

CAPÍTULO XIV

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y SU PROYECCIÓN A LA COMUNIDAD

Lic. Irenia Mendoza, Dr. José E. Torres S., Dra. Ana Herrera, Dr. Wilmer Colina.

INTRODUCCIÓN

Existe consenso en considerar a la educación diabetológica como uno de los soportes más importantes en el tratamiento de la diabetes mellitus. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) han manifestado que la “Educación es un derecho que tiene todo paciente diabético” y debe formar parte del tratamiento en todos los sistemas de salud, tanto públicos como privados. Esto no se cumple en la actualidad y la mayoría de los pacientes ignoran aspectos fundamentales de la enfermedad con el consecuente mal control metabólico y complicaciones crónicas que lo llevan, no sólo a la discapacidad e invalidez sino también a enfrentar un alto costo económico para la familia y el estado. Diversos estudios demuestran que entre el 50 a 80% de los pacientes desconocen el carácter crónico de la enfermedad, las porciones de intercambio de alimentos, el autocontrol, cuidado de los pies y otros¹.

La educación diabetológica depende no sólo del contenido y el conocimiento que tiene que incorporar y entender, sino que obedece directamente a la actitud flexible y de soporte que ha de promoverse y mantenerse tanto en el paciente como en el equipo educador.

La diabetes mellitus es, en la práctica, una enfermedad biológicamente tratada por el médico pero psicológicamente vivida por el paciente y familiares: su dimensión está ligada a la experiencia personal y percepción que el paciente tenga de ella, por lo tanto “educarlo es una necesidad”.

¿QUÉ ES LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA?

Es un proceso participativo y estimulante donde las necesidades del paciente diabético y el equipo de salud convergen para que las respuestas permitan una correcta toma de decisiones, implica estar más allá de un nivel puramente informativo, pues debe lograr

cambios de conducta los cuales juegan un papel determinante en la eficacia del tratamiento.

¿A QUIÉN EDUCAR?

- A la población en general con el concepto de revalorar y promocionar la salud.
- A los grupos con alto riesgo: obesos, a los que poseen antecedentes de diabetes en primer grado, dislipidémicos, hipertensos y mujeres con historia obstétrica mórbida: macrosomías fetales, abortos a repetición; personas con síntomas secundarios de la diabetes.
- A las personas con diabetes para la restitución de su salud (prevención secundaria) a fin de reducir la morbilidad de las complicaciones crónicas retardando su aparición, minimizando el daño y evitando las discapacidades.

¿QUIÉN DEBE EDUCAR?

Todos los profesionales que asisten a los pacientes diabéticos: médicos (especialistas y de atención primaria), enfermeras, nutricionistas, psicólogos, podólogos, trabajador social y laicos motivados y orientados. Es primordial que reciban cursos de capacitación en el proceso enseñanza-aprendizaje.

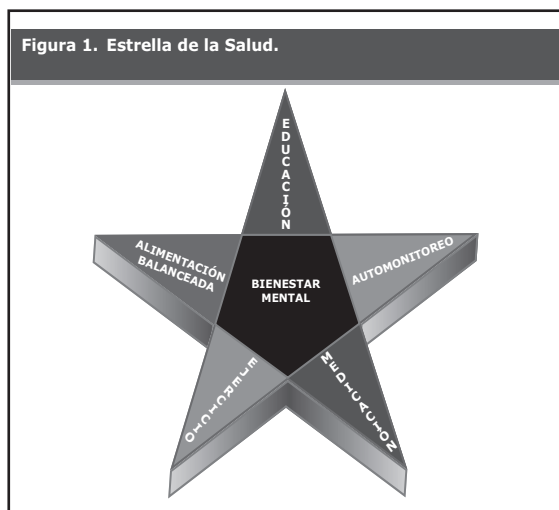
¿CÓMO EDUCAR?

- Diseñando un programa de educación diabetológica con objetivos que satisfagan las necesidades de la persona con diabetes, de la población en riesgo y de la comunidad en general.
- Contando con los recursos humanos y físicos, métodos y técnicas de enseñanza-aprendizaje y material educativo de apoyo que permitan la implementación del programa diseñado.
- Evaluando los resultados obtenidos con el programa de educación, por ejemplo a través de parámetros clínicos preestablecidos y de calidad de vida.

MÉTODOS Y TÉCNICAS EDUCATIVAS

La metodología educativa tradicional de tipo vertical, unidireccional y carente de dialogo es frecuentemente trasladada por los profesionales de la salud a la educación del paciente, los cuales reciben la instrucción de forma pasiva²; resultando INEFICAZ para producir los cambios conductuales necesarios para el cuidado de su diabetes.

Si bien el médico es el que “*tiene el saber*” y todas las respuestas a las preguntas y dudas del paciente, suele ser el poseedor del conocimiento “*preciso y verdadero*” y decide sobre lo que “*se debe hacer*” sin tener percepción sobre las reales inquietudes y necesidades de aquellos a quienes pretende “*educar*”. Actualmente se proponen metodologías participativas de tipo horizontal que identifican las dificultades y necesidades del paciente a través del dialogo y establecen una comunicación interpersonal valiéndose de preguntas abiertas, centradas mas en lo emocional que en lo biológico, lo cual puede ser reflejado en la representación gráfica de una estrella donde el núcleo central es el bienestar a lo cual se llega con las siguientes estrategias fundamentales en el tratamiento del paciente diabético: educación, alimentación balanceada, ejercicio, automonitoreo y medicación (Figura 1).



