



INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE DIABETES MELLITUS EN EL ASIC 512. EDO. VARGAS. MARZO-SEPTIEMBRE 2012.

Annyaneth Contreras, Astrid Valderruten, Willyelin Mendoza, Yolimar Alvarez.

Internas de pregrado del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria de la República Bolivariana de Venezuela. Misión Médica Cubana.

grupoaidm@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: Modificar conocimiento en pacientes diabéticos.

Método: se realizó un estudio tipo intervención comunitaria en 96 pacientes con diabetes de los 5 Consultorios Médicos Populares del ASIC 512, Barrio Adentro., de marzo a septiembre, 2012. Mediante la creación de *Grupos de Apoyo Integral al Paciente Diabético*, los cuales sirven de lugar de encuentro, para lograr las estrategias educativas y la atención interdisciplinaria. Desarrollada en cuatro etapas: diagnóstico, diseño, intervención y evaluación.

Resultados: de los pacientes con diabetes el 74 % eran mujeres, prevaleció los mayores de 40 años, 99% con Diabetes tipo 2 y el 90% padece de hipertensión arterial, el 74% tienen sobrepeso u obesidad y circunferencia abdominal anormal. En general antes de la intervención tenían un conocimiento moderado sobre la enfermedad y la dieta. Luego de la intervención obtuvieron el 100% de conocimiento evaluado como ideal, así como, el estilo de vida saludable aumentó del 32% al 52% al final del mismo, con cambios en la dieta y la actividad física. Se realizaron interconsultas con especialistas del ASIC

Conclusión: la creación de estos Grupos De Apoyo Integral en CMP para la implementación de programas educativos con reforzamiento de técnicas de autocontrol y atención interdisciplinaria por personal de salud produce un aumento del conocimiento con la consiguiente modificación de conductas que favorecen un estilo de vida saludable y por ende un mejor control glucémico, como estrategia para prevenir la aparición de complicaciones.

Palabras Claves: diabetes, barrio adentro, estilo de vida, Grupos De Apoyo Integral al Paciente con Diabetes



EDUCATIONAL INTERVENTION ON MELLITUS DIABETES IN THE ASIC 512. VARGAS STATE, VENEZUELA. MARCH – SEPTEMBER, 2012.

Objectives: Impart knowledge in diabetic patients.

Method: A “*community intervention*” study was conducted with 96 diabetic patients in five Popular Medical Offices of ASIC 512, of the Venezuelan public medical institutions “*Barrio Adentro*”, from March to September, 2012. By creating Integral Support Groups for the diabetic patients, which serve as a meeting place to achieve educational strategies and interdisciplinary care. Developed in four phases: diagnostic, design, intervention and evaluation.

Results: 74% of the diabetic patients were women; prevailed patients over 40 years old; 99% of the patients had diabetes type 2 and 90% high blood pressure; 74% were overweight or obese and with an abnormal waist circumference. Before the *community intervention* most of the diabetic patients had a moderate knowledge about the disease and the proper diet.

After the intervention the diabetic patients received 100% of the knowledge assessed as ideal; and at the end of the intervention their healthy lifestyle increased from 32% to 52% with changes in their diet and their physical activities. Internal consultations were conducted with ASIC specialists.

Conclusion: the creation of integral support groups in the Popular Medical Offices in order to implement educational programs in which self-strengthening techniques and interdisciplinary care by health specialists would be applied, generates a knowledge increase and consequently a change of conducts which benefited the diabetic patients’ healthy lifestyles and; therefore improved glycemic control, as a strategy to prevent the onset of complications.

Keywords: diabetes, Barrio Adentro, lifestyle, Integral Support Groups; diabetic patients.



INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE DIABETES MELLITUS EN EL ASIC 512. EDO. VARGAS. MARZO-SEPTIEMBRE 2012.

EDUCATIONAL INTERVENTION ON MELLITUS DIABETES IN THE ASIC 512. VARGAS STATE, VENEZUELA. MARCH – SEPTEMBER, 2012.

Annyaneth Contreras, Astrid Valderruten, Willyelin Mendoza, Yolimar Alvarez.

