

Combatiendo la diabetes. Blog para pacientes con diabetes y prediabetes

María Teresa Ortiz Lupiáñez

Participante del Máster sobre la Atención y la Educación a las Personas con Diabetes Tipo 2. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, blog, cambios de estilo de vida, medidas higiénico-dietéticas.

RESUMEN

Estudio de campo experimental orientado al cambio de estilo de vida tanto a nivel de dieta como de aumento de ejercicio físico con el fin de combatir la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para ello se ha creado un blog en el que los pacientes intercambian sus vivencias y dificultades para entre ellos incentivarse unos a otros a dar el paso hacia estos cambios que pueden mejorar o hacer desaparecer su DM2.

INTRODUCCIÓN

El origen de la idea

La idea de mi trabajo final de máster surgió tras evidenciar la falta de tiempo que tenemos en la consulta, cada vez más acentuada tanto en medicina como enfermería en atención primaria.

Los médicos preguntamos muchas veces al paciente si su enfermero/a le ha explicado bien en qué consiste la dieta diabética y los consejos de cambios de hábitos de estilo de vida y, sin embargo, en ocasiones nos damos cuenta de que no es suficiente con los consejos que nosotros damos, al obtener una glucemia basal alterada o cifras de DM2 en analíticas, ni con las explicaciones que luego le da enfermería, porque, según el paciente o el día que tenga, este no comprende bien o no retiene la información que le transmitimos.

Además, muchas veces ya han pasado como mínimo seis meses cuando nos damos cuenta de que el paciente no ha entendido nada de lo que se le ha explicado y comprobamos que la analítica no ha mejorado nada o que incluso ha ido empeorando.

La DM2 depende tanto de los cambios de estilo de vida que logremos con el paciente que, antes de medicar si los valores de glucemia lo permiten, merece la pena insistir intensamente en ellos.

Por tanto, tuve la idea de realizar un blog muy sencillo para que los pacientes lo entendiesen y con la teoría justa para que no se aburrieran al leerlo.

TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Centrándonos en la parte científica, mi trabajo se trata de un estudio de campo experimental en el que se intentan modificar estilos de vida perjudiciales desde el punto de vista diabetológico, sin realizar ningún cambio en el tratamiento farmacológico. Los pacientes de este estudio son pacientes con diabetes mellitus (DM) y hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) del 7,5 % como máximo o con prediabetes.

Como criterios de inclusión, los pacientes tenían que presentar una analítica reciente (en los últimos tres meses previos a entrar en el estudio) sin que hubiera habido cambios recientes en el tratamiento farmacológico (en los últimos seis meses) y sin patología mental grave o deterioro cognitivo.

Han sido seguidos tras su inclusión en el blog durante dos meses (este tiempo será para tener resultados para mi trabajo de fin de máster, pero la intención es seguirlos durante un año si veo que los pacientes siguen motivados e interactúan en el blog).

He de mencionar que dicho trabajo tiene la limitación importante de que un seguimiento de dos meses es muy

justo para obtener conclusiones significativas. Aun así, para la entrega de mi trabajo les he realizado una analítica y exploración tras la intervención, pero mi intención, si los pacientes siguen motivados, es seguirlos hasta completar un año, tiempo en que ya podré obtener datos más significativos.

La selección ha tenido que ser de entre mis pacientes con DM o prediabetes más jóvenes y que controlasen la informática con el fin de poder acceder al blog e interactuar en él. Algunos de ellos fueron seleccionados al visitarlos en consulta y otros los capté mediante una llamada telefónica, tras la cual los cité para ver si aceptaban entrar en dicho estudio y estaban dispuestos a firmar el consentimiento informado.

En la primera visita los pesé, les miré cifras de presión arterial y diámetro abdominal, si no tenían analítica de los últimos tres meses se la solicité, les realicé una historia clínica sobre sus hábitos alimentarios señalando lo que tenían que mejorar (sobre todo, hábitos tóxicos) y, para finalizar, indagué sobre la cantidad de ejercicio que realizaban al inicio. Todo quedó apuntado en su historia clínica.

Una vez firmado el consentimiento, le creé un apartado en el blog a cada paciente con su nombre y, en caso de que alguno de estos apartados se repitiera, la inicial de su apellido. Describí también los años que hacía del diagnóstico de DM2, la evolución a mejor o peor en sus cifras glucémicas en analíticas hasta el momento, peso, si precisaban tratamiento para la DM, la hipertensión y la hipercolesterolemia y (con el fin de remarcarlo como punto negativo) el consumo de tóxicos si lo había. La descripción iba encaminada a que, según he ido obteniendo resultados, ellos mismos fueran viendo que precisan menos fármacos, controlan mejor sus cifras de hipertensión, la hipercolesterolemia y las cifras glucémicas simplemente tras los cambios en el estilo de vida que mi blog pretende introducirles en su día a día.

Ahora que está tan de moda la corriente que a mí personalmente tanto me gusta sobre que el paciente decida sobre su salud y del pacto con el paciente antes de la modificación de un tratamiento, el paciente puede acceder a la visualización de sus analíticas y ver la evolución que estas llevan. Este es un paso más para poder ir mejorando con consejos médicos validados y por escrito que los pacientes pueden revisar las veces que necesiten; además, pueden leer opiniones y sentimientos de cada paciente que se encuentra en una situación similar a la suya, lo cual les puede ayudar y dar ánimos.

