que el otro 5% por el contrario frecuentemente incumplen con el tratamiento, debido a que unos refieren que cuando presentan una mínima mejoría de los síntomas, ellos mismos deciden suspender el tratamiento y otros aseguran que por olvido no se administra los medicamentos en el intervalo prescrito, conllevando esto a un mal manejo de la enfermedad, quedando demostrada como causa principal la despreocupación y descontrol por parte de los pacientes.

CAPITULO III: Resultados y Discusión

3.5. Análisis de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM)

Se ha establecido que los PRM están entre la cuarta y sexta causa de muerte por encima de la diabetes y la neumonía. Estos datos sitúan a los PRM como entidades patógenas propias, de modo que su detección precoz puede prevenir y disminuir problemas de salud y en consecuencia mejorar la calidad de vida relacionada con ella.⁽³⁴⁾



Fuente: Encuesta.

Gráfico 4. Distribución de pacientes diabéticos según PRM.

Fueron identificados 123 Problemas Relacionados con los Medicamentos. De ellos 84 pertenecen a errores en la prescripción, lo que representa el 68,2% del total, siendo este el problema de mayor frecuencia de aparición.⁽²⁴⁾

En cuanto a la Obesidad, fueron 25 los problemas detectados, debido a que estos pacientes además de tener asociado otras enfermedades, no tenían medicamento

CAPITULO III: Resultados y Discusión

alguno para su tratamiento. Igual sucedió con los 20 pacientes asmáticos analizados que no les fue indicado tratamiento, aun tratándose de una enfermedad crónica. ^(27,36)

Otros 17 errores de la prescripción se encontraron en los pacientes con Cardiopatía Isquémica, por no poseer en su tratamiento los fármacos de primera línea para su control. ^(5, 44, 27)

Además, se encontró en los pacientes con EPOC otro error frecuente, por no poseer en dicho tratamiento fármacos broncodilatadores como primera alternativa. En el caso de la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Insuficiencia Cardíaca se identificaron un menor número de errores con 3, 2 y 1 respectivamente. ^(5,44)

Las interacciones representan el 15.4% de los PRM, pues 15 pacientes tenían indicado dosis elevadas de Espironolactona y de IECAS potenciando el riesgo de hiperpotasemia, y 4 pacientes tenían indicado diuréticos tiazídicos y además teofilina, con su conocido efecto diurético, pudiendo ocasionar un aumento en sus toxicidades como la hiponatremia e hipopotasemia. ^(24,35,42)

En cuanto a reacciones adversas, la mayor frecuencia de aparición fue en 6 pacientes que tomaron medicamentos para el tratamiento de malestares por catarro y no se percatan de los ingredientes de los medicamentos, generando hipoglicemia y en 3 pacientes asmáticos, el Salbutamol le produjo taquicardias y temblores. ^(1, 32)

Relacionado al PRM contraindicación, encontramos que 4 pacientes diabéticos tenían indicado la combinación de Atenolol e Hidroclorotiazida para el tratamiento de la hipertensión arterial, lo cual potencia el efecto hiperglicemiante de estos fármacos, pudiendo provocar descompensación. Dos pacientes con insuficiencia cardíaca que fueron tratados con β Bloqueadores no permitidos para esta enfermedad, como es el caso del Atenolol. ⁽²⁷⁾⁽³⁶⁾

Se encontraron así mismo errores en las Dosis relacionados con infradosis de captopril, dado su tiempo de vida media. ^(32, 43,45)

CAPITULO III: Resultados y Discusión

Como consecuencia de los PRM el paciente puede desarrollar: persistencia de la enfermedad, aparición de nuevos síntomas que pueden requerir tratamiento adicional, implicar ingreso hospitalario o prolongación de los días de hospitalización. Estas condiciones que repercuten en: disminución en la calidad de vida del paciente e impacto económico en el sistema sanitario. ^(1,27,36)

Resultados negativos de la medicación.

Todos estos PRM encontrados pueden dar lugar a RNM como son: necesidad, efectividad y seguridad. ^(1, 52)

En la siguiente tabla se muestra los resultados negativos de la medicación en los pacientes encuestados. (Tabla 6)

Tabla 6. Resultados negativos de la medicación.

