

Educación diabetológica

Lourdes Carrillo Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud La Victoria de Acentejo, Santa Cruz de Tenerife

La educación es una parte importante del tratamiento del paciente con diabetes mellitus y adquiere mayor relevancia si consideramos la elevada prevalencia de esta enfermedad, que se caracteriza por un curso crónico con frecuentes complicaciones agudas y crónicas que pueden ocasionar la muerte y/o graves morbilidades al paciente, lo que repercute en elevados costes sociales y económicos.

El objetivo principal de la educación diabetológica (DSME, de las siglas en inglés de *diabetes self-management education*) es facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes dirigidas a mejorar/gestionar las condiciones clínicas y hábitos de vida del paciente. Esto es:

1. Conseguir un buen control metabólico y mantenerlo a largo plazo.
2. Prevenir las complicaciones agudas y crónicas.
3. Mejorar la calidad de vida del paciente.
4. Contribuir a disminuir los costes sanitarios y sociales derivados.

El proceso educativo debe incidir sobre el paciente y su familia, de forma que el entorno sea favorable a la consecución de objetivos. Más allá de contenidos, estrategias de implantación, etc., existen cuestiones claves aún por resolver.

¿ES EFECTIVA LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA?

La mayor evidencia es para las intervenciones a corto plazo. Sin embargo, no está clara la eficacia de intervenciones en el mantenimiento a largo plazo del control glicémico, la enfermedad macro o microvascular e incluso la calidad de vida¹. Incluso se ha comprobado su efectividad en los estadios previos al diagnóstico, de manera que se considera una de las intervenciones con mayor impacto para evitar la aparición de la enfermedad en cualquiera de las condiciones de prediabetes.

¿EDUCACIÓN INDIVIDUAL O GRUPAL?

Existen dos tipos de intervención, cada uno de los cuales tiene ventajas e inconvenientes. La educación individual parece más efectiva en el inicio y hasta la aceptación de la enfermedad; para personalizar tratamientos dietéticos o individualizar cuidados en pacientes amputados, por ejemplo. Es aconsejable en pacientes con carácter introvertido y/o con miedo al trabajo en grupo. La educación grupal supone en muchos casos una descarga de ansiedad, al compartir experiencias con personas con problemas similares; permite utilizar más cantidad de recursos educativos: juegos y otras técnicas de grupo; resulta más eficiente, ya que en igual tiempo se consigue llegar a más personas; y hay más probabilidad de implicación de la familia. Especialmente importante en este caso es el papel docente que puede adquirir alguna de las personas con diabetes que integran el grupo.

En ambos casos es necesario disponer de los medios humanos y materiales adecuados, así como de un programa con contenidos estructurados y la colaboración de todos los profesionales implicados y una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención al paciente.

Actualmente disponemos de escasas evidencias que nos garanticen un mayor éxito con uno u otro tipo de educación y ni siquiera podemos asegurar qué metodología es más adecuada a nuestros objetivos. Una revisión sistemática publicada recientemente sugiere beneficios de la educación individual frente a la atención habitual en consulta en el control glucémico en un subgrupo de pacientes con A1C mayor de 8, y no hubo diferencias en el índice de masa corporal ni en la tensión arterial. En los pocos estudios que comparaban educación individual frente a educación grupal, no se observaron diferencias en el período estudiado (12 a 18 meses)².

No obstante, aún permanecen muchas lagunas sin aclarar y se hace necesaria la puesta en marcha de estudios a largo plazo, bien diseñados, que eviten posibles factores de

confusión y con especial cuidado en la elección del grupo control. De esta forma podrían aclararse los beneficios de los programas de DSME, en especial en términos de coste-eficacia³.

¿CUÁL ES LA METODOLOGÍA MÁS EFECTIVA?

En relación con la metodología, no existe un programa «estrella», aunque se han mostrado beneficios para aquellos programas que incorporan estrategias conductuales y psicosociales, y también para los que tienen en cuenta las características culturales del grupo al que van dirigidos. Por otra parte, cualquier programa debe ser continuo, para facilitar el proceso educativo, y mantener los progresos alcanzados.

Tampoco estamos en condiciones de garantizar cuál es el mejor método para ayudar a las personas en riesgo de diabetes, o en alguna situación de prediabetes, a mejorar su dieta, ser más activas físicamente y controlar su peso de

forma adecuada. En este sentido, los programas que utilizan como estrategia el establecimiento de metas suponen una buena opción para la autogestión, favoreciendo el cambio.

Por otro lado, actualmente la tendencia es hacia una medicina centrada en el paciente y la DSME ha pasado desde un planteamiento puramente teórico a incorporar elementos y técnicas prácticas más dirigidas a favorecer habilidades; en este momento, en acuerdo con la medicina centrada en el paciente, los pasos se dirigen hacia un apoderamiento del propio paciente, que debe adquirir la capacidad de decisión y en cualquier caso ser capaz de adoptar decisiones compartidas con los profesionales proveedores de cuidados⁴.

Con los avances tecnológicos, los recursos disponibles son cada vez más accesibles, aunque aún es pronto para establecer un vínculo de efectividad sobre el objetivo último de la educación y el tratamiento de la persona con diabetes: disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002;25:1159-71.
2. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD005268.
3. Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008;12(9):1-116, iii.
4. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2010;33 Suppl 1:S89-S96.