

Educación para el autocuidado: estrategia fundamental en personas con diabetes

María Elena Hernández-Méndez

Departamento de Endocrinología, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Distrito Federal

Palabras clave:

Diabetes mellitus
Atención de la salud
Educación en salud

La diabetes mellitus, al igual que otras enfermedades, ha estado presente en el transcurso de la historia. En 1862, en un papiro egipcio que data de principios del siglo XVI a. C. se encontró la primera descripción de manifestaciones clínicas compatibles con la diabetes.^{1,2}

Durante la primera mitad del siglo XIX, la causa de la diabetes seguía sin encontrarse. En 1921, Frederick Banting, un joven cirujano, y Charles Best, un estudiante de medicina, lograron el aislamiento y la extracción de la insulina de los islotes pancreáticos. Un año después, en la Universidad de Toronto se realizó el primer ensayo clínico con insulina en Leonard Thompson, un niño con diabetes; constituyó el primer paso hacia el control de la enfermedad.²

Actualmente, el término diabetes mellitus tipo 2 incluye un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica resultante de la deficiencia absoluta o relativa de la secreción y acción de la insulina. A su vez, la hiperglucemia crónica se relaciona con complicaciones agudas como la cetoacidosis y el coma hiperosmolar, así como con complicaciones crónicas microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovasculares (enfermedad arterial coronaria, evento vascular cerebral y enfermedad vascular periférica).²

La diabetes mellitus se relaciona con la mayor prevalencia de obesidad en todos los grupos etarios; se estima que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico informó que México ocupa el segundo lugar en prevalencia de obesidad, antecedido por Estados Unidos de Norteamérica. Conforme la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, en ese año la prevalencia de la diabetes mellitus en México fue de 9.2 %, con un incremento de 2.2 % respecto a la registrada en 2006.³

Si bien el tipo 2 es la diabetes más común en los adultos, en los adolescentes se ha incrementado su incidencia y prevalencia en forma paralela con el aumento del sobrepeso y la obesidad.⁴

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes, la diabetes mellitus se clasifica en cuatro grupos:⁵

- *Tipo 1* (autoinmune e idiopática), representa aproximadamente de 5 a 10 % de los casos.
- *Tipo 2* representa más de 90 % de los casos. La resistencia a la insulina se acompaña con disminución en la secreción de insulina.
- *Gestacional*, se presenta durante el embarazo y complica aproximadamente entre 2 y 3 % de los embarazos. Es un fuerte predictor del desarrollo de diabetes

Correspondencia:

María Elena Hernández-Méndez

Correo electrónico:

maheme07@yahoo.com.mx

Cuadro I. Diagnóstico de diabetes mellitus y otros trastornos en el metabolismo de la glucosa de acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes

	Glucosa venosa de ayuno (mg/dL)	Glucosa venosa 2 horas poscarga (mg/dL)	HbA1c* (mg/dL)	Glucosa venosa casual (mg/dL)
Diabetes mellitus	≥ 126 (en dos mediciones)	≥ 200	≥ 6.5	≥ 200*
Intolerancia a la glucosa	No aplica	≥ 140–199		No aplica
Glucosa en ayuno anormal	≥ 100–125	No aplica		No aplica

HbA1c = hemoglobina glucosilada A1c. *A cualquier hora del día en presencia de poliuria, polidipsia o polifagia

Fuente: Jameson JL: Harrison Endocrinología, 2008.⁵

mellitus tipo 2, ya que en un seguimiento a 10 años se observó que hasta 40 % de las mujeres con diabetes gestacional desarrolló diabetes mellitus tipo 2.⁶

- *Otros tipos*, entre ellos la diabetes monogénica (debida a mutaciones en genes específicos conocidas con el acrónimo MODY) y las secundarias a fármacos, traumatismos, tumores en el páncreas o tumores que incrementan la secreción de hormonas contrarreguladoras como la adrenalina y el cortisol.

El diagnóstico de la diabetes mellitus, así como de los diferentes trastornos de la glucosa, se realiza con base en los criterios señalados por la Asociación Americana de Diabetes (cuadro I).

