RINCÓN CIENTÍFICO

ORIGINALES

"¿CUIDAMOS BIEN A NUESTROS ANCIANOS DIABETICOS?"

Autores:
Carmen Castro Veiga
D.E., Profesora de Enfermería Geriátrica.
Amelia Prieto Díaz
D.E., Directora de la Escuela y Profesora de Enfermería Fundamental.
Mª José Pichel Guerrero
D.E. Profesora de Enfermería Fundamental.
Elena Mosquera Ferreiro
D.E., Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica I.
Correspondencia:
Carmen Castro Veiga
C/ Habitat P. Pasaje B - 6, 4º A
15172 - Perillo - Oleiros (La Coruña)

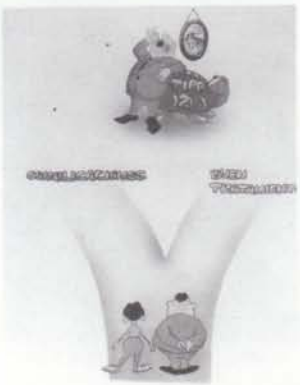
RESUMEN

Este trabajo pretende ser orientación, dentro de la complejidad que supone el abordar la ancianidad y la diabetes, sobre los cuidados que Enfermería debe prestar al anciano diabético con el objetivo de optimizar su autocuidado, mostrándose capaz de vivir con la diabetes y no para ella.

INTRODUCCION

Dada la mayor supervivencia actual de las personas en general y de los diabéticos en particular, la morbilidad de la diabetes ha ido en aumento; es un padecimiento usual en la patología de la prevejez y la vejez, etapas de la vida en que es común la diabetes de tipo crónico, siendo de esperar las complicaciones. Estas son las que originan que la diabetes Mellitus ocupe el 5º lugar como causa de muerte en personas de más de 65 años.

La diabetes Mellitus tiene una gran importancia social por su amplia prevalencia: aproximadamente entre el 1 y el 2% de la población la padece, de los cuales un 80-90% son diabéticos no insulinodependientes o Tipo II.



La diabetes Mellitus es un trastorno del metabolismo intermedio caracterizado por un déficit absoluto o relativo de la secreción de insulina por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas.

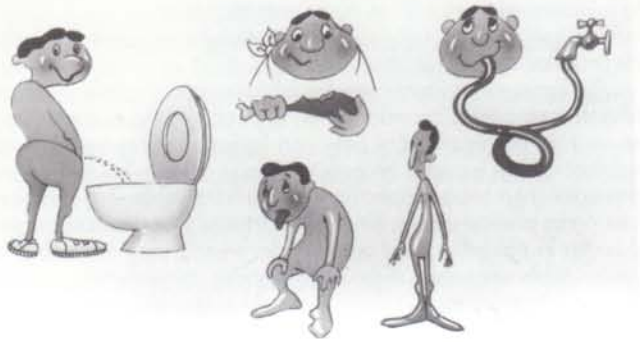
En sentido estricto, la diabetes Mellitus es un síndrome antes que una enfermedad, pues no se pueden definir con claridad la patogenia, factores etiológicos y hallazgos clínicos o pruebas de laboratorio invariables.

Las anomalías de la secreción endocrina del páncreas causan alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, dando lugar a anomalías estructurales en varios tejidos corporales diferentes.

Existen formas comunes de presentación de la diabetes en pacientes ancianos. Descubrimiento de glucosemia y/o hiperglucemia de forma accidental en el curso de la realización de pruebas de exámen para chequeo y/o hallazgo de otra enfermedad sin que presenten estos ancianos síntomas que pongan de manifiesto la presencia de una diabetes.

En ocasiones son los síntomas propios de las complicaciones los que alertan al anciano y/o familia para consultar dichos problemas: pérdida de la visión a causa de cataratas, claudicación intermitente, gangrena de los dedos de los pies, dolor anginoso a causa de enfermedad vascular obliterativa, debilidad y parestesias producidas por neuropatías periféricas; en las mujeres prurito vulvar producido por infección monoliásica.

