

Insulinización oportuna en el primer nivel de atención

Material complementario de
lectura para el equipo de salud



Dirección de
Promoción de la Salud y
Control de Enfermedades
No Transmisibles

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

Material complementario de lectura para el equipo de salud

El presente documento es un material de lectura complementaria que acompaña al Documento Técnico en el curso de Insulinización Oportuna en el Primer Nivel de Atención.

Este material fue elaborado con un lenguaje accesible para facilitar tanto la comprensión de los temas abordados como su transmisión por parte del equipo de salud a las personas con DMT2 que utilizan insulina como parte de su tratamiento.

La **Diabetes Mellitus (DM)** es una enfermedad compleja que requiere cuidado integral, oportuno y de calidad. En esta tarea los enfermeros son actores fundamentales que pueden proporcionar a las personas con **DM** y a sus familiares, sugerencias y orientaciones para el cuidado general de la persona, el manejo de la insulina, motivarla a que modifique algunos hábitos y orientarla al automanejo de su enfermedad.

De este modo, la educación permanente de los enfermeros en torno a la **DM**, suman y brindan las competencias y herramientas necesarias para contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona con **DM** y de su familia.

¿Qué es la Diabetes Mellitus?

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ considera a la diabetes como una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede usar de manera efectiva la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en sangre.

Se define a la **DM** como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de **hiperglucemia**, resultante de un defecto en la secreción de insulina o en la acción insulínica o en ambas.²

La hiperglucemia sostenida y sin tratamiento puede dar lugar a complicaciones en diferentes órganos tales como los ojos, el riñón, el corazón, las arterias y los pies, entre otros.

❖ **Hiperglucemia:** el aumento del azúcar en sangre por encima de los valores normales (hasta 110mg/dl).

Se estima que la diabetes afecta a más de tres millones de personas en la Argentina y, dado que puede permanecer silenciosa por varios años, aproximadamente la mitad de quienes la padecen desconoce su condición.³

¹Organización Mundial de la Salud (OMS)<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

²Terapéutica Racional en atención Primaria de la Salud. Curso "Detección temprana y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el PNA". Unidad 3. P.12.

³Manual acerca de los Cuidados de Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y otros factores de Riesgo Cardiovascular ,Enfermedades Crónicas No Transmisibles Ministerio de Salud de la Nación.

Tipos de diabetes

En 1997, un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes y de la OMS, propuso una nueva clasificación de la diabetes y nuevos métodos de diagnóstico y rastreo. A partir de entonces, ya no se utilizan los términos insulino-dependiente y no-insulinodependiente y en su reemplazo se introducen los términos de diabetes tipo 1 y 2, respectivamente.

Clasificación de Diabetes Mellitus⁴

<p>Diabetes Mellitus tipo 2</p>	<p>Caracterizada por la destrucción de la célula beta. Habitualmente lleva al déficit absoluto de insulina. Su etiología puede ser un proceso autoinmune o idiopática.</p>
<p>Diabetes Mellitus tipo 2</p>	<p>Caracterizada por resistencia insulínica. Habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina.</p>
<p>Diabetes gestacional</p>	<p>Es una alteración de la tolerancia a la glucosa de severidad variable que comienza o es reconocida por primera vez durante el embarazo en curso. Esta definición es válida independientemente del tratamiento que requiera, como así también si se trata de una diabetes previa al embarazo que no fue diagnosticada o si la alteración del metabolismo hidrocarbonado persiste al concluir la gestación.</p>
<p>Otros tipos específicos</p>	<p>Diabetes causada por otras etiologías, como defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, fármacos y drogas, infecciones, formas raras de diabetes relacionadas con procesos inmunes, otros síndromes genéticos.</p>

Para los tipos 1 y 2 de diabetes la OMS detalla:

- **Diabetes tipo 1:** caracterizada por una deficiencia en la producción de insulina, requiere de administración diaria de la misma por parte de las personas que la padecen. La causa de este tipo de diabetes no se conoce y hasta el momento no se trata de una enfermedad que pueda prevenirse.

⁴Alberti KGMM, Zimmet PZ, WHO. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO Consultation. DiabeticMed 1998;5:539-53.

- **Diabetes tipo 2:** resulta del uso inadecuado de la insulina por parte del organismo. Este tipo de diabetes afecta al 90% de las personas con diabetes en el mundo y, generalmente, es el resultado del sobrepeso y el sedentarismo.

