



R del Pino

R del Pino

R del Pino

R del Pino

R del Pino

Estrategia enfermera en la educación a las personas con diabetes tipo 2 en Atención Primaria

R del Pino

Rafael del Pino Casado

Enfermero, experto en gestión clínica por la EASP y licenciado antropología por la universidad de Granada.
Profesor (Universidad de Jaén).

R del Pino

R del Pino

R del Pino

R del Pino

R del Pino

-
- R del P • Identificar áreas enfermeras de mejora en la educación para la salud a las personas con diabetes tipo 2 en Atención Primaria, desde una perspectiva de microgestión. el Pino
 - R del P • No se incluye la participación familiar, aunque se quiere dejar constancia de su importancia capital en el autocuidado, ni las referencias a otros profesionales, aunque se parte de la base de que la educación a personas con diabetes es una tarea multidisciplinar. el Pino
 - R del P • No hay recetas y mucho menos de carácter universal, dada la diversidad de contextos sociales y profesionales, sino recomendaciones de utilidad variable según cada contexto. Se intentará dejar claro el nivel de evidencia de dichas recomendaciones. el Pino

Marco conceptual

Salud y calidad de vida

R del Pino ↑
Autocuidado

↑
Educación

R del Pino ↑
Investigación
de resultados en salud
Clasificaciones enfermeras
para la práctica

R del Pino ↑
Gestión
del tiempo

Mejoras
organizativas

Enfoque de riesgo

R del Pino ↑
Magnitud y
trascendencia

Evidencia

Prevalencia en España

Estudio (año)	Población (edad)	Criterios ^a	Prevalencia total de DM	Prevalencia de DM desconocida	DM desconocida (%)
DRECA (1991-1993) ¹⁰	2.733 niños y adultos de Andalucía (5-59 años)	1985	4,8%		
Franch (1992) ¹⁶	572 adultos de León (≥ 18 años)	1985	5,6%	1,7%	30,36
Bayo (1993) ¹⁷	862 adultos de Lejona (Vizcaya) (> 30 años)	1985	6,4%	3,6%	56,25%
Tamayo (1997) ¹⁸	935 adultos de Aragón (10-74 años)	1985	6,1%	3,1%	50,82
Castell (1999) ¹⁹	3.839 adultos de Cataluña (30-89 años)	1985	10,3%	3,5%	33,98
Botas (2000) ⁹	1.034 adultos de Asturias (30-75 años)	1985	9,9%	5,9%	59,60%
De Pablos (2001) ²¹	691 adultos de Guía (Canarias) (> 30 años)	1985	18,7%		
		1997	15,9%		
Soriguer (2002) ²²	1.226 adultos de Pizarra (Málaga) (18-65 años)	1985	10,9%		
		1997	14,7%	8,8%	59,9
REGICOR (2004) ²³	4.748 adultos de Girona (25-74 años)	1997	13,0%	3,0%	23,1
Promedios		1985	9,1%		
		1997	13,6		

Fuente: modificado de: Ruiz-Ramos et al (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit.; 20(Supl 1):15-24.

Incidencia en España (Tipo 1)

Estudio, ciudad y referencia	Período analizado	Grupos de edad (años)	Tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes (IC del 95%)
Madrid ²⁹	1985-1988	0-14	11,3 (10,2-12,4)
Cataluña ²⁸	1989-1994	0-14	12,3 (11,4-13,1)
Ávila ³⁰	1987-1990	0-14	14,9 (9,6-23,7)
Navarra ³¹	1975-1991	0-14	9,5 (8,2-11,1)
Badajoz ³²	1992-1996	0-29	12,8 (11,0-14,7)
Canarias ³³	1995-1996	0-29	15,0-(13,0-17,0)
Ciudad Real ³⁴	1999	0-16	26,0
Málaga ³⁵	1982-2002		16,5
	1982-1988		12,66
	1989-1995	0-14	16,69
	1996-2002		20,14
Galicia ³⁶	2001-2002	0-14	17,6