METODOLOGÍA

Creación del blog

Mi blog incluye dos apartados básicos que explico como si les estuviera prescribiendo dos fármacos nuevos:

- Ejercicio.
- Dieta.

Ejercicio

Explico la importancia de incluir o aumentar el ejercicio y de llevarlo a cabo y soy bastante tolerante y comprensiva en el ejercicio que se adecúa a cada paciente, debido a que, al predominar los pacientes de más de 50 años, la mayoría tiene otras comorbilidades que no le permiten realizar algunos ejercicios.

Por dicho motivo, en el blog explico que cada paciente puede elegir el ejercicio que pueda realizar. Ante todo, les recuerdo que la DM y la obesidad van siempre de la mano, por lo que, si una mejora, la otra mejorará secundariamente y, a su vez, también podrían mejorar la hipertensión arterial y, con todo ello, bajar el riesgo cardiovascular de cada enfermo.

En la actualidad, trabajo en el Centro de Atención Primaria Molí Nou, en Sant Boi de Llobregat (Barcelona), donde la población tiene un nivel adquisitivo medio-bajo; un 25 % de mi cupo es gente inmigrante y su economía tampoco acostumbra a ser muy buena, así que algunos pacientes pueden pagarse gimnasio, pero otros no.

Por ello, en muchas ocasiones, para que los pacientes puedan cuantificar que mejoran les recomiendo el uso de podómetros o aplicaciones móviles que contabilizan los kilómetros que caminan o corren. En el caso de pacientes a los que no les gusta el ejercicio en la calle, les recomiendo clases dirigidas para realizar en casa si económicamente no pueden acudir al gimnasio; asimismo, recomiendo caminatas por zonas verdes que tenemos en las cercanías sin necesidad de usar coche ni transporte público para llegar al punto de partida.

Más adelante explicaré cómo he tenido que individualizar mis consejos sobre el ejercicio recomendable para cada paciente, ya que cada uno tiene sus dificultades. Lo que les recomiendo es que incrementen cada día o incluso cada semana todo lo que puedan. Remarco que sería recomendable la realización de 30-45 minutos de ejercicio aeróbico al día y, en cuanto a la intensidad, les indico que la incrementen

ellos según sus posibilidades y el ejercicio al que previamente estuvieran acostumbrados, teniendo en cuenta sus posibilidades y sus comorbilidades.

Les insisto en que, dentro de las dificultades mecánicas y tecnológicas de muchos, es importante que compartan sus experiencias, cómo están variando en cuanto al ejercicio que realizan y cómo se sienten al hacer este sobreesfuerzo; con esto quiero que entre ellos se incentiven los unos a los otros y se animen a seguir, y que este cambio se llegue a convertir en hábito.

Dieta

Una vez explicadas las recomendaciones en cuanto a la realización del ejercicio, he pasado a explicar la **dieta**, que es la segunda intervención tratada en el blog.

He insistido sobre todo en que esta ha de ser baja en hidratos de carbono y grasas saturadas y les he explicado el método del plato con sus respectivas imágenes para facilitar todo al máximo y que lo entiendan bien (figura 1).

Aunque he querido ser breve con el fin de no aburrir y que el paciente complete el 100 % de la lectura, he especifica-

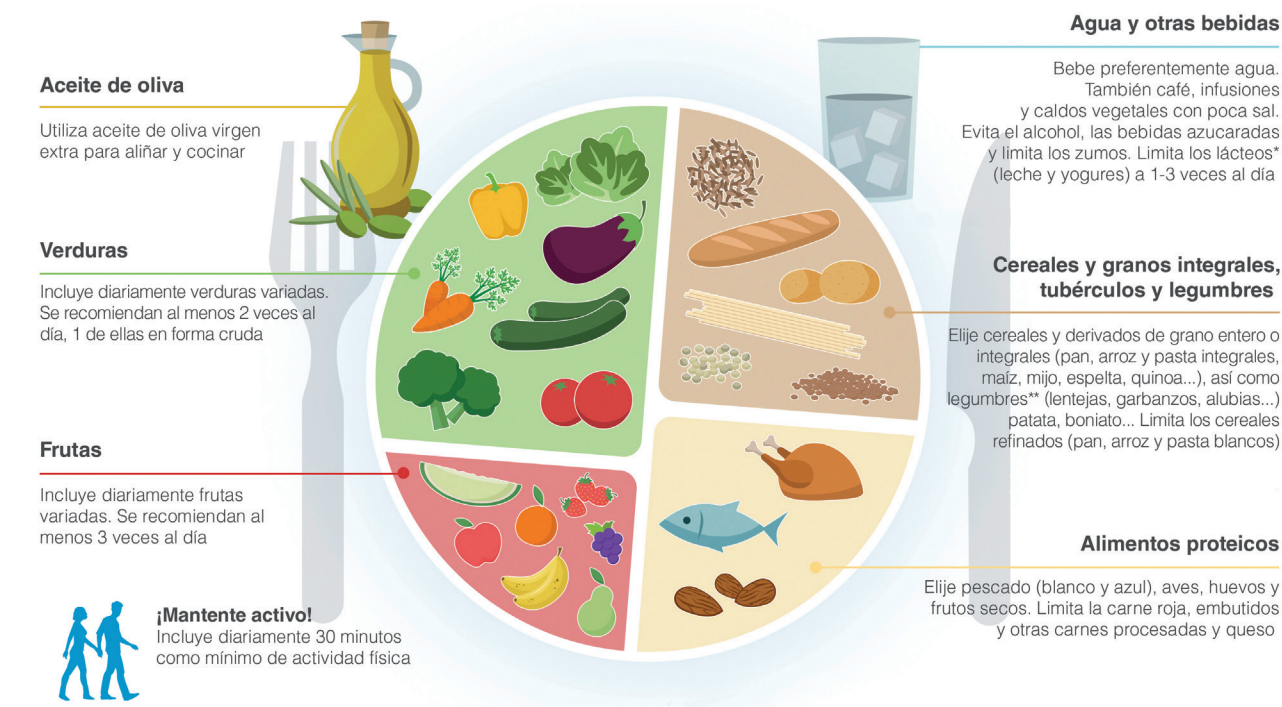
do lo que son los hidratos de carbono que hay que reducir y los alimentos evitables (como, por ejemplo, bebidas azucaradas o dulces o bollería); cuando los detectamos en un paciente y este consigue reducirlos, mejora notablemente su perfil glucémico, sobre todo si estaba acostumbrado a tomarlos a diario.