La **DMT2** se desarrolla como consecuencia de la incapacidad del páncreas endócrino de producir suficiente insulina para cubrir el aumento de su demanda debido a una menor respuesta de los tejidos periféricos a la hormona (insulinorresistencia).

❖ **Insulinorresistencia:** fenómeno según el cual el organismo produce insulina pero los tejidos no la pueden utilizar en forma adecuada para permitir el paso de la glucosa a la célula.

La **DMT2** es una enfermedad prevalente⁵, con complicaciones asociadas a una elevada morbimortalidad, deterioro de la calidad de vida y alto impacto en el costo sanitario.

Si bien su incidencia está en aumento, la misma puede ser prevenida modificando los modos de vida de la población.

De acuerdo con los datos de la OMS⁶:

- 347 millones de personas en el mundo tienen diabetes;
- en el año 2004 se estima que 3,4 millones de personas fallecieron como consecuencia de esta enfermedad;
- más del 80% de las muertes por diabetes ocurren en países de bajos y medianos ingresos;
- se calcula que las muertes por diabetes se duplicarán entre los años 2005 y 2030;
- las acciones que pueden prevenir o retrasar la aparición de DMT2 son la dieta saludable, la actividad física regular, mantener un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

Se realiza mediante la determinación del nivel de glucemia en ayunas en sangre venosa.

La determinación de glucosa en sangre capilar (punción en la yema del dedo) es útil para la supervisión del tratamiento pero no se recomienda como método diagnóstico.

Se considera que una persona tiene diabetes cuando presenta:

- dos glucemias en ayunas con valores mayores o iguales a 126mg/dl y realizadas en dos días distintos;
- síntomas como **polidipsia** (aumento de la sed), **polifagia** (aumento del apetito), **poliuria** (aumento de la producción de orina) más una glucemia plasmática (realizada en cualquier momento del día) con valores iguales o mayores a 200 mg/dl.

⁵Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Curso: Detección temprana y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el PNA. Unidad 3. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2012, Op. Cit. p.9.

⁶**Diabetes Factsheet N°312 Updated January 2015 Organización Mundial de la Salud (OMS) en**
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

- glucemia igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una prueba oral de tolerancia a la glucosa.

Cuando la glucemia en ayunas se encuentra entre 110 y 125 mg/dl (glucemia alterada en ayunas, abreviada con la sigla GAA) es necesario realizar una prueba de tolerancia a la glucosa para definir si la persona presenta o no diabetes. Este estudio consiste en medir la glucemia en ayunas y repetir la determinación dos horas después de la toma de un vaso de agua con 75 gr de glucosa.

Si el valor de este estudio a las dos horas es mayor de 200mg/dl se confirma el diagnóstico de DM.

¿Qué indicios pueden alertarnos que una persona tiene diabetes?

- Tendencia a infecciones en la piel.
- Aumento de la sed (polidipsia).
- Pérdida de peso.
- Aumento del apetito (polifagia).
- Aumento de la producción de orina (poliuria).
- Sequedad de la boca.
- Visión borrosa.

Existen situaciones que aumentan el riesgo a desarrollar **DMT2**, éstas son:

- Tener más de 45 años.
- Padres o hermanos con diabetes.
- Obesidad y sobrepeso.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad cardiovascular.
- Colesterol y/o triglicéridos elevados.
- Diabetes durante el embarazo.
- Mujeres con hijos nacidos con peso mayor a 4,5kg.

Estas situaciones permiten comprender la importancia de orientar para la prevención a personas que presenten hipertensión, obesidad, sobrepeso, dislipemia y también a familiares de personas con diabetes; y, a su vez, transmitir la relevancia de concurrir al centro de salud más cercano para que las personas realicen un control de salud anual, pues muchos de estos síntomas permanecen silenciosos.

¿Qué es la insulina? ¿Cuáles son sus funciones?⁷

Las células metabolizan la glucosa para convertirla en una forma de energía útil; por esto el organismo necesita recibir glucosa (a través de los alimentos), absorberla (durante la digestión) para que circule en la sangre y se distribuya por todo el cuerpo y que, finalmente, desde la sangre vaya al interior de las células para que pueda ser utilizada.

⁷ Lafuente Robles Nieves, Cruz Arándiga Rafaela y col. Educando al Diabético en Atención Primaria: La visión enfermera. En <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/diabetes%20manualqx.pdf>

La insulina es una hormona que se sintetiza y libera en las células beta de los islotes de Langerhans situados en el páncreas. Su función es como la de una llave que permite abrir las puertas de las células del tejido muscular y del tejido graso para que la glucosa pueda entrar en su interior y, además, estimula a las células hepáticas para que la glucosa sea almacenada en forma de glucógeno.