OBJETIVOS GENERALES DE LA EDUCACIÓN EN DIABETES

- Proporcionarle al paciente diabético la información y adiestramiento necesarios que le capaciten para responsabilizarse por si mismo del tratamiento y control de su enfermedad y

de esta forma promover una mejor calidad de vida. Para ello es necesario que transforme su rol pasivo (paciente) a agente gestor del tratamiento, porque la educación además de suministrarle conocimientos debe lograr cambio de actitudes y conductas que se integren a su vida cotidiana para lograr un buen control metabólico que le evite las complicaciones agudas y crónicas propias de esta patología.

- La educación diabetológica, al inicio, se sugiere que sea de forma individual y la continuidad y profundización del proceso sería grupal, favoreciendo la socialización de experiencias que pueden ser, en si mismas, terapéuticas. Su eficacia está relacionada con el aporte de experiencias y la interacción entre los pacientes.

- El grupo como técnica educativa aporta: ayuda y estímulo para reforzar el cambio de actitud basado en el intercambio de conocimientos y experiencias y permite la valoración de las fortalezas y debilidades de la persona con diabetes.

Para que la persona con diabetes pueda ser educada debe:

1. Aceptar el diagnóstico y consecuentemente la patología.
2. Identificar sus sentimientos con respecto a la diabetes y la natural evolución del proceso de duelo.
3. Identificar su entorno familiar y social de apoyo.

Una vez logrado lo anterior, la persona con diabetes será educada y podrá exitosamente:

1. Aceptar la evolución natural de la DM tipo 2 hacia el requerimiento de insulinización oportuna.
2. Describir insulino resistencia, cómo tratarla con actividad física, control de peso y medicación.
3. Conocer los parámetros de control (HbA1c, glucemias en ayunas y post prandiales, lípidos, presión arterial, peso, etc.).
4. Conocer el plan nutricional, la importancia del tipo y cantidad del alimento a consumir y

su impacto en el control metabólico y el peso.

5. Conocer programas de actividad física y su repercusión en el control de la diabetes mellitus y prevención cardiovascular.

6. Aprender a administrarse insulina.

7. Prevenir, reconocer y tratar la hipoglucemia correctamente.

8. Automonitorearse e interpretar los resultados.

9. Aprender a cuidar sus pies.

10. Conocer cuándo buscar atención médica de emergencia.

11. Entender la importancia y los beneficios de un buen control metabólico.

LO QUE DEBE SABER EL MÉDICO GENERAL

- Que las personas con diabetes tienen el derecho a exigir a su médico: educación sobre su enfermedad, asesoramiento sobre alimentación sana y balanceada para su condición, programas de actividad física a cumplir, así como la determinación periódica de los parámetros de evaluación del control metabólico.

- Que debe adquirir conocimientos, habilidades y destrezas para incorporarse al proceso educativo del paciente.

- Manejo integral de las complicaciones agudas (hipoglucemias e hiperglucemias).

- Cuándo adicionar otro hipoglucemiante oral al tratamiento para alcanzar metas de buen control metabólico y/o iniciar la insulinización oportuna.

- Cuándo referir la persona con diabetes al especialista.

- Evaluar la presencia de complicaciones crónicas.

Para diseñar, implementar y desarrollar un programa de educación en diabetes, se recomienda impartir la instrucción siguiendo los siguientes módulos³:

Módulo I. ¿Qué es la diabetes?

Contenido: Fisiopatología de la DM tipo 1 y 2. Signos y síntomas. Papel de la herencia y el ambiente.

Módulo II. Aspecto psicosocial. Ajuste psicosocial a la vida cotidiana del paciente diabético.

Contenido: Fases del duelo.

Identificación de la red de apoyo.

Expectativas del paciente.

Módulo III. Tratamiento nutricional.

Contenido: Grupos de alimentos. Manejo del plan nutricional. Horario de comidas. Importancia de “cuál” y “cuánto” alimento.

Módulo IV. Ejercicio y diabetes.

Contenido: Ejercicio y control de peso. Ejercicio y control metabólico. Evaluación cardiovascular pre ejercicio. Beneficios y contraindicaciones del ejercicio.

Módulo V. Tratamiento farmacológico.

Contenido: Hipoglucemiantes orales: Tipos, mecanismo de acción, vida media y efectos colaterales.

Módulo VI. Práctica de técnicas de sobrevivencia.

Contenido: Tipos de insulina. Mecanismo de acción, Técnica para preparación de la dosis, Técnica de inyección, Tipos de dispensadores: inyectoras y dispensadores Monitoreo de la glucemia capilar, Hipoglucemias: prevención y tratamiento, Uso de glucagón.