Para realizar una dieta equilibrada que aporte los macro y micronutrientes en las cantidades adecuadas, es imprescindible conocer los alimentos, que son los que los contienen. Es relevante resaltar que ningún alimento contiene todos los nutrientes y que, exceptuando algunos alimentos como el aceite y el azúcar de mesa (sacarosa), no hay alimentos puros que contengan solamente un nutriente; por ello, surge de la necesidad de combinar los alimentos de manera que pueda conseguirse un aporte de todos los nutrientes en la cantidad adecuada para cubrir las necesidades orgánicas.

Desde un punto de vista práctico, la clasificación funcional de los alimentos nos permite establecer guías o pautas de alimentación sencillas. Es necesario agrupar los alimentos que comparten funciones y aportan cantidades similares de nutrientes.

La pirámide de alimentos de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (figura 2) me ha gustado mucho, ya que, aparte de la alimentación, también refleja que la be-

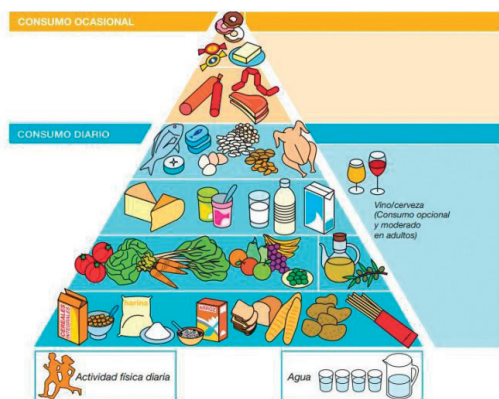
Figura 1. El método del plato ayuda a prevenir y controlar la diabetes mellitus tipo 2



* Este grupo de alimentos es fuente de hidratos de carbono.

** Las legumbres son, además, una fuente de proteínas que se debe tener en consideración.

Figura 2. Pirámide de la alimentación saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria



bida principal que se debe tomar a diario es el agua y que el consumo de vino y de cerveza siempre ha de hacerse de forma controlada y moderada. Asimismo, refleja también la importancia del ejercicio.

RESULTADOS

Repercusiones de una alimentación saludable

Además de todo lo anteriormente mencionado, siempre recuerdo a los pacientes que al mismo tiempo que mejoran el perfil glucémico también mejoran el dislipémico y sus cifras tensionales, con lo que mejorará su riesgo cardiovascular.

Les intento poner muchos gráficos porque creo que con ellos podemos conseguir una visión más sencilla y clara de los alimentos que se pueden consumir con más frecuencia y los que es mejor consumir lo mínimo.

Inclusión de pacientes en el blog

Una vez generado el blog, inicié la captación de pacientes con los que compartirlo, ya que realicé el blog en una web a la que di acceso solo a los pacientes a los que les pudiera suponer un beneficio y con el fin de poder, a continuación, mantener la máxima confidencialidad de los datos.

Por supuesto, para entrar en el blog los pacientes fueron previamente informados de mis objetivos al crearlo y, tras esto, firmaron y fecharon un consentimiento informado del que entregué copia. Asimismo, les informé de que, si en algún momento el blog no les satisfacía o no se sentían cómodos, podían darse de baja sin consecuencia alguna.

Les informé también de que en el blog solo saldría el nombre del paciente y, si dicho nombre se repetía, la inicial de su apellido, siempre que ellos no tuvieran impedimento alguno (hasta la fecha ninguno lo ha tenido). El motivo de que aparezca su nombre es que ellos se identifiquen con los consejos específicos que yo le doy a cada uno y tengan cada uno su apartado en el blog.