Internas de pregrado del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria de la República Bolivariana de Venezuela. Misión Médica Cubana.

grupoaidm@hotmail.com

Tutora:

Dra. Tamara L. García Alfonso de Armas.
Especialista en 1er Grado en Medicina General Integral.

Asesora:

Lic. Haydee Arteaga
Lic. En Educación y Mtr Gerencia Educativa

INTRODUCCIÓN

“La diabetes es un reto masivo que el mundo ya no puede darse el lujo de ignorar”. Así lo dijo el Profesor Mbanya, presidente de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

Son una prueba de esto, los datos de la 5^{ta} Edición del Atlas de la IDF publicado en Brúcelas el 14 de noviembre 2011, Día Mundial de la Diabetes, donde se muestran nuevas cifras, las cuales indican que el número de personas que viven con diabetes es de 366 millones de personas en 2011 y se espera que aumente hasta 552 millones en 2030 si no se toman medidas urgentes. Esto equivale a aproximadamente tres nuevos casos cada diez segundos o casi diez millones por año. Y el 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medios y bajos, además se estima que el 50% este sin diagnosticar. (1)

En América Central y del Sur, en 2011, se calcula que 25,1 millones de personas, o el 8,7% de la población adulta tienen diabetes. A lo largo de los próximos 20 años, debido a la continua urbanización y los cambios en la edad de la población se estima que la cifra aumentará en casi un 60%, alcanzando los 40 millones de personas. Además, los cálculos actuales indican que otros 15,1 millones de personas, o el 5,25% de la población adulta, tienen alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG) y el 12,3% del total de fallecimientos de la región son atribuibles a la diabetes entre los adultos convirtiéndose en una prioridad para la sanidad pública aún mayor en esta región, la cual emplea alrededor del 13% de su gasto sanitario total en diabetes en adultos (20-79 años).

Brasil tiene el mayor número de personas con diabetes con 12,4 millones, seguido por Colombia, Venezuela y Argentina. Además, Puerto Rico tiene la prevalencia más alta de diabetes en adultos, con un 13,3%, seguido de Nicaragua (11,2%), Venezuela (10,5%) y Brasil (10,4%). (Anexo 2)

En Venezuela para el año 2009, según cifras del anuario de mortalidad 2009, la prevalencia nacional de DM (20-79 años) era de 6,5% y el 90% de la población diabética venezolana padece diabetes tipo 2 que suele aparecer a partir de los 35 años (2). Esta cifra, sumada con los diabéticos no diagnosticados (que se considera son uno por cada paciente diagnosticado), proporciona una visión alarmante del serio inconveniente que esta



afección representa para nuestro país. La DM2 es considerada un problema de salud pública en Venezuela, por representar la sexta causa de mortalidad, tendencia progresiva al aumento de la morbi-mortalidad y el alta tasa de discapacidad, por lo que es importante establecer estrategias de prevención con la finalidad de evitar el avance de esta epidemia.

En Vargas, Barrio Adentro presenta una data de pacientes dispensarizados con Diabetes de 2294, de los cuales 1270 se encuentran dispensarizados en nuestra Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) 512, que abarca las parroquias Caraballeda, La Guaira y Macuto; ubicándose esta enfermedad en el segundo lugar de prevalencia de enfermedades crónicas, antecedida por Hipertensión arterial(3). En contraste con las cifras del Programa Nacional Endocrino Metabólico llevado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud el cual presenta un registro de 865 pacientes con Diabetes. (4)

La diabetes Mellitus (DM), enfermedad considerada, como vimos una pandemia se define como un trastorno metabólico caracterizada por el fenotipo común de hiperglucemia debido a defecto de la secreción y/o la acción de insulina, que tiene riesgo de complicaciones microvasculares ,como retinopatías ,nefropatía y neuropatía y muestran un aumento del riesgo de la enfermedad macrovascular. (5)

El número de personas con diabetes tipo 2 está en rápido aumento en todo el mundo. Este aumento va asociado al desarrollo económico, al envejecimiento de la población, al incremento de la urbanización, a los cambios de dieta, a la disminución de la actividad física y al cambio de otros patrones de estilo de vida. (7)

