



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: PERTINENCIA DE IMPLANTAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPEÚTICA DIRIGIDO A PACIENTES DIABÉTICOS.

Alumno: Meseguer Guerrero, Javier

Tutor: Macia Soler, María Loreto

Máster Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2018-2019

“Un hombre sin estudios, es un ser incompleto.”

Simón Bolívar

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no es sólo un proyecto de investigación es un trabajo constante de esfuerzo y progreso con el objetivo de conseguir una mejor educación diabetológica y un correcto manejo de la enfermedad en aquellos pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II.

Agradecer en particular a la directora de este trabajo, Dña. María Loreto Macía Soler, por el interés mostrado, orientación y colaboración en todo momento.

A mis amigos y familia que han estado involucrados en toda mi trayectoria profesional.

A toda aquella persona que, en momentos de agobio, estuvo ahí apoyándome, y por insignificante que parezca, fue y es importante.

A mis yayos, por ser la pieza fundamental en mi vida.

Y no me puedo olvidar de los titulares de mi vida, mis padres y mi hermano, por proporcionarme la mejor educación y lecciones de vida, enseñándome que con esfuerzo y trabajo todo se consigue, por todo ello, gracias.

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES.....	1
2. OBJETIVOS	6
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. METODOLOGÍA.....	6
3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	7
3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	7
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	7
3.4. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS	7
3.5. ANALISIS DE DATOS	8
4. PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCATIVO	9
4.1. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	9
4.2. ASPECTOS ÉTICOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	10
5. DISCUSIÓN.....	14
6. BIBLIOGRAFÍA.....	17
7. ANEXOS.....	21
7.1. ANEXO I.....	21
7.2. ANEXO II.....	27
7.3. ANEXO III.....	28
7.4. ANEXO IV	30

FIGURAS

Figura 1: Esquema del programa educativo diabetológico a implantar 9

TABLAS

Tabla 1: Intervenciones y actividades NIC 4

Tabla 2: Cronograma de trabajo..... 8

Tabla 3: Programa Diabetológico "Convivir con DM II" 11

Tabla 4: Programa Diabetológico "Controla tu vida, controla tu enfermedad" .. 12

Tabla 5: Programa Diabetológico "Una vida activa para una vida saludable" .. 13

GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolución de la prevalencia de Diabetes en España 1



RESUMEN

La diabetes mellitus tipo II es una patología crónica caracterizada por una hiperglucemia con una elevada prevalencia entre la población, asociada a estilos de vida poco saludables, obesidad y otras patologías asociadas.

El personal de enfermería del Centro de Atención Primaria (CAP), se encarga tanto de la prevención como del seguimiento del paciente en la etapa de la enfermedad a través de programas de educación terapéutica. Para implantar un programa de estas características es importante analizar su idoneidad de manera que resulte efectivo para la población y además con un coste adecuado.

El objetivo de estudio es conocer la tasa de frecuentación de pacientes diabéticos en un Centro de Salud de la Región de Murcia respecto a los estándares nacionales, e implantar si es pertinente, un programa de educación diabetológica para pacientes con esta patología, mejorando, por tanto, la propia enfermedad.

El diseño del programa de acuerdo a la literatura reciente constara de 3 sesiones informativas usando diferentes recursos materiales incluyendo en estos, el cuestionario ECODI, un tríptico explicativo de la patología a tratar y un cuestionario de opinión y satisfacción acerca de las sesiones que se pasara a la población diana a través de la consulta de enfermería del CAP. Se evaluará la frecuentación pre y post intervención y transcurridos los 3 primeros meses, se decidirá su implementación definitiva analizando además el coste-efectividad.

Palabras clave: diabetes mellitus, tratamiento, atención primaria, educación sanitaria y relación terapéutica.

ABSTRACT

Type II diabetes mellitus is a chronic disease characterised by a hyperglycaemia with a raised prevalence among the population, associated to unhealthy lifestyles, obesity and other associated diseases.

The nursing staff from the Primary Healthcare Centre (PHC), is responsible for both prevention and monitoring of the patient in the stage of the disease through therapeutic education programs. To implement a program of these characteristics it is important to analyze its suitability so that it is effective for the population and also with an adequate cost.

The study objective is to know the attendance rate of diabetic patients in a Health Clinic of the Region of Murcia with respect to the national standards, and to institute a programme of diabetological education for patients with this disease, improving, therefore, the illness itself.

The design of the program according to the recent literature will consist of 3 informative sessions using different material resources including in these, the ECODI questionnaire, an explanatory triptych of the pathology to be treated and a questionnaire of opinion and satisfaction about the sessions that will be passed to the target population through the nursing consultation of the CAP. The pre and post-intervention frequency will be evaluated and after the first 3 months, its final implementation will be decided, also analyzing the cost-effectiveness.

Key words: diabetes mellitus, treatment, primary healthcare, health education y therapeutic relationship.

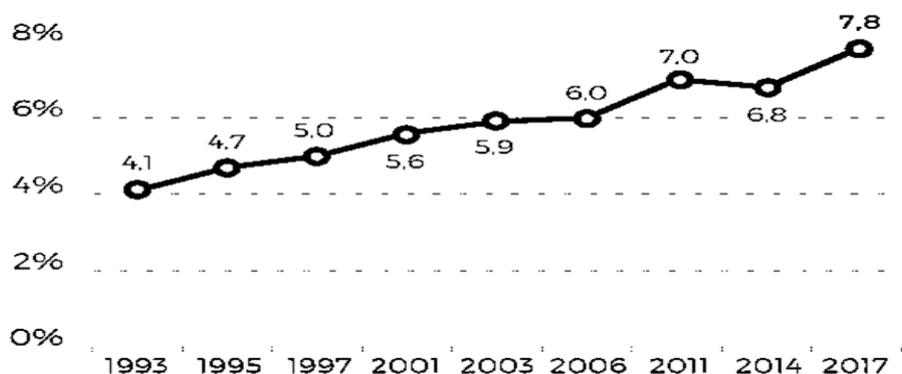
1. INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES

La diabetes mellitus tipo II (DM II) es una enfermedad crónica caracterizada por una hiperglucemia, debido a un deterioro absoluto o relativo de la secreción de la insulina o de la acción de esta, o de ambas¹.

