

Leire Cebrián Conde
Alba Moreno Obrador

EL DESAFÍO DEL CUIDADO DE LA DIABETES TIPO 2 DURANTE LA PANDEMIA

LA VIVENCIA DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. María Sagrario Acebedo Urdiales

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

TARRAGONA 2020-2021

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS	9
Hipotesis.....	9
General.....	9
Especificos	9
MARCO TEÓRICO	10
Dibetes tipo II ¿de qué hablamos?	10
Enfermera en la atención primaria	23
Telesalud.....	26
METODOLOGIA	30
Diseño del estudio	30
Escenario y sujetos del estudio	31
Recogida de datos	32
Aspectos eticos	33
Analisis de datos.....	33
Limitaciones del estudio.....	35
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
1. El funcionamiento del cap durante la pandemia	37
1.1. Adaptación e improvisación	37
1.2. Estrategia para la diabetes.....	39
1.3. Las consecuencias	40
1.4. Gestionando y fomentando el autocuidado	41
2. La controversia de la teleasistencia.....	44
2.1. Teleasistencia, un desafío.....	45
2.2. Necesidad de un feedback presencial	46
2.3. Teleasistencia ¿una herramienta eficaz?	48
3. Emociones y percepciones.....	48
3.1. Abandono y perdida del control.....	49
3.2. Insatisfaccion vs frustración	52
3.5. Incertidumbre por las olas	52
4. Resiliencia	55
4.1. Afrontando la presión y sobrecarga	55
4.2. Trabajo en equipo, una herramienta clave	57
CONCLUSIÓN.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	68

AGRADECIMIENTO

Finaliza nuestro grado universitario y con él, este trabajo, el cual nos ha servido como crecimiento y aprendizaje personal y académico.

Nos gustaría agradecer, en primer lugar, a todos los sanitarios que han estado trabajando durante la pandemia contra la COVID-19 dando en todo momento lo mejor de ellos. Y, en especial, a las enfermeras entrevistadas de este trabajo, ya que, sin ellas este trabajo no hubiese sido posible. Han conseguido hacer tiempo en su limitada agenda para expresarnos su vivencia durante la pandemia.

También a nuestra familia y amigos, por apoyarnos durante todo el proceso y animarnos a seguir adelante a pesar de los contratiempos que nos han ido surgiendo.

Por último, agradecer a nuestra tutora de este proyecto, la Dra. Sagrario, quien, a pesar de la distancia, siempre se ha mostrado muy cercana, alentándonos a dar siempre lo mejor de nosotras mismas, dejando las inquietudes de lado, aconsejándonos y apoyándonos hasta el final.

RESUMEN

Introducción: La diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial que, de manera silenciosa, causa un deterioro progresivo. Las enfermeras de atención primaria tienen un papel imprescindible en el cuidado de las personas con diabetes por su cercanía y por su enfoque centrado en las necesidades, preocupaciones o problemas que puedan presentar. Con la pandemia este cuidado se ha visto afectado y ha obligado a las enfermeras a implementar nuevos métodos de seguimiento desde la distancia utilizando la telesalud para acompañarles en el autocuidado. **Objetivo:** Identificar la experiencia de las enfermeras de AP en el cuidado de las personas con diabéticos tipo II durante la pandemia, o como han percibido las enfermeras los cambios en el cuidado así como los riesgos percibidos en su salud. **Metodología:** Estudio piloto de carácter fenomenológico e interpretativo. Una muestra de 5 enfermeras de AP que realizan el seguimiento de los pacientes diabéticos tipo 2. Los datos se han recogido mediante una entrevista semiestructurada. Se han clasificado los resultados en 4 temas generales: El funcionamiento del CAP durante la pandemia, la controversia de la teleasistencia, emociones y percepciones y, resiliencia. **Resultados y discusión:** Las entrevistadas revelan una inesperada reestructuración de la AP, implementando la consulta telefónica como medio para el seguimiento de los pacientes crónicos. Asimismo, les han surgido emociones y percepciones de incertidumbre y sobrecarga en todo el proceso a las que han hecho frente sobreponiéndose a las adversidades, desarrollando conductas positivas trabajando en equipo. **Conclusiones:** La pandemia ha supuesto un problema en la atención de los pacientes diabéticos por parte de las enfermeras de AP. La TeleSalud podría haber roto la barrera impuesta por el distanciamiento. Sin embargo, la falta de tiempo y/o recursos ha supuesto cierta insatisfacción en el seguimiento de los pacientes.

Palabras clave: Diabetes Mellitus 2, pandemia, experiencia, enfermería, atención primaria, TeleSalud.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes, is one of the most prevalent chronic diseases worldwide, it silently causes progressive deterioration. That is why primary care nurses play an essential role in their care. With the pandemic, this control has been affected and nurses have been forced to implement new control methods such as telehealth from the distance to promote self-care.

Objective: Identify the experience of primary care nurses in the control of diabetic type II patients during the pandemic. Assess how the nurses have perceived the changes in care and, if they may pose a risk to patient's health. **Methodology:** Phenomenological and interpretive pilot study. The sample was made up of 5 primary care nurses who take care of diabetes type 2 patients. The information was collected through a semi-structured interview.

The results have been classified into 4 general themes that have subsequently been confronted with the key reference concepts of the theoretical framework. **Results and discussion:** The interviewees reveal an unexpected restructuring of primary care, implementing the telephone consultation as a means of monitoring chronic patients. Likewise, emotions and perceptions of uncertainty and overload have arisen throughout the process, which they have faced by overcoming adversity, developing positive behaviours working as a team.

Conclusions: The pandemic has been a problem for the control of diabetic patients by primary care nurses. They have broken the barrier imposed by distancing through Telehealth. Lack of time and / or resources have led to some dissatisfaction in the follow-up of patients.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus 2, pandemic, experience, nursing, primary care, telehealth.

GLOSARIO

AP: Atención Primaria

ADA: American Diabetes Association

AEC: Asociación de Enfermería Comunitaria

AAS: Asociación Administrativos de la Salud

AME: Asociación Madrileña de Enfermería Independiente

CDC: Canadian Diabetes Association

DM: Diabetes Mellitus

DM1: Diabetes Mellitus tipo 1

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

ECV: Enfermedad Cerebro Vascular

EVA: Enfermedad Vascular Arteriosclerótica

FAECAP: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria

GBA: Glucemia basal alterada

HC: Carbohidratos

HbA1c: Hemoglobina glucosilada

INE: Instituto nacional de estadística

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

ITG: Intolerancia a la glucosa

ITB: índice tobillo-brazo

NICE: National Institute for Clinical Excellence

OMS: Organización mundial de la salud

PAS: Presión Arterial Sistólica

PD: Paciente diabético

POP: Plataforma de Organizaciones de Pacientes

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEAUS: Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad

SMS: Mensaje telefónico de texto

SOG: sobrecarga oral de glucosa

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las enfermedades crónicas se consideran un problema de salud pública en aumento. Suponen a la persona un deterioro progresivo, la pérdida gradual de autonomía, empeoramiento de la calidad de vida, una elevada morbimortalidad y un incremento del uso de recursos sanitarios, en especial, en la atención primaria. Ya que, se estima que el 80% de las consultas de atención primaria son generadas por los pacientes con enfermedades crónicas. Entre estas enfermedades se encuentra la DM, la cual, la OMS la ha señalado como una epidemia mundial. (1) (2)

Con el aumento progresivo de estas enfermedades crónicas, en los últimos años se han puesto en marcha nuevas estrategias de abordaje a la cronicidad. (1) No obstante, la inesperada situación que comenzó a finales del 2019 por el virus SARS-CoV-2 que, finalmente originó una pandemia, ha paralizado casi por completo estas estrategias. La alta velocidad de transmisión y alta letalidad del virus ha supuesto para el sistema sanitario una crisis en la que se han evidenciado sus carencias y sus fortalezas para afrontar la situación, adaptarse a los cambios y mantener un mínimo de atención a la salud de las personas.

En los centros de atención primaria las enfermeras han tenido que modificar por completo su rutina de trabajo. El acceso a los centros de atención primaria ha quedado restringido, con una atención exclusiva a lo indemorable. Este hecho ha supuesto que la atención a los pacientes crónicos haya sido relegada y que sean posiblemente los más afectados dado el nivel de vulnerabilidad que presentan por edad y comorbilidades asociadas.

Como población con problemas de salud asociados a la cronicidad, las personas diabéticas pueden correr un mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con su enfermedad, tanto por la falta de seguimiento de su problema de salud, como las medidas y recomendaciones impuestas para el confinamiento domiciliario. La falta de apoyo enfermero para su cuidado y el aislamiento social, pueden contribuir al aumento de las comorbilidades (por mal control glucémico) y dificultar llevar a cabo un estilo de vida saludable.

En este contexto la enfermera ha tenido que innovar e implementar nuevos métodos de consultas para las personas diabéticas con la finalidad de informar, motivar y empoderar. Un objetivo de co-ayuda para fomentar el autocuidado, la adherencia terapéutica y los estilos de vida saludables. Con la idea de afrontar las adversidades de esta situación límite generada por SARS-CoV-19, desarrollando conductas positivas frente a la amenaza y el estrés. (3)

En este nuevo marco asistencial la Telesalud ha sido uno de los métodos de elección utilizado en las consultas por las enfermeras de AP para contribuir a que las personas con DM2

gestionen y controlen su glucosa y estilo de vida. Estos métodos de trabajo han supuesto un reto por la alta demanda sanitaria y la obligación de asumirlo y adaptarse con inmediatez pero que les ha podido facilitar la continuidad de las consultas programadas y pendientes.

Desde esta problemática de la atención y apoyo a las personas con DM2, en este trabajo, nos preguntamos ¿cómo han sido las experiencias de las enfermeras? El propósito es explorar cómo han adaptado el proceso del cuidado a las PD durante la pandemia y cuál es su experiencia de atención desde la Telesalud, así como los sentimientos y las emociones que han surgido.

OBJETIVOS

HIPOTESIS

El confinamiento ha supuesto un problema para el buen control de la persona con diabetes tipo II. Las enfermas a través de la TeleSalud se han enfrentado al reto de romper la barrera del distanciamiento. La falta de tiempo y/o recursos han podido impedir que las enfermeras aseguren esta ayuda.

GENERAL

- Identificar la experiencia de las enfermeras de AP en el cuidado de los pacientes diabéticos tipo II durante la pandemia.
- Valorar como han percibido las enfermeras los cambios en el cuidado y, si pueden suponer un riesgo en la salud de los pacientes.

ESPECIFICOS

- Describir como las enfermeras de Atención Primaria valoran los cambios introducidos en la atención de las personas con diabetes tipo 2.
- Identificar los medios utilizados para la asistencia al paciente diabético mediante la TeleSalud.
- Identificar los aspectos positivos y las dificultades para llevar un buen control y una buena promoción de la salud en la persona diabética durante el confinamiento.
- Determinar las repercusiones y la incertidumbre de los cambios introducidos en la ayuda a la persona diabética durante y después del confinamiento.

MARCO TEÓRICO

En el marco teórico hablaremos sobre la diabetes. Los temas principales para presentar serán qué es la diabetes, cual es la prevalencia de esta, cómo se diagnostica, los controles que se han de hacer las PD, las complicaciones que pueden surgir y, por último, cual es el tratamiento. Nos gustaría hacer especial mención a los controles y a las complicaciones de los PD, así como, a la presencialidad de estos.

Por otra parte, hablaremos del papel de las enfermeras de AP y, en especial, en el cuidado de estas con las personas con DM, destacando entre muchas de sus actividades la educación sanitaria.

Por último, hablaremos sobre la TeleSalud, el medio utilizado por las enfermeras de AP para el cuidado de los PD durante la pandemia y, las ventajas y desventajas que tiene este método tan poco utilizado anteriormente.

DIBETES TIPO II ¿De qué hablamos?

En este apartado se explica qué es la diabetes, en especial la DM2, para un mejor entendimiento de la patología que se estudia en este trabajo. Epidemiológicamente se expone la incidencia con la que se presenta. Cuál es su diagnóstico y medidas terapéuticas y, por último, también se resumen las complicaciones que puede haber tras un mal control.

Generalidades

La diabetes hoy en día se considera uno de los problemas de salud pública más importantes ya que presenta una alta prevalencia, morbilidad y mortalidad, genera altos costes sanitarios y puede afectar a cualquier persona, independientemente de la edad, sexo, clase social o país.

Según la OMS la DM es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.

La escasa secreción de insulina provoca un aumento de la glucosa en sangre (hiperglucemia) dando lugar a síntomas característicos como poliuria, polidipsia, visión borrosa, pérdida de peso y polifagia. Muchos de estos síntomas pasan desapercibidos y como consecuencia se producen cambios funcionales y patológicos.

La DM2 es la más común. El cuerpo no produce insulina o no la utiliza bien. Existe un mayor riesgo de padecer DM2 en las personas con obesidad o con antecedentes familiares de diabetes, sin embargo, también puede desarrollarse en personas sin estos factores de riesgo. Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la DM2. Un bajo nivel de actividad física, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo alrededor de la cintura aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los síntomas de la DM2 aparecen lentamente, algunas personas ni lo notan, no obstante, con el tiempo un nivel alto de glucosa en sangre puede llegar a causar serios problemas en el corazón, ojos, riñones, nervios, encías y dientes. (4)

Epidemiología

La DM2 es la enfermedad metabólica crónica más frecuente en nuestros días. A escala mundial se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, por comparación con 108 millones en 1980. Desde 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble —del 4,7% al 8,5%— en la población adulta. Esto se corresponde con un aumento de sus factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad. (5)

En España, la prevalencia de la diabetes en el 2016 era del 9,4%, la mortalidad debida a la diabetes supone el 3% de todas las muertes de todas las edades en España. (6)

Diagnóstico

Según la ADA los criterios diagnósticos para la diabetes son (7):

- Glucemia al azar $>200\text{mg/dl}$ en presencia de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicable)
- Glucemia en ayunas (al menos durante 8 horas) $> 126\text{mg/dl}$
- Glucemia $>200\text{mg/dl}$ a las 2 horas tras la sobrecarga oral con 75g de glucosa (SOG)
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $>6,5\%$

El método de elección para el diagnóstico de la diabetes es la medición de **la glucemia basal en plasma venoso**. Se ha de hacer un ayuno de 8 horas por lo que esto puede suponer una limitación y también tienen una baja sensibilidad para detectar complicaciones microvasculares.

Por otra parte, la prueba de **sobrecarga oral de glucosa** es el único método que detecta la intolerancia a la glucosa. Este método tiene poca reproductibilidad y el cumplimiento de su preparación es difícil (7).

Por último, la **hemoglobina glucosilada** se trata de un método que no requiere ninguna preparación previa. Con este método se puede estimar los niveles de glucemia en los últimos 2-3 meses. Esta prueba puede presentar limitaciones a las personas con anemia o hemoglobinopatías no diagnosticadas, ya que pueden presentar interferencias. Por otra parte, puede presentar diferencias raciales y con la edad.

Cuando un paciente presenta los niveles de glucemia elevados, pero no alcanza las cifras para el diagnóstico de la diabetes, se clasifica como (7):

- Glucemia basal alterada (GBA): Paciente con niveles de glucemia en ayunas entre 100-125mg/dl, según la ADA (ADA, 2017); y entre 110-125 mg/dl para la OMS.
- Intolerancia a la glucosa (ITG): pacientes con niveles a las 2 horas de la SOG entre 140-199 mg/dl (ADA, 2017; WHO, 2011)
- Riesgo elevado de desarrollar diabetes: pacientes con HbA1 entre 5,7-6,4% (ADA, 2017)

En cualquiera de los tres casos se recomienda una segunda determinación. En caso de presentar valores como los anteriormente mencionados, existe un alto riesgo de desarrollar DM2 y un riesgo cardiovascular elevado. (8)

Diagnostico precoz

Existen numerosos estudios que han demostrado que se puede reducir la incidencia de DM2 en pacientes de riesgo mediante la modificación previa en estilos de vida.

Se recomienda la búsqueda de casos en personas de alto riesgo mediante un cribado oportunista en la consulta (ADA, 2017). Criterios de cribado (7):

- Determinación de la glucemia plasmática en ayunas:
 - Cada 3 años en mayores de 45 años.
 - Anualmente y a cualquier edad, en la población de riesgo de diabetes: personas con IMC>25 y al menos uno de los siguiente:
 - Antecedentes familiares de diabetes (en 1er grado)
 - Antecedentes personales de diabetes gestacional

- Diagnóstico previo de ITG, GBA o HbA1>5,7
- Etnias de alto riesgo
- Sedentarismo
- Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular
- Dislipemia
- Hipertensión arterial
- Síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans.

Controles

Alcanzar los objetivos terapéuticos en la DM depende de múltiples variables, es por eso para mejorar el control metabólico y retrasar la aparición de complicaciones se ha de hacer una intervención multifactorial (9).

La enfermera de AP tiene un papel importante a la hora de realizar los controles. Debe motivar y tener en cuenta las necesidades del paciente, abordar todo de una manera multifactorial, individualizando los controles, hacer una revisión periódica pactada con el paciente de los objetivos de control a alcanzar, pactar las metas y un cronograma con el paciente y, dar explicaciones claras de los objetivos y los resultados. No obstante, los controles del PD es un trabajo multidisciplinar, el seguimiento y tratamiento de estos pacientes se debe realizar en coordinación con diferentes profesionales para poder alcanzar los objetivos establecidos.

El abordaje desde la AP una vez diagnosticada la diabetes al paciente debe incluir (anexo 1) una valoración inicial en la cual se recojan los síntomas de hiperglicemia, síntomas de complicaciones (cambios en la agudeza visual, dolor torácico con esfuerzo y reposo, claudicación intermitente, ortostatismo, alteración del ritmo intestinal, impotencia, parestesias y dolores o calambres en las piernas o brazos), valoración del consumo de alcohol y tabaco, se debe intervenir en la educación del paciente (generalidades, alimentación, ejercicio físico, consejos antitabáquico, actuación en situaciones especiales, cuidado de pies, detección y manejo de hipoglucemias, realización de autoanálisis y técnica manejo de insulina, si fuera necesario), valoración del peso y presión arterial, exploración de pies (inspección, palpación de pulsos y exploración sensibilidad con monofilamento y/o diapasón. Índice tobillo-brazo si: ausencia de pulsos, claudicación intermitente y/o presencia de úlceras), fondo de ojo, hemoglobina glucosilada, perfil lipídico, filtrado glomerular, albuminuria (mediante muestra de orina matutina) y un electrocardiograma.