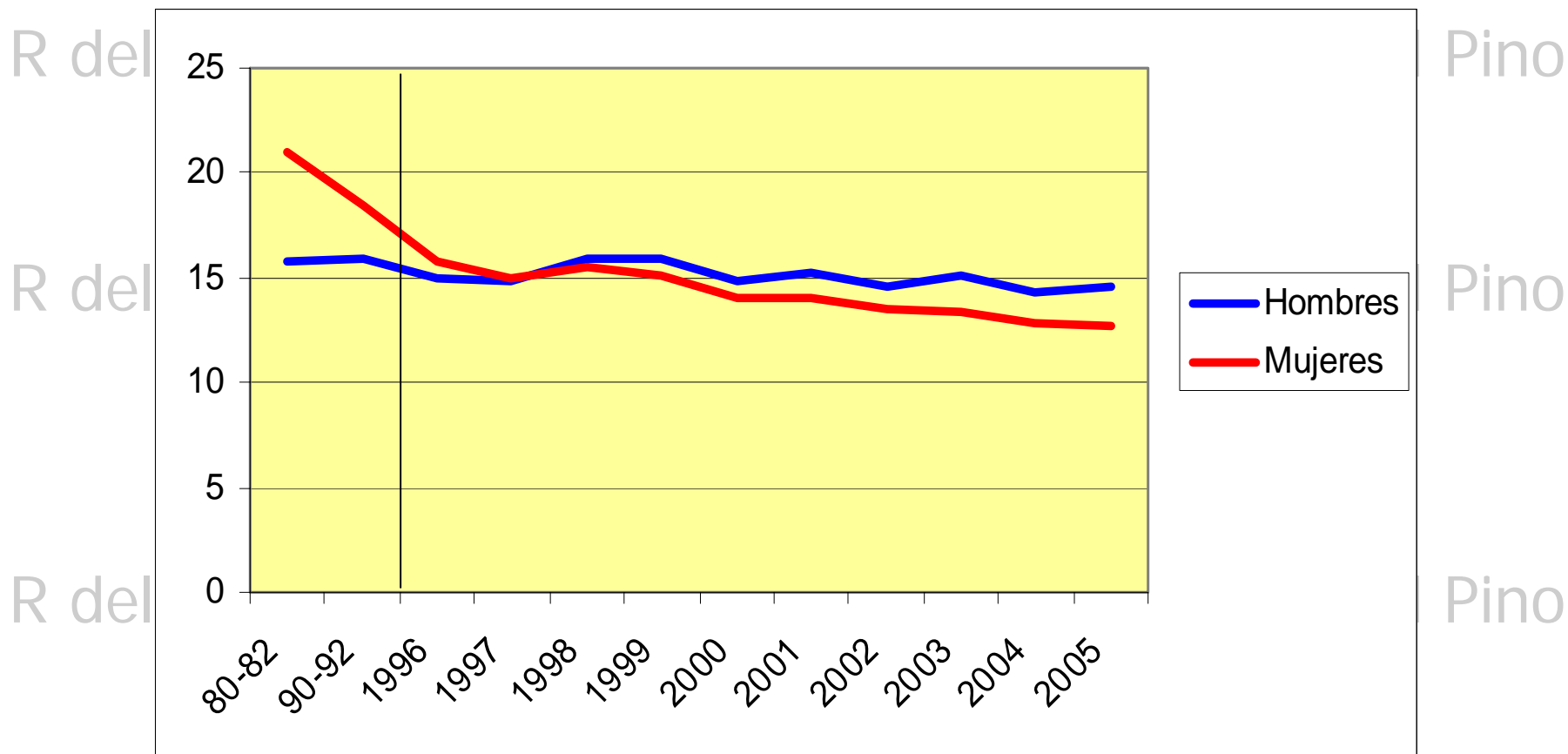
Fuente: Ruiz-Ramos et al (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit.; 20(Supl 1):15-24.

Mortalidad por causas en España, 2005 (Población total)

		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MORT. PROP. (%)
1	Isquemia cardíaca	21785	16998	38783	10,1
2	Enf. cerebrovascular	14513	20064	34577	9,0
3	Insuficiencia cardíaca	6710	13052	19762	5,1
4	Ca. pulmón	16614	2459	19073	5,0
5	Enf. pulmon. obstruct. crónica (EPOC)	13057	4514	17571	4,6
6	Enf. corazón, otras	7731	9754	17485	4,5
7	Enf. aparato respiratorio, otras	6127	7234	13361	3,5
8	Diabetes	4083	6229	10312	2,7
9	Ca. colon	5556	4288	9844	2,6
10	Demencia, no especificada	2661	6756	9417	2,4

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de mortalidad del Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/mortalidad.jsp>)

Evolución de la mortalidad por diabetes en España (Tasa ajustada por edad por 100.000 habitantes)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de mortalidad del Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/mortalidad.jsp>)

F Efectividad de la educación para la salud en diabetes tipo 2 D

R del Pino

R del Pino

R del Pino

- Educación vs no educación.
- F • Intervención no farmacológica para la disminución ponderal. D
- Asesoramiento dietético.
- F • Educación grupal vs otras intervenciones. D
- Prevención primaria.

R del Pino

R del Pino

R del Pino

Educación vs no educación

(Ellis, 2004; Norris 2001, 2002; Steed 2003 Y Van Dam 2003)

- Existen pruebas de que el entrenamiento en autocuidados es efectivo, pero se hacen necesarias más investigaciones.
- Problemas:
 - Los resultados dependen no sólo del tipo de intervención, sino (fundamentalmente) de la edad de los participantes, el tipo de diabetes y el tipo de efecto.
 - No suelen estudiarse complicaciones.
 - Poca descripción de las intervenciones educativas.
 - Sesgos de clasificación: medición autoinformada y a corto plazo.
 - Sesgos de confusión: contaminación del grupo control, otros tratamientos.
 - Sesgos de publicación (idioma y no efecto).
 - Amenazas a la validez externa: diferencias culturales y/o en la prestación de la asistencia sanitaria, pérdidas y voluntarios.