A CAUSA DE	SINTOMAS
1.- No se genera suficiente energía	Sensación de debilidad y fatiga fácil
2.- La utilización de energéticos es deficiente	Sensación de hambre y tendencia a comer más: POLIFAGIA
3.- Deficiente utilización de nutrientes provenientes de los alimentos, utilizando glucógeno, aminoácidos y grasas almacenadas	Altos niveles de glucosa: HIPERGLUCEMIA
4.- La pérdida de glucosa por el riñón	Mayor emisión de orina: POLIURIA-POLIDIPSIA
5.- La utilización de materiales de reserva	Pérdida de peso corporal: ADELGAZAMIENTO
6.- La grasa almacenada ingresa a la circulación y a nivel de hígado se degrada	Se producen cetoácidos: ACIDOSIS



RINCÓN CIENTÍFICO

ORIGINALES

De las complicaciones anteriormente mencionadas pasamos a desarrollarlas de forma individual resaltando la Educación Sanitaria ya que el anciano diabético y/o su familia deben asumir su propio cuidado para retrasar en lo posible dichas complicaciones y así tener una mejor calidad de vida.

Por las características específicas de la ancianidad, hábitos personales establecidos, consideraciones socioeconómicas... existe poca justificación para imponer un estilo de vida rígido y no realista que suele fracasar en su aceptación por parte del anciano. Para un buen seguimiento de los planes de cuidados establecidos debemos establecer las siguientes estrategias:

1.- Solicitar información de los pacientes para saber si el cuidado de la diabetes se encuentra en su sistema de prioridades personales y el motivo del establecimiento de dicha prioridad.

2.- Incluir un miembro de la familia, amigo o enfermera/o que sea aceptado de forma satisfactoria por el anciano.

3.- No demostrar agresividad ante problemas no resueltos, insistir con suavidad y ocuparse de los problemas que requieren atención y acción.

4.- Evitar los intentos de asustar o amenazar al anciano para que cuide eficazmente de sí mismo.

5.- Averiguar las áreas en las que el paciente ha tenido dificultad para modificar el estilo de vida o realizar los cuidados propios.

Los elogios verbales, el compartir las buenas noticias, pueden suponer un estímulo altamente gratificante y un esfuerzo positivo de mejoría para cualquier modificación que implique un cambio de estilo de vida. Esto se acompaña de orgullo por los logros.

EDUCACION SANITARIA AL ANCIANO DIABETICO Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS DERIVADOS DE SU ENFERMEDAD

Una información precisa y adecuada proporciona seguridad ante cualquier situación de una necesidad (en ocasiones vital) alterada; por tanto sabrán actuar él y/o su familia frente a ellas.

De las necesidades que se pueden alterar algunas tienen repercusión vital, son las complicaciones agudas, pudiendo poner estas en peligro la vida del anciano: por tanto deben conocer cuales son, forma que tienen de evitarlas y cuando debe acudir al médico para solicitar tratamiento urgente.

HIPOGLUCEMIA

Signos	Actuación
- Glucemia muy baja	- Tomar azúcar, galletas... inmediatamente.
- Glucosuria y acetonuria negativos	
- Hambre intensa	- Consiga (si no lleva habitualmente) alimentos por cualquier procedimiento.
- Sudores	
- Temblor	
- Debilidad generalizada	- Caso de pérdida de conciencia del diabético nunca dé alimentos vía oral
- Confusión-visión borrosa-inquietud	
- Lasitud-dolor de cabeza-mucosas humedad	- Consulte urgente (atención médica)

HIPERGLUCEMIA

Signos	Actuación
- Glucemia elevada	
- Glucosuria positiva	
- Mucosas secas, sed intensa	
- Poliuria, prurito	- Identificar la/s razón/es de la hiperglucemia.
- Nauseas y vómitos	- Atención médica
- Cansancio, fatiga	

Deberá conocer por tanto los métodos de análisis para autocontrol. Fundamentalmente son tres: Glucemia, glucosuria y cetonuria, pudiendo él y/o familia medir dichos parámetros con tiras reactivas especiales que se leen a simple vista, o mucho más seguro y fiable con aparatos específicos para realizar dichas lecturas.