Esto supone un problema de Salud Pública en aumento por todo el mundo, siendo esta patología uno de los principales factores desencadenante para el desarrollo de enfermedades concomitantes que aumentan la comorbilidad, afectando a quien lo padece con enfermedades metabólicas y sistémicas, existiendo un aumento más prolongado en el número de personas afectadas^{1,2}.

Datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ y concretamente en la Encuesta Nacional de Salud⁴ (Gráfico 1) y en coincidencia con el artículo publicado por Cho et al⁵ en el año 2018, la prevalencia de afectados por esta enfermedad aumenta cada año considerablemente, observándose como casi se ha duplicado la cuantía entre 1993 (4,1%) y en 2017 (7,8%). Estas cifras estiman que, en 2015, la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes en el mundo, mientras que 2,2 millones de muertes se le atribuyen a la hiperglucemia en 2012. Por consiguiente y valorando cifras recogidas, y según proyecciones de la OMS, esta enfermedad será la séptima causa de mortalidad en 2030. En el gráfico 1, se presentan datos relacionados con la mencionada evolución.

Gráfico 1: *Evolución de la prevalencia de Diabetes en España*



Fuente: *Encuesta Nacional de Salud en España 2017*^{4,6} (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e INE).

Con el paso del tiempo, los factores asociados a la DM II pueden dañar no solo el sistema cardiovascular, sino también afectar a la visión el sistema cardiovascular y la circulación periférica o los nervios periféricos, causando diversas complicaciones, originando episodios sintomáticos graves e irreversibles para quien la padece. Se produce una estimación descendente en el que la esperanza de vida en pacientes diabéticos se reduce entre 5 y 10 años⁷.

Por tanto y en relación a las complicaciones posibles de la DM II, según publicaciones de la OMS (2016)³, la diabetes se engloba dentro de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario, percutiendo la mortalidad en personas menores de 70 años y en países de ingresos medios y bajos.

Esto supone un riesgo para esta población incidiendo en la necesidad de un mejor manejo de la misma. Para ello, es necesario conocer sus factores de riesgo predisponentes y tener en cuenta sus complicaciones.

En España se han realizado diversos estudios para comprobar la eficacia y la relación existente entre el paciente y el profesional sanitario y el manejo de la propia enfermedad. Concretamente, el estudio Dawn2 en 2015, da a conocer la unión efectiva existente entre ambos, lo que implica a un buen control del manejo del tratamiento terapéutico, poniendo en práctica los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias incorporando el autocuidado como forma de vida⁸.

Respecto a la etiología, parece que se asocia a personas con sobrepeso, edad avanzada, sedentarias, con estilos de vida poco saludables e incluso a factores genéticos familiares⁹.

Son numerosos los pacientes que frecuentan los diferentes servicios sanitarios de la Región de Murcia y en concreto los centros de salud. Una de las razones de esta frecuentación, puede ser la falta de conocimiento que hay sobre la enfermedad y su manejo, concretamente el 64,3% de la población desconoce la concentración normal de glucemia, mientras que, por otro lado, el 89,4% no tiene consciencia de cómo realizar intercambios de alimentos en la dieta; y el 44,9% restante, ignora la importancia del cuidado de los pies en esta enfermedad, teniendo una repercusión considerable por los daños futuros que puede generar¹⁰.

La DM II no solo es un problema para la salud sino también es un gasto sanitario importante, el hecho repetitivo de visitas a los centros asistenciales para consultas, tratamiento y manejo de la enfermedad, ocasiona en el sistema sanitario español cifras elevadas en relación a estas visitas, llegando en numerosas ocasiones, a no realizar un buen uso del centro asistencial al que acudir debido a una frecuencia superior a la prevista. Datos recogidos en la UE, el coste medio por paciente según Vázquez¹¹ a causa de la DM II oscila en torno a los 2.384 € al año, de los cuales, los ingresos y hospitalizaciones, supondrían la mitad del total, con una media de 23 días al año de ingresos.

Según García-Soidán¹², concretamente el 59,9% de los pacientes diagnosticados de DM II afirman visitar al médico de atención primaria al menos una vez al mes en comparación con el resto de población no diagnosticada por esta enfermedad o el resto de enfermos crónicos. El motivo de estas visitas está asociado a un seguimiento más exhaustivo por dificultades de controlar la enfermedad de forma autónoma.

En el último año el 16.8% finalmente han sido hospitalizados, por no haber conseguido una estabilización de su enfermedad a nivel ambulatorio. Además, el 89.9% de estos pacientes refieren haber aumentado el consumo de fármacos en los últimos 14 días previos al ingreso.

Esto supone, que el uso de recursos sanitarios de las personas que padecen esta enfermedad puede producir un impacto económico significativo para el sistema sanitario. En España, el coste sanitario de la DM oscila entre un 7-13% del gasto total, lo que supuso en 2013 un 10,8% del gasto mundial. Son cifras que repercuten en nuestra población a un mayor coste sanitario y a un peor manejo de la enfermedad.

En la Región de Murcia se crearon diversas asociaciones y fundaciones dedicadas a paliar y tratar esta enfermedad como ADIRMU¹³ que, es una asociación para el cuidado de la diabetes que ayuda a personas en resolver dudas, problemas o inquietudes relacionadas con la enfermedad con el fin de mejorar la calidad de vida.

