

Intervención educativa en adultos mayores diabéticos.

Educative intervention in elder diabetic patients.

Katia Leonor de la Paz Castillo¹, Martha Mercedes Ortiz Velasco², Leydis Proenza Fernández³, Dayami Toledano Gutiérrez⁴, Serguey García Blanco⁵.

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma.

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma.

⁴Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma.

⁵Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma.

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa para intervenir en el nivel de conocimientos que sobre Diabetes Mellitus tienen los adultos mayores del consultorio médico # 6 de la Policlínica Universitaria "Francisca Rivero Arocha" de Manzanillo entre abril de 2008 y enero del 2010. Se empleó un muestreo no probabilístico al azar aplicando los criterios de inclusión, lo que determinó una muestra de 50 ancianos diabéticos. Se utilizó la encuesta, como fuente primaria de recolección de datos, para determinar las necesidades de aprendizaje. La prueba de los signos constituyó la medida estadística utilizada. Predominó el consumidor de café sin práctica de ejercicios físicos, no cumplían con la dieta establecida y consumían regularmente sus medicamentos. Al inicio del estudio, los gerontes tuvieron un conocimiento inadecuado sobre la diabetes mellitus, que se elevó después de la intervención.

Descriptores DeCS: DIABETES MELLITUS; ANCIANO; EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN

ABSTRACT

A quasiexperimental study of educative intervention was carried out to increase the knowledge of elderly patients concerning Diabetes Mellitus in the Doctor's office #6, from Fransisca Rivero Aroche Polyclinic, since April 2008 to January 2010. A non – probabilistic sample was taken at random, which made a total of 50 patients suffering from Diabetes. Also, as a primary source of information, it was used the survey, to determine the learning needs of the sampling. The Signs test constituted the statistical measure applied. The greater incidence was related to coffee drinkers who did not practice physical exercises or did not have a healthy diet regime, taking regularly their medication. At the beginning of the research, the elderly patients did not have an

adequate knowledge about the disease, what increased with the application of the intervention project.

KEY WORDS: DIABETES MELLITUS; AGED; POPULATION EDUCATION

INTRODUCCIÓN

Actualmente la Diabetes Mellitus (en lo adelante DM) se define como una afección metabólica, de carácter permanente, de origen heterogéneo y multicausal, que impide la normal utilización de azúcares, proteínas y grasas, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz. Esto ocasiona un aumento de glucosa en la sangre, que puede dañar gravemente los órganos corporales, sobre todo los vasos sanguíneos y los nervios.

La DM era ya conocida antes de la era cristiana. En el papiro de *Ebers* descubierto en Egipto y que data al siglo XV a.c, ya se describen síntomas que parecen corresponder a la Diabetes. Fue *Areteo* de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de Diabetes, que significa en griego [[correr a través]], refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, expresando que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. ¹

En un principio se pensaba que el factor que predisponía para la enfermedad era un consumo alto de hidratos de carbono de rápida absorción. Después se vio que no había un aumento de las probabilidades de contraer diabetes mellitus en relación con los hidratos de carbono de asimilación lenta. ²

La aparición y desarrollo de la enfermedad están ligados a un conjunto de factores que desencadenan la sintomatología propia de la Diabetes Mellitus; es así como elementos tales como la edad, el sexo, la raza y el estilo de vida constituyen una señal de alerta ante la probabilidad de padecer este trastorno. ³

La DM constituye un problema de salud en muchos países. En 1998 había más de 140 000 de personas diabéticas en el mundo. Según datos de la Organización Nacional de la Salud, ésta cifra aumentará a unos 300 000 para el año 2025. Si además de lo anterior, se considera el hecho de que la esperanza de vida del diabético es, como promedio 8 años menor que las personas no diabéticas en edades de 55 a 64 años y 4 años menor en los 65 a 74 se puede ratificar que esta afección constituye, cada vez más, un importante problema de salud. ⁴

En su plan estratégico la OMS y la OPS proponen precisar la carga epidemiológica y económica de la diabetes para determinar su prioridad, promover un mejor estilo de vida, proporcionar una asistencia integrada, prevenir las complicaciones y desarrollar e implementar un sistema de información común que permita documentar los logros alcanzados. ⁵

Los investigadores se propusieron como objetivo general de la investigación: Intervenir en el nivel de conocimientos que tienen sobre la Diabetes Mellitus los adultos mayores del consultorio de la familia #6 de la Policlínica Universitaria "Francisca Rivero Arocha" de Manzanillo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos que tienen sobre la Diabetes Mellitus los adultos mayores del consultorio médico de la familia #6 de la Policlínica "Francisca Rivero Arocha" de Manzanillo. El estudio se realizó desde abril 2008 a enero 2010.