En la membrana de las células beta pancreáticas existe un medidor de la concentración de glucosa en sangre (glucorreceptor) que permite, en todo momento, conocer la concentración de glucosa en sangre y, a partir de esto, segregar la cantidad de insulina adecuada. Este aumento de la secreción de insulina se comprueba, fundamentalmente, después de las comidas y tiene como objetivo mantener los niveles sanguíneos de glucosa dentro de los límites normales (entre 80 y 110 mg/dl en ayunas o hasta 140 mg posprandial).

Existen determinadas células del organismo que no requieren la presencia de insulina para que la glucosa pueda ser metabolizada en su interior. Estas células captan la glucosa de forma directa y en función de su concentración en sangre. Esto se debe a que dichas células constituyen órganos que no pueden dejar de ejercer su función específica independientemente de la situación clínica o fisiológica en que se encuentren.

Entre estas células están las neuronas, las fibras nerviosas, la retina, las células renales, los glóbulos rojos, etc. y se las denomina insulinoindependientes.

Otras funciones de la insulina son las de transformar los excesos de hidratos de carbono de la dieta en forma de grasas en el tejido adiposo y los aminoácidos en forma de proteínas en el tejido muscular.

En síntesis, la insulina actúa permitiendo:

- el paso de glucosa al interior de las células, abriendo las puertas de las membranas celulares;

Y estimulando:

- el depósito de glucosa en forma de glucógeno en el hígado y en el músculo (glucogenogénesis);
- la formación de grasa (lipogénesis) cuando existe un exceso de hidratos de carbono;
- la formación de proteínas a partir de los aminoácidos de la dieta.

En contraposición a la acción de la insulina, como reguladora del metabolismo de la glucosa, existen una serie de hormonas cuyas funciones son opuestas a la insulina, es decir, aumentan los niveles de glucosa en sangre (hormonas de contrarregulación).

Normalmente existe un equilibrio entre estos dos sistemas reguladores con el objeto de mantener las cifras de glucemia dentro de márgenes de normalidad. Entre estas hormonas se encuentran el glucagón, la adrenalina, el cortisol y la hormona de crecimiento. Estas hormonas son antagonicas a la acción de la insulina.

¿Qué sucede en la Diabetes Mellitus?

Si se produce un déficit de insulina (total o parcial) va a existir una imposibilidad total o parcial de utilización de la glucosa por los órganos insulino dependientes. Por otra parte, el equilibrio que existe

entre la insulina y las hormonas de contrarregulación en sujetos no diabéticos, se pierde, predominando la acción de las hormonas contrarreguladoras. Esta situación produce el aumento de la degradación del glucógeno en la glucosa (glucogenolisis) y de los ácidos grasos a partir de los depósitos de triglicéridos (lipolisis). Todo esto, junto al déficit de insulina conlleva a que los niveles de glucosa en sangre aumenten de forma desmesurada produciendo las manifestaciones clínicas características de la DM.

El organismo necesita **glucosa** las 24 horas del día. Durante los períodos de ayuno la obtendrá de los depósitos de reserva: glucógeno hepático y grasas.

El organismo necesita también **insulina** las 24 horas del día para poder metabolizar la glucosa. La hiperglucemia crónica que se produce en la **DM** tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas, pudiendo conducir a la persona al estado de coma y a la muerte.

¿Cuáles son sus principales complicaciones?

Las personas con diabetes pueden presentar complicaciones agudas y complicaciones crónicas. Las agudas son aquellas que aparecen súbitamente, de un momento a otro. Las crónicas, en cambio, son entidades de evolución lenta y curso silencioso, motivo por el cual es muy importante que la persona realice controles periódicos que le permitan detectarlas precozmente. Estas complicaciones son más frecuentes en personas con mayor tiempo de evolución de la enfermedad o en aquellas con un control inadecuado de la glucemia y de los factores de riesgo asociados.

Hay dos tipos de complicaciones crónicas:

- **Complicaciones macrovasculares:** son las que afectan las arterias de gran tamaño (grandes vasos). A su vez, estas complicaciones pueden distinguirse entre aquellas que afectan las arterias del corazón (enfermedad coronaria) y las que afectan las arterias del cerebro (enfermedad cerebrovascular).
El desarrollo de estas complicaciones se relaciona principalmente con la presencia y control inadecuado de los factores de riesgo cardiovascular asociados (tabaquismo, hipertensión, dislipemia).
- **Complicaciones microvasculares:** son aquellas que afectan las arterias de menor tamaño (pequeños vasos). A su vez, estas complicaciones pueden distinguirse entre aquellas que afectan el sistema nervioso (neuropatía diabética), el riñón (nefropatía diabética) y los ojos (retinopatía diabética). Su desarrollo depende principalmente del control inapropiado de la glucemia.