Al de tres meses se recomienda controlar los síntomas de hiperglicemia otra vez, los síntomas de hipoglucemia, el cumplimiento de la dieta y el ejercicio, el cumplimiento farmacológico, se vuelve a valorar el consumo de alcohol y tabaco, se realiza un análisis de sangre, se repiten la intervención educativa inicial y, finalmente, se vuelve a mirar el peso y la presión arterial.

A los seis meses se realizan dos controles, se mira de nuevo la hemoglobina glicosilada y el perfil lipídico.

Finalmente, al año del diagnóstico se realizan los controles de síntomas de complicaciones (el mismo que se realizó en el control inicial), exploración de los pies, fondo de ojo, filtrado glomerular, albuminuria, electrocardiograma y vacunación (Además de la vacuna antigripal anual, se recomienda a los pacientes diabéticos la vacuna antineumococica y la vacuna contra la hepatitis B.

Las visitas de seguimiento por parte de AP se programan en función del grado de control establecido, la presencia de complicaciones, las necesidades educativas y el tiempo de evolución de la diabetes. Se priorizan las visitas de los pacientes más jóvenes y con otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia) (4)

Complicaciones

Complicaciones agudas

- Hipoglucemia: Constituye la complicación más frecuentemente asociada al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus, como antidiabéticos orales, y de forma más frecuente en tratamiento intensivo con insulina. Los pacientes con esa complicación suelen presentar una larga evolución de la DM y/o padecer neuropatía autónoma.

La guía de práctica clínica CDA define la hipoglucemia con la tríada de Whipple:

1. Aparición de síntomas autonómicos o neuroglucopénicos.
2. Un nivel bajo de glucemia (<72 mg/dl o <4,0 mmol/l) para pacientes tratados con insulina o secretagogos.
3. Mejoría sintomática de la hipoglucemia tras la terapia con hidratos de carbono.

Los síntomas neuroglucopénicos más comunes son: confusión, mareos, agresividad, visión borrosa, dolor de cabeza, disartria, falta de concentración, convulsiones y coma.

La prevención de hipoglucemias graves incluye medidas como la educación diabetológica, la práctica de autoanálisis de glucemia capilar, informar sobre los factores de riesgo y la modificación de pautas o fármacos. Si se realiza ejercicio no es

recomendable a última hora de la tarde o la mañana, se debería tomar un suplemento de HC. (4) (10)

- Hiperglucemia: La hiperglucemia se define a partir de niveles de glucemia en sangre que sobrepasen los 200mg/dl, causa complicaciones metabólicas agudas, es resultante del déficit absoluto o relativo de insulina. La infección es el factor precipitante más común de la descompensación hiperglucémica. Este déficit puede causar cetoacidosis diabética, más común en DM1, o un síndrome hiperglucémico hiperosmolar, que ocurre frecuentemente en DM2.

La descompensación hiperosmolar hiperglucémica no cetónica se caracteriza por una glucemia plasmática superior a 600 mg/dl y osmolaridad superior a 320 mOsmol/l en ausencia de cuerpos cetónicos. En un 35% de casos es la primera manifestación de una DM2. La forma de presentación suele ser insidiosa, con depresión sensorial i signos neurológicos propios de la hiperglucemia: poliuria y polidipsia, también lleva a la deshidratación, náuseas, vómitos, convulsiones y disminución del nivel de conciencia, que puede conducir al coma profundo.

La educación sanitaria del PD y la automonitorización de la glucemia y cetonuria son las principales armas para evitar la presentación de complicaciones hiperglucémicas. Conocer el manejo ante situaciones capaces de provocar descompensaciones, como tratamiento con fármacos hiperglucemiantes, infecciones, vómitos, diarrea o estrés. (4) (10)

Complicaciones crónicas

Complicaciones microvasculares

- Retinopatía diabética: La retinopatía se trata de una complicación vascular específica de la DM, que es dependiente de su duración y está asociada al control glucémico. La prevalencia actual de retinopatía en España es próxima al 10-15%.

La rapidez de evolución a la ceguera es lo que hace que el diagnóstico precoz de la RD sea tan importante. El cribado sistemático nos permitirá detectar lesiones en fases asintomáticas cuyo tratamiento podrá evitar pérdidas de visión. (4) (10)

- Nefropatía diabética: La nefropatía diabética es la causa principal de insuficiencia renal en el mundo occidental y una de las complicaciones más importantes de la diabetes de larga evolución, ocurre en el 20-40% de los pacientes con diabetes.

La nefropatía diabética constituye un síndrome clínico caracterizado por albuminuria superior a 300 mg/24 h, hipertensión e insuficiencia renal progresiva.

El tratamiento de la nefropatía diabética se lleva a cabo mediante un buen control de la glucemia y presión arterial, una restricción proteica en la dieta de 0,8 g/kg/día y control de factores de riesgo cardiovasculares como dislipemia, tabaquismo.

La medida de prevención más importante para un diagnóstico precoz es la determinación anual de excreción urinaria de albúmina, con muestras de primera orina de la mañana. (4) (10)

- Neuropatía diabética: La neuropatía es la presencia de signos de disfunción nerviosa en el PD, está presente en el 40-50% de los diabéticos después de 10 años del comienzo de la enfermedad, aunque menos del 50% de estos pacientes presentan síntomas.

Su prevalencia y gravedad dependen del tiempo de evolución de la enfermedad y de la edad del paciente.

El estricto control glucémico retarda la progresión de la neuropatía diabética. La educación sanitaria es un pilar importante en la prevención y tratamiento precoz de la neuropatía. Debemos vigilar la presencia de otros factores de riesgo como son la ingesta de alcohol, nutrición escasa, exposición a tóxicos, uso de ciertos fármacos o compresión y atrapamiento de nervios.

Se debe realizar en las visitas del PD una detallada anamnesis sobre la presencia de dolor, parestesias o calambres en extremidades inferiores, etc. En cuanto a exploraciones, debemos evaluar:

- Sensibilidad térmica (aplicar el diapasón sobre el dorso de los pies)
- Sensibilidad dolorosa (dolor al pinchazo en la raíz de la uña del primer dedo de cada pie).
- Sensibilidad vibratoria (aplicar el diapasón sobre el primer dedo de los pies).

Igualmente exploraremos los reflejos rotulianos y aquíleos y la sensibilidad profunda mediante el signo de Romberg o la posición del dedo gordo del pie. (4) (10)

Complicaciones macrovasculares

- Cardiopatía isquémica: La mortalidad por enfermedad coronaria en los individuos diabéticos duplica a la de la población general, y las mujeres diabéticas probablemente cuadruplican este riesgo en relación a las mujeres no diabéticas.

Se aconseja realizar detección de complicaciones vasculares mediante anamnesis y exploración, si procede, dirigidas a conocer antecedentes de EVA conocida y documentada, angina, IAM, cerebrovascular o periférica y factores de riesgo vascular asociados: tabaquismo, hipertensión, dislipemia, obesidad o riesgo vascular aumentado.

La función que se ha de utilizar para la estimación del riesgo vascular es la derivada del estudio REGICOR (punto de corte $\geq 10\%$), que es la única validada en nuestro país. (4) (10)

- Arteriopatía periférica: Bajo el término arteriopatía periférica (AP) se incluyen todas las patologías relacionadas con la enfermedad aterosclerótica que afectan a diferentes lechos vasculares. La lesión normalmente es localizada en los miembros inferiores, sobre todo en la zona infrapatelar o distal en arterias tibioperoneas y pedias. La causante de la enfermedad es la formación de la placa de ateroma. En la persona con DM tiene un inicio más temprano y una evolución más agresiva que en la población general.

Es variable, desde formas asintomáticas hasta la isquemia crónica con ulceración y necesidad de amputación.

El diagnóstico se realiza a través de una anamnesis, preguntando por la presencia de claudicación intermitente o dolor en reposo en las extremidades. Además, deberemos realizar la inspección de pies (coloración, temperatura, vello, uñas, etc.) y pulsos pedios y tibiales posteriores, mediante palpación y medición del ITB. Es el test diagnóstico no invasivo más útil en Atención Primaria para la valoración de AP, es el resultado de dividir la PAS de cada tobillo entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Un $ITB \leq 0,90$ tiene un valor predictivo del 95 % de la existencia de AP. (4) (10)

- Accidente cerebrovascular: Los estudios nos confirman que la DM aumenta la probabilidad de sufrir enfermedad cerebrovascular de 2 a 4 veces.

Por esta razón, se considera que para el manejo y prevención de la ECV debemos hacer una intervención multifactorial sobre los factores de riesgo cardiovascular clásicos, tales como la hipertensión - factor más importante -, la dislipemia, el tabaco, la historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura y la albuminuria. (4) (10)

- Pie diabético: La prevalencia del pie diabético está situada entre el 8% y 13% de los PD. Esta entidad clínica afecta mayormente a la población diabética entre 45 y 65 años. El riesgo de amputaciones para los PD es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos.

Se define pie diabético como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida en la que, con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie. Las complicaciones del pie diabético son la infección, isquemia y dolor neuropático.

La prevención viene dada por la identificación de los PD con mayor probabilidad de padecer neuropatía y/o arteriopatía como son: fumadores, diabéticos de más de 10 años de evolución con control glucémico deficiente, existencia de otras complicaciones macro y microvasculares y con higiene deficiente, aislamiento o baja condición social que favorecen la aparición de infecciones. La presencia de anomalías en el estado de la piel y las uñas del pie y la presencia de alteraciones biomecánicas como callosidades, hallux valgus, etc, también son factores precipitantes. También se requiere realizar la palpación de pulsos y la exploración del pie diabético, así como el ITB, explicados en la complicación neuropática. (11)

Prevención de las complicaciones

La detección y el tratamiento tempranos de las complicaciones son beneficiosos, ya que facilita el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, y la mejor atención integral de la hiperlipidemia y la hipertensión. (8)

Los programas prevención aumentan el número de casos de DM2 diagnosticados y, en consecuencia, el volumen de trabajo del sistema de asistencia sanitaria; no solo para ocuparse de la propia detección temprana sino, lo que es más importante, para afrontar la mayor cantidad de casos clínicos. Antes de que aumenten el número de pacientes hay que asegurarse que se tienen los recursos adecuados para asumir esa cantidad de población con tal patología, ya que en consecuencia se daría una atención deficiente en todos los pacientes. De aquí la importancia de que se tengan los recursos necesarios, ya que los pacientes diabéticos necesitan tener acceso a una asistencia sistemática, continua y organizada, proporcionada por un equipo sanitario calificado. En la asistencia se deben llevar a cabo intervenciones básicas como medicamentos, educación sanitaria, orientación de los pacientes y visitas de control constantes, además, debería incluir el examen periódico del control metabólico y la aparición de complicaciones, un plan de asistencia de la diabetes acordado con el paciente y actualizado constantemente, y el acceso a la asistencia centrada en la persona a cargo de un equipo multidisciplinario. Hoy en día, hay en el mercado tecnologías nuevas, como la telemedicina y la telefonía móvil, que se usan cada vez más y pueden ayudar a llegar a zonas de acceso difícil. Aun así, en España, no se ha hecho hincapié en ponerlas en funcionamiento.

Los programas de salud que utilizan la tecnología de mensajes telefónicos de texto (SMS) pueden coadyuvar en la prevención y la atención integral de la diabetes de una manera que es aceptable para los pacientes y la población en general. Algunas intervenciones estudiaron varias enfermedades y usaron mensajes de texto unidireccionales y bidireccionales para

brindar información, enviar recordatorios sobre la medicación y mejorar la comunicación entre el paciente y el personal sanitario.

Tratamiento

Actualmente el abordaje terapéutico de la diabetes es un tratamiento personalizado, teniendo en cuenta las características particulares de la enfermedad, la comorbilidad, las preferencias del paciente y los recursos disponibles.

Algunas personas pueden llegar a controlar su glucosa en sangre por medio de la buena alimentación y teniendo una vida activa. No obstante, hay personas que tienen la necesidad de tomar medicación oral o insulina para lograr el índice de glucosa adecuado.

Puesto que la DM2 se trata de una enfermedad crónica y progresiva, a lo largo de la evolución del paciente será necesario ir cambiando el tratamiento. Si los objetivos glucémicos individualizados no se consiguen alcanzar en 3-6 meses, se debe intensificar la intervención para maximizar sus beneficios y avanzar al siguiente nivel de la terapia. (7)

Existe un algoritmo de redGDPS (Anexo 2) que ofrece dos opciones de entrada: según las cifras de HbA1c y según la situación clínica predominante (insuficiencia renal, edad avanzada y obesidad), que ayudan a escoger la opción más adecuada para cada caso, de manera que resulte un tratamiento más personalizado. (7)

Alimentación

La alimentación en el PD es un componente esencial a la hora del tratamiento y en la prevención. Los objetivos de la terapia nutricional en el paciente con DM2 son (4):

- Conseguir y mantener un peso objetivo
- Conseguir el objetivo individualizado de glucemia, tensión arterial, y lípidos.
- Prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes.
- Mantener el placer de comer aportándole mensajes acerca de la elección de los alimentos.

Para conseguir estos objetivos de la terapia nutricional la enfermera de AP tiene un papel clave con la educación sanitaria promoviendo una alimentación equilibrada con las siguientes recomendaciones.

Se recomienda una reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso moderada (5-7%), de esta manera se mejora la resistencia a la insulina y la glicemia a corto plazo.

No existe una proporción de carbohidratos ideal para el paciente con DM2, pero evitar los CH refinados y alimentos con azúcares añadidos, como los precocinados, pastelería y bollería está muy recomendado. En menor grado de evidencia, también está recomendada evitar los zumos de frutas y refrescos tanto azucarados como edulcorados. El consumo de CH se basará sobre todo en cereales integrales, legumbres, vegetales y frutas. Finalmente, los pacientes con suplementos de insulina rápida ante de las comidas se les ha de enseñar a calcular las raciones de hidratos de carbono, al igual que a los pacientes con insulina a dosis fija también hay que enseñarles a repartir los CH de una manera fija en el tiempo y en cantidades.

En los pacientes sin enfermedades renales y con DM2 tampoco hay evidencia de una proporción determinada de proteínas en la dieta. No obstante, está recomendada en los pacientes que tengan que perder peso puedan hacer una dieta de alto contenido en proteínas (20-30%). Por otra parte, en pacientes con enfermedades renales como insuficiencia renal o proteinuria, se debe aconsejar una ingesta proteica de 0,8g/kg de peso corporal. Las proteínas de origen vegetal o de lácteos desnatados son las de preferencia.

No hay una proporción adecuada de grasas tampoco. Es una recomendación de grado A que no se recomiendan los suplementos de ácidos grasos omega 3 en la dieta, no obstante, la ingesta de ácidos grasos omega 3, provenientes del pescado, frutos secos o semillas se recomiendan para prevenir enfermedades cardiovasculares. Es más importante la calidad de las grasas que la cantidad. Finalmente, los ácidos grasos trans e industriales no empeoran el control de la glucemia, pero si el de los factores de riesgo cardiovascular.

La fibra no soluble, presente en las frutas y verduras, disminuye los niveles de colesterol en sangre, por lo que una dieta rica en fibra disminuye la probabilidad de eventos cardiovasculares. Se recomienda una dieta con 25 y 30 g de fibra.

La sal se aconseja que sea una ingesta moderada de 2,3 mg/d, y que esta sea de mayor restricción en los pacientes que tengan hipertensión arterial.

Actividad física

La enfermera de AP cumple un papel importante promoción de practica regular de ejercicio físico, uno de los pilares importantes para mejorar el control de la glucemia, disminuir o mantener el peso corporal y/o reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Se recomienda una media de 150 minutos semanales de deporte en 3-5 sesiones de actividad aeróbica moderada. Los 30 minutos de deporte que se recomiendan se pueden dividir en varias sesiones durante el día, como por ejemplo caminar rápidamente durante 10 minutos tres veces al día.

A la hora de planificar el deporte con el paciente se debe especificar el tipo de ejercicio, la duración, la intensidad y la frecuencia de manera individualizada teniendo en cuenta las preferencias y las características de cada paciente. (4)

No obstante, aunque el deporte está recomendado en las personas con DM2 existen una serie de contraindicaciones para realizar ejercicio físico (4):

- Glucemia en sangre >300 mg/dl y/o presencia de cetonuria
- Hipoglucemia hasta su total recuperación
- Retinopatía proliferativa no tratada
- Hemorragia vítrea o hemorragia retiniana recientemente importante
- Neuropatía autonómica severa
- Neuropatía periférica severa
- Nefropatía diabética grave

Por otro lado, a la hora de realizar ejercicio hay que tener una serie de precauciones (4):

- Controlar la glucemia antes y después del ejercicio
- Antes de iniciar una sesión de ejercicio, hacer un calentamiento de 10-15 minutos y terminar con otros 10-15 minutos de ejercicio de flexibilidad y relajación muscular.
- Evitar inyectar insulina en las zonas que van a ser requeridas para realizar ejercicio.
- Tener cerca una fuente de administración de CH, en algunos casos con bebidas azucaradas para que su absorción sea más rápida
- Consumir líquidos antes, durante y después del ejercicio.
- Cuidar adecuadamente los pies con uso de calzado apropiado y calcetines de algodón, revisándose diariamente y al finalizar el ejercicio.
- Realizar el ejercicio acompañado y evitar sitios solitarios y alejados.
- Evitar realizar ejercicio en condiciones de frío o calores extremos y durante periodos de descontrol metabólico.
- El paciente descompensado debe evitar el ejercicio físico porque deteriora más aun su situación metabólica
- Portar una placa identificativa de su condición.

Medicación

El tratamiento farmacológico es necesario cuando las medidas de cambio de estilo de vida no son suficientes para conseguir los objetivos marcados para el control de la glucemia.

Existe una amplia variedad de fármacos para tratar la diabetes, pero la elección del fármaco depende del paciente, la eficacia, el coste, los posibles efectos secundarios, la potencial ganancia de peso, las comorbilidades y el riesgo de hipoglucemias.