Con el apoyo en técnicas participativas, actividades recreativas, realización de ejercicios físicos y la actividad educativa programada para cada sesión, se tuvo como propósito elevar los conocimientos sobre la enfermedad.

El universo estuvo constituido por los 262 pacientes diabéticos mayores de 60 años, de ambos sexos, pertenecientes al consultorio #6 del consejo popular 6 del municipio de referencia. Se realizó un muestreo no probabilístico al azar, quedando constituida la muestra por 50 pacientes diabéticos de la tercera edad que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

Deseo de participar en la investigación, adultos de 60 años y más, diabéticos y ausencia de enfermedad invalidante, que afectara su capacidad intelectual y/o física.

Operacionalización de las variables:

Hábitos tóxicos: Variable cualitativa politómica. Se tuvo en cuenta al paciente con los siguientes hábitos tóxicos; Café: tres o más tomas en el día o su equivalente en una toma (aproximado de tres tazas pequeñas) Hábito de fumar: se consideraron aquellos que referían la práctica del mismo o su antecedente independientemente del tiempo de duración, la cantidad, el tipo y modo de consumo. Ingestión de bebidas alcohólicas: se consideraron aquellos que ingerían cualquier tipo de estas a consideración del autor.

Práctica de ejercicios físicos: se recogieron las respuestas y se valoró según su frecuencia e intensidad en correcta e incorrecta y ninguno según conceptos argumentados a continuación:

Práctica correcta de ejercicios físicos: pacientes incorporados a actividad física de manera regular, al menos tres veces por semana y de no gran intensidad, caminatas, ejercicios aerobios, labores agrícolas ligeras.

Práctica incorrecta de ejercicios físicos: aquellos que realizan con una periodicidad inferior a tres veces por semanas o de una intensidad que requiera gran esfuerzo físico, subir escaleras, largas caminatas, levantamiento de pesos.

No práctica de ejercicios: los que de forma esporádica realizan alguna que otra actividad física independientemente de su intensidad.

La dieta se cuantificó en número de comidas al día: 1 o 2 comidas; 3 comidas; 4 comidas; 6 comidas; todas las que quiera.

Se consideró que **si** cumplían con la misma cuando manifestaron ingerir de 4 a 6 comidas.

No cumplían cuando solo hacían las tres comidas (desayuno, almuerzo y comida) o menos de estas además se consideró si se alimentaban cada vez que querían.

El cumplimiento del tratamiento medicamentoso fue dividido en regular e irregular y expresado en:

Se consideró regular cuando manifestaron siempre cumplir el tratamiento con medicamentos.

Se consideró irregular cuando cumplían el tratamiento con medicamentos en ocasiones, casi nunca ó nunca. .

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se constó para realizar la intervención educativa de 4 etapas: diagnóstica, elaboración, intervención propiamente dicha y evaluativo. Se confeccionó una base de datos los cuales fueron procesados y sus resultados expresados en tablas y gráficos según las facilidades brindadas por programas como el Microsoft Word y Excel pertenecientes al paquete de Office 2007 de Windows XP.

RESULTADOS

Al investigar sobre los hábitos tóxicos presentes en estos ancianos resulta que 92% ingería café donde están representadas las mujeres, en su totalidad, el porcentaje de ancianos fumadores y los que ingería bebidas alcohólicas fue similar 30 y 28 respectivamente (tabla 1)

Tabla 1. Distribución de ancianos diabéticos según sexo y hábitos tóxicos. Consultorio médico de la familia 6 de la Policlínica # 1 de Manzanillo.

Hábitos Tóxicos	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Fumadores	5	16,6	10	5	15	30
Ingestión de alcohol	2	6.6	12	60	14	28
Ingestión de café	30	100	16	80	46	92

N=50

Al valorar la práctica de ejercicios físicos en los ancianos se determinó que 28 de ellos 56% no practicaban los mismos ni desarrollaban actividades que pudieran contribuir a realizar algún tipo de actividad física (tabla 2)

Tabla 2. Distribución de ancianos diabéticos según sexo y práctica de ejercicios físicos. Consultorio médico de la familia 6 de la Policlínica #1 de Manzanillo.

Realización de ejercicios físicos	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Practica ejercicios físicos	9	30	13	65	22	44
No practica ejercicios físicos	21	70	7	35	28	56
Total	30	60	20	40	50	100

Al analizar el cumplimiento de la dieta vemos que 28 pacientes solo cumplían con 3 comidas al día, o se alimentaban cada vez que querían (tabla 3)

Tabla 3. Distribución de ancianos diabéticos según cumplimiento de la dieta. Consultorio médico de la familia 6 de la Policlínica #1 de Manzanillo.