Diferentes estudios como el de Cobo¹⁴, Árcega-Domínguez¹⁵, García-Soidán¹² y la OMS³, demuestran que la población con presencia de DM II, de edad más

avanzada (>70 años) y el sexo femenino tiene peor calidad de vida relacionada con la salud y mayor vulnerabilidad de padecer limitación funcional.

Por tanto, puede ser pertinente implementar un programa de educación terapéutica que permita mejorar el autocuidado, preservando la autoestima y el bienestar general, adquiriendo las capacidades y destrezas necesarias para afrontar las exigencias que pueda tener a lo largo de su vida. La educación terapéutica tal y como afirma la OMS y Rubio et al⁸, es uno de los pilares del tratamiento de la DM y en concreto de la DM tipo II, en el que se intenta facilitar a estas personas y a sus familiares, los conocimientos, habilidades, actitudes y el soporte necesario para que sean capaces de responsabilizarse de su estado de salud, ganando por ello, calidad de vida¹⁶.

Como se ha podido observar en diferentes estudios y estilos de vida de pacientes con esta enfermedad, es preciso ejecutar un plan estratégico para profesionales y pacientes donde englobar la enfermedad y al paciente como un todo, donde se potencie al personal sanitario, concretamente a enfermería, de la toma de decisiones acerca de las características y percepciones de cada individuo diagnosticado de DM tipo II. Todo ello, y en relación al estilo de vida individual, a través de clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), se puede estructurar un plan de cuidados avanzados como se recoge en la tabla 1, que permitirá medir la efectividad del programa y analizar su pertinencia un año después de la implantación.

Tabla 1: *Intervenciones y actividades NIC¹⁷ indicadas para un plan de educación terapéutica.*

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Escucha activa	<ul style="list-style-type: none">- Mostrar interés en el paciente.- Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación o inflexión de la voz.- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.- Evitar barreras a la escucha activa.- Identificar los temas predominantes.

Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos. - Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
Asesoramiento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. - Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos. - Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.
Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. - Instruir al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y / o fisioterapeuta. - Preparar al paciente en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. - Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. - Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. - Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito. - Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. - Proporcionar alternativas para la sincronización y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente. - Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.

Fuente: *elaboración propia.*

Se presenta un estudio que pueda aportar la información necesaria para tomar decisiones sobre la viabilidad de implantar un programa de educación terapéutica para pacientes con diabetes tipo 2.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer la tasa de frecuentación de pacientes diabéticos en un Centro de Salud de la Región de Murcia respecto a los estándares nacionales.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las causas de las visitas al centro de salud.
- Conocer las características de los pacientes diabéticos que acuden al centro de salud.
- Conocer las variables sociodemográficas de las personas afectadas de diabetes tipo II que pertenecen al CS Profesor Jesús Marín de la Región de Murcia.

3. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal basado en datos de registros que se realiza durante el periodo del 1 de Abril al 30 de Junio de 2019 sobre una población de más de 30.000 habitantes que pertenecen al CAP “Profesor Jesús Marín” de Murcia.

La fuente de recogida de datos es a través de la base informática del Centro de Salud “Profesor Jesús Marín” de la Región de Murcia, concretamente en las consultas de enfermería, donde acudirán los pacientes seleccionados y serán

captados para realizar el taller. El equipo de enfermería del propio centro es el que se va a encargar de realizar la obtención de datos, una vez conseguidas las autorizaciones correspondientes y respetando la ley de protección de datos actual.

3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes adultos con una edad comprendida entre 18 y 65 años, de ambos sexos, diagnosticados hace más de 6 meses de DM tipo II y en tratamiento con insulina o medicación oral.

Pacientes exentos de comorbilidades y de otro deterioro cognitivo.

3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes menores de edad, hospitalizados, sin patologías previas, con deterioro cognitivo y cuando el idioma sea una barrera idiomática para el estudio.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para seleccionar la muestra se realizó un cálculo muestral, con un error tipo alfa (valor de confianza) de 0.05 y un error beta (margen de error) de 0.8, con lo cual se estimó que la muestra necesaria sería de 96 pacientes de un total de 30.000 habitantes de población que alberga la Zona Básica de Salud del municipio de Molina de Segura, correspondiente al área de salud VII Murcia-Este.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos son obtenidos a través de las historias clínicas del propio paciente utilizándose para la recogida de estos, el cuestionario ECODI de Bueno y Col¹⁸. (Anexo I). Es una encuesta destinada a pacientes diabéticos que consta de 25

preguntas compuestas por 4 ítems cada una, y comprenden diferentes áreas de conocimientos teóricos sobre la DM II (conceptos básicos de la enfermedad, alimentación, cuidado de los pies y ejercicio). Aparte de estos datos, se recogen también, la frecuentación de visitas a las sesiones y la participación voluntaria al programa.

3.5. ANALISIS DE DATOS

Se realizará un análisis estadístico descriptivo y de frecuencias con el fin de conocer las características demográficas y sociales de la muestra. Posteriormente se realizará una t-Student de los datos obtenidos en el cuestionario ECODI para conocer si el programa implantado supone una mejoría en dicha población. El análisis estadístico se llevará a cabo con el software informático SPSS 21.0

