

## ¿Por qué lo llamamos autocontrol cuando deberíamos llamarlo autoanálisis?

**J. Sánchez-Monfort e I. Sánchez-Jover**

*Consulta de Enfermería.  
Consultorio de Churra. Murcia. España.*

Los profesionales sanitarios solemos decir y escribir con bastante frecuencia frases como: «¿Se hace los «controles» como le hemos indicado?, Necesita tres «controles» diarios», en la consulta con diabéticos, utilizando la palabra control cuando en realidad nos estamos refiriendo al análisis.

Parece que se nos «olvida» que el autoanálisis es la realización por el propio paciente del análisis de glucemia capilar, mientras que el autocontrol consiste en la utilización de los resultados obtenidos para intervenir en su corrección mediante la aplicación de cambios efectivos en el tratamiento y los estilos de vida. Pasamos por alto que el autoanálisis es sólo una parte del autocuidado y únicamente es eficaz cuando está integrado en una estrategia de autocontrol que permite al diabético adaptar su régimen terapéutico a los resultados del análisis.

El autoanálisis pasivo es inefectivo y puede incluso favorecer el aumento de la ansiedad o frustración del paciente<sup>1</sup>. Todos tenemos claro que la demanda de autocuidados que se da en el diabético produce un desequilibrio que requiere nuestra intervención mediante la educación para la salud, proporcionando conocimientos y habilidades que ayuden a superar el déficit de autocuidados<sup>2</sup>.

Sin embargo, muchos profesionales estamos prescribiendo autoanálisis a los diabéticos preocupándonos únicamente de enseñarles la técnica y sin valorar previamente si éstos poseen las habilidades para adaptar el régimen terapéutico a sus valores de glucemia capilar. El resultado de esto es que, sin darnos cuenta, estamos transmitiendo al paciente el falso mensaje de que lo más importante en el control de la diabetes es saber «cómo tiene el azúcar» en un momento dado.

Para que el autoanálisis se integre de forma eficaz en el régimen de autocuidados, el diabético debería reunir las siguientes condiciones<sup>3</sup>:

1. Estar motivado y aceptar hacerlo.
2. Ser capaz de aprender a realizar la técnica correctamente.
3. Comprometerse a registrar los resultados de forma adecuada.
4. Ser capaz de interpretar los resultados.
5. Saber usar los resultados para modificar el régimen terapéutico de forma eficaz.

Dicho de otra manera: para que el diabético obtenga el máximo beneficio en el uso del autoanálisis deberíamos alcanzar los siguientes objetivos en su educación para la salud:

1. El paciente será consciente de la importancia del control metabólico para evitar las complicaciones de la diabetes.
2. Contemplará la realización del autoanálisis como un medio para lograr el autocuidado y no como un fin.
3. Dispondrá de suficiente información para poder elegir el medidor que le resulte más cómodo de usar entre las diferentes opciones disponibles.
4. Sabrá realizar correctamente la técnica de autoanálisis. Se revisará periódicamente dicha técnica para detectar y corregir posibles errores que podrían alterar los resultados.
5. Registrará, tras cada análisis, la fecha, la hora, el valor de glucemia y si ésta es pre-prandial o posprandial.
6. Sabrá cómo registrar los cambios en el régimen terapéutico o estilo de vida (cambios de medicación, celebraciones, ejercicio no habitual, enfermedades, etc.) cuando se dé alguna de estas circunstancias.
7. Conocerá cuáles son las cifras de glucemia «normales» según sus características personales y el momento del día.
8. Sabrá qué factores pueden alterar esas cifras para asociarlos con posibles desviaciones de la «normalidad».

9. Sabrá cuándo y cómo realizar modificaciones efectivas en su estilo de vida para mantener la glucemia dentro de los objetivos individuales de control metabólico.
10. Sabrá cuándo y cómo realizar los cambios de medicación pactados con el médico de acuerdo con pautas preestablecidas.

Si nuestro objetivo como profesionales de la salud es conseguir que el usuario alcance el máximo nivel de autocuidado, deberíamos reflexionar y preguntarnos si los pacientes a quienes estamos facilitando las tiras están obteniendo el máximo beneficio del autoanálisis.

Las tres preguntas siguientes pueden servir como punto de partida para esta reflexión:

1. ¿Están incluidos estos 10 objetivos en el programa de educación para la salud que estamos ofreciendo al diabético usuario de tiras reactivas?
2. ¿Incluimos en dicho programa educativo a todos los diabéticos en el momento de «prescribirles» la realización de autoanálisis?
3. ¿Estamos seguros de que nuestros usuarios de tiras reactivas han alcanzado los 10 objetivos anteriores?

Solamente si podemos responder afirmativamente a las tres preguntas estaremos en condiciones de afirmar que estamos haciendo un uso óptimo de los recursos destinados a la dispensación de tiras reactivas para el diabético.

#### *Bibliografía*

1. Grimaldi A, Sachon C. Autosurveillance glycémique au cours du diabète de type 2: pour qui et pour quoi faire? Quelles preu-ves? *Diabetes Metab.* 2003;29:S42-6.
2. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ed Masson-Salvat; 1993.
3. Ecurra Loyola A. Curso de formación sobre el cuidado del paciente diabético. Autocontrol y autocuidado. Barcelona: Ed. Doyma; 1998.

Publicado como Carta al Director en Atención Primaria; 37(5)