



## P-010 - BARRERAS DE AUTOCUIDADO Y RESULTADOS EN SALUD EN PERSONAS DIABETES MELLITUS TIPO 2

M.C. Pérez López<sup>a</sup>, J. Caro Bautista<sup>b</sup>, J.C. Morilla Herrera<sup>c</sup>, I. Lupiáñez Pérez<sup>d</sup>, F. Villa Estrada<sup>e</sup> y J.M. Morales Asencio<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Distrito Sanitario Atención Primaria Costa del Sol (Servicio Andaluz de Salud). Universidad de Málaga, Centro de Atención Primaria Las Lagunas, Mijas, Málaga. <sup>b</sup>Centro de Atención Primaria Miraflores de los Ángeles, Málaga. <sup>c</sup>Unidad de Residencias Distrito Sanitario Málaga-Valle del Guadalhorce, Málaga. <sup>d</sup>Centro de Atención Primaria Carlinda, Málaga. <sup>e</sup>Centro de Atención Primaria Trinidad, Málaga. <sup>f</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) supone una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la actualidad<sup>1</sup> asociándose a estilos de vida inadecuados, que condicionan la aparición de complicaciones<sup>2</sup>. Una atención centrada en las necesidades identificadas por las propias personas con DM2, debiera mejorar los resultados en salud en esta población<sup>3</sup>, fomentando conductas de autocuidado adecuadas a medio/largo plazo. En este sentido, el equipo investigador ha desarrollado una línea de trabajo basada en la validación del Cuestionario EBADE<sup>®</sup> para evaluar barreras de autocuidado en DM2<sup>4</sup>, tomando como modelo teórico la Teoría de Conducta Planificada<sup>5</sup>, con 15 ítems y 4 dimensiones (creencias conductuales, control percibido, norma subjetiva e intención conductual). A continuación, el equipo realizó un programa experimental de educación terapéutica (estudio EDEP-Ti) con intervenciones adaptadas a las barreras identificadas mediante EBADE<sup>®</sup>, en el que se reclutaron 410 personas DM2, participaron 31 Unidades de Gestión Clínica y 135 enfermeras, con un periodo de seguimiento de 24 meses<sup>6</sup>.

**Objetivos:** Analizar la relación entre el nivel de barreras de autocuidado y resultados en salud obtenidos en personas DM2 tras el desarrollo de un programa de educación terapéutica experimental.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal analítico retrospectivo. Se analizaron como variables de resultado (complicaciones micro/macrovasculares), como variables de efecto (nivel de barreras de autocuidado y el control metabólico), y como variables de exposición (grupo de intervención vs. control). Sujetos: DM2 con < 10 años de evolución, 18-75 años, en tratamiento con ADOs, y con mal control metabólico (HbA<sub>1c</sub> > 7%) o sobrepeso (IMC > 27,5) incluidas en el estudio EDEP-Ti (ClinicalTrials.gov: NCT03453970). Emplazamiento: Distrito Sanitario Málaga-Valle del Guadalhorce (Servicio Andaluz de Salud). Análisis estadístico: análisis bivalente mediante U de Mann-Whitney y test de Kruskal-Wallis (distribución distinta a la normal); OR para evaluar los riesgos de desarrollar complicaciones y grado de mal control metabólico.

**Resultados:** Clínicamente se obtuvo una reducción de 0,4% en la HbA<sub>1c</sub> (p < 0,001) y de 6 mmHg en

la PAS ( $p < 0,026$ ) favorables al grupo experimental. Sobre modificación de estilos de vida, el grupo experimental aumentó en 840 METs su nivel de actividad física ( $p < 0,001$ ) y disminuyó su tasa de tabaquismo ( $OR = 2,29; 1,11-4,71$ ). La calidad de vida mejoró igualmente 10 puntos en el EQ-5D-3L ( $p < 0,0001$ ), encontrando más complicaciones específicas a la DM en la población con mayor nivel de barreras de autocuidado.

**Conclusiones:** Un programa educativo basado en intervenciones adaptadas a las necesidades de las personas con DM2 mejora los resultados en salud y fomenta habilidades de autocuidado que se mantienen a los 24 meses de seguimiento. La asociación entre barreras de autocuidado y la mayor prevalencia de complicaciones, puede suponer un cambio de paradigma en la atención de esta población que requiere continuar investigando en esta línea.

## Bibliografía

1. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018;138:271-81.
2. Duan X, Li Y, Liu Q, Liu L, Li C. Epidemiological characteristics, medical costs and healthcare resource utilization of diabetes-related complications among Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. *Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2020;20(5):513-21.
3. Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, Rossing P, Mingrone G, Mathieu C, et al. Correction to: 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2020;63(8):1667.
4. Caro-Bautista J, Espinar-Toledo M, Villa-Estrada F, Lupiáñez-Pérez I, Kaknani-Uttumchandani S, García-Mayor S, et al. Development and Psychometric Validation of an Instrument to Identify Barriers to Self-Care Among Spanish Patients With Type 2 Diabetes on the Basis of Theory of Planned Behavior. *Value in Health.* 2019;22(9):1033-41.
5. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1991;50(2):179-211.
6. Caro-Bautista J, Villa-Estrada F, Gómez-González A, Lupiáñez-Pérez I, Morilla-Herrera JC, Kaknani-Uttumchandani S, et al. Effectiveness of a Diabetes Education Program based on Tailored interventions and Theory of Planned Behaviour: Cluster randomized controlled trial protocol. *J Adv Nurs.* 2021;77(1):427-38.