Se debe informar al anciano diabético de la importancia que tiene el hacer uso indebido de medicamentos ya que de todos nosotros es conocido que existen fármacos de acción hipo o hiperlgucemiante.

Es importante también que asuma la necesidad de cuidar de su salud de forma global ya que tienen más predisposición (edad, tiempo de ocio...) de sufrir procesos virales, afecciones respiratorias, infecciones urinarias, etc..., pudiendo ser estos factores inductores de hipo o hiperglucemia.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS CUIDADOS DEL VIEJO DIABETICO/DIABETICO VIEJO

Con frecuencia el anciano diabético se rebela y no acepta los cambios que se pretenden introducir en un sistema de vida. Someterse a restricciones dietéticas posiblemente del alimento que más le agrada, recibir medicamentos, en alguna ocasión debe inyectarse él mismo y realizar ejercicio, al que no suele darle importancia.

Debido, en ocasiones, a la falta de comprensión de las órdenes médicas y a la disminución de diversas capacidades se requiere la colaboración de algún familiar o personal de ayuda para la adecuada administración de medicamentos y motivación para incorporar a la vida diaria los autocuidados diabéticos.

Por tanto nuestros planes de cuidados deberán ir enfocados a cubrir las necesidades alteradas, incluyendo a la hora de realizarlos al paciente, protagonista y receptor de su propio beneficio, y/o familia como elemento de apoyo a dicho anciano con el objetivo final de que sea éste el que asuma su autocuidado.

NECESIDAD DE NUTRICION/ALIMENTACION

El fundamento del tratamiento de la diabetes Mellitus es la dieta, de hecho, era éste el único tratamiento antes de que se descubriera la insulina (los hipoglucemiantes). La dieta junto con el ejercicio físico constituye la base fundamental del tratamiento.

RINCÓN CIENTÍFICO

ORIGINALES

En el anciano existen condicionantes importantes para cambiar su régimen dietético: socioeconómicos, hábitos alimentarios...

El acto de comer, además de tener una finalidad nutricional, tiene una dimensión social y placentera, por lo que unos alimentos son más aceptados que otros, dependiendo muchas veces de su **"prestigio social"** (no de su valor nutritivo) y de su preparación culinaria.

La enfermera/o valorará como primer paso para la formulación de una dieta el determinar el contenido calórico para conseguir una estabilidad de peso que se corresponda con su talla (si es obeso debe adelgazar y si es excesivamente delgado debe recuperar peso hasta llegar a la normalidad).

Hay que desmitificar la dieta, dándole siempre la importancia que le corresponde (pilar del tratamiento) ya que en contra de lo que la gente cree el diabético puede comer **"casi de todo"**, siempre que respete:

1.- Horarios de comidas.

Por tanto la enfermera informará sobre: Debe haber tres comidas principales a la misma hora (almuerzo, comida y cena) además de una merienda o suplemento a media mañana y otro al acostarse. Estos suplementos se individualizarán en función de los espacios entre comida-comida. Se pretende no hacer períodos de ayunas prolongados que favorezcan la hipoglucemia.

2.- Cantidad de sustancias que deben contener los alimentos para configurar una dieta equilibrada (agua, hidratos de carbono, grasas, proteínas, sales minerales y vitaminas). Para una buena nutrición el requerimiento mínimo de proteínas es de 0,9 gr/kilo día y el contenido de carbohidratos recomendado para la dieta del diabético es del 40-50% de las calorías totales; el resto se complementa con grasas. Por tanto es útil el servirnos de dietas precalculadas con un contenido calórico determinado (American Diabets Asociation).