Módulo VII. Manejo de los factores de riesgo.

Contenido: Obesidad. Tabaco y alcohol. Sedentarismo. Herencia. Síndrome metabólico.

Módulo VIII. Cuidado de los pies.

Contenido: Higiene y autocuidado.

Identificación de las lesiones.

Módulo IX. Higiene bucal.

Contenido: Aseo diario.

Visita odontológica.

Módulo X. Complicaciones agudas.

Contenido: Hipoglucemia, Hiperglucemia: cetoacidosis y coma hiperosmolar.

Módulo XI. Complicaciones crónicas.

Contenido: Cardio y vasculocerebrales. Neuropatía. Nefropatía. Retinopatía. Ansiedad y depresión.

Módulo XII. Sexualidad y diabetes.

Contenido: Disfunción eréctil (Hombre). Trastornos de la libido y orgasmo (Mujer).

Módulo XIII. Diabetes y situaciones especiales.

Contenido: Enfermedades intercurrentes. Ingesta de alcohol y otras drogas. Viajes. Deporte. Religión.

EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN DIABETES⁴

En educación, prevención y asistencia es necesario diseñar protocolos o sistemas de actuación en la atención primaria. El cuidado de la salud de los pacientes diabéticos no debe escapar de este protocolo ni separarse de los servicios generales. La participación de la comunidad y su apoyo son esenciales en los diferentes aspectos de la prevención y su manejo. Es necesario dar énfasis en la prevención primaria a través de la promoción de estilos de vida saludables con especial énfasis en el incremento del ejercicio físico, los buenos patrones nutricionales y la prevención de la obesidad.

Iniciar una acción preventiva con la incorporación de programas de educación sanitaria dándole prioridad al grupo etario menor de 30 años para influir en la prevención primaria en concientizar sobre los factores de riesgo y no modificar el estilo de vida, sino que se induzca al individuo de una manera cónsona con el bienestar físico, biológico y espiritual. La idea de la participación comunitaria es adquirir nuevos valores, la autosuficiencia y la autoconfianza en educación para la salud, reflejar y recalcar la capacidad de los individuos y las comunidades para autocuidarse y orientarse, exigir servicios de atención médica idóneos, con una menor dependencia de agentes externos y adquirir

tecnologías apropiadas.

Requiere conceptuarse y concientizarse que la Atención Primaria no es el primer nivel de cuidado médico y en diabetes, la unidad de trabajo ha de estar constituida por el médico y la enfermera, jugando esta última un rol estratégico ya que actuará en todo el proceso de organización de actividades de los equipos, asistencia, educación e identificación de grupos de riesgo en la población con el fin de prevenir o retardar la aparición de la diabetes. En la atención primaria se recomienda incluir la mejora continua de la calidad, la cual está relacionada con los resultados de la atención. Considerar que las correcciones deben dirigirse al sistema organizativo más que al individuo, ya que son más efectivas y duraderas y para lo cual se sugieren tres estrategias:

- Formación continua de profesionales.
- Retroalimentación de la información.
- Evaluación del proceso.

El Dr. Leo Krall⁵ destaca que hay que educar a la persona con diabetes, a su entorno familiar y social para:

- a. Lograr que viva FELIZ. La cantidad de años de vida es importante....pero más aún es la calidad de vida.
- b. Ayudarle a manejar su patología y así consecuentemente pueda prevenir las complicaciones agudas y crónicas.
- c. Garantizarle una vida más productiva.
- d. Lograr su adaptación a las demandas de la vida moderna.
- e. Disminuir el costo de la diabetes a nivel personal, familiar, social y estatal.

Finalmente ¿Cómo podemos reducir los riesgos de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares en nuestra población? La diferencia es notable cuando llevamos una vida sana; ella te hará sentir en excelente forma física y mental. Varios elementos contribuyen a lograr este objetivo:

1. Un plan de alimentación balanceado,
2. Ejercicio físico,

3. Aceptación de consejos médicos,
4. No fumar,
5. Vida social sin exceso de consumo de alcohol. Tratando los factores de riesgos modificables es, sin duda, esencial para reducir dicho riesgo y recomendando a la población asumir una VIDA SANA con lo cual se obtiene una excelente forma física y mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caballero, E. La importancia de la educación en el tratamiento de la diabetes. *Médico Interamericano* 1997;16:686-690.
2. Márquez, N y Saragossi, C. Psicoeducación: Una nueva educación sobre educación en diabetes. *Rev Asociación Latinoamericana de Diabetes*. 2003;11:33-38.
3. Siminerio L, McLaughlin S, Polonsky W. *Diabetes Educación Goal*. 3rd Edition. American Diabetes Association.
4. FENADIABETES “Manual de orientaciones básicas para la formación de facilitadores en educación sanitaria en diabetes”
5. Krall LP. Education: a Treatment por Diabetes. In: Joslin's Diabetes Mellitus. A marble, LP Krall, R Bradley et als. Ed. Lea and Febiger. Philadelphia. USA. 1985;pp465-484.
6. Guía ALAD de Diagnóstico Control y Tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2. Mayo 2007 pág 19-20.