Paciente experta (paciente número 1)

Inicié la selección para detectar a mi primera paciente experta. Dicha paciente es una paciente de 52 años, con diagnóstico de DM2 desde hace dos años y medio, momento en el cual cambió radicalmente su vida. Ella pasó de ser obesa, con un índice de masa corporal (IMC) de 33,3 kg/m², y fumadora (esto último aún figura como deberes pendientes) a presentar un IMC de 22,3 kg/m² (perdió unos 25 kg aproximadamente en el año siguiente al diagnóstico), hacerse prácticamente adicta al deporte y cambiar radicalmente su alimentación. Para ella, el diagnóstico de DM2 (según nos explica en el blog) resultó muy duro de aceptar, necesitó un tiempo para asimilarlo; pero, una vez hecho, lo que más le animó a mejorar fue pensar en las consecuencias que podía suponer padecer DM y empezó a vigilar mucho la dieta. La paciente abusaba de las bebidas edulcoradas, cosa que según mi parecer es el punto más fácil de cambiar y da unos resultados muy llamativos desde el inicio.

La paciente se informó muy bien del daño que hace el abuso de hidratos de carbono, alimentos dulces y comidas precocinadas y, a partir de entonces, se da un capricho una vez por semana como máximo. Al comienzo, mi paciente experta tuvo sus dificultades, pero también nos cuenta en el blog cómo pasó de una vida sedentaria a iniciar el hábito de caminar: al principio, con sus dolores en la espalda y caderas (ya que estamos hablando de una paciente obesa), pero conforme fue perdiendo peso cogió el hábito de ir al gimnasio y ahora su cuerpo le pide realizar como mínimo 3 horas de ejercicios aeróbicos todos los días. Ha tenido suerte, porque amigas suyas también se han apuntado a este buen hábito que ella ha incluido en su vida y suele coincidir con ellas en las clases dirigidas a las que acostumbra a ir, lo cual hace que, además, sea entretenido y un rato de ocio. Algunos días también nos explica que salen a caminar por la montaña que tenemos al lado de nuestro pueblo, lo que supone unos 3 km de subida y otros 3 km de bajada, y refiere que cada vez la sube con más agilidad.

Todo ello la ha llevado a pasar de padecer DM a tener unas cifras de glucemia normalizadas y a que le hayamos podido retirar la metformina. Sus cifras tensionales, que tendían

a estar en el límite normal-alto, ahora son normales, y ella personalmente siempre dice que se siente mucho más joven.

Mi paciente experta es el incentivo que quiero que anime a mis otros pacientes a mejorar, pero, dado que no deseo que mi paciente experta se desmotive para intervenir en el grupo, también estoy insistiendo con ella en cuanto al tabaco, respecto al cual aún, desgraciadamente, se encuentra en una fase de contemplación, en que reconoce que es perjudicial para ella pero necesita verlo como algo más negativo para animarse a dejarlo, y ahí es donde estoy insistiendo yo con ella en mi blog.

Aunque mi paciente experta ya ha partido de unas cifras de glucemia basales y de HbA_{1c} normalizadas, también he de remarcar que ha mantenido su HbA_{1c} del 6,4 %, que en estos dos últimos meses ha bajado 1 kg, su diámetro abdominal no ha variado significativamente y que sigue manteniéndose normotensa y sin precisar tratamiento dislipémico.

Desafortunadamente, en estos dos meses no he logrado cambiarla de fase para que intente motivarse a fin de dejar el tabaco.

Lo bueno es que para ella el cambio en la alimentación que realizó hace un tiempo y el incremento del ejercicio ya son un hábito en su vida.

Inclusión del resto de pacientes en el blog y dificultades

Aparte de presentar a mi paciente experta, hice una selección de mis pacientes con DM2 según el grado en que manejasen la informática y tuvieran correo electrónico para poder ser invitados al blog y pudieran ir siguiendo los comentarios del grupo.

Este, sinceramente, ha sido el paso más difícil. Aunque la idea le gustaba mucho a la mayoría y algunos al inicio me decían que sí manejaban la informática y tenían dirección de correo electrónico, al pedírselo no se acordaban; otros me daban su correo electrónico, pero luego no aceptaban la invitación al grupo que les llegaba; etc. De todos ellos, he ido intentando recaptar a los que me ha dado tiempo haciéndoles venir a consulta e instalándoles yo misma la aplicación en su móvil (siempre y por supuesto con su consentimiento) para ponérselo lo más fácil posible, pero algunos de ellos, tras superar esta primera dificultad, luego tampoco interactuaban demasiado, por lo que me centré sobre todo en pacientes lo más jóvenes posible que controlasen al máximo las redes sociales.

Han sido muchas las dificultades y el tiempo invertido en ellas, y este ha sido el motivo principal por el que mi seguimiento no ha podido ser de más de dos meses y por lo que los pacientes reclutados han sido finalmente ocho, pero al menos dichos pacientes van leyendo mis comentarios y van aportando lo que ellos consideran que van logrando en cuanto a cambios en su estilo de vida con el fin de ayudarse entre ellos mismos y darse ánimos explicando sus sensaciones y miedos, en la medida en la que cada cual se siente cómodo y maneja la informática.