La etiopatogenia de la diabetes mellitus va desde la destrucción autoinmune de las células del páncreas —fenómeno que se presenta en el tipo 1 y que implica susceptibilidad genética a través de determinados antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA RD3/DR4) que interactúan con factores ambientales no bien identificados (antígenos de la leche de vaca, infecciones por el virus de la rubéola, citomegalovirus o enterovirus)— hasta la resistencia a la insulina determinada genéticamente en hígado, músculo y tejido adiposo, acompañada de la disminución en la secreción absoluta y relativa de la insulina (que se presentan en la diabetes mellitus tipo 2).^{2,5}

Los factores genéticos y ambientales que incrementan la resistencia a la insulina y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 se describen en el cuadro II.

El tratamiento de la diabetes ha sufrido cambios en el transcurso del tiempo, ya que en estudios multicéntricos

como el Diabetes Control and Complications Trial (sobre diabetes mellitus tipo 1) y el United Kingdom Prospective Diabetes Study (diabetes mellitus tipo 2) han demostrado que a mayor control glucémico, menor número y magnitud de complicaciones microvasculares. Sin embargo, en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no se logró la reducción de las complicaciones microvasculares, por lo que la meta terapéutica en estos pacientes también debe ser el control de la presión arterial y del perfil de lípidos.⁵

Respecto al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 se ha destacado la necesidad de la detección oportuna de la enfermedad, el cambio en el estilo de vida aunado al tratamiento farmacológico con insulina y antihiper glucemiantes orales y la monitorización de la glucemia para alcanzar las metas de control.⁷ Los altos costos en la atención y la deficiente calidad de vida de las personas que la padecen hacen evidente que aún existen grandes desafíos en el control de las complicaciones agudas y crónicas.

Por la magnitud del problema que significa la diabetes mellitus en el mundo, el incremento en su prevalencia y afectación a todos los grupos etarios y la complejidad de su tratamiento, se justifica que la estrategia en salud pública tenga dos objetivos básicos:

- La prevención del sobrepeso y la obesidad mediante programas que promuevan cambios en el estilo de vida.
- La implementación de programas multidisciplinarios que incluyan el cuidado psicológico, nutricional y educativo de las personas con diabetes mellitus, orientados a fomentar cambios en el estilo de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Cuadro II. Factores genéticos y ambientales que influyen en el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2		
	Genéticos	Ambientales
Generales	Grupo étnico: hispano, amerindio, afroamericano	Cambios en el estilo de vida: sedentarismo, consumo de alimentos con alto contenido energético
Personales	Historia de diabetes mellitus tipo 2 en familiares de primer y segundo grado	Signos clínicos y condiciones relacionadas con resistencia a la insulina: obesidad, pubertad y desnutrición intrauterina

Fuente: Jameson JL. Harrison Endocrinología, 2008.⁵

Un pilar importante es la educación en diabetes como parte del tratamiento no farmacológico, mediante un proceso enseñanza-aprendizaje en las áreas cognitiva, psicomotora y afectiva, cuyo objetivo sea promover cambios conductuales que fomenten el autocuidado de la enfermedad por parte del paciente y su familia, en participación proactiva con el equipo de salud.⁸

A partir de 1970, la educación en diabetes pasó a formar parte del tratamiento. En las décadas de 1980 y 1990 se estructuraron programas educativos y se crearon estándares y normas para la enseñanza de las personas con diabetes. La educación en diabetes es medular en el tratamiento, ya que su objetivo es formar, convencer, motivar, fortalecer y fomentar la participación de las personas en el cuidado de la diabetes. El diseño de programas educativos en diabetes, además de basarse en las mejores estrategias disponibles, debe considerar la disponibilidad de las personas y su confianza para aprender una destreza, así como identificar la necesidad de cambios y definir objetivos en colaboración con los enfermos para emprender dichas modificaciones.

El abordaje debe ser interdisciplinario, en las dimensiones psicológica, emocional y educativa, además del tratamiento farmacológico; el trabajo colaborativo de los profesionales de la salud con el paciente y su familia aumenta la probabilidad de alcanzar el control metabólico, que a su vez disminuirá las complicaciones agudas y crónicas relacionadas con la diabetes.⁹

Promover y potenciar el autocuidado para lograr el control de la enfermedad en las personas con diabetes no solo implica realizar tareas diarias como aplicación de insulina, monitoreo de glucosa capilar, toma de medicamentos, realización de registros, ejecución de actividad física y elección de alimentos saludables; también conlleva incorporar al individuo a su vida escolar, laboral, familiar y social.