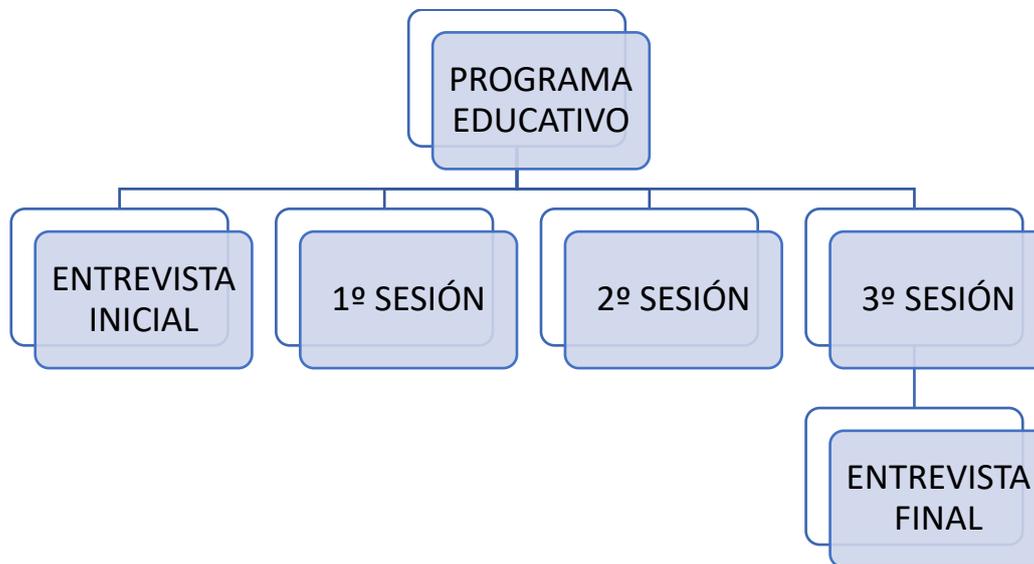
Tabla 2: *Cronograma de trabajo*

	SEMANA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES	■	■	■	■								
1º SESIÓN + ECODI + TRIPTICO					■							
2º SESIÓN + TRIPTICO						■						
3º SESIÓN + TRIPTICO							■					
ECODI + ENCUESTA FINAL								■	■			
SEGUIMIENTO EN CONSULTA										■	■	■

Fuente: *elaboración propia.*

4. PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCATIVO

Figura 1: Esquema del programa educativo diabetológico a implantar



Fuente: *elaboración propia.*

4.1. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

El programa a llevar a cabo se basa en una primera entrevista con el paciente en las consultas de Atención Primaria de enfermería donde se le captará para el proyecto, que consistirá en 3 sesiones de Educación para la Salud (en adelante EpS) y una entrevista final individual.

Comenzará con la captación de los participantes a estudio un mes antes del inicio del proyecto, donde se le explicaran en que van a consistir las sesiones, recibir su aprobación y su colaboración en la asistencia al taller firmando el consentimiento por escrito.

Una vez terminada la fase de captación que se llevará aproximadamente 1 mes, se fijarán las fechas de cada sesión con el fin de que cada usuario organice su tiempo y pueda asistir durante todo el programa, siendo los martes de cada semana de 17:00h a 17:45h.

De forma resumida, las sesiones irán orientadas a aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y dar herramientas de mejora en situaciones de descontrol.

Se van a organizar en 3 sesiones de 45 minutos cada una, buscando un feedback recíproco y un ambiente tranquilo y agradable donde solventar dudas y enriquecer conocimientos. Durante las sesiones, todo participante es tratado por igual y tiene la opción de cuestionar cualquier aspecto relevante que considere importante acerca del tema a tratar en ese momento.

También, en la primera sesión, se le entregará a cada usuario, un tríptico (Anexo II) donde irán resumidas las sesiones del programa y será de ayuda para el mejor manejo de la enfermedad.

Posteriormente se replicará la recogida de información para contrastar la frecuentación de visitas al CAP.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Se elabora un modelo de consentimiento informado (Anexo IV) donde se manifiesta de forma escrita que todo paciente ha sido informado del programa diabetológico que se va a llevar a cabo además de la explicación y desarrollo de los posibles riesgos y beneficios obtenidos tras la intervención.

Cada usuario de la investigación firmará el documento como prueba de su voluntariedad y compromiso de participar en ella. Este proyecto asegura la confidencialidad de la información obtenida en el estudio, garantizando la privacidad y el anonimato de cada participante, según la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, la cual, tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas.

Este estudio se ejecutará acorde a los principios de la ética médica, respetando las disposiciones de la declaración de Helsinki de 1964, la normativa legal vigente sobre investigación biomédica en España y bajo el convenio europeo de los derechos humanos.

Tabla 3: Programa Diabetológico “Convivir con DM II”

NOMBRE SESIÓN	“CONVIVIR CON DM II”
N.º SESIÓN	1
MATERIAL	Ordenador, proyector, tríptico, aula y sillas.
RECURSOS HUMANOS	Atención y colaboración de los participantes Personal sanitario (Enfermero)
N.º PACIENTES	20-25 usuarios
TIEMPO DE SESIÓN	45 minutos
OBJETIVOS	Presentación del grupo y dar a conocer aspectos básicos de la enfermedad.
BREVE RESUMEN	<p>La sesión se impartirá en un aula del propio Centro de Salud con las sillas colocadas en círculo, donde también se sentará el enfermero encargado del taller. Comenzaremos con la presentación del proyecto, comentando el propósito de las sesiones y su finalidad, de tal forma que se cree un ambiente óptimo y cercano. Se recordará a los asistentes, que en cualquier momento pueden intervenir y dar su opinión acerca del tema que se esté tratando en ese momento.</p> <p>Cada usuario se ira presentando e ira detallando lo que considere importante con respeto a su enfermedad y su convivencia con la DM. A continuación, el enfermero, entregará el cuestionario ECODI (Anexo 1), donde valorará el grado de conocimientos que tiene cada uno en relación a su enfermedad. Una vez recogido, explicara mediante un ordenador y un proyector, que es la Diabetes Mellitus, los tipos que existen, las opciones de tratamientos y el manejo ante una situación descontrolada, comprobando que los conceptos quedan claros y explicados.</p> <p>Tras esto, se les entregará un tríptico de apoyo, donde los participantes encontrarán toda la información que se trate en las sesiones, siendo este una herramienta de apoyo donde poder asesorarse cuando tengan cualquier duda.</p>

Fuente: *elaboración propia.*

Tabla 4: Programa Diabetológico “Controla tu vida, controla tu enfermedad”