Cumplimiento de la dieta	No	%
Si	22	44
No	28	56
Total	50	100

Al analizar el cumplimiento del tratamiento medicamentoso se nota que 38 pacientes que representaban 76% cumplían con el mismo de forma regular, solo 12 pacientes lo consumían irregularmente (tabla 4)

Tabla 4. Distribución de ancianos diabéticos según cumplimiento del tratamiento medicamentoso. Consultorio médico de la familia 6 de la Policlínica #1 de Manzanillo.

Cumplimiento del tratamiento	No	%
Regular	38	76
Irregular	12	24
Total	50	100

Se detectó que el conocimiento sobre los factores de riesgos de la diabetes mellitus fue inadecuado en el 66% de los ancianos estudiados antes de la intervención educativa siendo adecuado en el 100 % después de la aplicación del programa, mejorando sus conocimientos (tabla 5)

Tabla 5. Determinación del nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la Diabetes Mellitus. Consultorio 6 de la Policlínica #1 de Manzanillo.

Nivel de conocimiento Sobre factores de riesgo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	17	34	50	100
Inadecuado	33	66		
Total	50	100	50	100

En la misma se expone como se modificó el estilo de vida mediante la aplicación del programa educativo. Al inicio de la intervención el 92% de los ancianos presentaba algún tipo de hábito tóxico, 56% de ellos no practicaban ejercicio físico ni cumplían con la dieta establecida, sólo 24% de los diabéticos no cumplían el tratamiento con hipoglicemiantes. Después de la intervención el estilo de vida de estos pacientes mejoró y se modificó pues, solo mantenía algún hábito tóxico el 22% de los pacientes, 40% no practica algún tipo de ejercicio físico y el 14% (7 gerontes) no cumplían con la dieta, además el 8% (4 pacientes) no tomaban los medicamentos indicados por el facultativo (tabla 6).

Tabla 6. Modificación del estilo de vida de los adultos mayores diabéticos. Consultorio médico de la familia 6 de la Policlínica # 1 de Manzanillo.

Modificación de Estilo de Vida	Antes		Después	
	No	%	No	%
Hábitos Tóxicos	46	92	11	22
Práctica de ejercicios físicos	28	56	20	40
Dieta	28	56	7	14
Tratamiento medicamentoso	12	24	4	8

n= 50

ro < rt se rechaza Ho

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE SUS RESULTADOS

Tabla 1

Díaz y otros autores demuestran en su estudio que la mayoría de los pacientes fumaban. ⁶ La toxicidad del alcohol refieren algunos autores que se ha comprobado que su metabolismo demanda cierta cantidad de energía que deja de ser utilizada en otros procesos de oxirreducción, propicia la aparición de hipoglicemia, consume prácticamente todas las vitaminas del organismo (fundamentalmente las del complejo B) y afecta la eliminación de las grasas que se acumulan en las arterias y órganos vitales como el hígado; el hábito de fumar, por su lado, tiene un alto grado de asociación causal con enfermedades cardiovasculares, sobre todo como factor de

riesgo coronario, que suelen causar la muerte del mayor número de diabéticos por diferentes formas de aterosclerosis. ⁷

Investigación realizada por Salazar Martínez y otros autores sugiere una asociación inversa importante entre el consumo de café y el riesgo de diabetes tipo 2 en hombres y mujeres, el café contiene cantidades importantes de potasio, niacina, magnesio y sustancias antioxidantes, de efectos favorables en el desarrollo de la diabetes. ⁸

La autora piensa que estos resultados se deben al arraigo popular de estos nocivos hábitos, ya que toda la población tiene acceso a los cigarrillos, tabacos, alcohol y café de forma liberada en todos los comercios.

Tabla 2

Estudio realizado en Guines demuestra que la mayoría de los pacientes estudiados no practicaban ejercicios físicos, por lo que coincide con los resultados. ⁶ Observaciones realizadas con adultos que practican ejercicios físicos con frecuencia han demostrado que el estado del organismo mejora considerablemente. ⁹ En la actualidad es indiscutible que el ejercicio físico influye positivamente en la calidad de vida. Si se quiere continuar elevando la esperanza de vida de la población por los beneficios que ésta reporta, el ejercicio físico debe estar bien planificado, dosificado y orientado como parte, inclusive de la cultura física terapéutica.