Este rápido aumento de la prevalencia de diabetes tipo 2 demuestra el importante papel desempeñado por factores de estilo de vida y proporciona el potencial de revertir la epidemia mundial, por lo que se puede notar la importancia que tiene el desarrollo de políticas gubernamentales dirigidas a la realización de campañas de prevención en las que se impulse a la población a cambiar su estilo de vida sedentario y a tener una alimentación apropiada y saludable, con el fin de evitar el desarrollo de esta afección y de muchas otras que también se ven influidas por el estilo de vida de la sociedad actual. (8)

La Organización Mundial De La Salud (OMS) reconoce que el apoyo entre iguales es un enfoque prometedor para el control diabético. (9) Es necesario que las personas con diabetes se responsabilicen, con la ayuda de educadores profesionales, de controlar día a día su afección. La diabetes es una enfermedad crónica que tiene un desarrollo gradual y para cuyo control son esenciales el consejo y la guía del personal sanitario, junto con la actitud de los pacientes ante la enfermedad. Los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito comunal, particularmente aquellos que han evolucionado de una relación emisor-receptor a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable. La educación sobre la diabetes es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones en el seno de la familia. (109).

Esto aunado a la readecuación del modelo de salud del país donde el nivel primario asume la responsabilidad de la educación sobre factores de riesgo y la detección temprana de los pacientes diabéticos en la comunidad; nos da la base para utilizar esta herramienta como método de intervención preventiva en el ámbito comunal y nos permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para llevar un estilo de vida que le permitan lograr el control metabólico y prevenir o retardar las complicaciones en el seno de la familia y mejorar la calidad de vida. Además, el Área De Salud Integral 512 dependiente de la estructura de atención primaria, llamada en nuestro país Barrio Adentro 1, nos permite tener la infraestructura básica y el recurso humano calificado para diseñar y ejecutar dicho proyecto de intervención educativa y manejo integral al paciente con diabetes de las tres parroquias que abarca y contar con la Participación Comunitaria, la cual constituye en los actuales momentos un elemento esencial en la gestión de las políticas públicas de salud bajo el



nuevo paradigma de la democracia protagónica y participativa, condición necesaria para garantizar la construcción de ciudadanía. (13)

Entonces estamos ante una oportunidad de desarrollar estrategias educativas activas y participativas que trasciendan la visión asistencial y local hacia un enfoque más activo de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades crónicas prevalentes, como la diabetes. El presente trabajo, en este contexto, pretende enseñar a actuar y convivir con su enfermedad a los pacientes para que concienticen y realicen actividades cotidianas que conlleven a un mejor control de su enfermedad y evitar o retrasar la aparición de complicaciones.

Por esta razón en el presente proyecto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Es factible la educación como pilar fundamental en el manejo integral del paciente diabético para lograr control metabólico, adherencia al tratamiento y por ende disminución de las complicaciones propias de esta enfermedad en pacientes diabéticos del ASIC 512?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Modificar conocimiento en pacientes diabéticos del ASIC 512 del estado Vargas en el periodo marzo – septiembre 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Crear Grupos de Apoyo Integral al Pacientes Diabéticos en el Área de Salud Integral 512 del estado Vargas.
- 2) Caracterizar a la población del Grupo de Apoyo Integral a Pacientes diabéticos del Área De Salud Integral 512 del estado Vargas.
- 3) Valorar el nivel conocimiento sobre diabetes y estilo de vida de los integrantes del Grupo de Apoyo integral a pacientes diabéticos del Área De Salud Integral 512 del estado Vargas.
- 4) Realizar intervención educativa a los integrantes del Grupo de apoyo integral a pacientes diabéticos del Área De Salud Integral 512 del estado Vargas.
- 5) Comparar el nivel de conocimientos sobre Diabetes y estilo de vida antes y después de la intervención educativa de los integrantes del Grupo de apoyo integral a pacientes diabético del Área De Salud Integral 512 del estado Vargas.