NOMBRE SESIÓN	“CONTROLA TU VIDA, CONTROLA TU ENFERMEDAD”
N.º SESIÓN	2
MATERIAL	Ordenador, proyector, tríptico, aula y sillas.
RECURSOS HUMANOS	Atención y colaboración de los participantes Personal sanitario (Enfermero)
N.º PACIENTES	20-25 usuarios
TIEMPO DE SESIÓN	45 minutos
OBJETIVOS	Describir los efectos predominantes que empeoran la enfermedad, así como un buen manejo del proceso farmacológico
BREVE RESUMEN	<p>Al inicio de la sesión, se colocarán las mesas y sillas de forma estratégica como estaban situadas en la sesión anterior. El enfermero comenzara resumiendo la sesión pasada, resolviendo cualquier duda existente que pueda tener el grupo, y mediante una exposición a través del ordenador y del proyector, explicará los efectos que puede ocasionar una diabetes mal controlada, resaltará consejos beneficiosos y otros muchos perjudiciales que puedan desencadenar males mayores. Mediante una medición de la glucemia realizada in situ, el personal sanitario, dará a conocer los valores de las diferentes cifras, especificando cuando son estables y cuando son perjudiciales, pudiendo afectar incluso, a la fisiopatología del propio cuerpo de quien la padece.</p> <p>Es preciso puntuar, el papel que ejerce el equipo sanitario que la atiende en su Centro de Salud, al que deben de comentarle cualquier duda, patología o descompensación acerca de la enfermedad.</p> <p>Para terminar la sesión, se les recordará a todos los asistentes que vuelvan a traer el tríptico en el siguiente taller y pongan en práctica todo lo comentado en las sesiones.</p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5: Programa Diabetológico "Una vida activa, para una vida saludable"

NOMBRE SESIÓN	"UNA VIDA ACTIVA PARA UNA VIDA SALUDABLE"
N.º SESIÓN	3
MATERIAL	Ordenador, proyector, tríptico, aula y sillas.
RECURSOS HUMANOS	Atención y colaboración de los participantes Personal sanitario (Enfermero)
N.º PACIENTES	20-25 usuarios
TIEMPO DE SESIÓN	45 minutos
OBJETIVOS	Especificar pautas alimentarias adecuadas y fomentar la actividad física.
BREVE RESUMEN	<p>Al empezar la sesión, se hará un aporte crítico por parte de los asistentes, de qué alimentos son beneficiosos y cuales son perjudiciales para la salud de una persona con DM II, complicando aún más la evolución de la enfermedad. Mediante la ayuda de la pirámide de alimentos y con el tríptico en mano, podrán saber que alimentos pueden aumentar o disminuir las cifras de azúcar en sangre.</p> <p>El personal sanitario comentará comidas populares de la Región de Murcia especificando entre todos los asistentes, los ingredientes que lleva y el aporte nutricional que puede tener, y se les darán pautas básicas de ejercicios que influyan en reducir estos niveles y favorezcan una vida saludable.</p> <p>Para finalizar, y a modo resumen, se hará un recorrido por la trayectoria del programa, desde que se empezó con la captación de los participantes hasta la última sesión.</p> <p>Se concluirá el taller, agradeciendo a todos y cada uno de los asistentes a las charlas y su esfuerzo en la asistencia y su colaboración.</p>

Fuente: *elaboración propia.*

Tras finalizar las 3 sesiones de EpS, se irá citando individualmente a todos los asistentes en un periodo de 15 días para pasarle de nuevo el cuestionario que inicialmente hicieron, ECODI, y comprobar así, lo aprendido durante el programa. También, se le pasará un Cuestionario de Opinión y Sugerencias (Anexo III), donde podrán evaluar el programa, su organización, los conocimientos adquiridos por los asistentes, añadiendo cualquier sugerencia o comentario que deseen oportuno.

Se les animará a seguir llevando a la práctica lo aprendido durante las sesiones y poner a su disposición al equipo sanitario que componen el CAP para cualquier aclaración o duda durante las 3 semanas restantes del mes, resolviendo preguntas acerca de la enfermedad.

5. DISCUSIÓN

Actualmente, los programas de educación diabetológica en pacientes con esta patología intentan mejorar la misma, siendo un apoyo básico para el abordaje del paciente diabético. Según la Declaración de Saint Vicent de 1989, se establece la necesidad de actualizar los conocimientos epidemiológicos y desarrollar programas efectivos de EpS a los diferentes niveles asistenciales y en concreto, a la atención primaria¹⁹.

Por ello, este proyecto va orientado a un grupo de usuarios concreto, pertenecientes al CAP Profesor Jesús Marín, que tras unas charlas de EpS se pretende fomentar el mejor control metabólico y el manejo de la enfermedad, aumentando, por tanto, el grado de salud de la población. Parece que, los programas educativos disminuyen la frecuencia de visitas de atención primaria, tal como se recoge en la literatura consultada^{20,21}.

La EpS es un instrumento teórico-práctico que consiste en promocionar conocimientos sobre la patología a tratar, con el fin de mejorar su evolución y progreso, reduciendo posibles recaídas hospitalarias, así como prevenir deterioros fisiopatológicos, causando en estos casos, daños mayores.

Según estudios publicados sobre intervenciones y proyectos para modificar pautas insalubres y conseguir potenciar su conocimiento con respecto a la enfermedad, existen evidencias beneficiosas que retractan una mejoría de salud, en participaciones a posteriori de talleres de EpS para tratar la patología de base²².

Tal ejemplo es la propuesta de programa de Pastor AM et al²³, donde se confirma la importancia que tiene realizar un programa en base a 3 charlas de EpS, a través del cual, se comprobó el gran impacto favorable en la población y el beneficioso control y tratamiento de los pacientes a estudio, concretamente de diabéticos tipo II, tal y como sucede en el proyecto del trabajo, que tras unas sesiones educativas a pacientes con esta patología y con escasos conocimientos sobre la misma, mejoran considerablemente las cifras de glucemia hacia un mejor pronóstico de enfermedad.