Tabla 3

Domínguez y otros autores coinciden con los resultados, al reflejar en su investigación que los pacientes no realizaban la dieta adecuadamente y que es difícil de asimilar en los pacientes por patrones inadecuados establecidos en los mismos. ¹⁰ Estudio realizado en Costa Rica refleja que no hay homogeneidad en los mensajes sobre la dieta y una adecuada nutrición pues los pacientes debían adaptarse a los gustos y preferencias alimentarias de los miembros de la familia por lo que los pacientes cumplían con la dieta en muy pocas ocasiones. ¹¹ Autores como García y Suárez refieren que los pacientes cumplían la dieta establecida facilitando el control metabólico sin necesidad de aumentar la dosis de compuestos orales o insulina resultado que no coincide con el estudio. ¹² Es de entender que más que a indicar una dieta estricta, que con frecuencia el paciente no realiza, es necesario señalar normas dietéticas comprensibles y elásticas en su cumplimiento, cercanas al patrón alimentario habitual, compatible con sus ingresos económicos y otras limitaciones y tratar de que no se provoquen más limitaciones que las necesarias y realistas en cuanto a las expectativas a seguir.

Tabla 4

Jordan refiere en su trabajo realizado en Boyeros que los pacientes cumplían con el tratamiento médico por lo que coincide con los resultados. ¹³

Se detectó en estudio realizado en México que la mayoría de los pacientes diabéticos no cumplía con el tratamiento debido a las malas condiciones socioeconómicas pues es una enfermedad que requiere atención médica y una importante demanda de medicamentos. Por lo que no coincide con los resultados descritos. ¹⁴

Autores como *Brener* y *Rosero* refieren en su investigación realizada en Costa Rica que cerca de la mitad de los adultos mayores que padecen ésta enfermedad no la tienen controlada por no realizar el tratamiento y no tener accesos a servicios de control de la Diabetes. ¹⁵

Por ello, cuidado y educación deben constituir un binomio integral de los servicios de diabetes. Además los pacientes que necesitan el medicamento, en su mayoría son pacientes jubilados lo cual puede dificultar la compra de los mismos.

Tabla 5

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más comunes que afecta a la salud en todas partes del mundo. Representa un factor de riesgo de otras enfermedades (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y retinopatía). De lo anterior se deduce que la prevención y control de la diabetes es la medida más importante y menos costosa, para reducir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades.

Según Brenes-Camacho, el consumo de azúcares refinados y el sedentarismo son factores implicados en la presencia de Diabetes Mellitus y el actuar sobre estos puede prevenir la aparición de la enfermedad. Dichos factores están presentes en la población de estudio, los cuales están considerados como hábitos de vida no saludable y un mayor riesgo sobre todo en presencia de la enfermedad y en las complicaciones que conlleva.

En estudio realizado con 1 506 pacientes de una unidad de medicina familiar, se encontró una prevalencia global de 5,6%, en la cual 1,2% pertenecen al grupo de 20 a 39 años de edad. ¹⁵

La incidencia se duplica cuando además se tiene antecedentes familiares de diabetes, sobrepeso u obesidad, pobre actividad física, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes gestacional y glucemia en ayuno por arriba de los límites establecidos. ¹⁶

Para la prevención y control de la Diabetes Mellitus mediante el tratamiento de sus factores de riesgo el médico y la enfermera de la familia, enfrentados al proceso salud enfermedad, son los responsables de llevar a cabo estas tareas.

Tabla 6

Los cambios de estilos de vida que retrasaron el inicio de la DM fueron la pérdida de peso (del 5% al 7% del peso inicial, media 4-5 kg) y la práctica de ejercicio físico moderado (30-35 minutos diarios). Ambos se han demostrado en otros estudios epidemiológicos como beneficiosos para la mejora del perfil de riesgo cardiovascular de la población, ya que favorecen la disminución de los niveles de tensión arterial y de la concentración de lípidos. Así mismo, en los dos estudios se demostró que la intervención sobre el estilo de vida redujo otros factores de RCV. En otro estudio posterior con administración de acarbosa asociada a cambios en el estilo de vida, además de reducir el riesgo de aparición de DM en el 35 %, se observó una reducción del 49 % del riesgo relativo de desarrollar una enfermedad cardiovascular y del 34 % de nuevos casos de hipertensión arterial. ^{17,18}

La acción del ejercicio físico sobre el sistema cardiovascular es doble, por una parte actúa disminuyendo ciertos factores de riesgo y por otra actúa directamente sobre el músculo cardíaco y las arterias coronarias; promueve el desarrollo de la circulación colateral, además, eleva los niveles de colesterol HDL y disminuye el nivel de colesterol total y de triglicéridos, por lo cual es sabido que personas que realizan unos 20 minutos de ejercicios aerobios de intensidad leve y moderada diariamente presentan una reducción del riesgo de muerte por enfermedad coronaria de un 30%.¹⁸

Es de vital importancia la modificación inmediata del estilo de vida de los diabéticos, porque a pesar que ya tienen una enfermedad establecida si se actúa sobre los factores de riesgo que la agravan e inclusive pueden provocar la muerte del paciente, se conseguirá elevar la expectativa de vida de este paciente y su calidad.