MATERIAL Y METODO

Se realizo un estudio experimental, tipo intervención comunitaria, en cuatro etapas: Etapa de diagnostico, de diseño, de intervención y de evaluación

Distribuidas en una primera fase descriptiva, donde se caracterizo la muestra, en base a lo cual se diseño la intervención educativa y una segunda fase donde se aplico la intervención educativa y se evaluó la efectividad de la misma. Todo ello mediante la creación de **Grupos de Apoyo Integral** con los pacientes dispensarizados dentro de la población del ASIC 512 del estado Vargas que padecen Diabetes Mellitus en cada uno de los consultorios en estudio. Estos grupos se crearon con el fin de que sirvan de lugar de encuentro y de identificación, para lograr las estrategias educativas y de apoyo entre iguales. Con la colaboración y apoyo del



personal de salud (médicos generales, Diabetólogo, Podólogo, Instructor de Barrio Adentro Deportivo, promotora de salud, etc.)

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estará constituido por 249 pacientes con diabetes dispensarizados en 5 consultorios médicos populares (CMP) del área de salud integral (ASIC) 512; obtenidos al cruzar la data de los pacientes dispensarizados en Barrio Adentro, ASIC 512 y de los registrados por el Programa Endocrino Metabólico del Estado, previa consulta y aprobación por los Médicos Generales Integrales de cada consultorio

La muestra se escogió a través del muestreo aleatorio simple y se tomaron 96 pacientes del universo, según los siguientes criterios.

- Criterios de inclusión: vivir en la zona, estar dispensarizados como Diabéticos tipo 1 o 2 en los CMP, edad comprendida entre los 10 y los 80 años y que acepten participar en todo el estudio.
- Criterios de exclusión: Pacientes que no residan en el área de estudio 2) embarazadas, 3) pacientes con complicaciones crónicas que les impidan proporcionar información y/o asistir a las actividades del proyecto.

ETAPA DIAGNOSTICA

Donde se realizó la caracterización de la muestra a través de los datos aportados por las historias médicas y las encuestas realizadas a cada uno de los pacientes diabéticos, en las comunidades de los CMP a los que pertenecen. Al mismo tiempo se les invitó a la conformación de los Grupos de Apoyo Integral al Paciente Diabético.

En este sentido se contó con el consentimiento y participación de: Consejos Comunales, Promotores De Salud y Club De Abuelos. Como representantes de la comunidad.

Dicha encuesta se utilizó para valorar el nivel de conocimiento sobre la diabetes y estilo de vida que tienen los pacientes, basada en instrumentos validados en investigaciones científicas anteriores (18, 19). La misma fue realizada previa autorización del paciente en la visita casa por casa y consiste en una prueba de conocimiento independiente y semiestructurado, compuesto de 4 enunciados u dominios; El diseño del instrumento se realizó en enunciados específicos que respondían a los siguientes contenidos: apoyo familiar, conocimiento sobre diabetes, conocimiento del paciente respecto a la dieta y estilo de vida que lleva el paciente.

A través de estos dos instrumentos se realizó la recolección de las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal, años de diagnosticado, tipo de diabetes, antecedentes familiares, tratamiento, complicaciones presentes y crónicas concomitantes. Así como niveles de Hemoglobina Glicosilada y calificación dada por nivel de conocimiento obtenido en la encuesta

ETAPA DE DISEÑO

En esta etapa se realizó el diseño de la intervención educativa para el Grupo de Apoyo Integral a Pacientes Diabéticos ya conformados teniendo en cuenta lo identificado en la historia médica y el cuestionario aplicado inicialmente. Bajo la asesoría de la Dra. Aleida Rivas y la Dra. Loida Gaffaro de Valera, asesora y coordinadora nacional del Programa de Salud Endocrino Metabólico, respectivamente.

Durante toda la intervención se aplicaron diversas técnicas tales como: Técnicas participativas o educativas que constituyen un conjunto de procedimientos encaminados a la



modificación de conocimientos, aptitudes y prácticas así como la elevación de la conciencia de salud tanto individual como colectiva; las mismas fueron de: presentación, animación, análisis, entre otras

ETAPA DE INTERVENCIÓN

En esta etapa se realizó una intervención educativa en el Grupo de Apoyo Integral a Pacientes Diabéticos ya conformados, que consistió en la capacitación de la población en el mes de agosto de 2012 mediante un programa educativo teniendo en cuenta lo identificado en la historia médica y el cuestionario aplicado inicialmente.