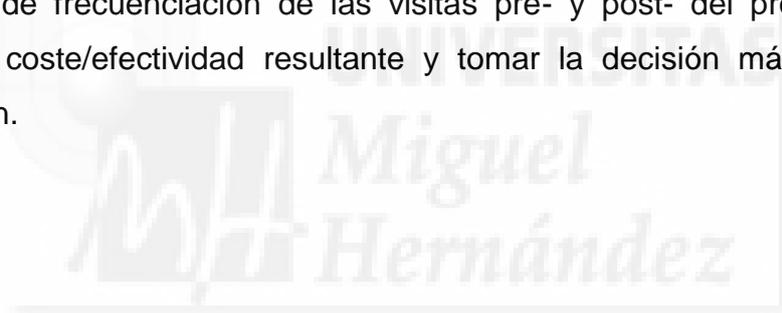
Tras la intervención propuesta en este trabajo y tras recoger, el personal sanitario responsable (enfermero), el cuestionario ECODI, antes y después de las sesiones, se puede comprobar el incremento de aciertos post-intervención y la variabilidad de resultados obtenidos tras las sesiones, lo que mejora y confirma el aumento de conocimiento adquirido finalizado el programa, incorporando información más detallada y estructurada de la enfermedad, así como habilidades y técnicas esenciales para el buen control de la misma.

Otro programa vigente y que actualmente se está llevando a cabo en la Región, es el “Programa de acción para el impulso y mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia 2018-2022²⁴, en el que se establece, que el profesional sanitario del centro debe tener como objetivo: la promoción de la salud, hábitos saludables para el paciente, prevención de la enfermedad y un uso adecuado de los servicios sanitarios de la Región. Es por ello que, la figura del enfermero en este ámbito es de mera importancia, ya que fomenta conocimientos y establece un vínculo paciente-profesional con el objetivo en común, del manejo efectivo de la enfermedad.

La principal ventaja que se puede dar al realizar el programa diabetológico es la mejora significativa de la patología en sí y del estilo de vida de la persona participe en las sesiones, pero como afirma Gorina et al en su estudio²², son numerosos los métodos saludables que se dan en las sesiones (ejercicio físico, nutrición, consumo de tóxicos...), pero lo realmente difícil y complicado, es mantener esos hábitos en el tiempo y que perduren de por vida.

Por ello, el proyecto arriba detallado, es una propuesta a repetir en numerosas ocasiones durante el año respetando siempre el tiempo estimado en cada sesión y siguiendo el cronograma de trabajo expuesto, en el cual, se implica tanto a pacientes como a profesionales que pertenezcan al CAP y que voluntariamente se ofrezcan a intervenir y participar en este estudio, centrándose en exclusiva a mejorar el estado de salud diabetológica de la población.

Como conclusión, se realizará un estudio de costes en el que se evaluarán las diferencias de frecuentación de las visitas pre- y post- del programa para conocer el coste/efectividad resultante y tomar la decisión más idónea de implantación.



6. BIBLIOGRAFÍA

1. Naranjo Hernández Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Revista Finlay 2016;6(1):1-2.
2. Asmat U, Abad K, Ismail K. Diabetes mellitus and oxidative stress—a concise review. Saudi Pharmaceutical Journal 2016;24(5):547-553.
3. World Health Organization. Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de orientación. ANEXOS 2016. [Citado el 10 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta nacional de salud España, 2017. [Internet]. Madrid;2017. [Citado el 11 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
5. Cho N, Shaw J, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes J, Ohlrogge A, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract 2018;138:271-281
6. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Estructura de la Población. Índice de envejecimiento por provincia [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística ; 2018. [Citado el 12 mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1489>
7. Perales BJC, Soto-Caceres VA. Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionado a Salud en Pacientes con Diabetes. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque 2017;3(1):09-14.

8. Rubio MG, Morató MJ, Torre EM. Educación terapéutica y autocuidado: resultados del estudio observacional transversal Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) en España. *Endocrinología y Nutrición* 2015;62(8):391-399.
9. Solano LF, Tamay CP, Quizhpe IG, Villamar VZ. Factores de riesgo asociados a diabetes e hipertensión. Ed. Conference Proceedings; 2017.
10. Hevia EP. Educación en diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2016;27(2):271-276.
11. Vazquez García J. Estrategia en diabetes del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Citado el 18 de mayo de 2019]. Disponible en http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/DIABETES/estrategia_diabetes_sistema_nacional_salud.pdf 2007.
12. García-Soidán F, Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega Á, Hernando-Martín T, González-Martín-Moro B. Estado de salud, calidad de vida y utilización de recursos sanitarios de los pacientes con diabetes mellitus en España. *SEMERGEN-Medicina de Familia* 2017;43(6):416-424.
13. Adirmu [Internet]. Murcia (Región de Murcia): Asociación Murciana para el Cuidado de la Diabetes. [Citado el 12 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.adirmu.org/>
14. Cobo A. Limitación funcional y perfil de salud del paciente anciano con diabetes en España 2016. [Citado el 14 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://eciencia.urjc.es/handle/10115/13692>
15. Árcega-Domínguez A, Lara-Muñoz C, Ponce-de-León-Rosales S. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de investigación clínica* 2005;57(5):676-684.