A continuación, explicaré un poco el tipo de pacientes que he podido incluir en mi blog.

Paciente número 2

La segunda paciente que introduje tiene 49 años, es fumadora, presenta sobrepeso con un IMC de 28 kg/m² y padece DM desde hace tres años; hasta ahora está controlada parcialmente con janumet cada 12 horas con una HbA_{1c} del 7,5 % y buen control dislipémico con 20 mg de simvastatina al día.

Esta paciente es joven y sana desde el punto de vista osteoarticular (estoy insistiendo mucho en cuanto al ejercicio y el abandono del tabaco). De momento lo lleva muy bien: se ha comprado un reloj cuentapasos y ha realizado buenos progresos en su alimentación que la han llevado a un IMC de 26,5 kg/m². Tras la última analítica después de dos meses en el blog, no se han podido realizar modificaciones en el tratamiento ni antidiabético ni dislipémico, pero la HbA_{1c} ha bajado a un 7,1 % y el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad ahora está en 80 mg/dl, por lo que posiblemente en unos meses, si sigue realizando estos cambios, podamos reducir su tratamiento farmacológico.

Paciente número 3

Otra de las pacientes que introduje tiene 73 años, es obesa (IMC: 32 kg/m²) y padece DM2 desde hace seis años. Está en tratamiento con metformina (850 mg cada 24 horas) y presenta una HbA_{1c} del 6,7 % y buen control dislipémico con rosuvastatina (5 mg 3 veces por semana). Para estar bien controlada de la hipertensión arterial precisa tres fármacos antihipertensivos. No consume tóxicos, pero el problema que tiene es que sufre una gonartrosis importante a la espera de una prótesis total de rodilla, lo cual la limita mucho para ciertos ejercicios, por lo que en este caso me centro en recomendarle ejercicios más suaves que pueda realizar (como el *aquagym*) y le doy más importancia aún a la dieta, ya que en el ejercicio tenemos una limitación importante.

Cambios tras intervención: como era de esperar, esta paciente tan solo ha conseguido reducir 0,5 kg y la HbA_{1c} no se ha modificado hasta el momento.

Pacientes número 4 y 5

También tenemos entre los integrantes del grupo a un matrimonio gallego, ambos con DM2, lo cual nos reafirma en que, pese a que la genética tiene un peso, la importancia de la alimentación y el ejercicio es básica en la DM2, ya que, si ambos cónyuges padecen DM, posiblemente es que algo están haciendo incorrectamente.

Este matrimonio pasa seis meses en Barcelona y seis meses al año en Galicia, por lo que el hecho de que el grupo sea *online* les facilita mucho su continuidad en él.

Paciente número 4

El marido tiene 67 años y recibió el diagnóstico de DM2 hace tres años y medio. Está en tratamiento con metformina e inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 cada 12 horas y con 10 unidades al día de insulina lenta, con una HbA_{1c} del 6,3 %. Además, sufre sobrepeso, con un IMC de 27 kg/m²; toma rosuvastatina + ezetimiba debido a una dislipemia mixta y cinco fármacos antihipertensivos y está en prevención secundaria por miocardiopatía isquémica desde hace 12 años.

Con él hemos conseguido reducir de 10 a 5 unidades de insulina lenta al día y bajar el IMC a 26 kg/m². Quizá en unos meses se le pueda retirar la ezetimiba, si sigue como hasta ahora.

Paciente número 5

La esposa tiene 68 años. Es obesa, con un IMC de 30 kg/m². Padece una DM desde hace seis años que está controlada con metformina + dapaglitazona cada 12 h y pioglitazona cada 24 horas y presenta una HbA_{1c} del 7,5 %; además, toma atorvastatina-ezetimiba y tres antihipertensivos. Ella está en prevención primaria.

También ha conseguido reducir su IMC (a 28,5 kg/m²) y la HbA_{1c} ha descendido al 7,2 %.

Paciente número 6

Otra integrante tiene 53 años, con diagnóstico de DM desde hace un año y, de momento, va con controles con medidas higienicodietéticas con una HbA_{1c} del 6,8 %; además, presenta sobrepeso, con un IMC de 27,6 kg/m². La

paciente tiene entre sus objetivos mejorar sus estilos de vida y cuenta con el incentivo de que su hijo de 18 años sufre una obesidad importante y tanto ella como el padre de su hijo padecen DM2, por lo que esta paciente busca mejorar ella y ayudar secundariamente a que su hijo no llegue a padecer DM.

Ha reducido su IMC a 25 kg/m² y su HbA_{1c} al 6,5 %.

Dado que está muy motivada para el cambio, en pacientes como ella es en los que más efecto surtirá la intervención.

Paciente número 7

Tenemos a una paciente de 50 años obesa, con un IMC de 30,3 kg/m², hipertensa en control con enalapril (10 mg) y con hipertrigliceridemia que precisaba tratamiento con fibratos. Padece DM desde hace un año, está en tratamiento con metformina-sitagliptina y presenta una HbA_{1c} del 7,5 %.