Esta etapa tuvo como objetivo posibilitar la creación de espacios de reflexión grupal, ubicándose al grupo como principal agente de cambio, en este caso para la adquisición de conocimientos adecuados así como la modificación de aquellos inadecuados sobre el modo y estilo de vida en los pacientes diabéticos.

ETAPA DE EVALUACIÓN.

Medición de los conocimientos alcanzados después de la intervención

RESULTADOS

En una primera etapa se visitaron a cada uno de los pacientes con diabetes, casa por casa, con los cuales se conformaron los **grupos de apoyo integral al paciente con diabetes** en los cinco consultorios, como una estrategia para el apoyo entre iguales, y como lugar de encuentro para la educación en diabetes por parte de personal capacitado en salud y dar atención en cada una de las especialidades disponibles en Barrio Adentro, como estructura de atención primaria. Los cuales quedaron integrados de la siguiente manera:

Parroquia Caraballeda:

- CMP Valle del Pino: 18 pacientes
- CMP Corapalito: 17 pacientes

Parroquia Macuto:

- CMP Teleférico: 23 pacientes

Parroquia La Guaira:

- CMP El Tanque: 18 pacientes
- CMP Punta de Mulatos: 20 pacientes

Simultáneamente, en la etapa diagnóstica se caracterizó a la población según los datos obtenidos en la historia médica realizada en la visita, arrojando los siguientes resultados:

La edad predominante de los pacientes integrantes de grupo de apoyo integral de pacientes con diabetes fue mayor de 40 años, con un 41% de pacientes entre 61 y 70 años. De 96 pacientes 71 son del sexo femenino, equivalente al 74% del total

El 59% de los pacientes del grupo de apoyo integral no presentan antecedentes familiares de Diabetes y el 99% de los pacientes han sido diagnosticados con Diabetes tipo 2, en su mayoría con más de 2 años de diagnosticada la enfermedad, con un 33% entre 2 y 5 años y 33% con más de 10 años de diagnóstico

El 87% de los pacientes lleva tratamiento con hipoglucemiantes orales, 7% con insulina y un 6% no lleva tratamiento.



Además, el 68% de los pacientes con Diabetes presentan patologías asociadas, siendo la Hipertensión arterial la que prevalece con 90% y el 70% de los pacientes no refirieron presentar complicaciones propias de la diabetes.

Según el Índice de Masa Corporal, el 47% de los pacientes tienen sobrepeso, seguido de un 27% de pacientes obesos. Así mismo, el 91% de las pacientes femeninas presento una Circunferencia Abdominal mayor de 80cm y el 72% de los pacientes con diabetes masculinos tienen la circunferencia abdominal mayor de 94cm

Tan solo 8 pacientes del grupo de apoyo integral al paciente con Diabetes tenían realizada la HbA1c lo que equivale a un 8% de la muestra y de ellos 5 tienen valores mayor a 7.1 %

También se caracterizo a la población según sus conocimientos sobre la Diabetes, obtenidos en el instrumento de recolección de información, tal y como sigue:

Antes de la intervención Educativa, en la etapa diagnostica, el 93% de la población con diabetes tenía un conocimiento evaluado como moderado sobre su enfermedad y luego de la intervención educativa se logro elevar el conocimiento a ideal en un 94%

Sobre la Dieta, Antes de la intervención educativa el 17% de los pacientes tenían un conocimiento ideal y luego de la misma se logro alcanzar un 100% de conocimiento ideal

En otro acápite se interrogo al paciente sobre conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales. En base a lo cual el 68% de la población refirió conductas que lo llevan a tener un estilo de vida no saludable. Luego de la intervención, el estilo de vida saludable aumentó del 32% al principio del estudio al 52% al final del mismo, lo cual representa un cambio porcentual del 20%, evidenciándose el cambio fundamentalmente en el seguimiento de las recomendaciones dietéticas y actividad física.