CONCLUSIONES

Predominó en el estudio los consumidores de café.

En su mayoría no practicaban ejercicios físicos, no cumplían con la dieta establecida y consumían regularmente sus medicamentos.

El nivel de conocimiento fue significativamente superior y el estilo de vida se modificó después de la intervención educativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Faget Cepero O. Diabetes Mellitus, un problema de salud. Avances Méd de Cuba 2000; (23): 19.
2. Wodd D. Established and emerging cardiovascular risk factors. Am Herat J [Internet]. 2006 [Citado 3 Mar 2011]; 141: (aprox. 9 p.). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870301011516>
3. Ávila L. Nuevos tratamientos para la diabetes mellitus tipo 2. ¿Qué aporta el efecto incretina? Bol Ter Andal 2009; 25 (2): 1-9.
4. Acosta D. Nuevos abordajes terapéuticos de la diabetes mellitas tipo I. Rev Cubana Endocrinol Nutr [Internet]. 2004 [Citado 10 Oct 2010]; 51(5): (aprox. 10 p.). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/endocrinologia-nutricion-12/nuevos-abordajes-terapeuticos-diabetes-mellitus-tipo-1-13062744-curso-residentes-2004>
5. Laclé Murray A, Jiménez Navarrete MF. Calidad del control glicérico según la hemoglobina glicosilada vs la glicemia en ayunas: Análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses. Act Med Costarric [Internet]. 2004 [Citado 10 Oct 2010]; 46(3): (aprox. 5 p.). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022004000300007&script=sci_arttext
6. Díaz O, Valenciaga JL. Comportamiento epidemiológico de la diabetes mellitus en el municipio de Güines. Rev. Cubana Hig Epidemiol 2004; 42(1).
7. Inclan A, Pérez A, Ramos R. Influencia de la escuela para diabéticos en el control metabólico de estos pacientes. MEDISAN 2001; 5(2):24-28.
8. Salazar- Martínez E, Willett WC, Ascherio A. Consumo de Café y Riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2. Sociedad Iberoamericana de Información Científica 2004; 140(1):1-8.
9. Agramonte S, Pereira O, Gutiérrez R. Influencia del ejercicio físico sobre algunos factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Invest Biomed 1998; 17(3):214-21.
10. Domínguez Bofia S, Cortina Mena I, Bello Rodríguez BM. Intervención educativa en pacientes diabéticos en la parroquia Valle de Tucutumeno. Año 2004. Rev Méd Electrón [Internet]. 2008 [Citada 10 Oct 2010]; 30(2): (aprox. 5 p.). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema06.htm>
11. Aráuz A, Sánchez G. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud Publica 2001,9(3):145-153.
12. García R, Suárez R. La educación a las personas con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Endocrinol 2007; 18(1).

13. Jordán T, Oramas J. Evaluación del efecto de una intervención educativa en los pacientes diabéticos de cuatro consultorios. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23(2).
14. Vázquez JL, Panduro A. Diabetes Mellitus Tipo 2: Un problema epidemiológico y de emergencia en México. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe* 2001;(3):18-26.
15. Batista Moliner R, Landrove Rodríguez O, Bonet Gorbea M, Feal Cañizares P, Ramírez M. Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2000 [Citado 10 Oct 2010]; 38(2): (aprox. 6 p.). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032000000200001&script=sci_arttext&tlng=es
16. Rivera AJ. Enfermedad Arterial Coronaria y Diabetes Mellitus. *Cardiología Intervencionista. Rev Med IMSS* 2000; Vol. 38 (1): 17-22.
17. Hanefeld M, Cagatay M, Petrowitsch T, Neuser D, Petzinna D, Rupp M. Acarbose reduces the risk for myocardial infarction in type 2 diabetic patients: metaanalysis of seven long-term studies. *European Heart Journal* 2004; 25, 10-16.
18. Rodríguez Padial L, Maicas Bellido C, Alcalá López J, Velázquez Martín M, Gil Polo B. Escasa aplicación de las medidas de prevención en los pacientes con diabetes mellitas tipo II y enfermedad arterial coronaria en España. Estudio DIETRIC. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2005 [Citado 10 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/65/65v205n01a13070753pdf001.pdf>