RNM		Nro.	%
NECESIDAD	TN	45	36.5
	TI	0	0
EFFECTIVIDAD	INC	46	37.3
	IC	5	4.06
SEGURIDAD	INC	27	21.9
	IC	0	0

Fuente: Encuesta.

Como consecuencia de los PRM encontrados se identificaron un total de 123 sospechas de RNM, de ellos de ellos 45 correspondieron a problemas relacionados con la necesidad, 51 a efectividad y 27 a seguridad. ⁽¹⁶⁾

La sospecha de RNM de tipo efectividad constituyó el 37.3%, correspondiendo a la inefectividad no cuantitativa y se correspondió en todos los casos a no poseer los pacientes el fármaco más idóneo para su enfermedad y a las comorbilidades

CAPITULO III: Resultados y Discusión

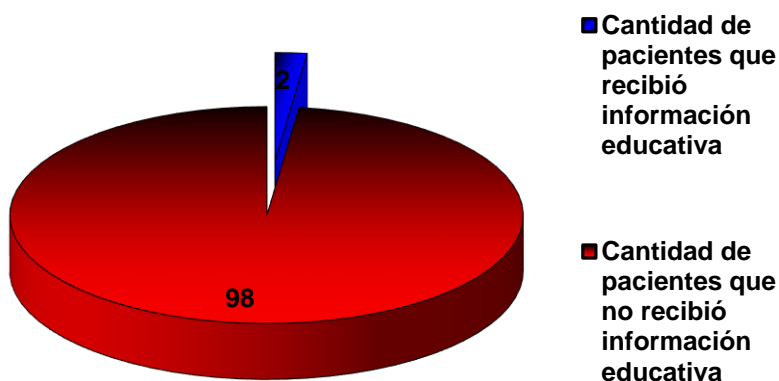
asociadas. El 4.06% se presentó en pacientes con ineffectividad cuantitativa como resultado de infradosis del captopril. (29, 39, 47, 50)

El 36.5% correspondió a pacientes con necesidad de tratamiento como ocurrió con los pacientes con Cardiopatía Isquémica que no tenían indicado fármacos de primera línea como los β Bloqueadores y los Bloqueadores de los Canales de Calcio, además de pacientes asmáticos sin tratamiento para esta enfermedad crónica. (13, 51)

En cuanto al RNM del tipo seguridad constituyó el 21.9%, todos de tipo inseguridad no cuantitativa, dado por las interacciones que potenciarían las reacciones adversas que presentaron los pacientes en estudio. (16, 13, 53)

3.6. La educación diabetológica comienza en el momento del diagnóstico y debe mantenerse y reforzarse durante toda la vida. (27, 48)

El 98% de los pacientes diabéticos no han recibido ningún tipo de actividad educativa (Gráfico 6), mientras que solo el 2% plantea haber recibido alguna información, pero manifestaron que nunca a través de su policlínico. (29, 20, 38)



Fuente: Encuesta.

Gráfico 5. Distribución de los pacientes diabéticos según actividades educativas recibidas.

CAPITULO III: Resultados y Discusión

3.7. Actividades educativas necesarias para los pacientes diabéticos

3.7.1. Distribución de como los pacientes diabéticos desean obtener y adquirir la información.^(16,49)

Tabla 7. Distribución según la forma solicitada de acceder a la información

PACIENTES DIABÉTICOS									
CHARLAS		BOLETINES		SPOT TELEVISIVO		NOTAS RADIALES		PLEGABLES	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10	10.2	22	22.4	17	17.3	18	18.4	31	31.6

Fuente: Encuesta.

Aquí analizamos que los plegables, con un 31.6 % del total, representan el mayor porcentaje de la forma en que los pacientes prefieren acceder a la información, le sigue a esta los Boletines con un 22.4%, las Notas Radiales con un 18.4%, los Spot Televisivos con un 17.3% y por último las Charlas con un 10,2 %.

Tabla 8. Distribución según el lugar dónde desean obtener la información los pacientes diabéticos.