El apoyo familiar es indispensable para que el paciente afronte los problemas diarios de su enfermedad y para mejorar su control glucémico y los pacientes del grupo de apoyo integral perciben en un 48% de ellos que tienen un apoyo moderado de su familia.

Aunado a estos resultados, cabe destacar, que al finalizar las intervenciones educativas en los 5 Grupos De Apoyo creados en los consultorios, tenemos que: se sumaron a las actividades 10 familiares interesados en compartir y aprender sobre la enfermedad para colaborar en el cuidado de su familiar, 14 pacientes fueron remitidos con la Diabetologa del ASIC y se indicaron complementarios, debido al descontrol de glicemia capilar a pesar de tratamiento y a que 6 de ellos no llevaban tratamiento farmacológico a pesar de haber sido diagnosticada la enfermedad y presentar cifras de glicemia capilar alteradas a pesar del control de la dieta, 5 pacientes fueron remitidos a la consulta del pie diabético, para tratamiento con Hebertprot-P. A la totalidad de los mismos se indico HbA1c, para realizarse en el IPASME, donde se encuentra el único laboratorio en el estado que es gratuito; previa coordinación con el director de dicho ente gubernamental. Igualmente se les invito a incorporarse, los que aun no estaban, a las actividades físicas realizadas en el Club De Abuelos por Barrio Adentro Deportivo y se indico asistir mensualmente a los 96 pacientes, para el cuidado de sus pies a la consulta de podología del CDI

CONCLUSION

Se demostró con la creación de los Grupos De Apoyo Integral al Paciente Diabético en consultorios Barrio Adentro, ubicados en el ASIC 512, que el nivel primario de atención es ideal para ejecutar programas educativos dando tratamiento integral a los pacientes y a sus familiares de forma gratuita y accesible.



La visita casa por casa a cada uno de los pacientes dispensarizados fue una herramienta fundamental para la captación y caracterización de cada uno de los pacientes. Con mayor incidencia de diabetes tipo 2, en edades comprendidas de 40 a 80 años, sexo femenino, con sobrepeso y la mayoría sin antecedentes familiares. Con conocimientos moderados de su enfermedad y conductas que los llevaban a tener un estilo de vida no saludable antes de la intervención

El programa educativo con reforzamiento de técnicas de autocontrol y atención interdisciplinaria por personal de salud a los pacientes con Diabetes produce un aumento sobre el conocimiento de la enfermedad, factores de riesgo y la dieta con la consiguiente modificación de conductas que favorecen un estilo de vida saludable y por ende un mejor control glucémico, como estrategia para prevenir la aparición de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atlas de diabetes. Federación Internacional de diabetes. 5ta edición [Documento en línea] Septiembre 2011. Día mundial de la diabetes <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/prologo?language=es> [Consulta, 17 de Marzo del 2012.]
2. Periódica [Base de datos en línea]: Ministerio del Poder Popular, Dirección General. Departamento de estadísticas [2011] Anuario de mortalidad, Caracas, 2009. http://www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/codigo_practicas_est_venezolanas.pdf [Consulta, Julio, 2012.]
3. Registro de Dispensarización, Área de Salud Integral comunitaria (512), Misión Barrio Adentro. Estado Vargas, Venezuela. 2011.
4. Registro Estatal del Programa Endocrino Metabólico. Ministerio Para el Poder Popular de la Salud. Departamento de estadística, Ambulatorio de la sanidad. La guaira. Edo .Vargas .Venezuela. 2011.
5. Maye B, Davidson "Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus". American Diabetes Association, Diabetes Care. 2010; Volumen 33 (Suplemento 1):S62-s67.
6. Asociación Americana de Diabetes. "Estándares de Atención Médica en Diabetes 2010". Diabetes Care 2010; volume 33:Supplement 1
7. World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. Report of a who Study Group. Geneva; Noviembre, 2006. No. 844.
8. Asociación Latinoamericana de Diabetes. "Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2". Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2008.
9. Organización Mundial de la Salud. Programa de diabetes [Artículo en línea] www.who.int/diabetes/publications/en. [Consultada en agosto 2012]
10. Deichman R, Castello E, y col., "Improvements in diabetic care as measured by HBA1c after a physician education project." Diabetes Care 1999; 22:1612-1616.
11. Arauz AG, Sanchez GP, y Col., "Intervención educativa comunitaria sobre diabetes en el ámbito de la atención primaria." Revista Panama Salud. México. 2001; vol. 9:145-14.



