



COMENTARIO EDITORIAL

Ensayo clínico comunitario en diabéticos tipo 2: beneficios de la educación sanitaria asociada a ejercicio físico

Community clinical trial on type 2 diabetics: Benefits of health education associated with physical exercise

Martí Birulés

Centro de Atención Primaria Poblenou, Barcelona España. Miembro del GEDAPS

La lectura del ensayo clínico aleatorizado de tipo comunitario desarrollado en Murcia¹ constituye un soplo de aire fresco y una novedad, ya que aborda un problema relevante y necesario mediante un diseño de investigación adecuado y poco frecuente en las publicaciones de atención primaria, e incluye una muestra que, a diferencia de la mayoría de ensayos clínicos, guarda una relación estrecha con la población diabética a la que va dirigido. Siguiendo las recomendaciones actuales, el equipo de intervención es multidisciplinario y el ensayo es de base comunitaria, lo que refuerza la validez de sus conclusiones, aunque la intervención y la medición de los resultados es a corto plazo (6 meses).

En cuanto a las limitaciones del estudio, puede señalarse que la muestra es insuficiente, lo que no permite obtener resultados estadísticamente significativos. Si bien las variables secundarias son las habituales, llama la atención la ausencia de variables como la cesación tabáquica, quizás debido al escaso tiempo de seguimiento. No consta en las características de la intervención la presencia de familiares o cuidadores en un tema crucial como la alimentación, donde la presencia del responsable de la cocina es fundamental para el éxito de la intervención.

Los resultados obtenidos son concordantes con las evidencias disponibles, que están magníficamente recogidas de forma exhaustiva en la *Guía australiana de educación del diabético*² que establece las recomendaciones sintetizadas

Tabla 1 Recomendaciones de la guía australiana

1. Todos los diabéticos tipo 2 deben recibir educación estructurada
2. La educación debe ser desarrollada de forma individual y grupal
3. Los esfuerzos en mejorar el coste-efectividad del cuidado de la diabetes deben incluir a la educación
4. La educación diabetológica debe ser sensible culturalmente y adaptada a las necesidades socioeconómicas de la población
5. La educación diabetológica debe ser desarrollada por equipos multidisciplinarios
6. Los programas educativos deben ser comprensibles e incluir la actividad física entre sus componentes
7. Las personas con diabetes deben participar activamente en los objetivos, decisiones y metas a alcanzar
8. Las intervenciones educativas deben ser continuadas mediante refuerzos periódicos a lo largo del tiempo

Fuente: Colagiuri R, et al².

en la **tabla 1**. Sería muy conveniente que los autores del estudio efectuaran un seguimiento de las distintas ramas y evaluaran el impacto de la intervención un año después, con o sin intervención de refuerzo.

En 2009 se publicó una revisión sistemática Cochrane³ acerca de la efectividad de la educación diabetológica individual sobre el control metabólico, los conocimientos de la diabetes y los resultados psicosociales. Se incluyeron ensayos clínicos con una duración mínima de 6 meses. El metaanálisis llevó a la conclusión de que existe un beneficio

Véase contenido relacionado en DOI:
10.1016/j.aprim.2010.07.006
Correos electrónicos: 14963mbp@comb.cat,
mbirules@gmail.com

de la educación individual en el control glucémico comparado con la atención habitual en la consulta en el subgrupo de diabéticos con $HbA_{1c} > 8\%$. En un pequeño número de estudios que comparaban la educación individual y la grupal, el impacto sobre la HbA_{1c} a los 12-18 meses fue el mismo.

En la revista *Health Technology Assessment*⁴ se ha publicado una revisión sistemática de la efectividad de los modelos educativos para la diabetes tipo 2, en forma de guía de práctica clínica basada en la evidencia. Sus principales recomendaciones son que la efectividad de los programas educativos es difícil de evaluar debido a las diferencias en las intervenciones, poblaciones, diseños utilizados y resultados evaluados en los distintos estudios, y que las intervenciones multicomponentes parecen tener mejores resultados que los programas focalizados. Se identificaron 8 estudios de educación en múltiples aspectos del autocontrol de la diabetes. Algunos ensayos consiguieron mejoras significativas en el control del diabético, pero otros no. Los efectos positivos pueden ser atribuidos a las intervenciones a más largo plazo. También puede haber un efecto debido a disponer de un equipo multidisciplinario para desarrollar el programa educativo. Los estudios de intervenciones educativas focalizadas no dieron resultados constantes. Un número mayor de pacientes en el grupo intervención redujo el uso de la medicación de la diabetes durante 12-14 meses. El efecto significativo de la intervención sobre la HbA_{1c} también fue constatado a los 24 meses de seguimiento. La conclusión global de estos resultados era que la educación grupal basada en estrategias de autocontrol mejora los resultados clínicos y la calidad de vida en estos pacientes.

En el Reino Unido se realizó un ensayo clínico (DESMOND)⁵ para intentar responder a la pregunta de si es efectiva la educación en los diabéticos tipo 2 diagnosticados de novo. Se diseñó un ensayo multicéntrico, controlado, aleatorizado por conglomerados en atención primaria con el objetivo de evaluar la efectividad de un grupo de educación estructurado basado en medidas biomédicas, psicosociales y estilos de vida en pacientes recién diagnosticados de diabetes tipo 2. La intervención se basa en la teoría del aprendizaje social, la autoeficacia y los cambios de conducta relacionados con los factores de riesgo individuales. Los autores concluyen que, en estos pacientes, un programa estructurado de educación grupal consiguió mejores resultados en la pérdida de peso, la cesación tabáquica y la comprensión de la enfermedad, pero no se obtuvieron diferencias significativas en los niveles de HbA_{1c} a los 12 meses del diagnóstico. Para explicar estos resultados, los autores encuentran una justificación en el tratamiento intensivo con fármacos en ambas ramas para alcanzar las metas previstas de HbA_{1c} exigidas en las guías de práctica clínica.

Un metaanálisis⁶ ha confirmado la importancia de la educación centrada en el paciente y dirigida a modificar los estilos de vida.

¿Qué tipo de educación debemos aplicar a nuestros diabéticos? ¿Con qué periodicidad? Son preguntas que nos hacemos y que aún no tienen una respuesta única. Pero sí sabemos que las intervenciones centradas en el paciente y dirigidas a modificar los estilos de vida son las más efectivas.

Puntos clave

- Se ha demostrado que la educación para el autocontrol de la diabetes se asocia a una mejoría del bienestar psicológico con disminución de la ansiedad y mejora global de la calidad de vida
- La educación dirigida a los pacientes diabéticos demuestra mejores resultados al incorporar estrategias conductuales y psicosociales, al ser continuada en el tiempo y al tener enfoques interactivos y centrados en el paciente.
- Los programas educativos deben ser comprensibles e incluir la actividad física entre sus componentes.

Bibliografía

1. Ariza Copado C, Gavarra Palomar V, Muñoz Ureña A, Aguera Mengual F, Soto Martínez M, Lorca Serralta JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Aten Primaria*. 2011; doi:10.1016/j.aprim.2010.07.006.
2. Colagiuri R, Girgis S, Eigenmann C, Gomez M, Griffiths R. *National Evidenced Based Guideline for Patient Education in Type 2 Diabetes*. Canberra: Diabetes Australia and the NHMRC; 2009.
3. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;CD005268.
4. Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2008;12:1–116.
5. Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Craddock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;336:491–5.
6. Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Pierrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2003;29:488–501.