La **neuropatía diabética constituye la complicación crónica más frecuente**. Hay distintos tipos de neuropatías:

- **Sensitiva:** provoca alteraciones de la sensibilidad de las manos y los pies. La persona puede presentar hormigueos, quemazón, dolor, disminución de la sensibilidad al frío, calor o presión que aumenta el riesgo de quemaduras y heridas.
- **Motora:** es menos frecuente, provoca disminución de la fuerza y falta de desarrollo de los músculos del cuerpo.
- **Autonómica:** puede presentar taquicardia en reposo, diarreas o sudoración. Los hombres pueden presentar problemas de erección. Una de las consecuencias más importantes es que la persona puede dejar de sentir los síntomas de alarma de la hipoglucemia por lo que en estos casos deben extremarse las medidas de prevención.

La **retinopatía diabética** constituye la principal causa de ceguera en personas menores de 60 años de edad. En esta complicación está comprometido un sector interno del ojo denominado retina.

Existen dos tipos de retinopatía: la proliferativa y la no proliferativa, cada una requiere tratamiento y seguimiento específicos. La detección precoz y su control se realizan a través del fondo de ojo con dilatación de la pupila.

- ❖ *La Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes tipo 2⁸*, recomienda mantener un control adecuado de la glucemia para prevenir el desarrollo de la retinopatía diabética y propone realizar un fondo de ojo anual a partir del diagnóstico de diabetes con el objetivo de detectar precozmente esta complicación.

La **nefropatía diabética** representa la causa más común de insuficiencia renal crónica terminal y tratamiento de diálisis.

Se manifiesta por la eliminación de proteínas a través de la orina que usualmente no deberían detectarse. En las primeras etapas, se eliminan proteínas pequeñas llamadas microalbuminuria. Esta fase es reversible. En estadios más avanzados se pierden proteínas de mayor tamaño y, si progresa el cuadro, puede sobrevenir una falla renal.

- ❖ *La Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes tipo 2* recomienda realizar una microalbuminuria anual a partir del diagnóstico de diabetes para detectar precozmente esta complicación.

La hemoglobina A1C (Hb A1C) es una determinación en sangre que permite conocer el promedio de las glucemias que presentó la persona en los últimos 3 meses. Es un excelente indicador del control metabólico de la enfermedad.

Las metas de glucemia y Hb A1C deben ser adecuadas para cada persona, su edad, presencia de complicaciones crónicas y otras enfermedades asociadas.

El tratamiento debe ser individualizado, razón por la cual es importante recordar que estas recomendaciones son de carácter general y tendrán que ser reevaluadas en cada persona en particular. Por ejemplo, para las personas de edad muy avanzada se pueden pensar objetivos diferentes.

¿Cuáles son las bases para el tratamiento?

Principales objetivos a alcanzar con el tratamiento:

- Dejar de fumar.
- Mantener peso adecuado.
- Glucemia en ayunas entre 90 y 130 mg/dl.
- Glucemia 2hs después de las comidas <180mg/dl.
- Hemoglobina glicosilada HbA1C < 7%.

⁸Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 para el Primer nivel de atención en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

- Tensión Arterial <120/70mmHg en presencia de nefropatía.
- Tensión Arterial < 130/80 mmHg en ausencia de nefropatía.
- Colesterol LDL<100mg/dl.
- Colesterol HDL> 50 en mujeres y >40 en hombres.
- Triglicéridos <150mg/dl.

El control adecuado de la glucemia y de los factores de riesgo asociados, permiten a las personas con **DM** prevenir complicaciones y preservar su calidad de vida. Para lograrlo el tratamiento debe abarcar:

- Plan de alimentación saludable.
- Actividad física.
- Educación terapéutica: brindar conocimientos acerca de la enfermedad y las estrategias para los autocuidados cotidianos.
- Prevención y tratamiento de los factores de riesgo asociados.
- No fumar: incluso pocos cigarrillos por día son dañinos para las arterias, en especial para las personas con diabetes.
- Tratamiento farmacológico: para la **DMT2** se cuenta con antidiabéticos orales y fármacos que se utilizan de manera inyectable (análogos e insulina).