16. Casanova Moreno, María de la Caridad, Bayarre Veá HD, Navarro Despaigne DA, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M. Educación diabetológica, adherencia terapéutica y proveedores de salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2015;41 (4):677-680.
17. Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (*NIC*). Elsevier Health Sciences; 2009.
18. Bueno y col. Cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la Diabetes). *Atención Primaria*; 11: 344-349. 1993.
19. Rangel YR, Suárez RM, Valdivia MG, Suárez MER, Díaz CR, Macías YC. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay* 2017;7(2):89-98.
20. Leal U, Espinoza M, Palencia A, Fernández Y, Nicita G, Coccione S, et al. Intervención educativa en pacientes con estimación de riesgo de Diabetes mellitus tipo 2. *Salus* 2017;21(1):16-21.
21. Gomes TF, Lemos A, Pereira BA, Rabelo NNF. Desenvolvimento de um programa de educação em Diabetes como ferramenta para a promoção da mudança de hábitos de vida. *Revista Atenas Higéia* 2019;1(1):31-34.
22. Gorina M, Limonero JT, Alvarez M. Efectividad de las intervenciones educativas de atención primaria de salud realizadas por enfermeras para mejorar el manejo de enfermedades crónicas en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión e hipercolesterolemia: una revisión sistemática. *Int J Nurs Stud* 2018; 86(1):139-150.
23. Pastor AM, Hernández ML, Navarro AM, Oliver AFN, Pedrola ZL, Ruiz MG. Efectos de un programa de revisión en el control de los diabéticos tipo 2 seguidos en atención primaria. *Programa Diabetes First. Endocrinología y Nutrición* 2010; 57(1):16-21.

24. De Salud C, de Salud SM. Programa de acción para el impulso y mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia 2018-2022. Murcia: Consejería de Salud de la Región de Murcia Servicio Murciano de Salud; 2018.



7. ANEXOS

7.1. ANEXO I

CUESTIONARIO ECODI

Nombre del paciente:

Nombre del profesional/es:

Categoría Profesional:

E.A.P:

Fecha:

1. La insulina es:
 - a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
 - b) Una sustancia que eliminamos en la orina
 - c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
 - d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar (o glucemia) en sangre son:
 - a) 30-180.
 - b) 70-140.
 - c) 120-170.
 - d) No sabe/no contesta.

3. Si usted nota aumento de sed, orina con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, ¿Qué cree que le ocurre?
 - a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
 - b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
 - c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
 - d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por:
- Demasiada insulina
 - Demasiada comida.
 - Demasiado ejercicio.
 - No sabe/no contesta.
5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, “mareos”, palpitaciones, ¿Qué cree que le ocurre?
- Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
 - Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
 - Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
 - No sabe/no contesta
6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:
- Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
 - Poca insulina o antidiabéticos orales.
 - Poco ejercicio.
 - No sabe/no contesta.
7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?
- Tres: desayuno, comida y cena.
 - Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - Comer siempre que tenga hambre.
 - No sabe/no contesta.
8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?
- Carne y verduras.
 - Refrescos y bollería.
 - Legumbre (p. Ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. Ej.: macarrones).
 - No sabe/no contesta.

9. ¿De cuál de estos alimentos puede comer, pero no debe abusar el diabético?
- a) Carne y verduras.
 - b) Refrescos y bollería.
 - c) Legumbres y pastas alimenticias.
 - d) No sabe/no contesta.
10. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:
- a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en sangre.
 - b) Elevar los niveles de colesterol en sangre.
 - c) No satisfacer el apetito.
 - d) No sabe/no contesta.
11. Una buena fuente de fibra es:
- a) Carne
 - b) Verdura
 - c) Yogurt
 - d) No sabe/no contesta.
12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben:
- a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
 - b) Seguir bien la dieta.
 - c) Inyectarse insulina.
 - d) No sabe/no contesta.
13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (“no tener kilos de más”)?
- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
 - b) El peso apropiado favorece la estética (“la buena figura”).
 - c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
 - d) No sabe/no contesta.

14. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted:

- a) Está prohibida
- b) Es beneficiosa.
- c) No tiene importancia.
- d) No sabe/no contesta.

15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?

- a) Los fines de semana o cuando tengo tiempo.
- b) Todos los días, de forma regular, tras una comida.
- c) Sólo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
- d) No sabe/no contesta.

16. Con el ejercicio físico:

- a) Sube el azúcar (o glucosa) en sangre.
- b) Baja el azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.
- d) No sabe/no contesta.

17. El ejercicio es importante para la diabetes porque...

- a) Fortalece la musculatura.
- b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal
- c) Disminuye el efecto de la insulina.
- d) No sabe/no contesta.

18. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que...

- a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
- b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
- c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
- d) No sabe/no contesta.

19. ¿Cada cuánto tiempo debe lavarse los pies?

- a) Una vez al día
- b) Cuando se bañe o duche.

- c) Cuando le suden o huelan.
- d) No sabe/no contesta.

20. ¿Cada cuánto tiempo debe revisarse sus pies, mirándose la planta y entre los dedos?

- a) Todos los días.
- b) Una vez a la semana.
- c) Cuando se acuerde.
- d) No sabe/no contesta.

21. ¿Qué debe hacer si le aparece un callo o lesión en el pie?

- a) Ir a la farmacia a comprar algún producto que lo cure.
- b) Consultarlo con su médico o enfermera.
- c) Curarlo con lo que tenga en casa.
- d) No sabe/no contesta.

22. ¿Por qué es tan importante para un buen control de la diabetes tener su boca en buen estado y hacerse revisiones periódicas con el dentista?

- a) Para evitar infecciones que pueden ser causa de un mal control de azúcar (o glucosa).
- b) Para masticar mejor los alimentos y hacer mejor la digestión.
- c) Para evitar el mal aliento.
- d) No sabe/no contesta.

23. Lo más importante en el control de la diabetes es:

- a) No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
- b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
- c) Tomar la misma cantidad de insulina o pastillas todos los días.
- d) No sabe/no contesta.

24. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando.

- a) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
- b) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.

- c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
- d) No sabe/no contesta.