Lugar de obtención de información	Pacientes diabéticos	
	#	%
CDR	21	21.4
CMF	75	76.5
Policlínico del Área de Salud	2	2.1
Centro de Educación para la Salud	0	0.0

Fuente: Entrevista

CAPITULO III: Resultados y Discusión

También se hizo un análisis referente al sitio más apropiado, según los pacientes, para recibir la información, quedando distribuido en los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), los Consultorios Médicos de la Familia (CMF), los Policlínico del Área de Salud y los Centros de Educación para la Salud. La mayor parte de los pacientes (75 pacientes) eligieron que el CMF es una excelente opción para que se realicen este tipo de análisis educacional, otros 21 paciente eligieron el CDR ya que muchos de ellos son ancianos y se les dificulta el traslado hacia el otros locales, 2 pacientes optaron por el Policlínico y en el caso de los Centros de Educación para la salud, los pacientes no optaron por él ya que a muchos les es difícil el traslado ya que se encuentra a zonas lejanas de su vivienda y otros aseguran que no funciona dicho centro. (29, 55)

3.8. Elaboración del Programa Educativo a partir del diagnóstico realizado.

3.8.1. Elaboración del programa educativo a pacientes diabéticos.

El Programa Educativo (Anexo 5) quedó conformado por tres partes: introducción, justificación y desarrollo. La introducción contiene la importancia de educar a la población, sobre todo a grupos sensibles como lo son los pacientes diabéticos respecto al uso de los medicamentos. (18, 40, 46)

En la justificación se expresa claramente por qué es necesaria la elaboración del Programa Educativo dirigido a los pacientes diabéticos pertenecientes a la Unidad de Farmacia 710. (18, 40)

En el desarrollo se establecen las fases del programa educativo que incluyen: identificación del grupo poblacional, identificación de las necesidades de información, planificación. Las fases de ejecución y evaluación de los resultados no fueron ejecutadas en el presente trabajo. (18, 40)

CONCLUSIONES

- Predominó el sexo femenino, los mayores de 60 años y el diabético Tipo II.
- Prevalcieron las altas y medias necesidades de información con un 57% y un 28% respectivamente sin diferencias significativas entre ambos grupos.
- La Hipertensión Arterial, la Insuficiencia Cardíaca y la Cardiopatía Isquémica se asociaron de manera significativa al diabético Tipo II.
- Se identificaron 123 PRM predominando los errores de la prescripción con un 68,2%.
- La inefectividad no cuantitativa con un 37.3% fue el RNM de mayor aparición.
- Se diseñó una propuesta de Programa Educativo.

RECOMENDACIONES

- Realizar una capacitación actualizada sobre el uso de medicamentos en la Diabetes Mellitus a los profesionales del área de salud.
- Validar el diseño del Programa Educativo en pacientes diabéticos para su utilidad práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BG Ane. Dos pilares de la atención farmacéutica: los problemas relacionados con el medicamento (PRM) y los resultados negativos relacionados con el medicamento (RNM). Revista Médica y de enfermería. 2022.<http://revistamedica.com>
2. Bonora E, defronzo RA. Diabetes Complications, Comorbidities and Related Disorders. Endocrinology. 2018. <http://www.springer.com/series/14021>
3. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. 2021. <http://www.sld.cu/sitios/dne/>.
4. M Gladys. Intervenciones Farmacéuticas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Ars Pharmaceutica. 2017;1:21-8. <http://www.scielo.sa.cr>
5. Suárez Montero Aidily. Seguimiento Farmaco-terapéutico en pacientes diabéticos en la Atención Primaria de Salud. Santa Clara: Universidad Central Marta Abreu de las Villas; 2019. <http://www.repositorio.uclv.cu>
6. Marín Magán Francisco J et al. Seguimiento farmacoterapéutico ¿por dónde empiezo? Pharmaceutical Care. 2018;3:89-97. <http://www.elsevier.es>
7. Educación terapéutica en diabetes. 2022. <http://www.elsevier.es>
8. R Maximino. DIABETES MELLITUS. Perú2021. <http://medlineplus.gov>
9. CP Santiago. Vivir con Diabetes: Claves para conocerla y tratarla. 2022. <http://scielo.es>
10. Diabetes. Medline Plus. 2022. <http://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214>.
11. Paul MM. Control y Revisión de la Diabetes Tipo II. Marcombo. 2021.<http://revistamedica.sld.com>
12. TM E. Tratado de Diabetes Mellitus. Edición P, editor. España: Sociedad Española de Diabetes; 2019.
13. Hernández Martínez Richard. Intervención educativa sobre Diabetes Mellitus en pacientes diabéticos del Consultorio 37. Policlínico Pedro del Toro. Septiembre 2020-2021. Holguín. 2021. <https://tesis.hlg.sld.cu>.
14. Evaluación del control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2 participantes de una intervención educativa grupal. Resultados de un análisis de conglomerados. Población y Salud en Mesoamérica. 2021;18.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