Ha bajado 6 kg en estos dos meses y, dada la franca mejoría de su hipertrigliceridemia (ahora en 100 mg/dl con niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad normales y Registre Gironí del Cor [REGICOR] bajo), hemos pactado retirar los fibratos hasta nuevo control analítico en tres meses y quién sabe si le podremos retirar o reducir algún fármaco antihipertensivo, ya que con lo joven que es lo agradecerá muchísimo.

Paciente número 8

Otro caso es el de una paciente de 39 años de etnia gitana, obesa (IMC: 32 kg/m²) y prediabética, con glucemias basales de 115 mg/dl en control con medidas higienicodietéticas. Tiene tres niños pequeños que le dejan poco tiempo para dedicarse a ella. No trabaja. Su madre padece DM y, teniendo hijos, siempre es un estímulo positivo para realizar cambios en el estilo de vida con el fin de no transmitirlo, ya que esto sería perjudicial para ellos.

Con esta paciente el objetivo es realizar los cambios de estilo de vida saludables antes de que empeore su glucemia y llegue a desarrollar DM.

Por el momento va bien: sigue con una HbA_{1c} del 6,2 %, ahora la glucemia basal está en 100 mg/dl y su IMC de 30 kg/m².

Dadas las dificultades y teniendo tres niños pequeños, lo lleva muy bien.

EVOLUCIÓN DEL BLOG Y RESULTADOS

El seguimiento ha sido de aproximadamente dos meses y al final del segundo les he repetido analítica, les he vuelto a mirar la presión arterial, el perímetro abdominal y el peso y, finalmente, les repetí historia clínica en cuanto a horas de ejercicio al día y consumo de tóxicos. Ha sido muy alentador el hecho de que, pese al poco tiempo que al final he tenido por las dificultades antes mencionadas, todos ellos han bajado algo de peso (figura 3) y han reducido su perímetro abdominal, algunos han mejorado sus cifras de presión arterial y todos han bajado sus cifras de HbA_{1c} (figura 4), así que les he vuelto a insistir en la disminución del riesgo cardiovascular que esto conllevará.

La intención es continuar con mi proyecto iniciado gracias al máster que acabo de finalizar, ya que dos meses es un tiempo muy corto para obtener buenos resultados y poder incluso deprescribir fármacos: no solo antidiabéticos o insulinas, sino también antihipertensivos y antidislipémicos en la medida en que pueda ser posible individualizadamente, para cada paciente.

CONCLUSIONES

En mi blog siempre insisto en que prescribir ejercicio y una alimentación sana es la receta principal y más importante que un médico/a o enfermero/a podemos realizar, ya que

Figura 3. Variación del índice de masa corporal (IMC)

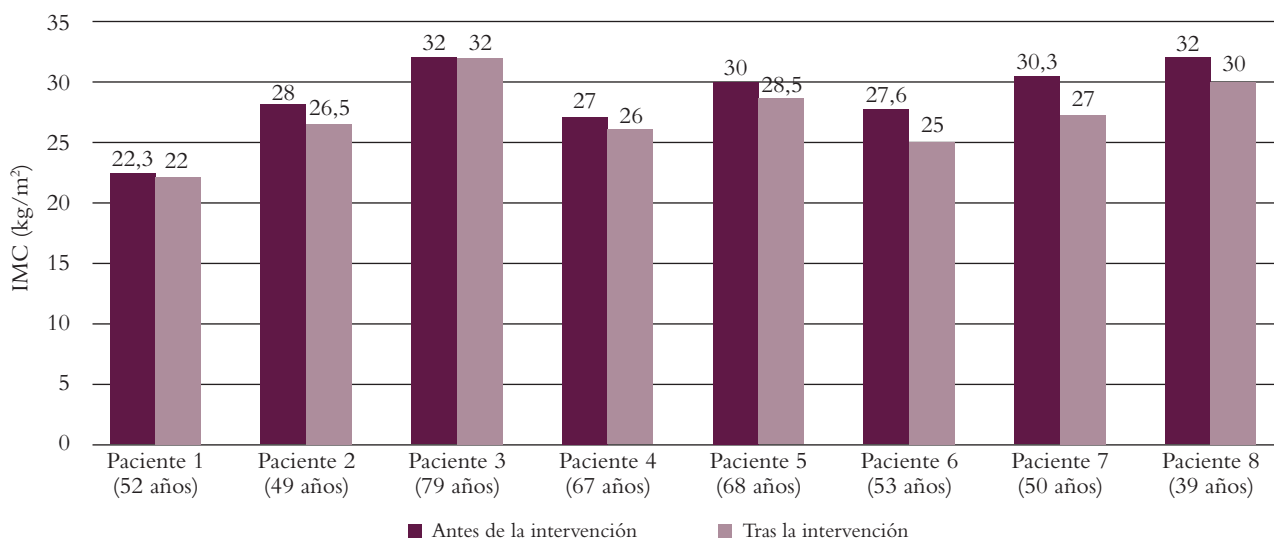
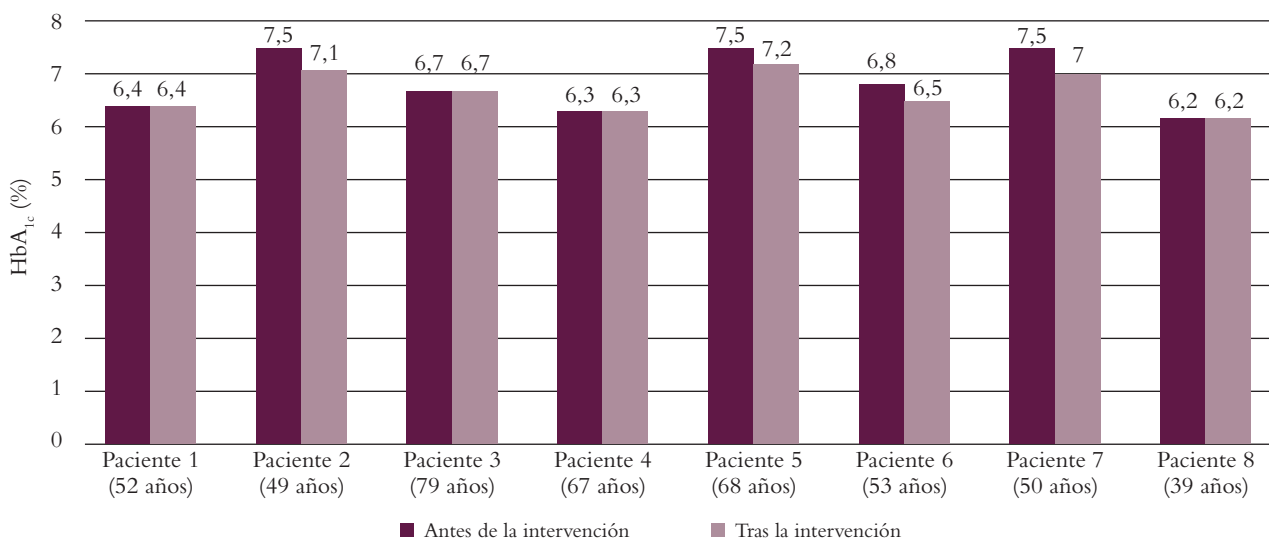