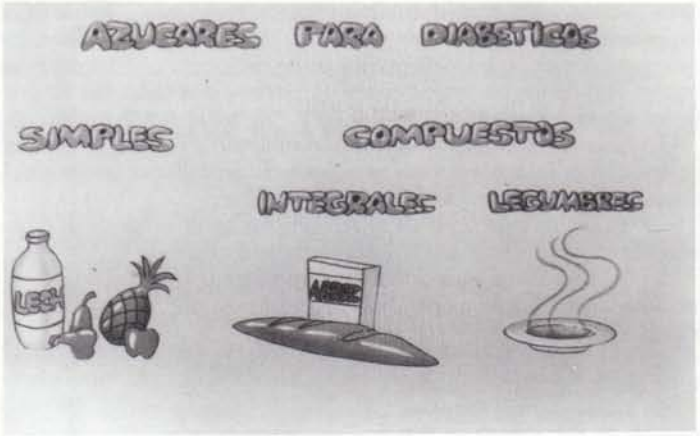
Se deberá cuidar la selección de los alimentos que le gustan al paciente y que puede obtener con facilidad y conocerá los intercambios (en función de equivalencia) de dichos alimentos.

¿Cómo conseguir una dieta equilibrada y al mismo tiempo apetitosa?

Puesto que no es posible comprar en el mercado una determinada cantidad de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas, etc... la enfermera debe conocer, a fin de informar al paciente diabético, qué alimentos contienen esas sustancias y de forma individualizada las proporciones de cada una de ellas. Así pues establecerá un programa dietético para cada individuo donde incluye:

- Agua: Puede tomar la cantidad que desee ya que no aporta calorías.
- Vitaminas y minerales: Tiene una función reguladora para el buen funcionamiento del organismo. Se encuentran en las verduras, hortalizas y frutas, alimentos a su vez ricos en fibra, siendo esta una sustancia importante para mejorar el control de la diabetes. De esta forma podrá tomar estas sustancias, a excepción de la sal, (Na) si presenta de forma asociada H.T.A.
- Proteínas: Producen energía lenta (1 gr. produce 4 calorías) y son necesarias para la reparación del desgaste de los tejidos: son pues sustancias formadoras ("ladrillos para la construcción de un edificio"). A este grupo pertenecen la leche, carne, pescado y huevos.

- Hidratos de carbono: Producen energía rápida (1 gr. produce 4 calorías). Hoy en día se tiende a que la proporción de hidratos de carbono de la dieta del diabético sea más o menos igual que la de la dieta de una persona no diabética pero como no todos los hidratos de carbono son iguales en su composición, unos van a estar permitidos y otros no en función de la rapidez con que pasan a la sangre.

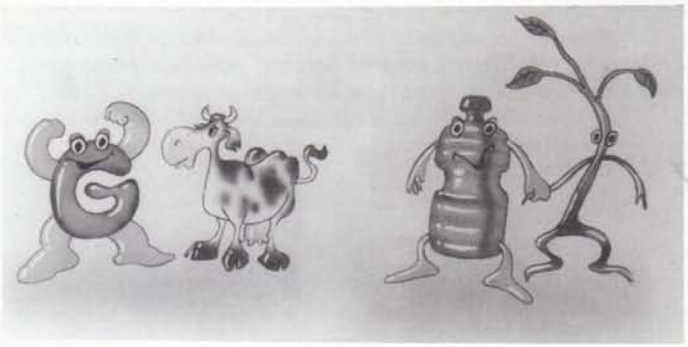


Existen grupos:

1) Hidratos de carbono prohibidos: los alimentos que contienen azúcar (mermeladas, miel, pasteles...).

2) Hidratos de carbono de consumo calculado:
- Legumbres (lentejas, garbanzos, habas, guisantes).
- Cereales (pan, arroz, pastas italianas).
- Patatas, guisantes frescos, zanahorias y fruta.
- Leche y derivados.

3) Grasas:Proporcionan energía lenta, de reserva. Su función fundamental es energética (1 gr. produce 9 calorías).



Al grupo de grasas pertenecen todos los aceites, mantequilla, tocino...

No podrá tomar grasas de origen animal.