15. Zonas de Rotación. BD. 2022. <http://pubmed.gdl>
16. Canché Auilar Doris. Efecto de una intervención educativa sobre el estilo de vida, el control glucémico y el conocimiento de la enfermedad, en personas con diabetes mellitus.2019,1-9. <http://scielo.cdr.es>
17. YQ Marelys. Diabetes mellitus: un problema de salud en Cuba. Revista Cubana de Medicina. 2019;4. <https://orcid.org/0000-0001-5062-1436>
18. Rodríguez Zegarra Carla. Efecto del seguimiento farmacoterapéutico en el nivel de satisfacción del cliente en farmacia comunitaria. Perspectiva. 2019;20:83-178. <https://doi.org/10.33198/rp.v20i2.00032>
19. CCM Elena. Efectividad de las intervenciones educativas en la dieta y actividad física para prevenir complicaciones en pacientes diabéticos Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020.
20. PSS Elizabeth. Seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con Diabetes mellitus que integran el club de diabéticos del Instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) ambato en el período marzo-julio 2020. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2014.
21. CVY Daniela. Efecto del método Dáder aplicado en pacientes mixtos del programa de control de enfermería: Diabetes Melitus -Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud Tarapoto. Perú: Universidad Nacional de San Martín Tarapoto; 2021. <http://scielo.gld.es>
22. A Pedro. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y Problemas Relacionados con la Utilización de Medicamentos en el contexto de Colombia. Pharmacy Practice. 2020. <https://www.pharmacypractice.org>
23. MI Beatriz. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves 2019. <http://www.uv.mx>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

24. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2018;43:175-84. <http://elsevier.es>
25. Pérez Ballester Trinidad et al. Incidencia del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes diabéticos *Pharmacy Practice.* 2021;4:228-34. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69020403>
26. F Dani. Manual de educación terapéutica en diabetes. Madrid.2020. <http://www.scielo.cl>
27. O.T H. Usted puede controlar su diabetes. Editorial Cientifico-Tecnica ed. La Habana2020. <http://scielo.sld.cu>
28. Geraldo VQC. Seguimiento clínico de la intervención farmacéutica en la farmacoterapia en pacientes con diabetes mellitus Tipo II de un hospital de ICA, 2019. Perú: Universidad Nacional San Luis Gonzana; 2021. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>
29. Ilze VN. Intervención Educativa en Pacientes con Diabetes Mellitus II, para incrementar el nivel de Conocimientos de Autocuidado. Xalapa: Universidad Veracruzana; 2018. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57956614005>
30. Kasper F. Harrison Manual de Medicina.2017 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
31. Bimbela Pedrola Jose Luis GLM. Herramientas para mejorar la adhesion terapeutica del paciente: e l caso de la diabetes. Málaga 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
32. Automedicación puede poner en riesgo la salud de diabéticos. Perú: 2019. <http://www.renc.es>
33. Alarcón Luna Nohemi. Intervención educativa de salud en pacientes con diabetes mellitus para fortalecer el apego al tratamiento. 2019;1. <http://scielosp.org>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