12. Mbanya Jean-Claude, Siminerio, Linda Ronan L'Heveder. La Federación Internacional de Diabetes subvenciona proyectos innovadores contra la diabetes en 11 comunidades de todo el mundo. Diabetes voice Junio 2008 Volumen 53 Número 2
13. Navas, Rita; Rojas, Thais; y col. "Participación comunitaria en los servicios de salud" Revista de Ciencias Sociales, México. Vol. XVI, No. 2, 2010
14. Ley de los Consejos Comunales. Gaceta Oficial N° 5.806 (extraordinaria) de fecha 10 de abril de 2006. Caracas, Venezuela.
15. Ley Orgánica de Administración Pública. Gaceta Oficial N° 37.305. Octubre de 2001. Caracas, Venezuela.
16. Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal. Gaceta Oficial N° 37.347. Diciembre de 2001. Caracas, Venezuela.
17. Ley Orgánica del Poder Público Municipal. Gaceta Oficial N 38421. Abril 2006. Caracas, Venezuela.
18. Ley de Participación Ciudadana y Poder Popular (aprobada en 1ª discusión el 22/11/2001, con una 2da discusión el 25/07/06). ,Caracas, Venezuela.
19. López-Carmona, Juan; Cuauhtémoc, Raúl. "Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2" *salud pública de México / vol.45, no.4(259), julio-agosto de 2003*
20. Donacio & Alvarez. "Evaluación del apoyo familiar conocimiento sobre la diabetes Mellitus, dieta, su adherencia y el control glicémico en pacientes con diabetes Mellitus" Instituto mexicano de los seguros sociales. México. 2005
21. Manual de Procedimientos de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México. Abril, 2002.
22. Arauz, Ana. Sánchez, Germana. Gioconda Padilla, Mireya Fernández, Marlene Roselló y Sonia Guzmán. "Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria" Archivos de Medicina Familiar. Costa Rica. Vol.9 (2) 80-86 2007.
23. Gallardo Pérez Ulises de Jesús; Leonardo Zangronis Ruano; Nelson Chirino Carreño.; Leonardo Mendoza Vélez."Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético". [Documento en línea]<file:///C:/SciELO/serial/mgi/v24n1/mgiv24n1/mgi07108.htm> [consultada Julio del 2012]
24. Barceló Alberto; Robles Sylvia; White Franklin; Liliana Jadue y Jeanette Vega. "Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile". Revista Panam Salud Publica/PanAm J Public Health. Volumen10 (5), 2001.
25. Ana Becerra, Adrián Torres, Lenin Valery, Gabriela Arata-Bellabarba, Elsy M. Velázquez-Maldonado. "Prevalencia del síndrome metabólico en la población urbana de Mucuchíes, Mérida-Venezuela". Rev. Venezuela Endocrino. Metabólico. volumen.7 n.3 Mérida sep. 2009
26. National Institute for Health and Clinical. "Preventing type 2 diabetes: population and community intervention" Quick reference guide [Documento en línea]<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13472/54347/54347.pdf> [Consulted Augusto 2012]