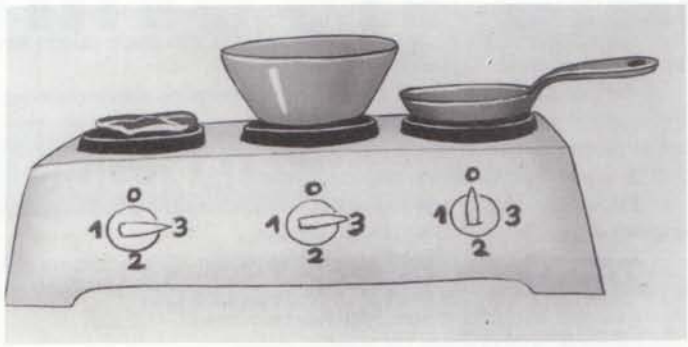
Como en cualquier otro régimen dietético es importante insistir en la importancia de seguir el patrón global de la dieta por períodos prolongados (apartarse del régimen en una o dos comidas de forma esporádica no va a tener una repercusión demasiado importante). Así pues cuando tenga un compromiso puede tomar un postre, que habitualmente le está prohibido. Esta gratificación asegura con frecuencia una mejor cooperación para seguir la dieta.

Conociendo al anciano diabético (gustos, aficiones, actividades...) y sus requerimientos calóricos, a través de la dieta precalculada podemos configurar aquella que más se ajuste a sus necesidades y gustos (referenciar medidas antropométricas). Deberá conocer la forma de hacerlas más apetitosas. La condimentación a través de especies naturales (canela, azafrán, ajo, pimienta...) es libre. La sal podrá utilizarse si no existen contraindicaciones. Los edulcorantes deben usarse con moderación pues no está demostrado científicamente la dosis en la que son dañinos.

Los alimentos deberán cocinarse preferentemente a la plancha, hervidos, al horno, vapor o mejor a presión. No es recomendable freir los alimentos por la cantidad de grasa que absorben.

RINCÓN CIENTÍFICO

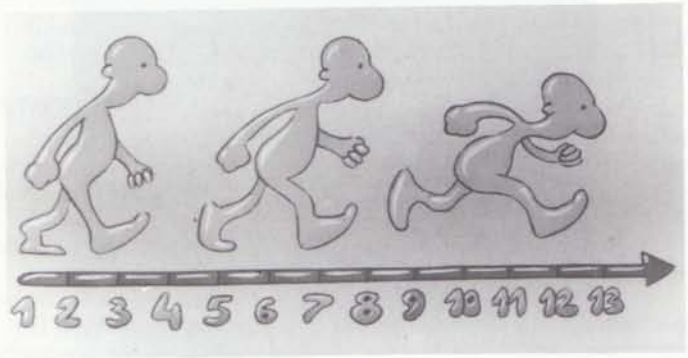
ORIGINALES



No debemos ser demasiado rígidos con los ancianos diabéticos (a excepción de casos que sí lo requieran). Evitando azúcar y los alimentos que lo contengan y restringiendo las grasas, sobre todo las de origen animal, podrá comer de todo en cantidades moderadas.

Con sentido común, imaginación y buena voluntad por parte del diabético podemos conseguir menús agradables y al mismo tiempo ajustados para el anciano.

Es preferible que sus glucemias se mantengan ligeramente altas a que estén rozando el límite bajo de lo normal ya que pueden producirse hipoglucemias esporádicas o un estado constante de aturdimiento y desorientación.



NECESIDAD DE MOVIMIENTO/EJERCICIO

El ejercicio junto con la dieta y los medicamentos antidiabéticos (orales o insulina) forman una unidad de tratamiento para la diabetes Mellitus.

En la diabetes leve, la dieta y un paseo diario suelen ser suficientes para normalizar la glucemia.

Tras la valoración por parte de Enfermería del estado motor del anciano diabético se hará (lo mismo que con la dieta) un plan de actividades físicas a desarrollar en función de sus capacidades (independiente, incapacidades parciales por bastones, etc...) y aficiones (deportista, vida sedentaria...). Se le informará acerca de:

1.- El ejercicio repercute favorablemente en el control de su hiperglucemia ya que este contribuye a un aumento de consumo de la glucosa, por tanto las necesidades de insulina serán menores; también conocerá que el ejercicio disminuye el nivel de grasas en sangre, evitando que se acumulen en los vasos sanguíneos (arterioesclerosis).

2.- Se le informará sobre la conveniencia de realizar el ejercicio a la misma hora, ajustándose a los perfiles glucémicos de cada paciente.

