

Educación diabetológica, adherencia terapéutica y proveedores de salud

Education on diabetes, therapy adherence and health providers

Dr. María de la Caridad Casanova Moreno,^I DrC. Héctor Demetrio Bayarre Veá,^{II} DrC. Daysi Antonia Navarro Despaigne,^{III} DrC Giselda Sanabria Ramos,^{II} Dr. Maricela Trasancos Delgado^{IV}

^I Departamento Provincial de Promoción y Educación para la Salud de Pinar del Río. Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III} Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. La Habana, Cuba.

^{IV} Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río, Cuba.

La diabetes mellitus (DM), es un importante problema de salud en Cuba, debido a su alta incidencia y por ser una de las primeras causas de muerte,¹ lo que está relacionado con la transición demográfica avanzada que en Cuba y ser una población muy envejecida con el 18,3 % de la población.²

La educación acontece como piedra angular de la atención integral en las personas con DM, y es una herramienta para el control de esta enfermedad puesto que permite a los pacientes cumplir con los pilares básicos de atención a la enfermedad: dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico.³

Lo anteriormente expuesto está fundamentado sobre bases científicas, aunque en un principio muchos dudaron de la importancia de la educación para el control de la enfermedad, dado que fue planteada por primera vez en 1875 por *Bouchardat*, quien consideró la necesidad de que el diabético entendiera su régimen alimentario; años más tarde, en 1919, *Joslin* en su manual de diabetes dedicó un capítulo a la educación diabetológica, donde dejó explícito que la educación no formaba parte del tratamiento de la diabetes, sino que este era el tratamiento en sí.

En 1972, se acepta esta modalidad terapéutica a nivel mundial de manera sistemática, pues para esta fecha ya se tenía certeza de sus ventajas biomédicas y económicas, luego del trabajo de *Leona Miller*, vertebrado sobre base pedagógicas. Cuba en este mismo año crea los centros de atención al diabético y tres años más tarde en el 1975, el programa nacional de diabetes mellitus,⁴⁻⁸ y derivado de este, el programa de educación en diabetes (PED) liderado por *Rosario García González*.

La DM, si el paciente no está bien educado, puede tener una repercusión importante sobre la calidad de vida relacionada con la salud en cualquiera de sus seis dimensiones o dominios, las que están relacionadas con:⁹

- Físico y capacidad funcional.
- Psicológica.
- Interacciones sociales.
- Sensaciones somáticas (síntomas).
- Económico.
- Religioso.

Lo anterior manifiesta la importancia de la educación al diabético, para prevenir las complicaciones crónicas que trae consigo la enfermedad, pues aunque la comunidad, el sistema de salud y los familiares decidan ayudar o cooperar en la educación diabetológica, es el propio paciente quien debe poseer autocuidado y autoresponsabilidad para evitar la hiperglucemia mantenida que es en fin quien lleva a los pacientes a estas complicaciones crónicas y por ende un mal control glucémico y metabólico.

La DM y sus complicaciones crónicas se mantienen al cierre de 2013, a pesar de los esfuerzos del sector de la salud, dentro de las diez primeras causas de muerte en el país, la 8va. causa de años de vida potencial perdidos y la 5ta. causa de muerte en personas de 60-69 años,² de modo que los prestadores del sector deben insistir en la educación diabetológica de los enfermos como una vía para lograr la adherencia terapéutica.

Los prestadores pueden actuar a través de la promoción de salud (PS), si tenemos en cuenta que esta tiene dos resultados fundamentales: un resultado social que tiene su expresión en la calidad de vida y un resultado en la salud que se articula con la disminución de la discapacidad y la morbilidad evitable. Sin olvidar que la PS, además de ser la tercera función esencial de la salud pública, se encarga de crear habilidades y capacidades para la vida y los prestadores pueden sin dificultad trabajar en las cuatro herramientas de la PS:

- Participación social y comunitaria.
- Políticas públicas.
- Educación para la Salud.
- Comunicación social.

Los autores llaman la atención sobre:

- La necesidad de capacitar y crear habilidades en PS en nuestros proveedores.
- Apreciar la importancia de la PS a todos los niveles de atención del sistema de salud.
- Considerar la importancia de la salud en todas las políticas.
- Divulgar y debatir los resultados de investigaciones sobre PS entre los proveedores de salud y la población.

El tratamiento de la diabetes mellitus se apoya en cinco pilares esenciales: educación, nutrición, actividad física, medicamentos y automonitoreo de la glucemia, cuyo pilar esencial del tratamiento farmacológico y no farmacológico es la educación, ya que es una herramienta efectiva e inexcusable. Es substancial la participación activa del paciente como responsable de su estado de salud apoyado por los proveedores de salud, no solo en sus necesidades de atención médica sino también en las educativas, tomando en cuenta que educar no es sencillamente informar, dar una serie de datos; más bien es capacitar, ayudar a desarrollarse, transformar y estimular, o conseguir que la información se revierta en motivación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledón Llanes L. La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva. Rev Cubana Endocrinol. 2014 [citado 6 Mar 2015]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532014000200008&lng=es
2. Minsap. Anuario estadístico de salud 2013. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2013 [citado 6 Mar 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
3. Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. MEDISAN. 2009 [citado 6 Mar 2015]; 13(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san11109.pdf>
4. García R, Suárez R. Dimensión educativa en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev Cubana Endocrinol. 2001 [citado 6 Mar 2015]; 12(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532001000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. García R, Suárez R, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Rev Panam Salud Pública. 1997 [citado 8 Ener 2014]; 2(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049891997000700006&script=sci_arttext
6. Nonato da Cruz Oliveira R. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J

Habermas. Serv Soc Soc. 2011 [citado 6 Mar 2015]; (106). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0101-66282011000200005

7. Ciryno AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for Type 2 Diabetes Mellitus Self-care: from compliance to empowerment. Interface Comunicação Saúde Educ. 2009; 13(30): 93-106.

8. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas L, Hosey GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. Diabetes Care. 2008; 31(1): 12-54.

9. Trujillo Blanco WG, Román Hernández JJ, Lombard Hernández AM, Remior Falco E, Arredondo Naite OF, Martínez Porro E, et al. Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. 2014 [citado 6 Mar 2014]; 15(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>

Recibido: 14 de julio de 2015.

Aprobado: 25 de agosto de 2015.

María de la Caridad Casanova Moreno. Departamento provincial de Promoción y Educación para la Salud. Pinar del Río, Cuba.
Dirección electrónica: mcasanovamoreno@infomed.sld.cu