25. ¿Por qué es importante saber analizarse la sangre después de obtenerla pinchándose en el dedo?

- a) Porque sabrá el azúcar (o glucosa) que tiene en sangre en ese momento.
- b) Porque es más fácil que en la orina.
- c) Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día.
- d) No sabe/no contesta.



7.2. ANEXO II

TRÍPTICO

EDUCAR

ES

prevenir



DIA MUNDIAL DE LA
DIABETES MELLITUS
14 de NOVIEMBRE

LA DIABETES MELLITUS

ES SILENCIOSA

1 DE CADA 2 LO PADECE

Y NO LO SABE,

¿LO SABES TÚ?



DIABETES

MELLITUS

II



DIABETES MELLITUS TIPO II

¿QUE ES LA DIABETES MELLITUS II?

La diabetes mellitus tipo II es una patología crónica caracterizada por una hiperglucemia, debido a un deterioro absoluto o relativo de la secreción de la insulina o de la acción de esta, o de ambas.

La DM II es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular junto con la hipertensión, el colesterol o el tabaquismo



Un valor aislado de hiperglucemia que sea superior a >99 mg/dl en ayunas, no es un diagnóstico de hiperglucemia. En cambio, cuando se repiten en dos o más ocasiones, es recomendable seguir unas pautas básicas para prevenir esta enfermedad.

FACTORES DE RIESGO

- Sedentarismo
- Estrés o depresión
- Consumo de tabaco
- Obesidad
- Ingesta de alcohol
- Hipertensión
- Consumo excesivo de azúcar en la dieta
- Dieta rica en grasas e hidratos de carbono.

D	Diabetes	126 or more mg/dL
P	Pre-Diabetes	100-125 mg/dL
N	Normal	99 or less mg/dL

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para un control y buen manejo de la DM II es recomendable:

- Un peso adecuado
- Realizar ejercicio físico diario (30 minutos)
- Reducir el consumo de azúcares en las comidas
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco



"El sedentarismo y la ausencia de actividad física son los principales factores a desencadenar enfermedades en las arterias, ataques al cerebro e incluso al corazón y, por tanto, otras enfermedades".

7.3. ANEXO III

CUESTIONARIO DE OPINIÓN Y SUGERENCIAS

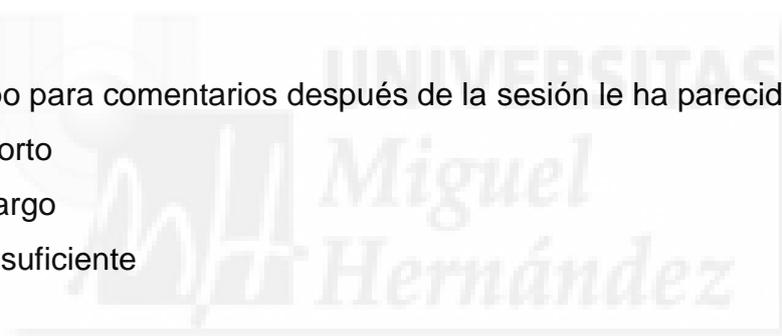
1. Le parece que el taller ha tenido:
 - a) Mucho interés
 - b) Poco interés
 - c) Bastante
 - d) Nada

2. Durante este taller:
 - a) Ya lo sabía todo.
 - b) He aprendido muchas cosas útiles.
 - c) He aprendido algunas cosas, pero hay otras que no he entendido.
 - d) No he entendido bien lo que se explicaba.
 - e) He perdido el tiempo.

3. ¿Qué temas le parece que han sido explicados peor?
 - a) Qué es la diabetes.
 - b) La dieta.
 - c) El cuidado de los pies.
 - d) Tratamiento.
 - e) Hipoglucemia.
 - f) Otros:

4. Si se hiciera un nuevo taller para otros pacientes, ¿qué piensa que debería cambiarse?
 - a) Todo
 - b) El horario.
 - c) Las diapositivas.
 - d) La forma de explicar.
 - e) Nada.
 - f) Otras cosas como

5. ¿Le parece que ha tenido oportunidad de preguntar y comentar todo lo que le interesaba?
- a) Si
 - b) No
 - c) Poco
6. La duración de las sesiones le ha parecido:
- a) Larga
 - b) Corta
 - c) Suficiente
7. La duración del taller le ha parecido:
- a) Muchos días
 - b) Pocos
 - c) Bien
8. El tiempo para comentarios después de la sesión le ha parecido:
- a) Corto
 - b) Largo
 - c) Insuficiente



Si lo desea, puede hacer algún otro comentario o sugerencia: -----

7.4. ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D.....
como paciente, de años, con domicilio en.....
..... DNI nº

DECLARO:

Que D./Dña me ha explicado que:

- Los resultados derivados del proyecto pueden resultar en el desarrollo de nuevas guías de práctica clínica que favorezcan a una mejor intervención de la enfermedad.
- Comprendo que mi participación es libre y voluntaria, no recibiendo compensación económica ni otros beneficios.
- El facultativo anteriormente mencionado, me ha dado la suficiente información sobre el estudio, a través de un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome realizar las diferentes preguntas y resolviendo las dudas que le he planteado.
- En cualquier momento del estudio, puedo negarme a seguir e incluso revocar el consentimiento, sin necesidad de dar ninguna explicación y sin que esto pueda repercutir en mis cuidados médicos posteriores. En este caso, mis datos no serán utilizados en otra investigación después de la fecha en que haya autorizado mi revocación de consentimiento.
- Los datos obtenidos serán incorporados a un fichero informatizado cumpliendo con la seguridad que constituye la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- He recibido una copia de este documento.

Por la presente, presto mi conformidad para participar en este estudio y otorgo mi consentimiento para el acceso de mis datos personales para la investigación

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D. Dña.

revoco mi consentimiento prestado en fecha, dando el estudio por finalizado.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:

