

Novedades en educación diabetológica

Lourdes Carrillo Fernández

Médico de familia. Centro de Salud La Victoria de Acentejo, Tenerife. Red GDPS Canarias

La educación no es algo que se añade al tratamiento, es el tratamiento
Elliot P. Joslin (1869-1962)

La educación diabetológica es una herramienta clave en el tratamiento de las personas con diabetes. A pesar de ello, en una reunión anual como el 48th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes, celebrado este año en Berlín, tan solo siete de 264 comunicaciones orales (menos del 3 % del total) tenían que ver con la educación diabetológica, y nueve de las 1.270 presentaciones tipo póster (menos del 1 % del total). Con este análisis comenzó el Dr. Sean Dinneen la presentación del simposio «Structured diabetes education: what is happening internationally?».

El primer ponente, el Dr. David Cavan, habló de los programas estructurados de educación diabetológica en el Reino Unido. En un principio se refirió a programas dirigidos a pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2), y comenzó comentando el escaso desarrollo de programas estructurados antes del año 2000. La educación diabetológica era responsabilidad de enfermeros o dietistas, en ocasiones no expertos, y a través de programas no estructurados y poco didácticos. Por otro lado, los escasos programas estructurados existentes fueron criticados por carecer de evidencia científica. Desde 1999 se desarrollaron programas para la DM1 (por ejemplo, los programas Dafne y Bertie) y hasta el año 2005 no se publicaron los criterios del National Institute for Health and Clinical Excellence para los programas de educación diabetológica, que tienen en cuenta la atención centrada en el paciente, un currículo estructurado, experiencia de los educadores, criterios de calidad y evaluación.

Específicamente dirigidos a los pacientes con DM2, habló de dos programas desarrollados en el Reino Unido a nivel nacional: el X-PERT y el DESMOND.

El eXpert Patient Education versus Routine Treatment (X-PERT) es un programa estructurado en seis sesiones de dos horas semanales, dirigido tanto a pacientes con diagnóstico reciente como a aquellos con años de evolución. Un ensayo clínico publicado en 2006 comparó en 314 pacientes con DM2 una intervención basada en la educación individual con el programa estructurado de educación grupal (X-PERT), cuyo objetivo es aumentar la capacitación del paciente en la gestión de su enfermedad. Los resultados fueron analizados a los 4 y a los 14 meses. A los 14 meses el programa X-PERT, comparado con la intervención estándar, mostró un descenso de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) (-0,6 % frente a + 0,1 %) y una pérdida de peso de unos 0,5 kg. Además, se observó una disminución en la necesidad de medicación hipoglucemiante¹.

DESMOND (Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed) es otro programa de educación diabetológica grupal basado en la capacitación del paciente para la gestión de su enfermedad, que hace énfasis en cambios en el estilo de vida y en la modificación de factores de riesgo cardiovascular. El programa consiste en un total de seis horas (en una o dos sesiones) de educación grupal con profesionales de la salud con experiencia en educación diabetológica y va dirigido a pacientes con DM2, en las 12 semanas posteriores al diagnóstico. Comparado con una intervención habitual, tras un año de seguimiento, se observó una reducción de la HbA_{1c} en ambos grupos con diferencia no significativa, así como reducción de peso. Tras tres años de seguimiento, no se observaron diferencias ni en parámetros biomédicos ni de estilo de vida².

El Dr. Cavan también comentó un programa local desarrollado en Bournemouth desde 1993, con acceso abierto a pacientes con DM2 desde la primera semana de diagnóstico. Consiste en tres sesiones grupales, especialmente dirigidas al consejo dietético, la pérdida de peso y la reducción de factores de riesgo cardiovascular. La disminución de peso fue moderada (3 kg), y la HbA_{1c} basal cercana a 8,5 % des-

cendió casi 2 puntos en los primeros 4 meses y luego subió hasta un 7 %, para permanecer así hasta los tres años.

A pesar de las diferencias entre estas tres intervenciones en el número de sesiones y en los pacientes (diagnóstico reciente o no), todas se han mostrado igual de efectivas en promover cambios en el comportamiento y en la mejora del control glucémico. Sin embargo, persiste la incertidumbre sobre si la intervención dirigida al cambio de hábitos debe ser más agresiva en el momento del diagnóstico, e incluso si deberíamos plantear estrategias más complejas para conseguir los objetivos.

El Dr. Massimo Porta habló de los programas de educación diabetológica en Italia. Recordó que todas las guías y consensos existentes hasta el momento hacen énfasis en la intervención sobre los hábitos de vida (especialmente la pérdida de peso) a través de programas dirigidos a mejorar la dieta y el ejercicio físico, y a partir de ahí las múltiples opciones farmacológicas. Y se pregunta si los médicos (en general, entiendo, no específicamente los de familia) estamos preparados para gestionar la DM2.

De acuerdo con nuestro sistema de referencia sobre el tratamiento de la diabetes, sabemos que:

- La optimización del control glucémico requiere un esfuerzo multidisciplinar dirigido a modificar el estilo de vida y a tratar las complicaciones intercurrentes.
- La tradicional atención al paciente a través de visitas individuales ayuda a tratar los problemas clínicos, pero parece incapaz de inducir comportamientos de salud adecuados.
- Es necesario buscar estrategias más eficientes en la modificación del estilo de vida sin descuidar mientras tanto la mejora del control metabólico.

El modelo de educación diabetológica desarrollado por su grupo desde hace años es un programa de educación grupal (Group Care) que cambia la intervención individual tradicional por una intervención grupal interactiva. Diferentes estudios publicados desde 2002 hasta 2008 muestran resultados positivos no solo relacionados con mejoras en el control glucémico, sino también en la calidad de vida, tras cinco años de intervención.