Algunos expertos recomiendan empezar el tratamiento con metformina en el momento del diagnóstico de la DM2, mientras que el NICE Y RedGEDPS proponen retrasar el inicio del tratamiento con fármacos entre tres y seis meses, para así poder reforzar las modificaciones del estilo de vida. (12)

Según el algoritmo propuestos por RedGDPS para el tratamiento de la DM2 (Anexo 3) tiene como objetivo que con cada escalón del tratamiento individual del paciente la HbA sea <7% o de 53mmol/mol.

El primer escalón del tratamiento es la dieta y el ejercicio. Si no fuera suficiente con la dieta y el ejercicio se le añadiría un fármaco antidiabético oral, la metformina. La metformina es el fármaco de primera elección en pacientes con DM2 tanto en monoterapia como en combinación con otros fármacos orales y/o insulina.

En el tercer escalón del algoritmo se añadiría una sulfonilurea (pioglitazona, glinida, inhibidor DPP-4, inhibidor de las alfa-glucosidasas) al tratamiento que ya tiene el paciente. Es decir, el tratamiento sería la dieta y ejercicio junto con la metformina asociada a una sulfonilurea.

En el cuarto escalón es posible añadir insulina basal o un tercer fármaco oral o antagonista GLP-1.

Finalmente, en el último escalón para el correcto control de la DM2 es la combinación de metformina junto con la insulina de dos o más inyecciones.

Cada fármaco antidiabético oral e incretínmiméticos presentan efectos esperados, ventajas y desventajas. (Anexo 4)

No obstante, si desde un inicio la diabetes está muy descontrolada existen unos criterios mayores de insulinización (hiperglucemia severa, cetosis, pérdida de peso, embarazo) y el tratamiento inicial es insulina en monoterapia de dos o más inyecciones.

El tratamiento con insulina es necesario en aquellos pacientes que los fármacos no insulínicos han fracasado en el control de la enfermedad. La insulina se puede utilizar en monoterapia y en terapia asociada a otro antidiabético. En algunos casos es necesario insulinizar en el momento del diagnóstico de la DM2 como ya se ha mencionado antes.

Este fármaco precisa de una educación por parte de la enfermera para el correcto manejo en la técnica de la administración. Por otra parte, existen diferentes factores que pueden alterar la absorción de la insulina:

- Tipo de insulina
- El volumen, concentración y dosis inyectada.
- La profundidad y el lugar de la inyección.
- Factores locales como la temperatura, el ejercicio físico, la obesidad, etc.

Existen diferentes tipos de insulina que permiten adaptar el tratamiento a diversos tipos de pacientes con diferentes estilos de vida. (Anexo 5)

ENFERMERA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Para la realización se ha tenido en cuenta el trabajo que desarrolla la enfermera en la AP, para ello, se ha hecho un breve resumen sus actividades en los centros de AP y, en especial, las que desarrollan con los PD. Se han explicado dos teorías que cogemos como marco de referencia para en el trabajo de la enfermera de AP. PD. Planteamos también dos teorías que consideramos nos pueden ayudar a reflexionar sobre el desempeño de este trabajo de cuidado.

La enfermera atención primaria

Los centros de AP son el primer lugar donde la población acude si tienen un problema de salud o se quiere prevenir una enfermedad. Hoy en día el modelo de AP es el nivel básico e inicial de la atención que ofrece el sistema sanitario. Encontramos un conjunto de profesionales preparados para ofrecernos una atención asistencial integral y de calidad, resultado de un trabajo coordinado y en equipo de profesionales de medicina y enfermería de familia, pediatría, atención a la ciudadanía, entre otros. (13)

Las enfermeras de AP prestan cuidados al paciente de la comunidad con problemas tanto agudos como crónicos. Comprenden actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. (13)

La valoración integral en cada etapa de la vida es la base de la planificación de cuidados. Todos los cuidados prestados son integrales, comprenden aspectos psicosociales y culturales. Así, se pretende mejorar su calidad de vida y evitar la aparición de complicaciones a corto y largo plazo, pudiendo garantizar el desarrollo normal de las actividades diarias.

Las enfermeras de atención primaria en la atención y cuidado de la persona diabética

El aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento progresivo supone un problema de salud mundial. En un informe que publicó la OMS alertó sobre este problema diciendo “se estima que en 1998 solamente las enfermedades no transmisibles han contribuido a casi el 60% (31,7 millones) de las defunciones mundiales y al 43% de la carga mundial de morbilidad. Sobre la base de las tendencias actuales se prevé que, para 2020, estas enfermedades serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la carga de mortalidad”. (14)

La OMS hizo una serie de recomendaciones a los países para instaurar una serie de estrategias para abordar la demanda existente, controlar y prevenir las enfermedades crónicas. Contando con un equipo multidisciplinar, en el que la enfermera cobra cada vez más valor y, en especial, la enfermera de la AP.

La DM2 constituye una de las enfermedades crónicas más prevalentes en las consultas de AP. La enfermera de AP cobra un gran valor en la educación terapéutica. No existe un tratamiento eficaz de la DM sin educación.

Se realiza un cuidado integral a la persona con DM comprendiendo aspectos psicosociales y culturales. La educación terapéutica es fundamental para conseguir motivar y fortalecer a la PD y a la familia, de modo que puedan convivir con la enfermedad crónica.

Los profesionales de enfermería en AP deben valorar el entorno y los recursos de la comunidad para hacer uso de un enfoque integral que beneficie a todos los PD, la educación por este grupo de profesionales es clave para el control de la diabetes y sus complicaciones, lo ideal es la creación de un plan de intervenciones y de prevención que seleccione a los individuos con mayor riesgo y que incluya un refuerzo periódico a estos. (15)

Mediante la educación se consigue que la persona tenga conocimientos y las destrezas necesarias para adaptar el tratamiento a su vida diaria, así como promover motivaciones y sentimientos de seguridad para favorecer un mayor cumplimiento y responsabilidad de autocuidado, sin afectar a su autoestima y calidad de vida. La educación terapéutica es un proceso continuo, y tiene resultados eficaces a corto plazo. (12)

En la educación terapéutica se abordan temas como aspectos generales de la DM, control metabólico, aspectos nutricionales, ejercicio físico, fármacos orales hipoglucemiantes, insulina, complicaciones agudas y cuidados generales.(12)

No solo la enfermedad afecta al individuo, sino también a su familia, por tal razón es necesario evaluar su entorno, los conocimientos que el paciente y la familia han desarrollado frente a esta situación y la manera en que es afrontada. (15)(16)(17)(18)(19)

Dos teorías enfermeras para comprender la práctica

Las dos teorías elegidas como marco de referencia para comprender el trabajo de cuidado que desarrolla la enfermera de AP son: La teoría de Nola Pender que enfatiza la importancia de conductas saludables, muy necesarias en personas con una enfermedad crónica como la diabetes, nos puede ayudar a explorar cómo han realizado las enfermeras este cuidado durante la pandemia; y, además, la teoría de Mishel nos puede ayudar a explorar la situación de pandemia que ha supuesto en estos pacientes una gran incertidumbre acerca del control de su enfermedad, que es de gran importancia que sea identificada y abordada por los profesionales sanitarios.

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender (1982) (20)

El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. Es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

El modelo de Nola Pender se basa en un esquema con tres columnas, la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas. Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones...) específicos de la conducta. Los diversos componentes se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel (1998) (21)

La teoría de la incertidumbre explica como las personas procesan cognitivamente el proceso de la enfermedad y construyen un significado a los eventos. Mishel describe la incertidumbre y la relaciona con la teoría de la enfermera definiéndola como “la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad”.

El marco estructural de esta teoría se compone de tres elementos. Los antecedentes de incertidumbre es el primer elemento, este se refiere a los estímulos, la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. Los estímulos vienen dados por el patrón de los síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el evento. No obstante, la capacidad cognitiva de la persona y los proveedores de estructura, es decir, los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación influyen en el procesamiento de los estímulos. Estos estímulos procesados por la persona en la experiencia de la enfermedad pueden ser contruidos de cuatro formas: la ambigüedad, relacionada con el estado de enfermedad; la complejidad, relacionada al tratamiento y sistema de cuidado; la falta de información, acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad y la falta de predicción, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico.

El segundo elemento de la teoría es el proceso de valoración, haciendo referencia a que cuando existe incertidumbre la percepción de reconocimiento y clasificación de la enfermedad no se complementan y se crea un esquema cognitivo que impide el correcto reconocimiento y clasificación del evento. En este elemento se destaca la inferencia y la ilusión como principales procesos que interfieren en la correcta valoración.

Finalmente, el tercer elemento es el enfrentamiento de la enfermedad, este está basado en la valoración

En conclusión, la incertidumbre generada por la enfermedad puede provocar a las personas evaluar inadecuadamente una situación estresante, la teoría de Mishel conducirá al profesional en la identificación de los primeros datos de la incertidumbre para realizar un plan de cuidado enfocados a eliminar esta situación y, posteriormente, lograr que la persona o familiar afronten y se adapten a la enfermedad.

TELESALUD

En este apartado del trabajo se intenta explicar el concepto de telesalud y sus diferentes vertientes. Por otra parte, los medios que se utilizan para esta modalidad de consulta y las ventajas y desventajas que tienen, tanto para los profesionales como para los pacientes.

Generalidades

El aumento de la población mundial supone, en especial para los países desarrollados, un aumento de la población envejecida. Según el instituto nacional de estadística “España ganaría casi un millón de habitantes en los 15 próximos años y más de tres millones hasta 2070 si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales. La población de 65 y más años supondría el 26,5% del total en el año 2035” (22)

Este envejecimiento progresivo de la población supondría un incremento del número de personas con enfermedades crónicas. Este incremento supone un mayor gasto de los recursos sanitarios y hospitalización. De aquí nace la necesidad de crear e innovar en nuevos sistemas sanitarios, en especial, para el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas. El uso de las tecnologías de la comunicación está dando lugar a nuevos modelos de asistencia, especialmente en estos momentos de pandemia.

Conceptos

La Telesalud es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, las cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud. (23)

La telemedicina, tal como la describen la Organización Mundial de la Salud (OMS) es «La prestación de servicios de atención médica por todos los profesionales de la salud, mediante el uso de tecnologías de comunicación e intercambio de información válidas, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento o la prevención de enfermedades y lesiones». (24) Estos recursos tecnológicos incluyen, pero no se limitan a, videoconferencias en tiempo real, correo electrónico y sitios web, teléfonos móviles, Bluetooth y otros dispositivos de telecomunicaciones. (25)

Para poder llevar a cabo telemedicina entre paciente y personal sanitario se necesita: consentimiento verbal, motivo de consulta, disponibilidad de historia clínica, recomendaciones y registro de tiempo invertido en la consulta y en el análisis de los datos de la historia clínica. (24)

Por otra parte, hay otra serie de conceptos que nos gustaría aclarar: (23)

- **Teleapoyo:** se refiere al soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones, en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo la conducta que determina para el usuario.

- **Telemedicina interactiva:** es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación mediante una herramienta de videollamada en tiempo real entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases.
- **Telemedicina no interactiva:** es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata. Por ejemplo:
 - **M-health:** Los dispositivos móviles se han convertido en instrumentos convenientes y eficaces para involucrar a los pacientes en su atención médica. Existen numerosas aplicaciones para teléfonos inteligentes que tienen como objetivo mejorar el control glucémico de los pacientes a través de la educación sobre la diabetes y el control de la glucosa en sangre. En el nivel más simple, las intervenciones de salud móvil pueden utilizar mensajes de texto para recordar a los pacientes los objetivos glucémicos establecidos en la clínica, para permitir que los pacientes se comuniquen con los proveedores o para brindar educación sobre la diabetes.(26)

La Teleenfermería es el uso de las TIC, por parte de los profesionales de enfermería, como herramienta innovadora para mejorar la comunicación, la formación y la gestión de los cuidados. También, ofrece nuevas y distintas alternativas de atención, por medio de la teleasistencia o la teleconsulta, para el seguimiento ambulatorio del paciente, la asistencia a distancia y la identificación oportuna de los signos de alarmas. (27)

Ventajas y desventajas

La telesalud tiene un gran potencial para abordar algunos aspectos de la salud, en especial en los países desarrollados y en desarrollo, ya que brindan servicios de atención médica accesibles, rentables y de alta calidad.(24) Actualmente la telesalud ofrece una serie de ventajas que se podrían resumir en:

- Evitan el coste de una consulta presencial
- Facilitan la consulta cuando el paciente y el profesional se encuentran geográficamente muy alejados. Como puede ser el caso de las comunidades rurales, por ejemplo.
- En el tiempo de la pandemia actual, se añade la disminución del riesgo a un posible contagio por coronavirus. (28)
- Diversos estudios muestran resultados positivos de consultas con pacientes postoperados, diabéticos, enfermedades crónicas, con problemas

ortopédicos, manejo de pacientes con problemas de salud mental, resultado de analíticas, información médica y recetas de medicamentos. (29)

- Según el gobierno de UK *“Puede dar a los pacientes y ciudadanos más control sobre su salud y bienestar empoderar a los cuidadores reducir la carga administrativa para los profesionales de la salud apoyar el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos”* (30)

Por otra parte, la telesalud también tiene aspectos negativos. Por ejemplo (23):

- Altera los modelos tradicionales de atención, por lo tanto, la relación cercana médico-paciente se podría debilitar o, incluso, perderse.
- Se considera que, dentro del acto médico, para llegar a un diagnóstico el 60 % corresponde a la anamnesis; mientras el 40 % restante corresponde al examen físico e, incluso, al lenguaje no verbal manifestado por el paciente y percibido por el médico cuando se está frente a frente o, en otras palabras, “el ojo clínico”. En esta especialidad dicho examen es fundamental para definir, en diferentes ocasiones, entre una conducta médica o quirúrgica, y para determinar cuál será el mejor abordaje, si se opta por esta última.
- La telesalud exige emplearse en forma ética, balanceada y controlada; de lo contrario, puede prestarse para ampliar la percepción sobre la llamada “deshumanización” de la medicina. Se corre el riesgo de favorecer su control y manejo por medio de herramientas tecnológicas (*big data* e inteligencia artificial) para interactuar con el paciente y, a través de algoritmos, definir conductas clínicas.
- La videollamada es lo más cercano a tener un contacto físico entre médico y paciente; para llevarla a cabo se requieren: un teléfono inteligente; tableta o computadora con audio y una cámara; un plan de datos; y una plataforma o aplicación informática. La realidad colombiana, a diferencia de otras latitudes, dibuja un país pobre en el que la gran mayoría de la población no dispone de estos elementos, dada la baja capacidad adquisitiva; de paso, una de las poblaciones potencialmente beneficiaria, los adultos mayores tampoco tienen los conocimientos para su correcta implementación, lo que también podría ocurrir en otros grupos poblacionales con baja escolaridad.

METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cualitativo de carácter fenomenológico y hermenéutico, a modo de prueba piloto, en el que interesa comprender la vivencia de las enfermeras que han trabajado durante la pandemia por COVID-19 en la atención y cuidado de las personas con DM tipo 2 mediante la TeleSalud.

Se ha utilizado una metodología cualitativa ya que mediante los datos recogidos sobre la experiencia vivida se pretende responder al cómo y el porqué de un fenómeno en particular. Es fenomenológico al pretender explicar de qué manera los individuos dan significado a fenómenos sociales a través de su experiencia vivida. Es hermenéutico, puesto que se intenta interpretar, esclarecer, descifrar el contenido desde la perspectiva del investigador.

La atención a la salud, comprende un campo multidimensional en el que la cultura, las creencias, las experiencias y el comportamiento de cada persona influyen. Por lo que mediante la investigación cualitativa se pretende interpretar, explorar y obtener una comprensión más profunda de los fenómenos sociales.

El diseño de los estudios cualitativos se caracteriza por ser flexible, abierto y cambiante. Según Norman Dezin e Yvonna Lincoln la investigación cualitativa “se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar sentido o la interpretación de los mismo a partir de los significados que las personas les conceden”. Pretende comprender esos significados a través del análisis e interpretación de las conversaciones y observaciones. Por lo que se trata de un paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo, que se podría resumir en los siguientes pasos (31):

- Busca la comprensión y la interpretación de la realidad situándose en la perspectiva de las personas investigadas, a las que entiende como sujetos reflexivos y pensantes.
- Visión holística. Enfatiza el contexto. La investigación ha de tener sensibilidad sociocultural.
- Pretende obtener conocimiento intensivo
- Entiende el conocimiento como procesual
- No pretende encontrar leyes universales. Busca generalizaciones más moderadas y situacionales como resultado del conjunto de investigaciones contextuales (cross-care generalización)

- El equipo investigador no es nunca objetivo ni neutral.
- Se enfoca a la acción y al cambio.(31)

La elección de la metodología cualitativa en este trabajo nos ha facilitado el poder estudiar las experiencias de las enfermeras de atención primaria, tanto en la percepción de cuidado del paciente en la distancia como en el seguimiento y apoyo de las personas diabéticas tipo II. Ya que se trata de un método en el que campo de estudio es el individuo, cobra importancia la subjetividad de las personas que constituyen un fenómeno que forma parte de la realidad, así como todos los factores que se presentan en el contexto. La investigación cualitativa es “*éticamente*” necesaria para la comprensión de la realidad.

ESCENARIO Y SUJETOS DEL ESTUDIO

La muestra en nuestro trabajo son cinco enfermeras de atención primaria de dos áreas geográficas de España, Islas Baleares y País Vasco. Se han elegido estas dos provincias como muestras de estudio ya que es donde estamos realizando las prácticas de último curso de enfermería y, pensamos, que es una oportunidad para conocer la metodología de trabajo de la atención primaria en diferentes comunidades y, en especial, la diferencia en el seguimiento y apoyo que se han realizado en el paciente diabético durante el confinamiento.

A continuación, se resumen los criterios en los que nos hemos basado para la selección de nuestra muestra de estudio:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Enfermeras que trabajen en atención primaria.
- Enfermeras con cinco años de experiencia que hayan trabajado con pacientes diabéticos antes, durante y después del confinamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Enfermeras que realizaron una sustitución a corto plazo durante el confinamiento, ya que se considera que no pueden valorar correctamente las consecuencias padecidas por los pacientes durante y después del confinamiento.
- Enfermeras que no hayan trabajado antes del confinamiento en la atención primaria

RECOGIDA DE DATOS

FASE PREPARATORIA

Para la realización de este trabajo primero de todo se realizó una búsqueda bibliográfica. Mediante esta búsqueda pudimos conocer los resultados y la información que nos aportaban otros trabajos relacionados con el tema a tratar. Tras la recogida de datos de estos estudios conseguimos una mirada y un conocimiento más amplio al respecto para formular los objetivos, marco teórico, orientar las preguntas y realizar la discusión de los resultados.