34. Pharmacotherapy follow-up: The Dader method (3rd revision) Granada: University of Granada.; 2006. Available from: <http://scielo.es>
35. RR Alfredo. Adherencia Terapéutica en pacientes.Portadores de Diabetes Mellitus. Santa Clara: Universidad Central Marta Abreu de las Villas; 2020. <http://repositorio.uclv.cu>
36. DN R. Investigación básica sobre asma. Estados Unidos de América: América; 2019. 5-613 p. <http://www.eumed.net>
37. Herrera Carrazana J. Diabetes seguimiento. Facultad de Farmacia Universidad de Sevilla España. 2020;30:183-7. <http://scielo.isciii.es>
38. González Rodríguez R. Intervención educativa sobre Diabetes Mellitus en pacientes del Consultorio Médico 29.Convención Internacional de Salud, Cuba Salud.2019. <http://revistas.udes.edu.co>
39. Robalino Gualoto Raquel Sorayda ea. Programa educativo de autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista de Investigación Talentos. 2022;9. <https://doi.org/10.33789/talentos.9.1.157>
40. Rame Aldo. Efecto de la metodologá de educación terapéutica, mediante la evaluación de los cambios bioquímicos, antropométricos y dietéticos en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista Alad. 2022. <http://scielo.uld.es>
41. Rincón Alarcón AC, Villalón Muñoz PA, Escudero Vilema ER, Toaquiza Aguagallo CN, Miranda Barros AA, Aguiar Torres C. Evaluación del servicio de atención farmacéutica en cuatro farmacias privadas de Riobamba, Ecuador. Revista Cubana de Farmacia. 2019;52(2):e338.
42. Quijano de Hoz L. Atención farmacéutica: criterios de control en la dispensación de medicamentos con efectos adversos relevantes para el tratamiento de patologías crónicas y/o prevalentes. In: Faculta de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.2018.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

43. Ramírez Pérez AR, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. *Revista Cubana de Farmacia*. 2019;52(2):e335.
44. Ramírez Pérez AR, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. *Revista Cubana de Farmacia*. 2020;53(1):e385.
45. Chávez Gaona MH. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en el tratamiento y calidad de vida de pacientes asmáticos del Policlínico Nuestra Señora de la Paz, Comas. In:Lima. Perú: 2019. Tesis Facultad de farmacia y bioquímica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
46. Manual de seguimiento fármaco terapéutico en usuarios ambulatorios. Chile 2019.
47. Elías Díaz I, García Fariñas A, Gerrero Valera J. Eficiencia del seguimiento farmacoterapéutico en adultos mayores polimedicados, en una farmacia especial de área, 2018. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2020 [citado 14/09/2022]; 19(4):e2901. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2901>.
48. Gusñay Ramírez NX. Diseño de un plan de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores del centro de salud tipo c esPOCH- lizarzaburu". Riobamba-Ecuador 2019.
49. Maidana GM, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Mastroianni P, Lugo GB. Intervenciones Farmacéuticas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ars Pharm*. 2017; 58(1): 21-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2340-98942017000100003>.
50. Menor Rodríguez MJ, Aguilar Cordero MJ, Mur Villar Santana, Mur C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2017. Medisur [Internet]. Nov 2022 [citado 2 Nov 2022];15(1):[aprox. 14 p.]. Disponible <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2017/msu171k.pdf>

51. Rodríguez García NM, Horta Muñoz DM, Vences Reyes N. Estrategia de intervención educativa dirigida a modificar los conocimientos sobre salud bucal en pacientes diabéticos. 2018. Medisur [Internet]. Oct 2022 [citado 2 Nov 2022];22(1):[aprox. 19 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100006

52. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Pract (Granada) [Internet]. 2006 Mar [citado 2022 Nov 13] ; 4(1): 44-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100008&lng=es.

53. Azcuy-Aguilera L, Valdés-Hernández V, Camellón-Pérez A, Roque-Doval Y, Borges-Machín A, Zurbano-Cobas L. Intervención educativa comunitaria para un envejecimiento activo y con calidad de vida. EDUMECENTRO [Internet]. 2021 [citado 14 Nov 2022]; 13 (3) :[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1718>

54. Reyes-Caballero M, Menéndez-Gálvez L, Obregón-Pérez J, Núñez-Rodríguez M, García-Águila E. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. EDUMECENTRO [Internet]. 2021 [citado 14 Nov 2022]; 13 (1) Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1659>

55. Permuy-Torres I, Montesinos-Rodríguez R, Quintana-Mugica R, Hernández-Torres D. Acciones educativas para disminuir recidivas en el pie diabético de pacientes tratados con heberprot-p. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 [citado 14 Nov 2022]; 11 (4) :[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1456>

57

Legna de la Caridad Martínez Ojeda

Diseño de una propuesta de Programa Educativo para pacientes diabéticos.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE.

Título de la Investigación: Programa educativo dirigido a pacientes diabéticos.