Presentó datos de un ensayo clínico multicéntrico de intervención en el estilo de vida con este modelo de educación: Rethink Organization to iMprove Education and Outcomes (ROMEIO)³. En este estudio, 815 pacientes fueron aleatorizados a una educación continua grupal, comparada con educación tradicional, y tras un seguimiento de cuatro años, las variables clínicas (HbA_{1c}, colesterol total),

cognitivas (conocimientos sobre diabetes) y psicológicas (calidad de vida) fueron favorables al grupo de intervención. No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a episodios de hipoglucemia o necesidad de medicación antihipertensiva e hipolipemiente.

Los efectos conseguidos en la reducción de la HbA_{1c} por la intervención a través de estos grupos no se explican exclusivamente por la mejoría en la reducción de peso, y se han tratado de identificar otros factores a través de mecanismos centrales que modifiquen el perfil psicológico del paciente. Sabemos que las alteraciones del ánimo y la depresión se asocian a la DM tipo 2 y a situaciones de prediabetes, y que la actividad serotoninérgica central a través de efectores neuroendocrinos puede modular el estado de ánimo y la tolerancia a la glucosa. Por un lado, la diabetes podría debilitar la respuesta del eje pituitario-adrenal a los agentes inhibidores de la recaptación de serotonina y, por otro lado, esta respuesta podría estar preservada en pacientes incluidos en un modelo de intervención a largo plazo que estimule aspectos cognitivos y emocionales.

La última ponente, la Dra. Ruth Colagiuri, es profesora asociada de la Universidad de Sídney, Australia, y habló sobre la evaluación de resultados en la educación diabetológica. Analizó los antecedentes de la organización de la educación diabetológica en Australia, con sistemas nacionales bien desarrollados a través de equipos multidisciplinarios. Por su parte, la Asociación de Educadores de Diabetes Australiana desarrolla las competencias y estándares, así como sistemas de acreditación para educadores. Sin embargo, existen barreras y deficiencias constatadas:

- Diferencias de opinión entre las partes implicadas sobre propósito, objetivos y resultados deseados de la educación diabetológica a pacientes.
- Variaciones en la calidad y consistencia entre proveedores.
- Demasiado énfasis en variables generales y poco énfasis en necesidades centradas en el paciente.
- Desacuerdos en los puntos de referencia para evaluar o investigar la educación diabetológica a pacientes.

Las necesidades insatisfechas relatadas por los pacientes incluyen: ausencia de ayuda psicológica, información insuficiente, demasiada información, información introducida demasiado pronto o no en el momento adecuado, información «idiotizada» o deficiencias en el acceso a los servicios y sistema de salud. Entre los principales hallazgos destaca, por un lado, que las unidades de educación diabetológica no basan los programas en las teorías de educación de adultos y, por otro lado, una alta concordancia entre los pacientes y los educadores sobre las barreras y posibles soluciones.

La DM2 supone un problema importante de salud pública en Australia, lo que ha motivado la necesidad de trabajar en un consenso nacional que fije objetivos e indicadores de resultados para la educación diabetológica a pacientes, con el objetivo de mejorar su calidad, consistencia y accesibilidad, y proveer evidencias para el diseño, evaluación e investigación⁴. Dicho consenso se desarrolló a través de un trabajo muy arduo que comenzó con la revisión de la literatura existente y continuó con consultas a diferentes asociaciones implicadas en la atención a la diabetes, desarrollo de grupos focales, entrevistas a líderes de opinión y encuestas a centros de diabetes. Se consideraron tres aspectos claves para trabajar:

- La adaptación óptima al hecho de vivir con diabetes.
- Los resultados óptimos de salud.
- La óptima relación coste-beneficio (tanto para el individuo como para la sociedad).

No está clara la relación causa-efecto entre la educación y los resultados clínicos; y teniendo en cuenta los indica-

dores indirectos ya existentes, los esfuerzos deben centrarse en la adaptación del paciente a vivir con diabetes. En este sentido, las capacidades que pueden verse influidas directa o indirectamente por la educación al paciente son: el conocimiento y la comprensión, la autodeterminación, la autogestión y la estabilidad psicológica.

En base a estos conceptos, se ha intentado encontrar herramientas útiles para medir los resultados en educación en diabetes. Únicamente unos pocos de los analizados cumplieron con los rigurosos criterios de evaluación psicométrica. Mostró el trabajo desarrollado para elaborar un cuestionario capaz de evaluar los conocimientos sobre diabetes de la población australiana, que finalmente mostró una buena fiabilidad y concordancia interna.

Todos los ponentes estuvieron de acuerdo en que el verdadero reto es buscar la forma de trasladar todos estos conocimientos a la práctica real con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deakin TA, Cade JE, Williams R, Greenwood DC. Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabet Med* 2006;23:944-54.
2. Khunti K, Gray LJ, Skinner T, Carey ME, Realf K, Dallosso H, et al. Management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2012;344:e2333.
3. Trento M, Gamba S, Gentile L, Grassi G, Miselli V, Morone G, et al.; ROMEO investigators. Rethink organization to improve Education and Outcomes (ROMEO: a multicenter randomized trial of lifestyle intervention by group care to manage type 2 diabetes). *Diabetes Care* 2010;33:745-7.
4. Colagiuri R, Eigenmann C. A national consensus on outcomes and indicators for diabetes patient education. *Diabet Med* 2009;26:442-6.