Figura 4. Variación de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c})



no da efectos indeseados y siempre nos lleva a una mejora evidente de nuestra salud.

Aunque ahora esté en un momento de haber puesto en marcha el proyecto *Combatiendo la diabetes* y sea pronto para valorar si obtendré datos significativos o no, médicamente es muy placentero ver que los pacientes se enorgullecen de sus logros, en los que son los protagonistas principales. El médico y sus compañeros estamos allí para ayudarles, pero son ellos los que lo consiguen.

En mi blog uso mucha psicología, mucha positividad para animarlos en momentos difíciles a continuar con el esfuerzo, y que haya este grupo de apoyo entre ellos es muy positivo.

Son personas que sin conocerse se están aportando mucho.

Pienso que si este blog funciona será una idea muy innovadora y positiva para llevarla a cabo en otros aspectos como dejar de fumar (creo que incluso puede ser más sencilla la recaptación de pacientes, ya que la edad de muchos de estos puede ser más baja que la de pacientes con DM2).

También se podría llevar a cabo en patologías como la fibromialgia, que tan dura se hace para los/as pacientes y que tan relacionada está con su estado anímico.

Además, de cara al médico, una vez creas el blog y formas el grupo (que es lo más complicado), lo siguiente ya no implica tanto tiempo. De hecho, un objetivo secundario si funcionan estos grupos podría ser ver si el número de visitas presenciales disminuye por las patologías incluidas en los blogs, así como también la aparición de efectos secundarios por fármacos, que puede llegar incluso a precisar visita en urgencias hospitalarias y poner en grave peligro al paciente.

Me encantaría, si los resultados siguen siendo positivos, iniciar un proyecto (primero en mi centro de atención primaria) en el que participásemos todos/as los/as médicos/as y enfermeros/as y, si viéramos que funciona, que se fuera extendiendo mi idea por otros centros de atención primaria que estuvieran interesados y que tuviéramos incluso soporte hospitalario de nutricionistas y endocrinos en este caso y de otras especialidades que también pudieran beneficiarse según los blogs que pudieran crearse en un futuro.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Diabetes Association. 4. Lifestyle management: Standards of medical care in diabetes-2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl 1):S38-50.
- American Diabetes Association. Lifestyle management: Standards of medical care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl 1):S38-50.
- American Diabetes Association. Obesity management for the treatment of type 2 diabetes. *Standards of Medical Care in Diabetes 2018*. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl):S65-72.
- Assal JPh, Alivisatori JG, Halimi D, editors. *The Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes (EASD)*. Teaching Letters. Paris: Artem; 1999.
- Bolaños E, Sarría-Satamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003;32:195-202.
- Borrell F. Entrevista clínica. *Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
- Borrell F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma; 1989.
- Borrell F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2011.
- Boveda Fontan J, Perula de Torres LA, Campiñez Navarro M, Barragán Brunc N, Prados Castillejo JA; en representación del Grupo Colaborativo Estudio Dislip-EM. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45:486-95.
- Bozzetto L, Costabile G, Della Pepa G, Ciciola P, Vetrani C, Vitale M, et al. Dietary fibre as a unifying remedy for the whole spectrum of obesity-associated cardiovascular risk. *Nutrients*. 2018;10.
- Cebrià Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC*. 1999;6:393-5.
- Cebrià Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. Si no entras por la vía directa, da un rodeo. *FMC*. 1999;6:237-9.
- Christie D, Thompson R, Sawtell M, Allen E, Cairns J, Smith F, et al. Structured, intensive education maximising engagement, motivation and longterm change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation—the CASCADE study. *Health Technol Assess*. 2014;18:1-202.
- Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, et al. Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016;39:2065-79.
- Di Angelantonio E, Kaptoge S, Wormser D, Willeit P, Butterworth AS, Bansal N, et al.; the Emerging Risk Factors Collaboration. Association of cardiometabolic multimorbidity with mortality. *JAMA*. 2015;314:52-60.