La **DMT2** suele desencadenarse como consecuencia de:

- Sobrepeso
- Alimentación poco saludable
- Obesidad
- Sedentarismo

Por esta razón, gran parte del tratamiento consiste en modificar el estilo de vida: cambiar los hábitos alimentarios, incrementar la actividad física y regularizar el peso corporal. Pero, además, la mayor parte de las personas necesitan recibir antidiabéticos orales.

Se reconocen cuatro tipos de fármacos:

- 1) Fármacos que mejoran la función de la insulina en algunos tejidos del cuerpo (insulinosensibilizadores).
- 2) Fármacos que ayudan a producir y liberar la insulina propia de la persona (secretagogos de insulina).
- 3) Fármacos que inhiben la absorción de azúcares de los alimentos.
- 4) Fármacos que prolongan la acción de la hormona GLP1.

Dentro de los antidiabéticos orales, la **metformina** es la droga más ampliamente usada por ser muy efectiva y segura. No produce hipoglucemia ya que es insulinosensibilizadora.

❖ *Las Guías de Práctica Clínica de DMT2 y de Prevención Cardiovascular* recomiendan utilizar metformina como droga de inicio de tratamiento.

Se indica tomarla con los alimentos o hasta 20 minutos después de ingeridos. Con esta precaución se minimizan los efectos de intolerancia digestiva.

Dicho fármaco está contraindicado en el embarazo y la lactancia, cuando existe un mal funcionamiento del riñón, hígado, corazón o pulmones, en caso de úlceras gastroduodenales activas y en personas con hipersensibilidad a alguno de sus compuestos.

Los efectos adversos más comunes son intolerancia gástrica, sabor metálico, náuseas, vómitos y diarrea. Como estos efectos dependen de la dosis, es importante que al comenzar a utilizar la medicación, la dosis se aumente de manera gradual y respetando la tolerancia de cada persona.

Otro efecto muy temido es la acidosis láctica pero su frecuencia de aparición es extremadamente baja.

En síntesis

- Se define a la **DM** como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina o en la acción insulínica, o en ambas.
- Si bien su incidencia está en aumento, la misma puede ser prevenida modificando los modos de vida de la población.
- La OMS define la diabetes como una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede usar de manera efectiva la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en sangre.
- La hiperglucemia sostenida y sin tratamiento puede dar lugar a complicaciones en diferentes órganos: ojos, riñones, corazón, arterias y pies.
- En 1997 se propuso una nueva clasificación de la diabetes, y ya no se utilizan los términos insulino-dependiente y no-insulinodependiente y se reemplazan por los términos de diabetes tipo 1 y 2, respectivamente.
- El diagnóstico de **DM** se realiza mediante la determinación del nivel de glucemia en ayunas en sangre venosa.
- El tratamiento debe ser personalizado, motivo por el cual es importante recordar que estas recomendaciones son de carácter general y tendrán que ser reevaluadas en cada persona.
- El control adecuado de la glucemia y los factores de riesgo asociados permiten a la personas con **DM** prevenir complicaciones y preservar su calidad de vida.
- La **DMT2** suele desencadenarse como consecuencia del sobrepeso, la alimentación poco saludable, la obesidad y el sedentarismo. Por esta razón, gran parte del tratamiento consiste en modificar el estilo de vida: cambiar los hábitos alimentarios, incrementar la actividad física y regularizar el peso corporal.
- Algunas personas con **DMT2** requieren insulina para el adecuado control de su enfermedad y esto tiene que ser explicado desde el momento del diagnóstico.

Competencias de los enfermeros en el cuidado de personas con DMT2⁹

Las actividades de los enfermeros para el cuidado de las personas que padecen **DMT2** en el primer nivel de atención, son múltiples y variadas:

⁹DIABETES MELLITUS TIPO 2. Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención. Uruguay. 2008. En: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18852es/s18852es.pdf>

- Valorar la situación actual de la persona, reconocimiento de signos y síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos biopsicosocioculturales.
- Identificar de otros factores de riesgo.
- Controlar la glucemia capilar, control de pulsos, TA, peso y talla, IMC.
- Explorar pies, piernas y boca.
- Analizar los conocimientos y creencias que la persona trae de la **DM**.
- Determinar cuánto conoce sobre **DM** la persona, su situación familiar y su entorno.
- Valorar el déficit de automanejo de la persona.
- Educar en torno a la **DM**, teniendo en cuenta factores de riesgo, reconocimiento de síntomas característicos de hipo e hiperglucemia, y proporcionando material educativo con mensajes claros.
- Coordinar con los integrantes del equipo de salud para el cuidado de la persona con **DM**.
- Realizar visitas domiciliarias, de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos con el equipo de salud, priorizando las visitas a personas que no concurren a la consulta, que tienen alguna incapacidad para el desplazamiento al centro de salud, que presentan dificultades de adherencia al tratamiento o que tienen una situación familiar compleja (por ejemplo, un anciano que vive solo y no puede asistir al centro de salud a realizar sus controles, etc.).