Yo _____ manifiesto que:

Estoy de acuerdo y consiento en participar en la investigación que se desarrolla y mediante la cual se determinaran las necesidades de información en relación con los medicamentos que utilizo para el tratamiento de la Diabetes Mellitus, siempre que se guarde la confidencialidad de mis datos personales. Para dar este consentimiento he tenido una amplia explicación por parte del equipo de atención sanitaria quienes me han informado que:

Mi participación es absolutamente voluntaria y el hecho de no aceptar no afectará mis relaciones con el médico y el resto del equipo de salud los cuales me seguirán atendiendo según las normas de la institución y la sociedad donde tendré derecho a recibir el máximo de posibilidades.

En cualquier momento puedo retirarme sin que tenga que dar explicación alguna.

En caso de realizarse visitas al Consultorio Médico para revisar la información que he brindado, esto no implicara que se divulguen los datos de mi persona recogidos en los modelos.

Dado a los _____ días del mes de _____ de _____

Conforme (firma del paciente) _____

Investigador (Nombres, apellidos y firma) _____

ANEXOS

ANEXO 3.

GUÍA PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Objetivo: Seleccionar adecuadamente las técnicas, métodos, espacios, momentos, canales de información, así como otros contenidos a incluir en el programa educativo.

Desarrollo: La entrevista se realizó en un ambiente adecuado, con la privacidad requerida. El entrevistador prestó atención en todo momento a lo que manifestaba el entrevistado, no emitió juicios en ningún momento, permitiendo que el entrevistado hablara del tema en cuestión o de cualquier otro tema aunque no fuera relacionado. La información fue recogida en un formulario de recogida de datos por el entrevistador.

Guión de la entrevista:

¿Qué aspectos sobre los medicamentos considera importantes para incluir en el programa educativo?

¿Cómo le gustaría que le hicieran llegar los contenidos del programa educativo?

¿En qué lugar le gustaría recibir el programa educativo?

¿De qué otros temas desearía recibir información con relación a su enfermedad?

ANEXOS

ANEXO 4

CLAVE DE CALIFICACIÓN DE ENTREVISTA A PACIENTES.

Clave de calificación.

Pregunta 1:

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Por qué: 10 puntos

Pregunta 2:

Si: 10 puntos

No: 0 puntos

Cuál o Cuáles: 10 puntos

Pregunta 3:

Si: 5 puntos

No: 0 puntos

Cuál o Cuáles: 15 puntos

Pregunta 4:

Si: 10 puntos

No: 0 puntos

Cuál: 10 puntos

Pregunta 5:

Si: 10 puntos

No: 0 puntos

Cuál o Cuáles: 10 puntos

Escala cualitativa en base a 100 puntos:

95 – 100 puntos = Excelente (E).....Bajas necesidades de información.

85 – 94 puntos = Bien (B).....Medias necesidades de información

84 – 70 puntos = Regular (R).....Altas necesidades de información

Menos de 70 puntos = Mal (M)..... Altas necesidades de información

ANEXOS

Introducción

La Diabetes Mellitus es un importante problema de salud pública de alcance mundial. Se encuentra en la literatura que los pacientes diabéticos presentan un alto grado de desconocimiento en cuanto a su enfermedad, conllevando a un uso inadecuado del medicamento, que puede ser perjudicial para su vida. Varios estudios concluyen que es indispensable el empleo de la educación para la salud con la finalidad de fortalecer la prevención y el control de los factores de riesgo, así como la educación diabeto-lógica dirigida a que las personas adopten de forma habitual y sistemática normas elementales para su cuidado. Se define la educación para la salud como una herramienta y un vehículo que, cuando se desarrolla con la participación activa de las personas, se transforma en promoción de la salud. Los participantes deben estar implicados, motivados, comprometidos y pertenecer a diferentes tipos de comunidades, centros laborales, estudiantiles o barrios; desde allí las personas se sentirán parte de las acciones y del proceso, se implicarán en la mejorara de su salud con estrategias individuales, grupales, colectivas, intersectoriales y multidisciplinarias, donde todos son importantes para lograr salud entre todos y para todos. De ahí que se reconozca a la educación terapéutica como la piedra angular de la atención integral de las personas con diabetes.

Justificación

La actitud de los pacientes diabéticos ante el uso de medicamentos no es adecuada, evidenciado a través del análisis del cumplimiento de la prescripción y de la automedicación, además presentan altas necesidades de información sobre el uso de medicamentos para esta patología. Es por ello que se hace necesaria la elaboración de un programa educativo dirigido a este grupo poblacional.