- Expert Patients Programme. Disponible en: URL: <http://www.whittington.nhs.uk/default.asp?c=10332> [último acceso: octubre de 2018].
- Fernández-Bergés D, Consuegra-Sánchez L, Peñafiel J, Cabrera de León A, Vila J, Félix-Redondo FJ, et al. Perfil metabólico-inflamatorio en la transición obesidad, síndrome metabólico y diabetes mellitus en población mediterránea. Estudio DARIOS Inflamatorio. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:624-31.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
- Fisher R, Ury W, Paton B. Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder. Barcelona: Gestión 2000; 2005.
- Gabarron E, Årsand E, Wynn R. Social media use in interventions for diabetes: rapid evidence-based review. *J Med Internet Res*. 2018;20:e10303.
- Garber AJ, Handelsman Y, Einhorn D, Bergman DA, Bloomgarden ZT, Fonseca V, et al. Diagnosis and management of prediabetes in the continuum of hyperglycemia: when do the risks of diabetes begin? A consensus statement from the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract*. 2008;14:933-46.
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1659-724.
- González Mestre A. Programa Paciente Experto Catalunya®: una estrategia para potenciar la autorresponsabilidad del paciente y el fomento del autocuidado. Disponible en: URL: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactua_cio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/program_a_pacient_experto_cast.pdf [último acceso: octubre de 2018].
- Grieco C, Reeder M. Effects of exercise on type 2 diabetes- Part 1. *Personal Training Quarterly*. 2017;4:22-7.
- Guasch-Ferré M, Hu FB, Martínez-González M, Fitó M, Bulló M, Estruch R, et al. Olive oil intake and risk of cardiovascular disease and mortality in the PREDIMED Study. *BMC Med*. 2014;12:78.
- Hou C, Carter B, Hewitt J, Francis T, Mayor S. Do mobile phone applications improve glycemic control (HbA1c) in the self-management of diabetes? A systematic review, meta-analysis, and GRADE of 14 randomized trials. *Diabetes Care*. 2016;39:2089-95.
- <https://diabetesalacarta.org/manteles> [último acceso: noviembre de 2018].
- <https://diabetesalacarta.org/que-es-el-metodo-del-plato> [último acceso: noviembre de 2018].
- Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *Anales Sis San Navarra*. 2001;24 (Supl 2):S43-53.
- 7. Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Cotera F, Massons Cirera J. Entrevista motivacional. *FMC*. 2014;21(Supl 3):S9-24.
- Martínez-González MA, Salas-Salvador J, Estruch R. Intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013;369:2357.
- Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la HTA en España. Resultados del estudio Di@abet.es. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:572-8.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. 3.ª ed. Barcelona: Paidós; 2015.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
- Moreno Arnedillo JJ, Herrero García de Osma FJ. Tabaquismo. Programa para dejar de fumar. Madrid: Ayuntamiento Madrid; 2003.
- Pal K, Eastwood SV, Michie S, Farmer AJ, Barnard ML, Peacock R, et al. Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD008776.
- Platt F, Gordon G. Field guide to the difficult patient interview. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes. A Joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Clin Diabetes*. 2016;34:70-80.
- Rabar S, Harker M, O'Flynn N, Wierzbicki AS; Guideline Development Group. Lipid modification and cardiovascular risk assessment for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014;349:g4356.
- Rivera SVM, Llabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes en atención primaria? *Aten Primaria*. 2008;40:257-61.
- Ruiz Moral R. Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2015.
- Ruiz Moral R. Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2004.
- Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V, Parrotta CD. Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study. *Patient Educ Couns*. 2017;100:1268-75.
- Seguí Díaz M. De la educación diabetológica básica al empoderamiento progresivo del paciente con diabetes. Papel creciente de las asociaciones de pacientes. En: Sociedad

- Española de Diabetes. Tratado de diabetes mellitus. 2.^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p. 261-72.
- Serrano R. Entrevistando al nuevo diabético. *Diabetes Práctica*. 2017;2:176-81.
 - Urrico P. Non pharmacological interventions in the management of hypertension in the adult population with type 2 diabetes mellitus. *Can J Diabetes*. 2018;42: 196-8.