❖ En este sentido, como se podrá apreciar, el rol del enfermero dentro del equipo de salud asume un valor fundamental ante la indicación de insulinización por parte del médico y complementa la estrategia.

Según un informe de la OMS¹⁰, se considera que: “Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre cumplimiento terapéutico puede tener una repercusión mucho más grande sobre la salud de la población, que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos”, y que “mejorar la adherencia terapéutica mejora la seguridad de la persona y la efectividad del sistema sanitario”. El cumplimiento terapéutico requiere un enfoque interdisciplinario, en el que los enfermeros puedan desempeñar un rol importante en las intervenciones orientadas a la educación de las personas y a la adherencia al tratamiento.

Los enfermeros con conocimientos actualizados en **DMT2** podrán facilitar el proceso de afrontamiento de la persona a quien se le indica la insulinización cuando:

- Complementen y reflexionen en torno a la información brindada por el médico, la cual debe ser clara, precisa y adaptada a cada persona. Dicha información promoverá su automanejo en el cuidado de la salud.
- Generen un clima de confianza entre el equipo de salud, la persona y su familia, estableciendo un vínculo que favorezca el seguimiento.
- Colaboren para el cambio, teniendo una actitud de respeto, de escucha, sin culpabilizar a la persona por su enfermedad.
- Conozcan las barreras propias de la persona ante la indicación de insulinización, y reconozcan las suyas propias frente al manejo de la insulina.

¹⁰Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. Consulta: 2 de febrero de 2015. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=

- Enseñen a la persona sobre el manejo de la insulina, de la inyección y de sus sitios posibles, de su adecuada conservación, del automonitoreo y de la aparición de hipoglucemia.
- Consideren la determinación social de la salud tomando en cuenta factores biopsicosociales de cada persona, su singularidad como sujeto único, su situación particular y familiar, sus vivencias, su sistema de creencias, su situación económica, entre otros.

Herramientas para la comunicación con la persona con DMT2 que requiere insulinización

¿Cómo puede el equipo de salud del PNA contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona con **DM** y la adherencia al tratamiento?

Un aspecto importante a considerar es la **comunicación**. Se debe informar a la persona de su diagnóstico en forma clara y precisa, sin lenguaje técnico y sin abrumarlo con información compleja que en una primera instancia no está en condiciones de registrar.

Es importante recordar que muchas veces, luego de una mala noticia, la persona entra en un período de shock inicial que le impide seguir escuchando. Es necesario respetar los tiempos de cada persona, sabiendo que la información debe ser brindada en forma progresiva, compartida con un familiar cercano, reiterada en diferentes oportunidades y de ser posible respaldada con material impreso que le permita reponerla cuando lo necesite.

También cobra relevancia brindarle a la persona la oportunidad de realizar preguntas y alentarla a que las traiga por escrito en las siguientes consultas.

Se recomienda utilizar mensajes que destaquen conceptos positivos acerca de los beneficios de los cambios de hábitos y evitar en una primera etapa insistir en las complicaciones o evoluciones desfavorables que lejos de mejorar la adherencia a los tratamientos, angustian a la persona favoreciendo a la aparición de mecanismos de negación que en lugar de motivarla la alejan de la consulta.

Es importante resaltar que en un ámbito adecuado, con actitud empática y a través de las preguntas abiertas, se logra¹¹:

- Conocer qué sabe la persona sobre su enfermedad, qué cree tener, qué quiere saber.
- Dosificar la información. Hacer pausas, utilizar silencios y otros recursos del lenguaje no verbal.
- Usar frases cortas, utilizar lenguaje neutro, no técnico y adecuarlo al propio de la persona.
- Brindar el espacio para que la persona pregunte.
- Permitir que la persona exprese sus emociones.

¹¹Ayarra, M. Lizarraga, S: "Malas noticias y apoyo emocional" Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol 24 supl 2, pág 55-64.