Desarrollo

Fase I: Identificación del grupo poblacional.

ANEXOS

El grupo de población a educar está constituido por los pacientes diabéticos que presentan elevadas necesidades de información, pertenecientes al CMF 17-2 del Policlínico Chiqui Gómez de Santa Clara.

Fase II: Planificación.

1. Definición de los objetivos

Objetivo general: Proporcionar a los pacientes diabéticos el conocimiento y habilidades que les permita reflexionar sobre sus dudas, necesidades de información y conflictos fundamentales referidos a su enfermedad.

2. Evaluación de los recursos

Dentro de los recursos materiales necesarios, encontramos papel, energía eléctrica, gastos de imprenta, dentro de los recursos humanos necesarios se encuentran los pacientes diabéticos y el personal encargado de la labor educativa.

3. Diseño del circuito de intervención

El desarrollo del Programa Educativo se llevará a cabo mediante dos etapas. En la primera etapa se realizará un programa con una duración de dos meses en los que se impartirán charlas, actividades prácticas y técnicas afectivas participativas. En la segunda etapa, se iniciará con una entrevista dirigida a comprobar si los pacientes diabéticos adquirieron los conocimientos impartidos hasta la fecha.

Luego será evaluado el conocimiento y se volverá a hacer énfasis en las temáticas que presentaron dificultad reafirmando los aspectos importantes a recordar. Se realizará con varias sesiones grupales que permitirá establecer un conjunto de técnicas que permitan llevar a cabo el Programa Educativo dirigido a este grupo de pacientes.

En la primera sesión se darán a conocer los objetivos, los contenidos, la metodología a utilizar y la duración. Ubica a los participantes en la tarea que se va a desarrollar. Si existe algún desacuerdo se tratará de discutir el punto en cuestión hasta llegar a un

ANEXOS

arreglo, en el que estén de acuerdo tanto los participantes como el coordinador. Esta sesión de trabajo es muy importante porque de ella dependerá en gran parte el éxito del trabajo grupal a lo largo del programa.

La última reunión es de integración y cierre del programa, esta es tan importante como la primera. Aquí se integran los primeros contenidos tratados a partir de las vivencias del grupo y en función de los objetivos del programa.

Se emplearán técnicas como las entrevistas estructuradas, que se efectuarán antes y después del programa educativo para poder establecer una evaluación de los aspectos transmitidos. Los lugares y los momentos de desarrollar la actividad educativa serán definidos con exactitud por las personas pertinentes, siempre teniendo en cuenta los deseos y conveniencias del grupo de pacientes a educar, así como, las frecuencias de consultas programadas. Además será empleado como tiempo máximo una hora en cada sesión de trabajo.

A partir de la experiencia acumulada se ha estimado pertinente diseñar un sistema de acciones educativas para disminuir la elevada necesidad de información de los pacientes.

Las acciones consisten en un grupo de actividades educativas distribuidas en talleres de la forma siguiente:

Taller 1. Conocer es poder.

Taller 2. Beneficios de la terapéutica de la Diabetes Mellitus.

Taller 3. Principales reacciones adversas de los fármacos de la diabetes y sus características.

Taller 4. Beneficios de la actividad física.

Taller 5. Alimentación saludable, salud de calidad.

ANEXOS

Requisitos metodológicos para el desarrollo de los talleres:

- Para lograr aprendizajes significativos sobre los contenidos se desarrollará un proceso educativo con varias sesiones individuales y grupales. La metodología se caracteriza por ser de carácter flexible, participativo, práctico y vivencial.
- Como punto de partida se toma el análisis crítico de los participantes acerca de sus vivencias, conocimientos, aciertos y desaciertos en relación a la Diabetes Mellitus.
- Los grupos de trabajo se organizarán con alrededor de 20 pacientes para poder desarrollar las actividades con creatividad y técnicas participativas que posibiliten la reflexión, el diálogo y un análisis crítico de la realidad.
- Las acciones se realizarán semanalmente, con una duración de no más de una hora, en áreas agradables y confortables.
- Los medios de enseñanza se diseñarán atendiendo al objetivo y su tema.