Otras Bibliografías Consultadas

- 1.-Fausi, A, Eugene, B. et al. Harrison 17ª Edición. Manual de Medicina. Edit.: Mc Graw Hill,(México). 2010.
- 2.-Corey F, Neville, F. et al. Manual Washintong de terapéutica medica,33ª.Edit.: Lippincott Williams & Wilkins, Edición española, reimpresión y edición 2011.
- 3.-Bartlome, S, Aranalde, G. Manual de Medicina Interna, cálculos, scores y abordajes. Edit.:Corpus,, Buenos Aires, Argentina. Agosto 2010.
- 4.-Hope, R, Longmore, J.M. et al. Oxford Medicina Interna 4ta edición. Edit.: Marbán, Madrid España, 2000.
- 5- Roca, R; Smith, V; et al. Temas de Medicina Interna. Edit.: Ecme. Habana .2002.
- 6.- Bruton, L; Lazo, S; Parker, K. Goodman & Gilman .Las bases farmacológicas de la terapéutica. Edit.: Mac Grill Interamericana. México.2007.
- 7.- Ida, G; Melloni Jhon et al. Harper Collins Ilustrado Diccionario Médico. Edit.: Marbán España, 2011.
- 8.-Ramos, A. Compendio médico. Edit: Medica Celsus. Colombia, 2010.
- 9.-Kelley, W. Medicina Interna. Edit: Panamericana. Argentina,1996.
- 10.-Rozman, C. Medicina Interna. Edit: Elsevier. España. 2009.
- 11.-Arce, V. Endocrinología. Edit: Universidad de Santiago de Compostela/Universidad de Vigo.2006
- 12.- Pallardo L. Endocrinología Clinica. Edit: Díaz de Santos.España. 2009.
- 13.- Christopher Parkin. “Guía para el Control de la Glucosa Postprandial”. Federacion Internacional de Diabetes. Brúcelas. 2007.
- 14.- Academia Mexicana de Cirugía & Academia Nacional de Medicina. “Guía Clínica de Neuropatía Diabética para médicos de primer contacto.” Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. 2007.
- 15.- González Fernández, Pedro. “Comentarios sobre la participación de la atención primaria de salud en el niño y el adolescente con diabetes” Conferencia del Hospital Pediátrico Docente “William Soler. La Habana, 2007.
- 16.- Lcda. Laura Baha Al Deen Krog. “Día Mundial de la Diabetes Prevención y tratamiento Natural” [documento en línea]. www.Colegiodenutricionista y dietistas devenezuela.com.ve. [Consultada, Abril del 2012.]
- 17.-[Nelson Crespo Valdés, Ernesto Rosales González, Rebeca González Fernández, Nelson Crespo Mojena y Juan de Dios Hernández Beguiristain](#). “Caracterización de la diabetes Mellitus”. Revista Cubana Medecina General Integral”. La Habana. 2003; volumen 19(4) 26.
- 18.- Davis TM, Stratton IM, Fox CJ, et al. U.K. Prospective Diabetes Study 22. Effect of age at diagnosis on diabetic tissue damage during the first 6 years of NIDDM. Diabetes Care 1997; 20 (9): 1435-1441.



- 19.- Federación Internacional de Diabetes. IDF diabetes Atlas. [Documento en línea]<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/queesladiabetes?language=es>. [Consultada, Junio 2012]
- 20.-. Saavedra, Silvia; Waitman Jorge; Cuneo Carlos. “Obesidad”. Revista de la Federación Argentina de Cardiología [Artículo en Línea] <http://www.fac.org.ar/revista/99v28n4/saave2/saave2.htm> 28: 529-531,1999 [Consultada Junio 2012]
- 21.- Diabetes Research Institute,. “llevando al Mundo una cura”. [documento en línea] <http://www.diabetesresearch.org/leading-the-world-to-cure>. [Consultada, Marzo 2012].
- 23.- Federación de Cardiología Española. “Diabetes y ejercicios [Documento en línea]<http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html> [consultada Mayo 2012].
25. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. Edit.: Ecdmed. La Habana.2006.
- 26.-Arce, E. Programa Completo para su tratamiento dietético. Edit.: Pax México. México. 2000.
- 27.-Ministerio del Poder Popular Para la alimentación. Tabla de composición de Alimentos. [Portal web] <http://inn.gob.ve/index.php>. Instituto Nacional de Nutrición[Consultado Junio 2012]
- 28.- Misterio del Poder Popular para la Salud y Protección social. “Árbol de decisiones para el tratamiento de los pacientes con diabetes”. Programa Endocrino Metabólico, Caracas, 2011.