Educación vs no educación

(Ellis, 2004; Norris 2001, 2002; Steed 2003 y Van Dam 2003)

- Variables de la intervención educativa relacionadas con un efecto positivo en la glucemia (Ellis, 2004):
 - Atención directa (cara a cara) frente a documentos escritos o telecomunicación.
 - Intervención orientada a la conducta.
 - Contenidos de ejercicio físico.

Intervenciones no farmacológicas para la disminución ponderal (Norris 2008)

- Intervenciones en dieta y/o actividad física:
 - Prescripción.
 - Material de apoyo.
 - Asesoramiento.
 - Enfoques cognitivo-conductuales.
 - Apoyo social.
 - Psicoterapia.
- Pequeñas mejoras ponderales.
- Escasas aplicaciones para la práctica educativa, por:
 - Limitaciones genéricas ya comentadas.
 - Limitaciones específicas:
 - Tipo de intervenciones estudiadas (no sólo educativas).
 - La misma intervención pero de menor intensidad en el grupo control.

- Asesoramiento dietético con o sin el agregado de ejercicio físico o enfoques conductuales.
- Datos escasos para establecer conclusiones sólidas. No se descarta nada.
- Sin embargo, el agregado de asesoramiento en ejercicios al asesoramiento dietético demostró una mejoría en el control metabólico después de un seguimiento de seis y 12 meses.

Educación grupal vs otras intervenciones (Deakin 2008)

- Intervenciones grupales:
 - En exclusiva.
 - Mínimo 1 sesión y seis participantes.
 - Centradas en el paciente.
 - En adultos
 - Tanto primaria como especializada.
- Frente a educación individual o ninguna intervención educativa.
- Resultados: mejoras en:
 - Glucemia en ayunas.
 - Hemoglobina glucosilada.
 - Conocimiento sobre diabetes.
 - Presión arterial sistólica.
 - Peso corporal.
 - Necesidad de medicación para la diabetes.

F Educación grupal vs otras intervenciones 5

(Deakin 2008)

- F • No se han encontrado diferencias en: 10
 - participación o no de familiares,
 - atención primaria u hospital,
 - F – duración del programa, si bien hay indicios de que 10 sesiones adicionales anuales mejoran los resultados
 - número de participantes y
 - tipo de profesional de la salud, aunque sí según su preparación. R del Pino R del Pino R del Pino

- Limitaciones: 11 estudios.
- Sospecha: educación individual = no personalización y no participación. R del Pino R del Pino R del Pino

- En personas de alto riesgo.
- Intervenciones educativas sobre dieta y ejercicio o sólo dieta, con seguimiento mínimo de 6 meses.
- Frente a intervenciones educativas de baja intensidad (puntuales) o informativas.
- Disminución del riesgo relativo (RR= 0.55, IC 95%= 0.44-0.69), con independencia del tipo de intervención educativa (profesional, ejercicio vs dieta, individual vs grupal...).
- Limitaciones: posible sesgo de publicación (idioma).

Conclusiones de los distintos estudios de efectividad

Es más efectivo:

- Educación grupal frente a individual (con reservas) o no intervención.
- Educación centrada en el paciente (personalización y participación) frente a centrada en el educador (mensajes independientes de las personas y el contexto).
- Enfoques orientados a la conducta (barreras, recursos, facilitadores, etc), frente a los orientados sólo a contenidos.
- Más de una sesión frente a actividades puntuales. ¿Nº óptimo de sesiones?.
- Preparación específica de los educadores.
- Ejercicio más dieta frente a sólo dieta.
- Educación para la prevención primaria en personas de alto riesgo frente a no intervención.

Recomendaciones organizativas

- Potenciar la educación para la salud grupal.
- Promocionar la personalización, la participación y la orientación a la conducta de las actividades educativas.
- ¿Homogeneidad / heterogeneidad de los grupos?
- Priorizar la preparación adecuada de los profesionales por encima de la modalidad organizativa.
- Evaluar.

El problema de qué evaluar

ESTRUCTURA Y PROCESO

RESULTADOS

IMPACTO INMEDIATO

Conocimientos
Satisfacción

RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Autocuidados
Autoeficacia

Control metabólico,
ponderal, de cifras de
TA y/o de lípidos.

RESULTADOS A LARGO PLAZO

Complicaciones
Mortalidad
Discapacidad
Calidad de vida

R del Pir • Tiempo: mínimo 6 meses. lel Pino

- Forma: antes-después pero con más de una medición. lel Pino

- Objeto: en el área de resultados (efectividad), centrarse en los efectos a medio plazo. R del Pino R del Pino R del Pino