



P-161 - VENCIENDO LAS BARRERAS DE INSULINIZACIÓN

M. Cruces Pernía, J.M. Rodríguez Carretero, C. Muñoz Moreno, R. Calle Moreno, S.D. Martínez Ramos y M.T. Flores Morgado

CS Talavera la Real, Talavera la Real, España.

Resumen

Introducción: La insulina continúa siendo una piedra angular en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). En la práctica clínica la insulinización se retrasa de manera injustificada, afectando negativamente al pronóstico de la diabetes y aumentando el riesgo de complicaciones. En esta revisión, de un caso clínico, vamos a analizar las barreras que encuentran los pacientes y profesionales para no intensificar el tratamiento con insulina, así como las herramientas que pueden facilitar un cambio en esta tendencia.

Objetivos: Identificar y evaluar las barreras.

Barreras por parte del paciente

Dificultades por parte del paciente para el uso de insulina

Ansiedad por la inyección

Complejidad del tratamiento

Estigma social

Factores culturales

Creencias y valores

Situación económica y social

Habilidades y redes de apoyo

Percepción de empeoramiento de la enfermedad

Sensación de culpa o fracaso

Cambio y limitación en el estilo de vida

Miedo a los efectos secundarios y complicaciones

Barreras por parte de los profesionales

Dudas acerca de la eficacia

Complejidad de tratamiento: aumento de la demanda sobre el profesional

Percepción de fracaso

Temor a la respuesta negativa del paciente

Temor a la falta de cumplimiento por el paciente

Miedo a los posibles efectos secundarios

Desarrollar material educativo específico y evaluar su eficacia

Identificar y combatir la inercia terapéutica

Promoción de la autogestión

Mejora de la formación continua

Material y métodos: La combinación de materiales y métodos puede contribuir a superar las barreras, desde la perspectiva del paciente como de los profesionales, promoviendo una mejor comprensión y aceptación de la insulinización como parte fundamental del tratamiento de la diabetes.

Resultados: A pesar de retrasar la insulinización relacionado con las dificultades por parte del paciente, la ansiedad por inyección, la complejidad del tratamiento, etc. Una vez dado comienzo al tratamiento, el paciente se adaptó de manera progresiva al tratamiento, haciéndole participe, es decir, fue el propio paciente quién aumentó la dosis inicial de insulina en 2 U cada 3 días hasta conseguir que la glucemia basal menor de 130 mg/dl. De esta manera, favorecemos el empoderamiento del paciente y su autogestión. Y por parte del

profesional, al ser el propio paciente quien lleva el control, favorece la organización de la práctica clínica; facilitando el logro de los objetivos terapéuticos pactados.

Conclusiones: Tras analizar el caso clínico, podemos concluir que: Es necesario una preparación adecuada de la consulta: revisión previa de la historia clínica y valoración de las intervenciones que se pueden realizar. Individualizar el inicio y ajuste de los tratamientos, hasta conseguir los objetivos. Establecer objetivos pactados con el paciente, para que se sienta participe en el proceso. Detectar y manejar las barreras, del paciente y de los profesionales, a la hora de iniciar el tratamiento.