La búsqueda bibliográfica primero de todo se realizó de forma más amplia y poco a poco fuimos concretando más la búsqueda, acorde a los objetivos definidos. Se han utilizado bases de datos como: PubMed, Google Académico, Dialnet y CINAHL. Palabras clave como “diabetes” “diabetes tipo II”, “teleasistencia”, “telesalud”, “asistencia a distancia”, “confinamiento”, “seguimiento” y “crónicos” han sido utilizadas para la búsqueda de artículos, para ello también se han relacionado las palabras de la búsqueda con los booleanos como “and”, “not” y “or”.

A partir de la búsqueda bibliográfica y el seguimiento de nuestra tutora, trazamos un cronograma (anexo 7) y comenzamos con el trabajo.

TRABAJO DE CAMPO

La recogida de datos se ha realizado mediante entrevistas semiestructuradas (anexo 8), que permite recoger información y describir e interpretar aspectos subjetivos, como creencias, experiencias, opiniones y actitudes, que no podrían ser obtenidos mediante otras técnicas como la observación⁽³¹⁾. Mediante el diálogo con las personas entrevistadas pretendemos recoger su punto de vista sobre la experiencia, suceso o comportamiento derivados del control del paciente diabético tipo II en una situación de confinamiento, mediante la teleasistencia con el fin de entender y comprender los significados y los sentidos, que ha tenido para ellas.

Durante los encuentros se ha tratado de trasladar a los entrevistados a su mundo y permitir comprender sus propios significados mediante temas y preguntas planificadas, pero con la posibilidad de cambiar o añadir preguntas a medida que transcurre la entrevista.

En total hemos realizado cuatro entrevistas, se realizaron en un ambiente confortable acordado previamente con las participantes algunas de ellas se han realizado

presencialmente en la consulta del centro de salud y otras a través de video llamada. Previas a las entrevistas, se recogieron los datos sociodemográficos de los participantes, recogiendo los datos personales y profesionales. Las preguntas estaban planificadas a través de un guion, pero a medida que se realizaban las entrevistas, algunas de las preguntas se modificaron o cambiaron.

Las entrevistas han sido grabadas y posteriormente, transcritas de forma literal, así lo especificamos en el consentimiento. Esto nos permitió seguir el hilo del relato más atentas y evitar el tomar notas, preguntar o repetir conceptos. El tiempo de duración establecido para cada entrevista fue de 30 minutos mínimo y 1 hora máximo.

ASPECTOS ETICOS

En la realización de este trabajo se han tenido en cuenta los principios básicos de la bioética. A todos los sujetos del estudio se les ha tratado como seres autónomos, teniendo el derecho a la protección. La intimidad, el anonimato y la confidencialidad se han garantizado en todo momento, respetando así la decisión y voluntad de las personas y su dignidad. Cumpliendo la Ley 14/2007 del 3 julio, Ley de Protección de datos de carácter personal, se ha realizado un consentimiento informado (anexo 9) en el cual se ha explicado todos los objetivos del trabajo y se ha comprobado que los participantes lo entendieran.

A lo largo de este trabajo no se ha producido ningún daño y se ha valorado en todo momento los posibles riesgos y se han intentado prevenir. De esta manera, se ha mantenido el principio bioético de no maleficencia. Por lo que ha habido una razón beneficio-riesgo favorable y se ha respetado a los participantes.

ANALISIS DE DATOS

El análisis de los datos ha sido una parte fundamental del trabajo, identificando la información obtenida en datos significativos, generando interpretaciones conceptuales para nuestro estudio.

En referencia a la estrategia de análisis se ha realizado un análisis temático, ya que se ha enfatizado en el sentido del texto y la descripción y/o interpretación del contenido temático de los datos (31). En nuestro caso, se ha pretendido interpretar la información obtenida de las entrevistas realizadas. Al tratarse de un proceso inductivo-deductivo, se realizó entre las dos personas que forman el equipo de trabajo. En el análisis se ha tenido en cuenta la identificación de datos tomando como referencia las corrientes ideológicas de la teoría de

Merle H. Mishel “Teoría de la incertidumbre” y la teoría de Nola Pender “Modelo de promoción de la salud”. Han sido para nosotras un marco de referencia que nos ha ayudado a comprender mejor y más profundamente las experiencias relatadas por las enfermeras de atención primaria.

El análisis ha seguido las siguientes fases:

1. Las entrevistas se transcribieron de forma literal
2. Se han leído y releído las entrevistas de manera individual hasta estar totalmente familiarizados con ellos.
3. Se ha llevado a cabo una confrontación y puesta en común de los datos destacados, así como su interpretación.
4. Se han realizado categorías con todos aquellos códigos sobre el mismo tema y posteriormente se han segmentado en 4 temas más amplios que se describe en el cuadro siguiente. Desde los temas y categorías se presentan los resultados.

Relación de temas obtenidos tras el análisis de las entrevistas:

TEMA	DEFINICIÓN	CATEGORIAS
El funcionamiento del CAP durante la pandemia	En este apartado se agrupan categorías relacionadas con los cambios en la organización de los centros de salud de atención primaria, así como su gestión durante la pandemia y, en especial en las consultas diabéticas. También, se menciona la importancia de la persistencia en el autocuidado como método imprescindible durante la pandemia, y las repercusiones que ha tenido o que se cree que tendrá la inmediatez de los cambios de reestructuración.	Adaptación e improvisación Estrategia para la diabetes Las consecuencias Gestionando y fomentando el autocuidado
	Se incluye en esta categoría la relevancia que han tenido todos los métodos relacionados con el control telemático, así como la adaptación a esos nuevos medios. La especial	Teleasistencia, un desafío Necesidad de un feedback presencial

La controversia de la teleasistencia	importancia de la consulta telefónica como medio más utilizado por las enfermeras durante la pandemia. También hace referencia al efecto que tendrá la telemedicina en un futuro próximo.	Teleasistencia, ¿Una herramienta eficaz?
Emociones y percepciones	Se incluyen en esta sección los sentimientos manifestados y percibidos por las enfermeras durante la pandemia en el control de los pacientes diabéticos tipo II. La adaptación a una situación completamente desconocida ha generado sentimientos de abandono, insatisfacción, inquietud e incertidumbre en el cuidado de los pacientes.	Abandono y pérdida del control Insatisfacción vs frustración Incertidumbre por las olas
Resiliencia	Dentro de esta categoría se incluyen todas aquellas subcategorías relacionadas con el desempeño de la enfermera de atención primaria durante la pandemia. La vivencia de una situación límite y cómo han sabido sobreponerse a ella, anteponiéndose a las adversidades, desarrollando conductas positivas ante el estrés, conflictos y amenazas.	Afrontando la presión y sobrecarga Trabajo en equipo, un elemento clave

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A lo largo de este estudio nos hemos encontrado con varias limitaciones. En primer lugar, la poca experiencia en realizar trabajos de investigación cualitativos que, hemos podido hacer frente informándonos mediante artículos donde se explicaba su estructura, y también siguiendo los consejos de nuestra tutora. Destacar que la muestra estudiada es muy limitada y, esto afecta a la generalización de los resultados al conjunto de la población, pero si puede

considerarse una prueba piloto de posteriores estudios. Finalmente, con la actual pandemia y, las restricciones impuestas, nos han surgido limitaciones a la hora de realizar las entrevistas que las hemos solucionado haciéndolas telemáticamente mediante Skype.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. EL FUNCIONAMIENTO DEL CAP DURANTE LA PANDEMIA

Ante la llegada de una nueva e inesperada crisis sanitaria causada por el COVID-19 a finales del 2019, la sanidad se ha tenido que ir adaptando a las necesidades de la población en el día a día. Aunque no es la primera crisis sanitaria que vivimos, la alta velocidad de transmisión y su alta letalidad es lo que ha hecho a este virus tan especial para propagarse por todo el mundo y crear una pandemia.

Los centros de atención primaria, en este contexto han tenido que improvisar, decidir, reorganizar y atender rápidamente según la situación lo requiera, siendo los servicios del sistema sanitario que más cambios ha tenido que introducir, integrando nuevos roles en Teleasistencia. Uno de estos nuevos roles ha sido el de rastreador al que algunas enfermeras de AP se han dedicado de forma exclusiva y otras con su trabajo habitual, teniendo que darles prioridad a las consultas de sus pacientes habituales, entre ellos los pacientes diabéticos.

El estudio de Cerdeño, Marcias, Batista y Mejía defienden el autocuidado como base de la mejora en el control del paciente diabético tipo 2. Se ha demostrado que la educación en el autocuidado de la diabetes puede mejorar el control de la glucemia. Asumiendo los nuevos roles, este ha seguido siendo una prioridad de las enfermeras en tiempo de pandemia, promover el empoderamiento y el compromiso en su autocuidado de PD. (32)

Las enfermeras entrevistadas para este trabajo nos han hablado sobre cómo ha sido ese funcionamiento de los centros de atención primaria durante la pandemia, cómo se han adaptado a ella, cuáles han sido los temas centrales de la consulta diabética en esta situación y, por último, cuáles creen que han sido o serán las consecuencias del abandono y la falta de control de los pacientes con DM2.

1.1. ADAPTACIÓN E IMPROVISACIÓN

Batalla y Col. plantean que los principales activos de la atención primaria son la accesibilidad de la población, la proximidad y calidez en la atención (mediante la visita presencia), la longitudinalidad para garantizar el seguimiento y el control de los pacientes se han visto afectados por la pandemia. (33)

Tal y como señala Batalla y col. los cambios en los centros de AP tuvieron que asumirse con la inmediatez requerida por la situación “Inmediatamente hubo que hacer cambios en la forma de atender a la población. Los centros de AP “cerraron sus puertas”, algunos físicamente,

desplazando a sus profesionales a otro centro y concentrando la actividad. En los centros que se mantuvieron abiertos, se limitó el acceso a los pacientes y se redujo drásticamente la atención presencial. Se paralizó prácticamente toda la actividad programada previamente (visitas, analíticas, exploraciones complementarias, seguimiento de pacientes crónicos,...) manteniendo únicamente la atención urgente tanto de medicina como de enfermería (agudos, curas, control de tratamiento anticoagulante, ...)" (33)

Esta situación ha sido también descrita por las enfermeras de este estudio:

*"Dejamos de hacer consultas, vale, presenciales. Al igual que analíticas programadas, entonces solo atendemos urgencias y/o curas o inyectables que fueran 100 por 100 necesarios [...] **Todo el ejercicio de educación para la salud, seguimiento de pacientes crónicos, pues quedó suspendida temporalmente** porque no podían venir presencialmente. Entonces ahí hacíamos el seguimiento, principalmente telefónico." E2*

*"Los cambios sobre todo han sido, sobre todo, por la **atención telefónica**, la insistencia en que la gente telefonee antes de venir porque si se puede hacer un filtrado, o si no es urgente esa visita, **evitar ahora exposiciones máximas y contactos innecesarios**, si una persona es necesario que venga, va a venir." E3*

*"**Hacíamos analíticas, aunque intentamos hacer las mínimas, las más urgentes.** Si era un paciente que no se había hecho analítica durante mucho tiempo, **era importante, ¿no? Saber que hemoglobina glicosilada** tiene y debuts diabéticos recientes. Obviamente hay un trabajo que hacer con estas personas en los primeros meses, un acompañamiento que debe hacerse." E3*

Camarelles, presidente del Organismo de coordinación del PAPPS también plantea que "El sistema sanitario precisa adaptarse a los cambios previsibles no sólo en la atención (nuevas tecnologías y telemedicina), sino también en la prevención y promoción de la salud como parte fundamental de la atención que prestamos". (34)

Una de las enfermeras entrevistadas relata sobre cómo se tuvieron que adaptar ante la nueva situación.

*"**Al principio empezamos a no ver pacientes concertados**, lo que decimos la programada de nuestras habituales consultas, diabéticos en este caso. Pero **posteriormente se intentó volver re-captar** este tipo de pacientes que no los*

*veíamos en este periodo, pero claro, no han llegado ya que han ido llegando las diferentes olas... **Esto nos ha supuesto ir adaptándonos a la nueva situación.** Y ha sido complicado.” E1*

1.2. ESTRATEGIA PARA LA DIABETES

La diabetes es un problema de salud global que va en aumento cada año. Cuando la patología no se controla de manera adecuada repercute en la calidad de vida de los pacientes. Una educación continua desde el momento del diagnóstico es señalada por la comunidad científica como una herramienta eficaz y fundamental para el buen control de la enfermedad y la reducción de los factores de riesgo. En España, el PAPPS genera recomendaciones de prioridades y métodos preventivos en base a evidencia científica, los datos de morbimortalidad, los recursos disponibles y los resultados de evaluaciones de las actividades preventivas de los equipos de atención primaria. (35)

Según señalan dos enfermeras de este estudio las consultas diabéticas se programan atendiendo a las recomendaciones del PAPPS:

*“Es que PAPPS nos pide que hagamos **una tensión, un peso trimestral, etc.** y ahora es **presencial-anual** y la hemoglobina si está bien, si hay un buen control, no le hacemos ni venir le damos el resultado por teléfono” E4*

*“Son pacientes que **vemos por lo menos 4 veces al año**, que eso es importante, sí que estamos muy habituados a verlos y sí que estamos **machacando mucho lo del autocuidado** [...] luego nos derivan nosotras para la educación para la salud, control de alimentación, actividad, ejercicio físico, etc. todo esto lo llevamos nosotras.” E1*

Sin embargo, para hacer frente a los nuevos retos sanitarios del 2020 la *asociación española de Medicina Familiar y Comunitaria* en el PAPPS actualizó las recomendaciones de prevención y promoción de la salud que son la referencia en atención primaria. (35) Las consultas se vieron afectas y, muchas de las consultas presenciales pasaron a ser telefónicas. Según señalan dos de las enfermeras, trataban de dar consejos y reforzar esos hábitos de vida saludable.

*“Si hablamos de consejos por teléfono y telemedicina, por supuesto, los habituales, y al final fue hacer la misma consulta que hacías cara a cara con el paciente, lo hacías por teléfono, y nunca, siempre quiero decir, **los consejeros de enfermería y estilo de vida saludable es como, van juntos**, no dicen, siempre preguntarás cómo está*

el paciente. ¿Cuál es el problema que puede tener? Siempre terminarás con un consejo....” E3

“Ha sido un poco reforzar todo lo que se les iba diciendo de educación para la salud en lo que respecta a la diabetes ¿no? cambios de hábito, de ejercicio, de alimentación, de ... sí ha sido más que nada reforzar.” E4

Una de las enfermeras coincide con la guía clínica escrita por SEMFYC en que las consultas presenciales han de ser consultas con prácticas de valor, deben planificarse para resolver en un solo desplazamiento todas las necesidades de salud a tratar (anamnesis, exploración, información de resultados que no se considere oportuno informar por teléfono, etc.). Hay que programar visitas de alta resolución para el seguimiento del paciente crónico o tratamiento de descompensaciones. (36) También resaltan que el trabajo hecho anteriormente les sirvió de ayuda y que en cuanto las medidas restrictivas se relajaban citan a los pacientes en la consulta:

“Estábamos trabajando con esto para ir espaciando visitas, para ir haciendo visitas muy efectivas, que fueran buenas y resolutivas, en pocas visitas, siempre y cuando el paciente esté bien controlado.” E3

“Cuando las medidas restrictivas se relajaban un poco, les decías: ahora os citaré porque veo que no han hecho ningún análisis y un electro durante mucho tiempo, y aprovecharemos el mismo día para hacer las diferentes cosas.” E3

Sin embargo, refiere que muchos pacientes no entendían la finalidad de unificar visitas, y se pensaban que les realizarían un control menos exhaustivo:

“La gente tiene que entender, o lo que que queríamos entender era que cuantas menos visitas, menos exposición por parte de ellos y por nosotros como profesionales. Tratando de ser lo más eficiente posible con visitas mínimas.” E3

1.3. LAS CONSECUENCIAS

Por los resultados señalados las medidas restrictivas en la atención por el elevado número de casos Covid-19 ha supuesto que la asistencia sanitaria sea interrumpida de sus actividades habituales.

La diabetes, como problema de salud crónico, es señalada como una enfermedad progresiva. (37)(38) Si no se alcanzan las metas terapéuticas puede suponer que a largo plazo aparezcan

complicaciones crónicas como son el aumento de patologías cardiovasculares, nefropatía diabética, retinopatía diabética, neuropatía diabética, y el pie diabético. Por otra parte, a corto plazo pueden aparecer complicaciones agudas como hiperglucemia o hipoglucemia. (39)

El estudio de Virginia Bellido y Antonio Pérez afirma que el escenario actual de la pandemia puede favorecer el deterioro del control en las personas con diabetes por las dificultades de acceso al sistema sanitario, la falta de actividad física y el aumento del estrés asociado con el confinamiento. (40) De igual modo dos de las enfermeras coinciden en que la diabetes es una enfermedad silente y creen que el confinamiento domiciliario y la pandemia traerá consecuencias en un futuro próximo.

*“Pues a largo plazo pues habrá consecuencias sí. Porque yo estoy convencida que sobre todo a nivel de, **nivel de inactividad**, es que eso va a pasar factura. Va a pasar factura las analíticas que nos están haciendo de las **glicadas** van a estar más elevadas, todas, la mayoría. Y luego eh bueno ya veremos que aseguran tener repercusiones también a nivel de la retina y de todo, tiene que haber. **Porque no se están haciendo bien, no están haciendo nada.** Es una **enfermedad tan silente** tal esto, que cuando ya falta un poco sintomatología pues ya está bastante, bastante evidente el problema. Entonces pues pienso que sí.” E1*

*“hay muchos pacientes a los que siempre les digo **la diabetes no duele**, es una **enfermedad que no duele hasta que nos afecta**, ¿verdad?” E3*

No obstante, el “abandono” y la falta de control percibido por algunas enfermeras señalan que no creen vaya a suponer consecuencias en la salud de los pacientes con diabetes a corto plazo:

*“Pacientes **en el confinamiento, a lo mejor se han descuidado más**, ha costado más, a la vuelta, hemos tenido que hacerlo mejor, volver a empezar y volver a insistir y conseguir pasos o escalones que ya teníamos y bajamos en el confinamiento, **pero tampoco creo que haya un empeoramiento significativo del manejo que luego nos haya repercutido a día de hoy.**” E2*

1.4. GESTIONANDO Y FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

El apoyo para el autocuidado óptimo en el paciente crónico es señalado Robalino, y col. como aquel que proporciona mejores herramientas y los mejores conocimientos. La intervención terapéutica incrementa el nivel de conocimientos de autocuidado de la DM2 a

un nivel bueno y excelente, con un descenso del nivel regular y malo, ya que las estrategias de aprendizaje fortalecen la adherencia farmacológica y el control glucémico establecido con la hemoglobina glucosilada de tipo adecuado y normal, con un descenso de los niveles admisible inadecuado. (41)

Tal como se señala Federación Española de la Diabetes más de la mitad de los españoles realizó mucho menos ejercicio durante los primeros meses de pandemia, provocando que el 44% aumentara de peso durante la primera mitad de 2020. Durante la pandemia la falta de formación en diabetes ha puesto en riesgo la salud y la calidad de vida de los pacientes con esta patología, al aumentar las tasas de abandono del tratamiento y el riesgo de complicaciones. (42)

Si a estos hechos se les añade la limitación del acceso a la atención de salud, se evidencia la necesidad de que el paciente haya estado en condiciones de realizar cierto autocuidado de la diabetes para prevenir riesgos y complicaciones. (19)

La importancia de tener una actitud positiva en la información, y siempre valorando la capacidad de autocuidado y de afrontamiento de la persona y/o familia es planteada por dos de las participantes y coincide con la literatura consultada que aborda este tema. En la “Guía básica de enfermería para personas con diabetes en Atención Primaria” se destaca, que con el fin de promocionar los autocuidados necesarios para un adecuado control de la enfermedad y disminuir la prevalencia de los efectos crónicos en órganos importantes, es necesario fomentar el mantenimiento de una calidad de vida satisfactoria. Por ello, según Felicidad, y col. esta información se debe impartir sin dramatismo y permitiendo la expresión de sentimientos. (19)

Dos de nuestras entrevistadas hacen énfasis en la importancia del trabajo enfermero adecuado para la motivación al paciente y una buena reconducción hacia estilos de vida saludables.

*“También **depende del profesional que estaba detrás del teléfono**, es decir, si eres un profesional que sabe hacer las **preguntas correctas**, para motivarte, para que el paciente vea así como este cambio debe ser, dejándolo claro, debe haber algo, ¿verdad, un acuerdo? [...] **Deberían ser redirigidos, motivados, porque es esto que no sólo había covid y que, a pesar de que tenían que estar en sus hogares**, porque había restricciones a nivel estatal, la vida continúa y su enfermedad y su bienestar depende de usted.” E3*

*“Entonces, el **trabajo es más exhaustivo**, porque principalmente ellos se creen, o bueno, **tiran más de lo que es el fármaco que les ponemos para la diabetes y los estilos de vida cuesta más que hagan cambios.**” E2*

Dos de las enfermeras de este estudio ponen de manifiesto la importancia de instruir de forma adecuada en el autocuidado durante la pandemia, coincidiendo con Amor en el Webinar ‘Retos de la enfermería en la atención primaria: seguimiento de pacientes crónicos en el contexto de la COVID-19’ donde se ensalza la misma temática “Una parte importante de este proceso que hemos vivido es el empoderamiento del paciente crónico: cómo es consciente de los cambios en su estado, como se mantiene alerta ante cualquier complicación de su patología”. Esta afirmación pone en evidencia la importante labor de las enfermeras y de todos los profesionales sanitarios en la tarea de educación en autocuidado de la enfermedad a los pacientes, recalcando así la necesidad de formación en autocuidado de la salud y prevención de la enfermedad a la población en general desde edades tempranas. (43)

*“**Intentábamos explicar y educar** al paciente para que tuviese más conocimientos sobre su enfermedad, **tratamiento, manejo** [...] Y también **instruir sobre detección de signos, síntomas de complicación de la enfermedad** y todo a nivel, sobre todo el **consejo breve por teléfono**. [...] Los pacientes que tenían para mirarse la glucemia en casa, les indicábamos según su perfil de la enfermedad, que se lo mirasen cada x tiempo y hacíamos llamadas telefónicas para ver cómo lo llevaban. **Seguíamos insistiendo en estilos de vida, aunque estuviesen encerrados en casa**, pues intentar hacer ejercicio físico dentro del domicilio, seguir controlando la alimentación, remarcar el uso apropiado de la medicación y ese seguimiento telefónico que hacíamos.” E2*

*“Tuvimos que **insistir mucho en un buen control glucémico, la autoexploración del paciente, insistir mucho en su autocuidado.**” E3*

Una entrevistada, recalca la problemática del paternalismo en el autocuidado del paciente, afirmando que la pandemia ha evidenciado la importancia de cambiar el rol pasivo del paciente a un rol autónomo y comprometido. Hay autores que respaldan esa problemática, como Ayudo y col. afirmando que debemos intentar el empoderamiento en salud del paciente y familia, para lo que es necesario cambiar la relación entre los profesionales y los pacientes pasando de un modelo paternalista, en el que el profesional es el experto, a un modelo colaborativo en el que el profesional es un facilitador del aprendizaje y de la toma de decisiones. Con ello lo que se pretende es tener pacientes con un buen nivel de autocuidado y con participación activa en las decisiones sobre su salud. (44)

*“Los **pacientes estaban un poco mal acostumbrados**, porque también nosotros, como profesionales, también los hemos hecho **muy dependientes del sistema**. [...] Este **paternalismo que hemos tenido muchos años que el paciente no sabe nada, y que el profesional elige y lo sabe todo**. No, al final es la **autonomía** de cada paciente y los pacientes aquí, no lo sé, espero que haya servido, para que se den cuenta de que no es necesario ni para frecuentar el sistema de salud, y que la salud depende de ellos, no depende de nosotros como profesionales.” E3*

En la “Guía de consulta rápida de diabetes en el paciente anciano pluripatológico”, Ávila, defiende que se deben realizar evaluaciones y refuerzos periódicos de las intervenciones en educación terapéutica diabética para mantener su efectividad. (45) Haber logrado el autocuidado no es un hecho que se consiga rápidamente, lleva un largo trabajo y educación detrás.

Asimismo, nuestra entrevistada refiere que a pesar de que no se haya logrado el autocuidado en tan pocos meses, los pacientes han sido cocientes que haciendo más hincapié en su capacidad de cuidado, disminuye la necesidad de acudir frecuentemente al sistema sanitario.

*“Creo que **decir que lo hemos logrado sería una falacia**, sería una lo hemos logrado y con un par de meses hemos hecho lo que no hemos hecho con años pero sí creo que hay personas que se han dado cuenta de que son capaces de cuidarse mejor y sentir que **no es necesario una demanda abusiva del sistema**, ni hiperfrecuentar el sistema para estar bien.” E3*

2. LA CONTROVERSIA DE LA TELEASISTENCIA

La telesalud, ha sido la herramienta central e indispensable en la atención a los pacientes durante la pandemia y, ha supuesto un gran cambio en esta atención. El uso de la telemedicina ya se estaba investigando y teniendo en cuenta para ser aplicado en un futuro próximo. Sin embargo, aún falta mucho trabajo y formación para conseguir una correcta implantación. Como afirma Fernández “No cabe duda de que este cambio de escenario, de inicio, causa tensiones a los profesionales y en ocasiones estrés, pero a la vez todos somos conscientes de que es una nueva herramienta que ha venido a quedarse, y que debemos y tenemos que familiarizarnos con ella, porque seguirá siendo una herramienta básica en nuestro quehacer diario.” (46)

La situación de pandemia ha obligado una aplicación inmediata de la telemedicina sin pacientes ni profesionales preparados, y mucho menos medios facilitadores para la adecuada

atención. Los protocolos encontrados acerca de las teleconsultas son todos muy recientes, hecho que demuestra la poca preparación previa a la pandemia para llevar a cabo este tipo de consultas. (47)(48)

Aunque tal vez el sistema sanitario no estaba preparado para asumir la atención telemática en aquel momento, todo parece indicar que con una buena planificación será positivo mantener esta teleasistencia, debido su buena aceptación entre la mayoría de los usuarios. En la mayoría de los artículos encontrados se enumeren la gran cantidad de beneficios de la teleasistencia, como garantizar la seguridad del paciente diabético disminuyendo en lo posible la exposición a lugares y situaciones de riesgo de infección por COVID-19 y dar la posibilidad de recibir una mayor atención y asistencia en aquellos núcleos poblacionales más alejados, y fomentar el confort de pacientes que tienen una vida laboral o familiar muy ocupada. (46) (47) (49)

2.1. TELEASISTENCIA, UN DESAFÍO

En los centros de salud donde trabajan nuestros entrevistados, la consulta telefónica ha sido la única aplicada, junto con los e-mails. También en la mayoría de los centros de las Comunidades Autónomas españolas según los estudios hallados. (50) Gimeno, y col. respaldados por sociedades españolas de diabetes, apuntan hacia una consulta anual presencial y dos telemáticas para el control de los pacientes diabéticos tipos 2 bien controlados. (47) De igual modo, nuestras entrevistadas, avalan la teleconsulta, siempre y cuando no sea la única herramienta para llevar un control en el paciente diabético tipo II, aunque difieren en que se debe combinar con la consulta presencial mínimo dos veces al año.

*“Sí las consultas de ver a los pacientes se han puesto telefónicas [...] **Lo telefónico está muy bien, pero siempre y cuando tengas una cita presencial también con el paciente. Los pacientes diabéticos se puede encontrar perfectamente casa con una telefónica y con los controles glucémicos y tal. Pero un par de veces al año deberían de venir.**” E1*

*“Sí, yo sí. Porque, además, **creo que se puede trabajar mucho. Hemos pasado por mi experiencia en atención primaria hemos ido pasando desde la consulta que era mensual, la consulta que es trimestral de un diabético bien controlado a dos veces al año podría ser suficiente. Pienso yo. Siempre que haya un par de ellas presenciales y el resto tú puedes hacer a través de telesalud. Yo pienso que sí.**” E4*

La OPS Gimeno, Vidal-Alaball y col. plantean la videoconferencia como medio de consulta en pacientes diabéticos tipos II. (47) (51) (3) Sin embargo, según los datos extraídos de INE, al aumentar la edad descende el uso de Internet en hombres y mujeres, siendo el porcentaje más bajo el que corresponde al grupo de edad de 65 a 74 años. (52) Estos datos coinciden con las opiniones dadas por nuestras entrevistadas acerca de la complicidad que puede llegar a suponer la aplicación de ese medio en pacientes diabéticos, la mayoría tienen edades avanzadas. Aunque, ven la aplicación de la videoconferencia como una opción muy positiva. Asimismo, se indica que en el año 2020 el 3% de personas mayores de 75 años ha realizado actividades relacionadas con la salud: Concertar una cita con un médico a través de una página web o de una app de móvil, a diferencia de los que ya eran usuarios de internet, los cuales un 26,9% han realizado estas actividades. (53) (54) Estos datos indican que con un buen conocimiento de las nuevas tecnologías se podrían llevar a cabo de forma frecuente las citas a través de la teleasistencia en personas mayores, ya que un 26,9% se considera un porcentaje efectivo.

*“**No estamos habituados a la videoconferencia.** La verdad es que son **pacientes** que también todavía el **acceso a la carpeta de salud no acaba de... Son muy mayores**, entonces no, manejan las tecnologías y entonces es un poco complicado.”*

E1

*“Todo lo que se puede usar de más sería en positivo, **videoconferencia**, es lo que hablábamos, **nos iría bien**, porque un **contacto visual** podría ser más positivo, más productivo a la hora de la educación para promoción para la salud y para esos controles, más que solo por voz de teléfono. Igual que ahora han salido aplicaciones también para el control y registro de glucemias online.”* E2

*“Las videoconferencias habrían sido muy buenas, pero estábamos con las mismas. **Los más jóvenes, es muy fácil usar el móvil, pero una persona mayor**, que en ese momento hay mucha gente mayor, sola, que no vive con sus hijos, **nos habríamos encontrado con esta barrera**”* E3

2.2. NECESIDAD DE UN FEEDBACK PRESENCIAL

Aunque, hayamos encontrado muchos artículos que avalan el uso de la teleasistencia, esta también presenta algunas carencias. (46)(47)(48)(51)(3) Carmona. ha incidido en que también debe ser "*afectiva, porque la relación con el paciente no se debe deteriorar*". (46)

Haciendo referencia al afecto, tres de nuestras entrevistadas refieren el contacto como hecho esencial en AP, subrayando su carencia en telesalud como una limitación.

*“El **contacto directo con el paciente, feedback**, expresiones faciales, lenguaje no verbal, **pues puedes transmitir mucho más**, puedes conseguir **resultados mucho más eficaces, óptimos, que por teléfono.**” E2*

*“Al final es **tocar una mano, una golpe en el hombro cuando sea necesario**, para animar, al final esto no nos lo dará una pantalla. El afecto que puedes transmitir a una persona, la mirada, las pequeñas cosas que con una pantalla tal vez no percibas, ¿verdad?” E3*

*“Pues esa **sensación de lejanía** ¿no?, que normalmente tenemos un contacto más cercano, más presencial, y esta sensación de lejanía. Tanto por parte de ellos, como por la mía.” E4*

Nuestras entrevistadas ponen de manifiesto la idea de que la consulta telefónica es insuficiente en pacientes diabéticos de edades avanzadas. Además, ambos señalan la difícil valoración de estos pacientes a través de la teleconsulta. Este hecho repercute en la puesta en práctica la videoconferencia, que requiere más habilidades tecnológicas que la consulta telefónica.

*“En **pacientes descompensados, pacientes con baja adherencia terapéutica**, o con **estilos de vida no saludables**, pues **no era tan útil**, porque es mucho más eficaz una consulta presencial para poder incidir más en estos aspectos que no por teléfono, [...] cuesta mucho más que sigan con ese estilo de vida que hemos promocionado, con ese uso de la medicación, con esos conocimientos, y se abandonan bastante.” E2*

*“Sí, es una **persona mayor**, que estaba **acostumbrada a venir con más frecuencia**, que al final, si sabe que tiene diabetes, pero puede que no sea tan consciente. Por supuesto, **no ha sido suficiente**.” E3*

La insuficiencia de la consulta telefónica se muestra también insuficiente en la persona mayor que estaba en atención domiciliaria por demencia.

*“Son pacientes que a lo mejor **no puedes comunicarte con ellos por teléfono**, por una **demencia**, lo que sea, solo haces el **feedback con el cuidador**, hijos, lo que sea, pues la **atención domiciliaria** también se fue, se vio **afectada**.” E2*

2.3. TELEASISTENCIA ¿UNA HERRAMIENTA EFICAZ?

Por lo contrario, las entrevistadas coinciden en la visión de la teleasistencia como una gran oportunidad resolutive en aquellos pacientes que no requieren un control exhaustivo de la enfermedad, y tienen conocimientos sobre el manejo de nuevas tecnologías, generalmente pacientes adultos jóvenes. Es una opción más cómoda para el paciente.

*“Sí lo tengo bien controlado, explico signos de alarma “...” pues si detectan algo que te llamen y sí lo puedes ir gestionando, y más que nada también por **evitar la saturación del sistema**, y así no los tienes abandonados, realmente no, no están descuidados tus pacientes, pero los tienes con un seguimiento telefónico, que a la mínima que tendrás una información que puedas decir se me está descompensando, le haces venir.” E2*

*“Depende por tipo de persona, es decir, tanto **depende de la persona, del paciente como del profesional**. Si usted es un paciente **más joven, con una mayor capacidad de adaptación**, que ya conoce su enfermedad, que tiene un control más o menos estable de la diabetes, ha sido suficiente. [...] Muchos jóvenes, especialmente trabajando, activos en el trabajo, con una llamada de 10 minutos pueden resolver un problema que no requiere una exploración. Eeh, muy felices. Puedes regular perfectamente una insulina por teléfono.” E3*

Por su parte Carmona también ha explicado que la telemedicina es "coste-efectiva y nos permite ahorrar tiempo y optimizarlo en aquellos pacientes que van peor controlados", por lo que "hay que estructurar cómo gestionarla y cómo hacerla más efectiva", lo que "sin duda redundará en los pacientes diabéticos". (46) Una de nuestras entrevistadas señala que a largo plazo estos cambios serán positivos. (51)

*“**Estos cambios a largo plazo serán muy positivos**. Creemos que la llamada, la **telemedicina está aquí para quedarse**, pero por supuesto, algo que queríamos hacer progresivamente, que era un objetivo de atención primaria en Mallorca, ha sido muy rup-tup.” E3*

3. EMOCIONES Y PERCEPCIONES

La pandemia también ha hecho reflexionar a muchos profesionales sanitarios que, comenzaron trabajando con falta de recursos, exponiéndose ante un riesgo y por el cual muchos de ellos se han contagiado o han perdido la vida. En la atención primaria se ha puesto

en manifiesto la precariedad en la que se encontraba, la cual anteriormente era del sistema sanitario la que más recortes económicos y humanitarios había sufrido.

La incertidumbre, ya presente de forma habitual en las consultas de enfermería de AP, se ha visto elevada al máximo teniendo que compaginar y priorizar a los pacientes infectados por COVID-10 con los pacientes crónicos, entre ellos los diabéticos.

En este apartado hemos expuesto las vivencias percibidas por las enfermeras durante la pandemia relacionadas con el control de los pacientes DM2. Cómo se han sentido ellas y cómo creen que se han sentido sus pacientes.

3.1. ABANDONO Y PERDIDA DEL CONTROL

Ante el riesgo de contagio de SARS-COV-2, las consultas presenciales en los centros de AP han sido reducidas. Al principio de la pandemia muchas de las consultas presenciales fueron canceladas, dejando solamente las indemorables. En el caso de los pacientes con diabetes el seguimiento programado se ha visto afectado.

La OMS alertó que “ Durante la pandemia muchas personas que necesitaban tratamiento para la diabetes no recibieron los cuidados y las medicinas que precisaban. Consideró como vital que los países encontraran maneras innovadoras de garantizar que los servicios esenciales para las enfermedades crónicas continuaran, aunque al mismo tiempo se estuviera combatiendo la COVID-19, y recientemente, en septiembre de 2020, advirtió de las trágicas consecuencias para las personas con enfermedades crónicas si no se reconducía la atención.” (50)

Según la encuesta realiza por la POP “Estudio del impacto de la Covid-19 en las personas con enfermedad crónica” mostro que, entre los pacientes crónicos, el 69% sufrió la cancelación de sus consultas programadas. Entre ellos el 6,8% de las personas encuestados son pacientes con diabetes. (55)

Por otra parte, ante el escenario indeterminado que ha supuesto el COVID-19 en las consultas de atención primaria la semFYC junto con la AEC, la FAECAP, AAS y SEAUS propusieron medidas de organización y asistencia encaminadas a ayudar a los equipos de atención primaria, para no solo gestionar y controlar la pandemia, sino también responder a las necesidades de la población. En este documento se encontraban las siguientes medidas: “Organizar la agenda intercalando visitas presenciales con otras telefónicas o virtuales o a domicilio. De esta manera mantendremos las salas de espera menos llenas.” “Cuando se estime oportuno una consulta presencial, se ofertará una cita (centro/ domicilio) con el tiempo

necesario para atender al paciente, teniendo en cuenta la necesidad de respetar el aforo en la sala de espera. Estas citas pueden ser en el día o concertadas en días posteriores”.(36)

Dos de las enfermeras de nuestro estudio señalan que las consultas presenciales se han reducido pero han intentado hacer el mínimo que consideran necesario:

*“Claro entonces **pacientes que estábamos 4 veces al año a los diabéticos y hemos pasado intentar verlos a dos.** Pero ya te digo que **muchos han perdido en el camino.** Pero mínimo dos.”* E1

*“Ahora tenemos **muchas menos consultas,** pasamos de hacer casi cada día, ahora a hacer dos días a la semana”* E2

El Ministerio de Sanidad del Gobierno de España ha publicado un documento informativo para las personas con enfermedades crónicas. En el que aclara las pautas a seguir para los pacientes en cuanto a la asistencia de atención primaria. Según este documento “aunque es probable que no se realicen las consultas de revisión y/o seguimiento habituales y programadas de manera presencial, la mayoría de los servicios de atención primaria han habilitado alternativas de consulta telefónica para que pueda seguir realizándose el seguimiento de su estado de salud y los controles que sus profesionales sanitarios de referencia consideren oportunos de una manera individualizada según el caso”. (56)

Esta reducción de consultas presenciales ha supuesto en las enfermeras entrevistadas percibir nuevos sentimientos o sensaciones en los pacientes. Como una de las enfermeras nos decía una sensación de abandono por parte de ellas o del sistema sanitario:

*“Pues bueno yo creo que lo que los **pacientes han transmitido es que han estado un poco abandonados** [...] Pero claro, han visto que todo era telefónico. Y muchas veces pues la **sensación** de ellos ha sido que **no se les ha atendido.** Porque ellos necesitan estar algo presencial.”* E1

*“**Desamparados,** porque te digo, el paciente necesita un feedback [...] Teníamos todas las **líneas saturadas de teléfono,** entonces claro, llamaba, no te cogía, te llamaban al día siguiente, se han sentido desamparados sobretudo porque claro, un problema serio de salud que necesita de ese, de ese apoyo y ayuda a nuestro y gestión. el paciente tenía sus sentimientos, tío, no me está cogiendo el teléfono, tengo esto es normal “* E2

Por otra parte, en el documento citado anteriormente de la semFYC junto con la AEC, la FAECAP, AAS y SEAUS propusieron las siguientes medidas para comenzar a implementar un cambio en las consultas de atención primaria “Las consultas presenciales han de ser consultas con prácticas de valor, así cuando sea necesario realizarlas, deberán planificarse para resolver en un solo desplazamiento todas las necesidades de salud a tratar (anamnesis, exploración, información de resultados que no se considere oportuno informar por teléfono, etc.). Se programarán más visitas de alta resolución médico/enfermera para el seguimiento del paciente crónico o tratamiento de descompensaciones.” “En la elaboración de las agendas es necesario tener presente la conveniencia de minimizar los desplazamientos de los pacientes por el centro de salud, así como la aglomeración posible en las salas de espera compartidas por varios profesionales. Por el mismo motivo, es muy importante respetar la puntualidad por parte de los pacientes, así como de los profesionales”. (36)

Por otra parte, para el control de los pacientes crónicos en este mismo documento se expuso que “... en esta nueva fase se hace necesario adoptar un papel proactivo adelantándonos a la demandas y necesidades de estos pacientes” proponiendo seleccionar sobre qué enfermedades es preciso incidir, es decir, priorizar la atención de quienes más lo necesitan y, para ello analizar la situación en la que se encuentra. (36)

No obstante, para algunas de las enfermeras por mucho que se hayan vuelto a concertar citas a los pacientes crónicos todo el proceso ha supuesto una pérdida de control y, en especial en los pacientes con DM.

*“Incluso sí que diría que igual los **diabéticos son los más afectados**. Sí que estamos retomando ahora porque sí que están llegando pacientes que igual llegan para control con otro tipo de consulta, pero... la verdad es que los pacientes diabéticos y, que tienen cualquier otra patología, por ejemplo, cómo han sido las personas que toman sintrom, han estado mejor controlados. Porque, venido haciendo, han seguido viniendo [...] Pero el paciente que solamente que se toma un antidiabético oral y que no tiene otro tipo de conflictos de que tenga que venir obligado, la verdad, es que esos **son los que más se han perdido**.” E1*

*“O sea, determinada gente sí, pero **muchísima gente se nos ha quedado**. Y hoy en día hay esa gente que prácticamente **hoy hace un año y que yo sé perfectamente que no han retomado las consultas** [...] O sea que **se nos han quedamos muchos por el camino seguro**. Muchos, muchos.” E1*

3.2. INSATISFACCION VS FRUSTRACIÓN

Uno de los objetivos que se ha querido abordar en este trabajo ha sido identificar cómo las enfermeras se han sentido llevando a cabo el cuidado de los pacientes diabéticos. Se les preguntó si creían que el trabajo realizado era suficiente para el control de estas personas. Todas las enfermeras dijeron que no. Describiendo el trabajo realizado como insatisfactorio

Las enfermeras entrevistadas, refieren al igual que los y las profesionales sanitarios entrevistados en el artículo publicado por Amnistía Internacional, no haberse sentido partícipes en la adopción de medidas de gestión, y creen que no han existido suficientes ni espacios donde proponer cambios o mejoras en los protocolos, hechos que les han hecho sentir subestimados. (50)

“No es suficiente. Porque se han aprovechado solo esos periodos de no olas, de no picos, o sea, que no ha habido una oleada del COVID”. E1

“No te sentías realizado, bueno sí, pero no te no tenías la misma atracción por ese, por ese control que lo hacías igual, pero personalmente puedes conseguir resultados mejores en la presencial, el sentimiento de quiero hacer más, tengo estas limitaciones [...] Me faltaba ese feedback con el paciente fundamental, porque al final nuestra profesión no suples por teléfono toda todo lo que quieres transmitirle, la atención que quieres darle, necesitas ese contrato con el paciente. “E2

3.5. INCERTIDUMBRE POR LAS OLAS

La crisis por el covid-19 ha provocado un aumento de la preocupación a nivel general, tanto por parte de su enfermedad, como por la propia pandemia. La incertidumbre es definida según la Teoría de Mishel como “La incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad.” (21) Esta teoría evalúa cuales son las reacciones de las personas ante la enfermedad. Si el evento, en este caso la enfermedad, es evaluado de forma efectiva, ocurre la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de la persona en las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada.

Según algunas enfermeras, en el caso de los pacientes diabéticos ha sido más la incertidumbre generada por la pandemia que por su propia enfermedad. Causándoles a varios de sus pacientes el miedo a no querer acudir al centro o a realizarse las pruebas pertinentes:

“Pero les ha podido mucho más es el miedo al COVID-19 que su propia enfermedad.” E4

*“Entonces para que hayas tenido dos personas que han querido que se les atienda, que hayan venido, que hayan protestado, ... el resto no. Y **han dejado de venir. No quieren venir.** Es que no quieren venir.” E1*

*“hay gente que estaban más o menos bien o no, no es nada, o si, estaré bien, o por eso tengo que llamar, o **a veces gente que minimiza los síntomas, para no tener que venir.**” E3*

La teoría del cuidado de Mishel explica cómo las enfermeras pueden orientar o guiar a las personas a enfocar su evaluación de la situación hacia una oportunidad y, dirigirles hacia estrategias para lograr la adaptación. (21)

No obstante, no ha sido fácil para ellos, el confinamiento domiciliario de tres meses ha supuesto que para muchos pacientes aumente la incertidumbre acerca de su enfermedad sin que las consultas telefónicas hayan podido evitarla por no da respuesta a las cuestiones que se le plantean los pacientes en la consulta presencial, una enfermera señala:

*“Le habías hecho **el seguimiento por teléfono, pero necesitaban venir, necesitan venir, verte que hables con ellos, y claro, incertidumbre de que hace muchos meses que no voy al centro de salud,** me estoy mirando la glucemia en casa, pero necesito que me la miren aquí [...] Necesitan también un **feedback del enfermero para saber qué están haciendo las cosas bien,** que a lo mejor el teléfono no se lo supe [...] Estando en casa, encerrados, les generaba más dudas.” E2*

Esta necesidad de atención directa en el centro de AP también se ha visto reflejada por otra enfermera:

*“¿No queréis vernos? ¿Es que no puedo ir al médico? Es que claro... ¿Pero puedo venir? ¿Me das hora? Son las preguntas. Es decir, no venga, lo veré yo, **y con una visita tratar también de ser lo más resolutivos posible** [...] Intentamos **unificar mucho las visitas.** Decían ah, ¿puedo venir? Pero por supuesto, quiero decir sí, la gente se ha dado una... no sabemos si se piensa, sí de no querer ver pacientes. No, es decir, la gente tiene que entender, o lo que que queríamos entender era que **cuantas menos visitas, menos exposición por parte de ellos y por nosotros como profesionales.** Tratando de ser lo más eficiente posible con visitas mínimas”. E3*

Guiriguet C y Coma en su estudio sobre La Atención Primaria en tiempos de pandemia revelan que el número de visitas no presenciales se aumentó desde el confinamiento domiciliario en un 231% y señalan que “obligado por las circunstancias por fuerza tenía que impactar en nuestros pacientes y en nosotros mismos”.(57)

Por otra parte, en ese mismo artículo se hace referencia a la situación de las personas de mayor edad o extranjeras sobre las que destacan la limitación de acceso que supone para personas mayores con menor habilidad con las tecnologías de la información y la comunicación o con barrera idiomática”. (57) Haciendo que esta situación de las consultas telemáticas aumente la incertidumbre de estos colectivos. Esta limitación es también destacada por una enfermera de nuestro estudio:

*“Pero, por supuesto, **las personas mayores son diferentes**. Y por supuesto entender, que claro **¿Cómo sabrás que tengo si no me ves?**” E3*

Finalmente, tres de las enfermeras señalan que lo que mayor incertidumbre ha generado tanto en los pacientes como en los profesionales sanitarios han sido las diferentes olas que ha habido durante la pandemia. Esta situación de cambios constantes por la pandemia que los ha llevado a una organización continua de las consultas según la tasa de contagios, dificultando así el control de sus pacientes.

No hemos encontrado referencias bibliográficas sobre el tema en concreto, pero estas son algunas de las expresiones en las que hemos podido ver la incertidumbre generada en ellas mismas y que percibían en sus pacientes por las olas:

“Entonces cuando has intentado retomar un poquito para empezar a captar a los pacientes a través de que sí cuando nos volvieran a llamar por teléfono nos volverán a dar citas concertadas o programadas o lo que sea, de repente ha vuelto otra ola. Con lo cual otra vez se nos ha perjudicado.” E1

*“Cuando las medidas restrictivas se relajaban un poco, les decías: ahora os citaré porque veo que no han hecho ningún análisis y un electro durante mucho tiempo, y aprovecharemos el mismo día para hacer las diferentes cosas, y también le veré a usted y a tal. Ah, ¿pero ves pacientes? [...] **parecía que sólo había covid y no había nada más**. Tengo que estar bien, porque no puedo ir al médico, no puedo ir a la enfermera, no puedo ir al centro y tengo que estar bien, y bueno, ya veremos y si ha sido un poco esa sensación.” E3*

*“Hombre ellos al principio **cuando les des-citamos y no tenían nueva cita se sintieron un poco desconcertados.** Una sensación de ¿pero me vas a volver a controlar más tarde? Esa sensación. Pero realmente han seguido bien el control [...] Si, si que has sentido un poco de incertidumbre, un poco de ansiedad en ese sentido, pero han llevado bien el control, por lo general.” E4*

4. RESILIENCIA

Cuando surgió la pandemia, la urgente situación no podía esperar a las demoradas decisiones de gestión sanitaria. Entonces, fue el propio personal de atención primaria quien tuvo que reorganizar el trabajo de sus propios centros y crear circuitos internos para garantizar la protección de los pacientes. Así como los profesionales tuvieron que redistribuirse las cargas de trabajo.

Se ha de tener en especial consideración el entorno de trabajo en que los profesionales sanitarios han tenido que trabajar durante ya más de un año junto con el alto impacto emocional que han tenido de forma continuada y, hacer hincapié, en la capacidad de adaptación y de superación que han tenido. La capacidad humana que muchas y muchas enfermeras han tenido para asumir con flexibilidad la situación límite y sobreponerse a ella.

Por lo que, en este apartado queremos exponer la presión y sobrecarga que han sufrido las enfermeras durante la pandemia y cómo la han gestionado. Tanto de manera individual como trabajando en equipo para así conseguir los resultados más positivos posibles que son, la salud y bienestar de los pacientes junto con las de ellas mismas.

4.1. AFRONTANDO LA PRESIÓN Y SOBRECARGA

Las plantillas de profesionales de la salud, limitadas ya antes de la pandemia, disminuyeron a causa del incremento de las bajas entre el personal sanitario debido al aumento de los contagios y la falta de refuerzos adecuados para cubrir estas bajas. La carga de trabajo de las y los profesionales ausentes recayó en los que quedaron en los centros de salud, ya que se mancaba de profesionales sanitarios sustitutos. Sin embargo, así como en Comunidades Autónomas como Madrid, Cataluña o Castilla y la Mancha, dónde además de esas causas, muchos profesionales de atención primaria tuvieron que acudir a los hospitales para trabajar. Las enfermeras entrevistadas no hacen mención que ocurriese lo mismo en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares ni en la del País Vasco. Sin embargo, a las enfermeras entrevistadas del País Vasco refiere que en su centro de salud se hacían guardias en zona COVID, y los enfermeras no podían realizar sus consultas programadas.

“Date cuenta de que nosotros aquí se hacen guardias que se rota por zona COVID y entonces tú no tienes consultas. Y tienes que “descitar” entonces ha sido un poco problema en ese sentido. Porque claro la falta de personal ha sido más que evidente. Y hemos tenido que trabajar mucho a la tarea... [...] Pero ya te digo, es que el problema es que vamos, ahora, estamos trabajando oleadas y, entonces cuando quieres captar, vuelves a no poder captar, porque hay menos personal, porque están trabajando en zonas COVID, porque, ... Entonces porque muchas veces tienen que salir un profesional desde aquí para reforzar... han tenido que hacerlo así. Entonces igualmente es que ha sido un poco complicado. Porque hemos trabajado ya te digo, a trabajar lo que es indemorable.” E1

Un estudio de la SemFYC junto con las 17 Sociedades de Medicina Familiar de cada comunidad autónoma, realizado en agosto de 2020, mostró que se registró un aumento medio del 32% de la actividad asistencial con respecto al mismo periodo de 2018. (58) Asimismo, uno de los entrevistados señala que el “boom” de pacientes en atención primaria surgió en julio, cuando los pacientes relegaban la preocupación por el covid-19 y volvían a interesarse por el control de su enfermedad crónica, intentando de nuevo obtener atención sanitaria. Los mismos resultados hemos encontrado en un artículo de Amnistía Internacional donde afirman que con el fin del estado de alarma, en la atención primaria se incrementaron de manera progresiva durante el periodo de junio a septiembre de 2020 las demandas de salud retenidas por el confinamiento, y se empezó a caminar hacia el colapso.

“Después del desconfinamiento, un auge de pacientes que no habían dicho nada durante estos 3 meses, o no habían sabido nada de ellos durante estos 3 meses, y que todos se aglomeraron al mismo tiempo... [...] una multitud, junio, julio, que la gente ha estado como, no he tenido nada durante 3 meses y ahora lo tengo todo.” E3

En las Comunidades Autónomas del estado español se invirtió en flujos de demanda para evitar la atención presencial espontánea, que anteriormente era habitual, imponiendo la consulta telefónica para resolver las demandas de los pacientes. (50) Sin embargo, uno de los entrevistados, destaca el aumento de la atención domiciliaria. Hemos encontrado otras coincidencias con esa información en el artículo de Sureda, que refiere “...nunca cesamos la actividad. De hecho, nuestros registros detectan importantes aumentos de atención domiciliaria, principalmente por parte de enfermería”. (59)

*“Hemos notado **un aumento**, además, que no había dicho, de la **atención domiciliaria, el miedo a salir de casa, de quedarse en casa, han aumentado mucho los domicilios, esta fragilidad ha aumentado, y más domicilios.**” E3*

Uno de los motivos de este incremento de presión y sobrecarga del personal sanitario también fue el alto porcentaje de sanitarios que se encontraban de vacaciones. (50)

La encuesta realizada por la AME refleja que más del 90% de las enfermeras participantes refieren tener ansiedad y angustia, y más del 85% tienen estrés. (47)

Los riesgos relacionados con aspectos psicosociales del trabajo que hemos detectado en nuestras entrevistadas son el desgaste profesional, llamado síndrome de burnout, ya que la situación actual ha agravado los niveles medio-altos de “quemazón” ya existentes, por la intensificación de los factores desencadenantes y aumento del agotamiento emocional. Y también se ha visto presente el distrés moral, desencadenado por situaciones donde la enfermera reconoce la acción éticamente apropiada, pero no puede llevarla a cabo por presiones internas o externas. (60)

*“Es esa **sensación de que ya no podemos más. Estamos haciendo todo lo que sabemos y más**, y lo que podemos, y lo que los medios nos dejan, personales y profesionales que tenemos. Y... Es **difícil**, difícil, porque no es fácil para nadie realmente... [...] Y eso es lo que te tira, tira todos los esquemas, que dices, “yo”, **trato de dar lo mejor de mí, y es cierto que todavía hay pacientes que te dicen, ¿ah pero trabajas?**. Pero oye, no son todos, lo que he dicho, **hay gente súper agradecida**, pero por supuesto, lo que pasa, como todo, que **a veces lo negativo nos pesa más que 10 positivos.**” E3*

4.2. TRABAJO EN EQUIPO, UNA HERRAMIENTA CLAVE

Según la RAE un equipo es definido como “grupo de personas organizado para una investigación o servicio determinado”. (61) En la sanidad, en concreto, el trabajo que se realiza es en equipo, donde cada profesional desempeña un rol o un objetivo individual y, a la vez, ese objetivo es indispensable para que entre los demás profesionales conseguir un objetivo principal/común. Distribuyendo el trabajo y asumiendo cada persona sus responsabilidades.

El equipo de coordinación sociosanitaria del sistema sanitario Vasco, Osakidetza, publicó en 2020 un artículo sobre “*Cómo formar equipos efectivos para la atención primaria*” (62) en relación a una publicación de la asociación The King’s Fund “*How to build effective teams in*

general practice, 2020” (63) The King’s Fund es una organización benéfica independiente que trabaja para mejorar la salud y la atención en Inglaterra. En esta guía publicada por ellos habla sobre la formación de equipos eficaces para la atención primaria, se presenta una nueva realidad en la que los nuevos roles, equipos multidisciplinares y la intervención de múltiples agencias se convierten en algunas de las principales características del funcionamiento de la atención primaria. (62)

Según este trabajo los fundamentos para que un equipo sea eficaz son los siguientes, “*objetivos reducidos y de importancia*” tener entre los diferentes profesionales un conjunto de objetivos para que los miembros del equipo compartan responsabilidades, logros y propósitos, “*roles y responsabilidades claras entre los/las integrantes del equipo*” cada profesional tiene que tener claro las actividades a realizar y quien es responsable de completarlas y, por último, “*reflexión sobre cómo trabaja el equipo en conjunto*” el equipo se beneficia al tomarse un tiempo para reflexionar sobre cómo se están haciendo las cosas y como se podría mejorar, independientemente del rol del profesional. (62)

En el caso de la AP la importancia del trabajo en equipo multidisciplinar siempre ha estado presente ya que se tratan pacientes pluripatológicos y que requieren una atención integral. En el confinamiento no ha sido menos y, a las enfermeras entrevistadas la experiencia que han tenido trabajando en equipo ha sido positiva.

*“ha habido **buen trabajo en equipo**, buenos resultados y **nos hemos adaptado bien.**” E2*

*“Es cierto que, que al final **tienes que adaptarte, tienes que innovar, tienes que crear.** Tienes que ser creativo, en los cambios tienes que **buscar soluciones, no problemas**, y tanto mayores como más jóvenes. Todos acuden en la misma dirección, si uno no sabe hacer una cosa, puedes hacer otra, pero **te complementas con esa otra**, y al final **ha sido equipo.**” E3*

*“En general mi experiencia ha sido positiva, positiva porque **hemos sido un gran equipo**, ha habido **mucho compañerismo**, y mucho, **mucho apoyo con los demás.** Y, lo que hemos dicho, si tienes claro qué preguntas tienes que hacer, como qué paciente tienes al otro lado, cómo escuchar al paciente, y saber si bueno, eso, saber si en la última visita que has hecho ha seguido con las pautas que le habías dicho. Sí, ha sido positivo, sin embargo, que también es cierto que se ha extendido un poco el control del paciente diabético que está compensado. Has tenido quizás más tiempo para revisar la historia clínica” E3*

También, hay que destacar la importancia de la comunicación efectiva como parte fundamental entre los diferentes profesionales del equipo de atención primaria. Según el trabajo realizado por el Equipo de Coordinación Sociosanitaria de Osakidetza “Las fórmulas de comunicación pueden fundamentarse en reuniones y en breves y frecuentes intercambios informativos entre los/as profesionales de los equipos multidisciplinares, de forma que se garantice la continuidad de la atención de los/las pacientes”. (62)

Una de las enfermeras entrevistadas nos expuso el caso de cómo se han asesorado al paciente interdisciplinariamente, derivando a los pacientes que necesitaban ser atendidos por otros profesionales para así asegurarse del cuidado de los pacientes, los diabéticos en este caso.

*“... pues gente que no ha hecho ejercicio físico, que se ha hecho vida más sedentaria pues eso le hemos **derivado al fisio** que nos viene una vez a la semana, un SOAF, que les asesora actividad física..... No solo el andar, sino al ejercicio de fuerza, de flexibilidad, equilibrio, ... les habla de los 3 tipos de ejercicios que les conviene y les asesora en qué pueden hacer ellos en casa” E4*

Como en el artículo publicado por *Grupo de Trabajo Guías Clínicas y el Consenso de la Sociedad Española de Diabetes* “La atención y la ETD (Educación terapéutica en diabetes) requieren un equipo interdisciplinar constituido por diferentes profesionales que trabajan de forma interdependiente, que interactúan, que intercambian la información de forma sistemática y que planifican conjuntamente unos objetivos comunes.”. En este trabajo se describen cuales son los requisitos mínimos para el papel de educador del paciente diabético ya sea el profesional médico, enfermera, farmacéutico, dietista-nutricionista, psicólogo, podólogo, asesor en educación física, trabajador social o paciente experto. (64)

CONCLUSIÓN

La atención y cuidado de los pacientes diabéticos tipo II mediante la Telesalud durante el confinamiento ha sido un reto. La pandemia que comenzó a finales del 2019 para muchos ha sido como un tsunami que marcará un antes y un después. Ya que ha dejado al descubierto el miedo que se genera en el ser humano ante una situación desconocida y la vulnerabilidad de las personas. Por otra parte, ha evidenciado las fortalezas y vulnerabilidades de nuestro sistema sanitario, haciéndonos recapacitar sobre la necesidad un cambio.

Las restricciones impuestas a los centros de salud debidas a la pandemia han afectado la accesibilidad del paciente diabético a los centros de Atención Primaria y, por consiguiente, a su correcto control por parte de enfermería.

Se ha evidenciado la importancia de fomentar el rol activo del paciente, autónomo y comprometido, instruyéndole y motivándole en el autocuidado. A corto plazo no se han visto afectaciones relevantes derivadas de la pandemia, pero a largo plazo se cree que habrá.

Parece que, una buena planificación en la que se combinen controles presenciales y telefónicos será una estrategia eficaz para el cuidado de los pacientes diabéticos.

En los pacientes de mediana edad bien controlados, que tienen un mayor conocimiento de las nuevas tecnologías, la teleasistencia parece ser una herramienta muy resolutiva que permitiría ahorrar tiempo y recursos sanitarios. Sin embargo, hoy en día, los pacientes con Diabetes Mellitus de edad avanzada tienen limitaciones en el manejo de la telesalud y, esto puede disminuir su eficacia. También queremos destacar la delicada aplicación de estos métodos en los pacientes domiciliarios.

La telesalud parece ser una buena herramienta de trabajo, si se hace un correcto uso de ella, cuando no es así el trabajo puede resultar insatisfactorio. La falta de contacto es una carencia significativa y, que a algunos pacientes les genera sentimientos de abandono y pérdida de control, lo cual pone de manifiesto la necesidad de un contacto visual, físico... difícil de suplir a través de un teléfono.

La incertidumbre que se ha manifestado constantemente en la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2. Parece generada principalmente por el miedo al contagio por covid- 19. Sin embargo, cuando en junio el virus dejó de estar tan presente, la incertidumbre parece estar causada por la falta de control de su propia enfermedad. Esta situación genera la demanda de las consultas y puede aumentar la carga de trabajo de las enfermeras durante ese período.

En todo este proceso las enfermeras han referido sentimientos de ansiedad y angustia. El burnout, ya presente antes de la pandemia, puede agravar en situaciones donde se hacía presente el distrés moral. El trabajo en equipo ha sido una de las estrategias para afrontar estos sentimientos. Compartir responsabilidades y objetivos claros, ayudarse en distintas tareas, así como establecer una comunidad efectiva entre los profesionales ha sido clave. Aún más, al tratarse del abordaje de enfermedades como la diabetes tipo 2, que requieren una atención integral y multidisciplinar.

Como cierre final a estas conclusiones, nos mostramos satisfechas del esfuerzo y vocación que hemos percibido en enfermeras que, aparte de tener que lidiar con los contagios de la pandemia, han dedicado el máximo esfuerzo para lograr la continuidad del control de los pacientes diabéticos. Nos orgullece haber podido aprender mediante las experiencias de las entrevistadas la importancia de ser resolutivas ante las adversidades que se nos presentaran en un futuro en nuestro trabajo, intentando sacar siempre la mejor solución, priorizando la salud de nuestros pacientes y el propio bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, Del Cura-González I. Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2019;93:1–15. Available from: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201909082.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes [Internet]. organizacion mundial de la salud. 2021. p. 1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de las personas con diabetes durante la pandemia de Covid-19. *Iris Paho* [Internet]. 2020;8. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52382>
4. Fundación redGDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS [Internet]. 2018. 1–261 p. Available from: http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/guia_enfermeria_redgdps_diabetes_tipo_2.pdf
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2018;3(2):71–6. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=31DF68FBE0F70BBDBCBF2612DDF08D79?sequence=1
6. España epidemiología. 2016;122–3. Available from: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/esp_es.pdf?ua=1
7. Práctica G De, Gpc C. Diabetes mellitus tipo 2. Guía de práctica clínica (GPC). Edición Gen Dir Nac Normatización – MSP [Internet]. 2017;1–87. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
8. Díez Espino J. Diagnóstico y control de la diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria* [Internet]. 2010;42:2–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-diagnostico-control-diabetes-mellitus-tipo-S0212656710700020>
9. Bayón Cabeza M, Pérez Rivas FJ, Zamora Sarabia AL, de las Heras Mosteiro J, Becerril Rojas B, Rodríguez Barrientos R. Diabetic patient control in Primary Care: Influence of service portfolio and other factors. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;52(9):617–26. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.015>
10. Bravo JJM. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *Debate* [Internet]. 1998;59. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359301739317>
11. Tirado RA del C, López JAF, Tirado FJ del C. Guía de práctica clínica en el pie diabético. *Arch Med* [Internet]. 2014;10(1):1–17. Available from: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>
12. Fundación redGDPS. Guia Enfermeria Redgdps Diabetes Tipo 2 [Internet]. 2011. p. 130. Available from: http://redgdps.org/gestor/upload/file/guia_enfermeria_redgdps_diabetes_tipo_2.pdf

13. Ministerio de Sanidad C y BS. Cartera de servicios comunes de atención primaria [Internet]. Gobierno de España. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 53a Asam Mund la Salud Inf la Secetaría [Internet]. 2000;7. Available from: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/se42.pdf
15. Mendinueta Marin DA, Valderrama-Cadavid ZA, Trout-Guardiola G, Paredes Bermúdez M. Enfoque de enfermería en la atención primaria de diabetes y corazón como herramienta fundamental para la prevención, cuidado y promoción. Duazary [Internet]. 2017;14(1):79. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1738/1225>
16. Santamera AS, Cadena DY. Revisión De Intervenciones En Atención Primaria Para Mejorar El Control De Las Enfermedades Crónicas [Internet]. 2003. 68 p. Available from: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-318b242750>
17. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. 2014 Jan;24(1):79–89.
18. Enfermería C asociacion andaluza de. Guía de atención enfermera a personas con diabetes [Internet]. (ASANEC) AA de EC, editor. 2554. Available from: <https://www.asanec.es/bibliografias/GUIA DIABETES-OK red2b.pdf>
19. Egea A, Romero E. Guía básica de enfermería para personas con diabetes en atención primaria [Internet]. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. 2014. 59–65 p. Available from: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_Basica_Enfermeria_Diabetes.pdf
20. Aristizábal G, Blanco M, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Revista Enfermería Universitaria. Enferm Univ [Internet]. 2011;8(4):16–23. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf>
21. Trejo Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Rev Enfermería Neurológica [Internet]. 2012;11(1):34–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
22. INE. instituto nacional de estadística. Notas de prensa [Internet]. 2018;2018:1–20. Available from: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf
23. Márquez Velásquez JR. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2020;35(Supl. 1):5–16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v35s1/0120-9957-rcg-35-s1-00005.pdf>
24. Gadzinski AJ, Andino JJ, Odisho AY, Watts KL, Gore JL, Ellimoottil C, et al. Telemedicine and eConsults for Hospitalized Patients During COVID-19 [Internet]. urology. 2020. p. 1. Available from: [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(20\)30419-2/fulltext](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(20)30419-2/fulltext)
25. Zhai YK, Zhu WJ, Cai YL, Sun DX, Zhao J. Clinical- and cost-effectiveness of telemedicine in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. Med (United States) [Internet]. 2014;93(28):e312. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4603080/pdf/medi-93-e312.pdf>
26. Ashrafzadeh S, Hamdy O. Patient-Driven Diabetes Care of the Future in the Technology Era. Cell Metab [Internet]. 2019;29(3):564–75. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.cmet.2018.09.005>

27. Grado TFINDE. El Uso De Las Tecnologías De La Información Y Comunicación (Tic) En Enfermería Alternatives To the Face-To-Face Consultation Related To the Use of Information and Communication Technologies (Ict) in Nursing. 2019;1–37. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16487/GomezFrancesSandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Eguia H, Vinciarelli F, Mu RLV. Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria. 2020;(January). Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/33239153/>
29. Greenhalgh T, Vijayaraghavan S, Wherton J, Shaw S, Byrne E, Campbell-Richards D, et al. Virtual online consultations: Advantages and limitations (VOCAL) study. *BMJ Open*. 2016;6(1).
30. UK government. Personalised health and care 2020: a framework for action [Internet]. UK government. 2014. p. 1. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/personalised-health-and-care-2020/using-data-and-technology-to-transform-outcomes-for-patients-and-citizens>
31. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. *Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. 2014;224.
32. Cedeño-Holguin DM, Macias-Alvia AM, Batista-Ramírez R, Mejía-Valdez Y. Rol del profesional de enfermería en la educación para el autocuidado en pacientes con diabetes tipo II. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida* [Internet]. 2020;4(7):118. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407739>
33. Carme Batalla Martinez JGB y JMR. ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? 2020;52(2). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-y-atencion-primaria-durante-pandemia-S0212656720302894>
34. Guillem FC. La prevención y la promoción de la salud en tiempos de cambio. 2020;52:6–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-prevencion-promocion-salud-tiempos-S0212656720302870?referer=buscador>
35. Pilar Martín-Carrillo Domínguez, María Martín-Rabadán Muroa, Jesús González-Lamaa, Esperanza Romero-Rodríguez, Luis Ángel Pérula de Torres FCG. Análisis de la situación, evaluación y propuestas de mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). 2020;52:12. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis-situacion-evaluacion-propuestas-mejora-S021265672030281X>
36. Arroyo de la Rosa A, Casado Medina MÁ, Fernández García M, Gutiérrez Pérez I, Ortega del Moral A, Martín Álvarez R, et al. Fase de transición de la pandemia por Sars-Cov-2 en Atención Primaria. *La semFYC en tiempos COVID-19 - semFYC* [Internet]. 2020;44–50. Available from: <https://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/la-semfyec-en-tiempos-de-covid-19/>
37. Paris AS. La diabetes Mellitus: una enfermedad silente que se debe prevenir. *J Diabetes Res* [Internet]. 2017;2017:24–5. Available from: <https://www.renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/488/261>
38. Millaruelo Trillo JM, Sangros González J, Remiro Serrano F. ¿La diabetes tipo 2 debería diagnosticarse y tratarse como una enfermedad cardiovascular? *MEDIFAM - Rev Med Fam y Comunitaria* [Internet]. 2002;12(8):508–14. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n8/hablemos.pdf>
39. Pérez-Rodríguez A. Algunas consideraciones sobre la diabetes y su control en el nivel primario

- de la salud. Medisan [Internet]. 2014;19(3):375–90. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300011
40. Bellido V, Pérez A. Consecuencias de la COVID-19 sobre las personas con diabetes. Endocrinol Diabetes y Nutr [Internet]. 2020;67(6):355–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-consecuencias-covid-19-sobre-personas-con-S253001642030104X>
 41. Sorayda R, Gualoto R, Margarita N, Trebols P, Fernando P, Samaniego C, et al. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUSTIPO 2. 2021;6(1):47–50. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1022/948>
 42. federacion española de diabetes. El valor de las asociaciones y su papel en el Sistema Sanitario. Available from: <https://fedesp.es/wp-content/uploads/2020/12/Informe-FEDE-El-valor-de-las-asociaciones.pdf>
 43. vademecum. La enfermería de atención primaria lidera el autocuidado y empoderamiento del paciente crónico [Internet]. vademecum. 2020. p. 1. Available from: https://www.vademecum.es/noticia-201218-la-enfermer+iacute+a+de+atenci+oacute+n+primaria+lidera+el+autocuidado+y+empoderami+ento+del+paciente+cr+oacute+nico_14917
 44. Murillo DA, Palacio EF del, Morillo EV. Cuidados al paciente crónico y gestión de casos en enfermería [Internet]. Available from: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490522196.pdf>
 45. Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria. Guía de consulta rápida en Diabetes-anciano-n.pdf. Available from: <https://gestion.portalbiesa.com/gestio/arxiu/imatgesbutlleti/Consulta-rapida-Diabetes-anciano-n.pdf>
 46. Redacción medica. Telemedicina en diabetes, un sistema coste-efectivo que requiere formación [Internet]. Redacción medica. 2020. p. 1. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/tecnologia/telemedicina-en-diabetes-un-sistema-coste-efectivo-que-requiere-formacion-3208>
 47. Orna AG, Casta VB, Abasolo U, Fern E, Monreal RM, Bandr O, et al. Consulta telemática en diabetes Índice de contenidos. Available from: <http://www.sedyne.es/wp-content/uploads/2020/10/2020-ManualConsultaTelematica.pdf>
 48. García Javier, Hormigo Antonio SN. Protocolo Tele-Consulta Paciente con diabetes tipo 2 Introducción Objetivos Ámbito de uso. 2013; Available from: <https://www.redgdps.org/gestor/upload/2020/Protocolo Teleconsulta.pdf>
 49. Abad H, Acosta J, Acosta W, Ayala A, Chávez R, Carrillo D, et al. Recomendaciones sobre el manejo de diabetes mellitus durante la pandemia COVID. 2020;1–26. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/RECOMENDACIONES-DIABETES-Y-COVID19.pdf>
 50. Amnistia internacion España. LA OTRA PANDEMIA ENTRE EL ABANDONO Y EL DESMANTELAMIENTO: EL DERECHO A LA SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA EN ESPAÑA. 2021;89. Available from: https://d3cra5ec8gdi8w.cloudfront.net/uploads/documentos/2021/02/24/_laotrapandemiaamnistainternacional_2078e4dc.pdf
 51. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, PastorHernández N, SanchezLuque U, Morrison D, NarejosPérez

- S, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;52(6):418–22. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-telemedicine-in-face-covid-19-pandemic-S0212656720301268?referer=buscador>
52. Instituto nacional estadística. Población que usa Internet. Tipo de actividades realizadas por Internet. 2020;1–8. Available from: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
 53. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares 2020. 2020; Available from: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t25/p450/base_2011/a2020/10/&file=08035.px
 54. Instituto Nacional de Estadística. 1Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares 2020. Available from: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t25/p450/base_2011/a2020/10/&file=08035.px
 55. Gálvez. M, (POP) D, Rueda. Y, (Nephila) S-D, Gomariz. V, (Nephila) IS. Estudio del impacto de Covid-19 en las personas con enfermedad crónica. Available from: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf
 56. Ministerio de sanidad España. Guía de actuación para personas con condiciones de salud crónicas y personas mayores en situación de confinamiento. Estado Alarm por COVID-19 [Internet]. 2020;1:22. Available from: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/CRONICOS20200403.pdf>
 57. Capdevila CG, Redon EC. La Atención Primaria en tiempos de pandemia. 2021;17(3):122–3. Available from: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2903
 58. SEMFYC. Encuesta de la SEMFYC [Internet]. SEMFYC. 2020. p. 1. Available from: <https://www.semfyc.es/la-semfyc-junto-con-las-17-sociedades-de-medicina-familiar-de-cada-comunidad-autonoma-reclaman-negociacion-frente-al-real-decreto-de-contratacion-de-profesionales-sin-especialidad/>
 59. Lauzirika N. “La pandemia está mostrando la necesidad de una nueva estructura organizativa en AP” [Internet]. *El medico interactivo*. 2021. p. 1. Available from: <https://elmedicointeractivo.com/la-pandemia-esta-mostrando-la-necesidad-de-una-nueva-estructura-organizativa-en-ap/>
 60. Salus play. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LA COVID-19 [Internet]. Available from: <https://www.salusplay.com/apuntes/enfermedades-infecciosas/tema-10-actuacion-en-atencion-primaria-ante-la-covid-19>
 61. RAE. Diccionario de la lengua española [Internet]. Available from: <https://dle.rae.es/equipo>
 62. Equipo de Coordinación Sociosanitaria. Cómo formar equipos eficaces para la atención primaria (2020) [Internet]. *Osakidetza*. 2020. p. 1. Available from: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/noticia/2020/como-formar-equipos-eficaces-para-la-atencion-primaria-2020/ab84-oskcon/es/>
 63. Price BBTBKCAHC. How to build effective teams in general practice [Internet]. *The king’s fund*. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/publications/effective-teams-general-practice?gclid=Cj0KCQjwx7zzBRCcARIsABPRscNIEggaZ3X5tb31pRWmfOrzP5looQ17ryqJyMerZ_dvEpzWXeNQif4aAqLzEALw_wcB

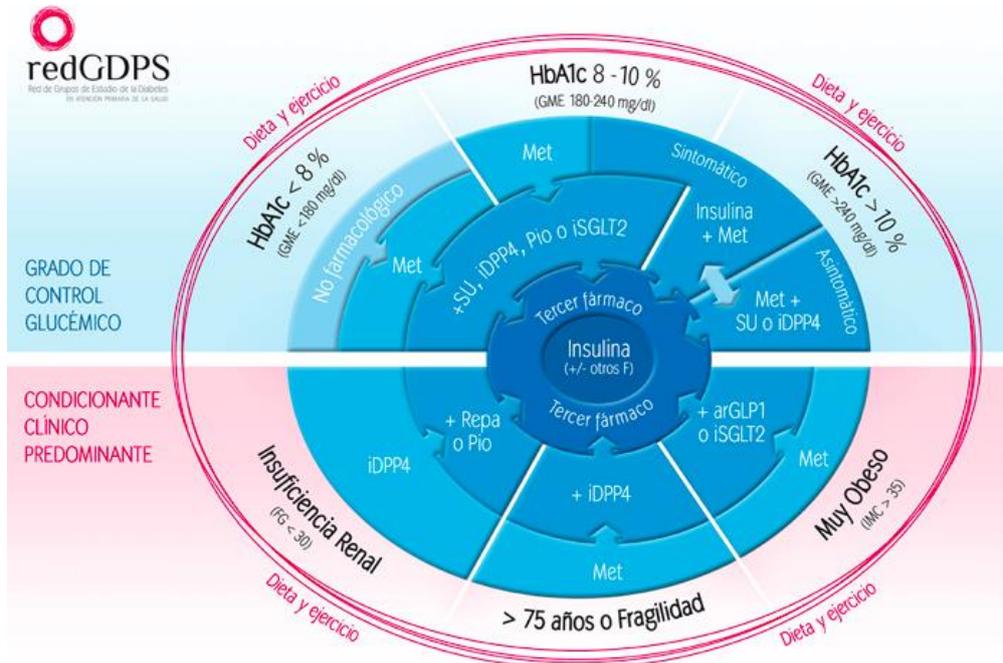
64. Clave P. Professional profile of the diabetic patient educator. Av en Diabetol [Internet]. 2012;28(2):38–47. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-perfil-profesional-del-educador-pacientes-S1134323012000427>

ANEXOS

- ANEXO 1: Tabla controles paciente diabético

Actividad/Frecuencia	Inicial	3 meses	6 meses	Anual
Sintomas hiperglucemia	X	X		
Sintomas hipoglucemia		X		
Sintomas complicaciones	X			X
Cumplimiento de dieta y ejercicio		X		
Cumplimiento farmacológico		X		
Consumo alcohol y tabaco	X	X		
Análisis de sangre		X		
Intervención educativa	X	X		
Peso y presión arterial	X	X		
Exploración pies	X			X
Fondo de ojo	X			X
Hemoglobina glucosilada	X		X	
Perfil lipídico	X		X	
Filtrado glomerular	X			X
Albuminuria	X			X
Electrocardiograma	X			X
Vacunación				X

- ANEXO 2: algoritmo de manejo terapéutico individualizado de la diabetes tipo 2



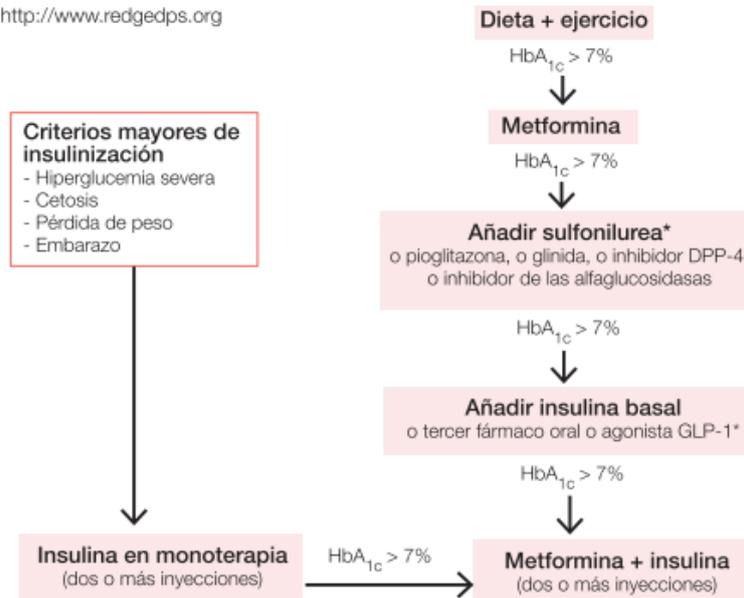
Algoritmo de manejo terapéutico de la diabetes de la redGDPS
(Alemán JJ, 2014)

arGLP1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; F: fármacos; FG: filtrado glomerular;
GME: glucemia media estimada; iDPP4: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4; IMC: índice de masa corporal;
iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina;
Pio: pioglitazona; Repa: repaglinida; SU: sulfonilureas.

• **ANEXO 3: Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 12: RedGEDPS**

Figura 1. Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. RedGEDPS 2009

Disponible en <http://www.redgedps.org>



• **ANEXO 4: Efectos esperados de los tratamientos de la diabetes mellitus tipo 2, ventajas y desventajas de RedGEDPS**

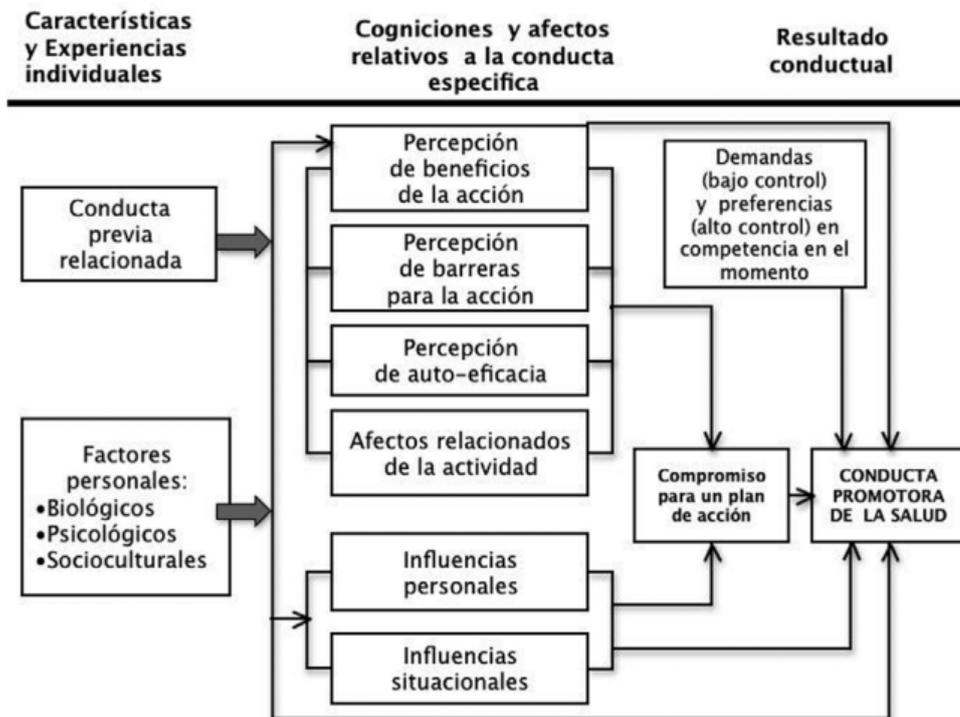
Tabla 1. Efectos esperados de los tratamientos de la diabetes mellitus tipo 2, ventajas y desventajas.

Intervención	Disminución % de HbA _{1c}	Ventajas	Desventajas
Estilo de vida Peso/actividad física	1-2	Bajo coste Muchos beneficios Peso neutro. Barato	Pierde efectividad con el tiempo
Metformina	1,5-2	Efectos cardiovasculares positivos	Efectos gastrointestinales
Sulfonilureas	1,5-2	Barato	Aumento de peso; hipoglucemias
Insulina	1,5-3,5	Sin límite en la dosis	Aumento de peso; hipoglucemia; inyectable
Glitazonas	1-1,5	Mejora el perfil lipídico	Retención de líquidos Fracturas óseas. Caro
Inhibidor de las alfa-glucosidasas	0,5-1	Peso neutro	Efectos gastrointestinales; 3 veces/día
Glinidas	Repaglinida: 1-1,5 Nateglinida: 0,5-1	Duración corta	Caro; 3 veces/día
Inhibidores de la enzima DPP-4	0,5-0,9	Peso neutro	Infección respiratoria Cefaleas; caro No se dispone de estudios de seguridad a largo plazo
Análogos al GLP-1	0,8-1	Disminución del peso	Inyectable 2 veces/día; caro Efectos gastrointestinales Pancreatitis

- **ANEXO 5: TIPOS DE INSULINA Y SU MECANISMO DE ACCIÓN**

INSULINA				INICIO	PICO	DURACION
Prandiales	Análogos rápida	Aspart	Accion rápida	5-10 min	1h	3-5h
			Original	10-15 min	1-2h	3-5h
		Listpro	U 100			
			U 200			
	Glulisina					
Rápida (regular)				30 min	2-4h	6h
Basales	Intermedias	NPH		1-2h	4-8h	12h
	Prolongadas	Detemir		1-2h	Sin pico	16-20h
		Glargina	U 100	1-2h	Sin pico	20-24h
			U 300	1-2h	Sin pico	36h
		Degludec		30- 90min	Sin pico	42h
Mezclas	Rápida + NPH			30 min	Doble	12h
	Aspart + NPA			10-15 min	Doble	12h
	Lispro + NPL			10-15 min	Doble	12h

• **ANEXO 6: TEORÍA DE NOLA PENDER**



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stieповich JB²¹

• **Anexo 7: Cronograma**

	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Asignación tutor del trabajo										
Primera tutoría y asignación del tema del trabajo										
Búsqueda bibliográfica										
Definir los objetivos										
Entrega justificación del trabajo										
Planteamiento del diseño y elaboración del index										
Elaboración del marco teórico y la metodología										
Realización de las entrevistas										
Transcripción de las entrevistas										
Análisis de la información y de los resultados										
Entrega del trabajo definitivo										
Defensa del trabajo ante el tribunal										

- **Anexo 8: Guía de entrevista semiestructurada**

1. ¿Podría describir como es el lugar de trabajo habitualmente? ¿Cómo ha cambiado ese lugar de trabajo ahora con el confinamiento?
2. ¿Cuál es el perfil de paciente diabético que suele acudir a tu consulta habitualmente?
3. ¿Qué medios se han utilizado para el control de la diabetes durante el confinamiento? ¿Crees que han sido suficientes?
4. ¿Cómo valorarías en general la adaptación de las enfermeras a estos nuevos métodos de trabajo?
5. ¿Cuáles han sido los cambios más relevantes y la periodicidad en los controles de los pacientes diabéticos? (Ex.: Exploración pie) ¿Valoras que hayan sido suficientes para el buen control?
6. Estamos trabajando con la teoría de la incertidumbre de Mishel ¿Por parte de los pacientes has notado más incertidumbre respecto a la enfermedad? ¿Cómo la has abordado?
7. ¿Cómo crees que se han sentido los pacientes con el control mediante la tele salud? ¿han manifestado miedos, sentimientos de abandono por parte del sistema?
8. ¿Cómo enfermera de Atención Primaria durante el confinamiento, cómo han sido tus sentimientos delante de la problemática del control de la diabetes durante el confinamiento mediante la tele salud?
9. Otra de la teoría con la que estamos trabajando es la teoría de la promoción de la salud de Nola Pender ¿Cuáles han sido vuestros métodos de promoción de la salud durante el confinamiento?
10. ¿Crees que habéis conseguido que los pacientes sean responsables en el autocuidado para lograr el correcto control de su enfermedad?
11. ¿Crees que algunos pacientes con síntomas de complicaciones no han recurrido al centro sanitario en busca de ayuda por miedo a la situación actual?
12. ¿Qué aspectos positivos has podido percibir en la tele salud? ¿Y negativos?
13. ¿Qué repercusiones crees que tendrá / ha tenido a corto plazo este cambio en el control de la diabetes tipo 2? ¿Y a largo plazo?
14. Para terminar, ¿Cómo ha sido tu experiencia en general durante el confinamiento en el control de los pacientes diabéticos? ¿Te gustaría compartir con nosotras alguna anécdota o historia especial que haya pasado durante el confinamiento con algún paciente diabético?

- **Anexo 9: Consentimiento informado**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento informado es explicar a los participantes a cerca de la naturaleza del trabajo, así como el rol que desempeñaran en él de una forma clara.

La investigación ha sido llevada a cabo por Alba Moreno Obrador y Leire Cebrián Conde, estudiantes del Grado de Enfermería de la *Universitat Rovira i Virgili* de Tarragona. La finalidad de este estudio es conocer la experiencia percibida por las enfermeras de atención primaria en el control de los pacientes diabéticos en estado de confinamiento; asimismo, la información es también recogida con la intención de ayudar en un futuro al avance de implementaciones para mejorar la calidad asistencial de los pacientes y su entorno, utilizando los medios más oportunos.

Será informado en todo momento de los resultados que se obtengan y con ello poder aplicar los conocimientos a un perfeccionamiento en su trabajo y en la calidad asistencial que proporciona.

En caso de aceptar participar en la investigación, tiene el derecho a no contestar alguna pregunta o suspender la entrevista en cualquier momento, sin explicar el motivo. La entrevista se realizará en un tiempo mínimo de 30 minutos y un máximo de 1 hora. La entrevista será grabada y posteriormente transcrita de forma literal. Las vivencias personales relatadas por la participante serán analizadas por las autoras del trabajo.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y sin ningún otro fin que no sea la realización de esta investigación, protegidos bajo la Ley 14/2007 del 3 julio, Ley de Protección de datos de carácter personal. En ningún caso se harán públicos sus datos personales y los entrevistados se identificarán de la siguiente manera: E1, E2, E3, E4.

Si en cualquier momento le surgen dudas relacionadas con el estudio, no dude en contactar con alguna de nosotras en el siguiente número de contacto: 634540130 o 647226733 estaremos a su disposición para que tenga un buen entendimiento del estudio.

Yo, _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación llevada a cabo por Leire Cebrián Conde y Alba Moreno Obrador.

Agradecemos su participación en nuestro trabajo de investigación.

Firma del participante

Firma de la investigadora

Firma de la investigadora