El objetivo de la educación en el autocuidado de la diabetes es ayudar a que las personas afronten su situación de enfermedad e incorporen la enfermedad a su vida, bajo sus propias circunstancias, prioridades y objetivos; de esta forma, la educación en diabetes coloca al paciente como protagonista de una intervención permanente que implica una comunicación continua al interior del equipo de salud para establecer un plan de atención.

Los beneficios de la educación efectiva impactan en la sociedad, ya que cuando las personas con diabetes logran controlar su enfermedad mejoran su salud y bienestar general, se reduce el riesgo de complicaciones y, por tanto, el gasto sanitario.¹⁰

El acceso a una educación en diabetes centrada en el autocuidado ha demostrado mejorar los resultados.¹¹ Sin embargo, la tarea no resulta sencilla: el paciente necesita tiempo y apoyo para desarrollar las habilidades que le permitan tomar decisiones informadas y resolver los problemas que surgen día a día en el cuidado de la enfermedad. Para lograr la eficacia de la educación en diabetes es fundamental enfocar la atención en la persona y reconocer el papel crítico que desempeñan los factores psicosociales en la actitud ante la enfermedad. También es importante valorar la actitud de la persona frente a la diabetes: ¿está triste?, ¿cuáles son sus redes de apoyo familiares, sociales y económicas?, ¿cuál es su nivel cultural y capacidad para comprender la información sobre la enfermedad? Considerar estos factores puede ayudar a desarrollar y adaptar un programa de educación en diabetes, con la finalidad de favorecer una actitud positiva en el autocuidado de la enfermedad.

La contribución del profesional de enfermería en este ámbito es fundamental para la identificación de problemas en tres áreas que pueden interferir en el proceso de educación o cambio conductual que requiere el diagnóstico de diabetes en cada persona:¹²

- *Área personal:* para valorar la sensación de pérdida de salud, escala de valores y filosofía de la vida, miedo a lo desconocido, negación de la enfermedad o experiencias negativas en familiares que desarrollaron insuficiencia renal crónica relacionada con el descontrol de la diabetes.
- *Área familiar:* para explorar las redes de apoyo de padres, hermanos y pareja, según sea el caso, para los cambios en la alimentación y la ejecución de actividades deportivas individuales o colectivas.
- *Área social:* para evaluar la modificación en cuanto a relaciones y lazos afectivos con amigos, sensación de minusvalía, capacidad de modificación en la utilización del tiempo libre y la forma de interacción social (tipo de eventos en el proceso de socialización).

Referencias

1. Lyons A, Petrucelli J. Historia de la medicina. Barcelona, España: Mosby/Doyma; 1994. p. 77-103.
2. Poretsky L. Principles of diabetes mellitus. Massachusetts. USA: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 19-33.
3. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes. México: Secretaría de Salud; 2013. [En línea] <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/estrategia.html> [Consultado 24/02/2014].
4. Freemark M. Pharmacologic approaches to the prevention of type 2 diabetes in high-risk pediatric patients. J Clin Endoc Metab. 2003; (88):3-13.
5. Jameson JL. Harrison Endocrinología. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana; 2008. p. 283-331.
6. Lauenborg J, Grarub N, Damm P, Borch JK, Jorgensen T, Pedersen OT. Common type 2 diabetes gene risk variants associate with gestational diabetes. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94(1):145-50.
7. Pastors GJ. Fármacos o cambio en el estilo de vida con la terapia nutricional médica. Current Diabetes Reports Latin America. 2004; (3):106-11.
8. Pérez-Pasten L. Guía para el paciente y educador en diabetes. México: Johnson & Johnson Medical; 2003. p. 237-49.
9. Figuerola D. Manual de educación terapéutica en diabetes. Barcelona, España: Díez de Santos; 2007. p. 1-7.
10. Assal JP, Jacquemet S, Morel Y. The added value of therapy in diabetes: the education of patients for self-management of their disease. Metabolism. 1997;12 Supl 1:61-4.
11. Keers JC, Groen H, Sluiter WJ, Bouma J, Links TP. Cost and benefits of a multidisciplinary intensive diabetes education programme. J Eval Clin Pract. 2005;(3):293-303.
12. Lafuente-Robles N, coordinadora. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. Granada, España: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; 2003. p. 22.

Cómo citar este artículo:

Hernández-Méndez ME. Educación para el autocuidado: estrategia fundamental en personas con diabetes. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2014;22(2):61-4.