3.- Si es un anciano "activo" se le informará de la conveniencia de empezar el deporte o ejercicio que desee de manera moderada y gradualmente ir aumentando la intensidad y duración del ejercicio; si este es prolongado se valorará la conveniencia de tomar una comida extra; si es tomador de hipoglucemiantes, será el médico el indicado para ajustar las posibles modificaciones en las dosis.

4.- El anciano, como cualquier otra persona diabética, debe realizar de forma rutinaria ejercicio físico más o menos intenso.

5.- No deberá realizar ejercicio cuando la diabetes esté muy descompensada con niveles muy altos o muy bajos de glucemia.

NECESIDAD DE AUTOCUIDADO: HIGIENE Y AUTOCONTROL

El proceso de envejecimiento conlleva alteraciones estructurales que incluyen cambios en la morfología y aspecto de la piel, que unido a un deficiente control de la diabetes se traduce en deshidratación lo que hace necesario un exhaustivo aporte de líquidos, masajes circulares aplicación de cremas hidratantes específicas "emolientes" que evite un progresivo deterioro de la dermis y conserve un aspecto físico agradable que no tenga repercusiones negativas en la psicología del anciano.

La higiene general cuidadosa está indicada para prevenir las infecciones que una vez instauradas son las complicaciones más difíciles de resolver pues los microorganismos se desarrollan muy bien por el alto contenido de azúcar en sangre y la circulación reducida.

Aunque nos parezca innecesaria la información, en función de las capacidades del anciano, el y/o su familia deberán conocer:

1.- Baño o mejor ducha diaria, seguido de fricciones con colonia a fin de reducir o evitar las enfermedades de la piel tan frecuentes en los diabéticos.

2.- Cuidado de los ojos: evitar las atmósferas contaminadas, visitar al oftalmólogo al menos una vez al año.

3.- Cuidados de la boca: limpiar los dientes después de cada comida con cepillo suave y en sentido vertical, ya que el sentido horizontal puede irritar las encías produciendo sangrado. Vigilar las caries y acudir al dentista con regularidad; ante la presencia de un proceso inflamatorio o infeccioso (flemón...) debe acudir al médico.

Si utiliza prótesis dentarias debe extremar en ella la higiene y vigilar que en los puntos de apoyo no se produzcan erosiones.

CUIDADOS DE LOS PIES

Si toda la higiene corporal es importante la de los pies adquiere una dimensión especial por ser la parte más vulnerable del cuerpo del diabético.

La neuropatía y la mayor insuficiencia vascular de las extremidades inferiores son la causa de las complicaciones que el anciano diabético puede presentar en los pies. Si a esto le añadimos la disminución de defensas naturales, tanto por el envejecimiento como por menor eficacia de los fagocitos que existe en la diabetes mal controlada, nos encontramos con que los pies del diabético son especialmente susceptibles a diversos problemas:

- Infecciones fúngicas o bacterianas
- Lesiones por uñas encarnadas

RINCÓN CIENTÍFICO

ORIGINALES

- Ulceras por presión
- Endurecimiento y callosidades

La información acerca de los cuidados que deberá realizar en sus pies requiere que un miembro de su familia sea incluído en la misma ya que en ocasiones es difícil el acceso visual para la valoración, debido a que el anciano diabético suele tener problemas con su visión. Se deben dar las siguientes pautas:

1.- Conservar las uñas de los pies siempre limpias y cortas, recortándolas en sentido horizontal; para evitar cortes es recomendable utilizar lima en lugar de tijeras. Hacerlo siempre en lugar bien iluminado.

2.- Lavar los pies con agua tibia y jabón a diario. Secarlos bien, utilizando talco. Si la piel es seca se debe sustituir el talco por vaselina u otra crema.

3.- Evitar calcetines o medias demasiado apretadas o demasiado grandes y que puedan formar arrugas o irritar la piel. Preferentemente utilizarlos de hilo, algodón o lana.

4.- Calzado: debe ser cómodo, de punta ancha para evitar roces que irriten la piel. No caminar nunca descalzos. No usar sandalias descalzas; en la playa utilizar calzado fresco pero cerrado para protegerlos de golpes o cortes.

