

## 11. Organización para el cuidado de la diabetes: educación, niveles de atención

*Dr. Ernesto Paulo Rebolledo Santoro  
Médico Internista. Endocrinólogo. Miembro  
de Número de la Asociación Colombiana de  
Endocrinología. Barranquilla.*

La diabetes es una enfermedad crónica y progresiva que impacta casi todos los aspectos de la vida del paciente. Su adecuada atención implica una planificación mental, intelectual y anímica que supera al médico de manera individual, obligando a un manejo interdisciplinario y organizado<sup>(136)</sup>.

Un programa para tratar pacientes diabéticos requiere de un grupo de personas ante todo con vocación de servicio, deseosas de desarrollar sus conocimientos en favor del paciente y con mucho interés por mantenerse actualizadas. La necesidad de cambios en el estilo de vida, la complejidad del manejo farmacológico, las complicaciones y los efectos adversos del tratamiento hacen que la educación se convierta en una prioridad<sup>(137)</sup>.

La educación en diabetes es un DERECHO del paciente y un DEBER del grupo tratante. Este proceso educativo debe:

1. Ser una política de Estado (problema de salud pública).
2. Ser estructurado y efectivo para generar cambios de comportamiento (evitar o disminuir el tabaquismo, el sedentarismo, etc.).
3. Optimizar el control metabólico y poder disminuir el riesgo de complicaciones y ofrecer una mejor calidad de vida.
4. Debe ser remunerado económicamente como servicio de salud y debería ser obligatorio para el paciente.

Está demostrado que la educación para el automanejo en diabetes, cuando está bien diseñada e implementada, es una intervención costo/efectiva. A pesar de esto, menos del 20% de los centros que tratan pacientes diabéticos la ofrecen y menos del 10% de los pacientes completan el curso ofrecido<sup>(136)</sup>.

### ¿Cómo aumentar la efectividad de un programa?<sup>(138,139)</sup>

El programa debe:

1. Ser accesible, tomando en cuenta locación, horarios, nivel educativo y sociocultural, edad, impedimentos del paciente o del centro.

2. Estar dirigido a grupos homogéneos pequeños, o individualmente cuando la circunstancia lo amerite.
3. Tener un coordinador responsable.
4. Ser desarrollado por educadores entrenados, con capacidad de transmitir el mensaje (incentivar al cambio y poner en práctica lo aprendido).
5. Estar centrado en el paciente para que éste adopte conductas responsables sobre su salud, ya que elegir alimentos, hacer o no ejercicio, tomar el tratamiento o no, vigilarse, etc. son decisiones que sólo el paciente puede tomar.
6. Contar con un equipo que conozca el contenido general y maneje el mismo lenguaje, basado en conceptos actualizados y con evidencia científica.

## **Contenido – (debe actualizarse de manera periódica)**

- Generalidades: definición, clasificación, factores de riesgo
- Alimentación
- Actividad física
- Tabaquismo – alcohol
- Comportamiento y aspectos sociales
- Autovigilancia y metas
- Hipoglucemia – hiperglucemia
- Prevención, detección y tratamiento de las complicaciones
- Tratamiento farmacológico
- Situaciones especiales: viajes, enfermedad, embarazo, etc.

## **¿Cómo implementar un programa?<sup>(136,138)</sup>**

Para grupos realmente dispuestos a formar centros diabetológicos integrales y competitivos se sugiere revisar programas detalladamente establecidos y evaluados como los siguientes:

- DESMOND: <http://www.desmond-project.org.uk/>
- DIABETES EDUCATION NETWORK: <http://www.diabetes-education.net/>
- DIABETES UK: <http://www.diabetes.org.uk/>
- XPERTPROGRAMME: [http://www.diabetes.nhs.uk/our\\_work\\_areas/education/diabetes\\_xpert\\_programme/](http://www.diabetes.nhs.uk/our_work_areas/education/diabetes_xpert_programme/)

- WARKWICK DIABETES MANUAL: [http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/study/cpd/subject\\_index/diabetes/manual/](http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/study/cpd/subject_index/diabetes/manual/)

## Evaluación

Debe evaluarse periódicamente el conocimiento adquirido, pero sobre todo su impacto en el control metabólico y en las actitudes del paciente<sup>(137,138)</sup>.

Un programa exitoso termina en:

- Incremento de consultas preventivas y de atención primaria.
- Disminución de atención de urgencias y de hospitalización.
- Generación de pacientes más dispuestos a seguir recomendaciones.
- Mejor calidad de vida (menos complicaciones).
- Menos costos en salud.
- Evaluación sugerida por pares externos certificados.

## Organización de la consulta

Idealmente todo paciente debería poder acceder a la persona más capacitada para su manejo. Esto no siempre es posible para una enfermedad tan prevalente como la diabetes. Es por eso que se implementaron niveles de atención, por lo cual es importante que el paciente perciba el concepto de trabajo en grupo interdisciplinario y reconozca y aproveche a cada integrante del mismo<sup>(137,138)</sup>.

### Nivel 1

Equipos que hacen promoción, prevención y detección precoz donde la clave es establecer un diagnóstico claro que el paciente reconozca y acepte. Se inician medidas farmacológicas y no farmacológicas.

**Incluye:** enfermeros, nutricionistas (educadores en salud), podólogos y médicos generales capacitados en diabetes (diabetólogos).

### Nivel 2

Unidades con mayor capacidad de manejo:

Diabetes descompensada, diabetes y embarazo, diabetes de difícil control.

Evaluación de complicaciones crónicas.

**Incluye:**

Nivel 1, más

Medicina interna y/o endocrinología

Nefrólogo, ortopedista, oftalmólogo

### Nivel 3

Dirigido por endocrinología. Son centros especializados para el tratamiento integral y con mayores recursos económicos y humanos (todas las especialidades).

Se hace investigación y adiestramiento y se toman conductas, idealmente por juntas médicas.