5.- Con los callos y durezas no emplee nunca esparadrapo ni callicidas; no realice "cirugía" en el cuarto de baño. Acuda a un podólogo.

6.- Evitar todo tipo de ligas y fajas que compriman la circulación; por el mismo motivo procure no cruzar las piernas al sentarse.

7.- Evite el agua demasiado fría que perjudique la circulación y también la demasiado caliente, que puede dañar la piel. Protéjase siempre del frío y calor excesivo, nunca utilice calor artificial (bolsas de agua, mantas eléctricas...) ya que pueden dar lugar a quemaduras sin que sea perceptible por su parte.

8.- En caso de cortes o contusiones se tomarán las mismas medidas que cualquier otra persona no diabética. Si sangra hacer presión para detener el sangrado, lavar la herida con agua y jabón y aplicar antiséptico local no coloreado para mejor seguimiento de la cicatrización. Si la herida o el sangrado fuesen considerables deberá acudir al médico.

9.- Deberá inspeccionar con regularidad los pies, incluyendo los espacios interdigitales, en busca de erosiones, grietas, úlceras...

10.- En caso de notar pequeñas ulceraciones no aplique jamás nada por su cuenta. Acuda al médico antes que sea demasiado tarde.

CONCLUSIONES

El enfoque del tratamiento de la diabetes en el anciano está dirigido a retrasar, en lo posible, las complicaciones que pueden derivar de esa enfermedad. Así pues los cuidados de Enfermería se harán, tras la valoración de cada anciano y su tipo de diabetes en particular, en función de sus características individuales teniendo presente:

- Dieta -ejercicio- tratamiento medicamentoso, constituyen una unidad de tratamiento en la cual si se modifica una parte puede tener repercusiones en las siguientes.

Enfermería necesita tener conocimientos amplios sobre dietética a fin de que a la hora de configurar "aquella dieta ideal y aprobada por el propio paciente" sepa manejar las tablas de alimentos en función de equivalencias de los mismos.

- Establecer un plan de actividades con el anciano diabético que se ajuste a sus capacidades o limitaciones.

- Si queremos que el anciano diabético sea independiente debe conocer y demostrar habilidades para que él y/o familia sean capaces de asumir su autocuidado: higiene, autocontrol.

Con ello conseguiremos un objetivo doble:

- RETRASAR EN LO POSIBLE LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES.

- FOMENTAR INDEPENDENCIA, DONDE EL ANCIANO SEA CAPAZ DE VIVIR EN MEJORES CONDICIONES DE SALUD CON SU DIABETES Y NO SE HAGA ESCLAVO DE ELLA.

BIBLIOGRAFIA

BLOCKLERHUST, Jc. "Diabetes-Geriatría Fundamental".
Toray, Barcelona 1979 (215-219)

BRUNNER, L.S. "Valoración inicial y tratamiento de pacientes con diabetes sacarina en Enfermería Médico-Quirúrgica".
Interamericana, México 1988, 6ª ed. Vol. 2 (916-959).

CARON BLAINEY y CARNEVALY, Doris. "Tratado de Enfermería Geriátrica".
Mc Graw Hill. México 1988. 2ª ed. (474-495).

DANIEL W. FOSTER. "Diabetes Mellitus": Harrison-Principios de Medicina Interna.
Mc Graw Hill. Madrid (915-940).

FIGUEROLA. "Metabolismo de los hidratos de carbono en Farreras Rozman". Medicina Interna.
Doyma, Barcelona 1987. Vol. 2 (1719-1765).

IGLESIAS REYMUNDE, Teresa. "Manual del diabético".
Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad y Consumo.
Velograf. Santiago. 1986.

LANGARICA SALAZAR, R. "Diabetes en Gerontología y Geriatría".
Interamericana, México 1987 (1º Ed. 135-141).

RODRIGUEZ MOTA, Rafael. "Diabetes: educación en diabetes".
Cuaderno de Lab. Novo España, S.A.
Sarpyo. Madrid 1986.