

La asistencia a los grupos de apoyo para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 como ayuda para el control de su glucemia

Luis Sandoval^a, Inés Ceballos^a, Susana Escalante^b, Humberto Pérez^c y Verónica Hernández^d

^aCoordinación de Investigación en Salud. IMSS. Cancún. México.

^bHospital General de Zona N.º 3. IMSS. Cancún. México.

^cJefatura de Prestaciones Médicas. IMSS. Cancún. México.

^dUnidad de Medicina Familiar N.º 16. IMSS. Cancún. México.

Correspondencia: Dr. L. Sandoval.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdelegación IMSS, Jefatura de Prestaciones Médicas, 3.º piso.

Avda. Tulum esq. Viento, SM 4 s/n. 77500 Cancún. Q. Roo. México.

Correo electrónico: luis.sandovalj@imss.gob.mx

Resumen

Objetivo: Comparar el control glucémico de pacientes diabéticos que pertenecen a un grupo de apoyo y de quienes no forman parte de él.

Material y método: Estudio de casos y controles, con un total de 73 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes al grupo de apoyo (n = 30) y al grupo control (n = 43). Se obtuvieron del expediente clínico los datos de glucemias, colesterol, triglicéridos, somatometría y número de veces en que se realizó la prueba durante el período de estudio. Se estratificaron los valores de acuerdo con los parámetros de normalidad y se estimaron las *odds ratio* [OR].

Resultados: Las glucemias en el grupo de apoyo fueron menores que en el grupo control ($p < 0,05$); sin embargo, las concentraciones de colesterol y triglicéridos fueron similares en ambos grupos ($p > 0,05$). Al estimar el riesgo de presentar un valor de glucemia > 120 mg/dl, se encontró que los pacientes que pertenecen al grupo control tienen OR = 2,1 (0,7-6,2) respecto a los pacientes que pertenecen al grupo de apoyo. De igual manera, se obtuvo OR = 4,3 (1,4-12,8) de presentar un valor por arriba de lo normal de triglicéridos séricos para el grupo control con relación al grupo de apoyo.

Conclusiones: Pertenecer a un grupo de apoyo no refleja un control y aunque las glucemias fueron menores en los controles, éstas no se ubicaban por debajo del límite recomendado. Asimismo, es importante destacar que en estas unidades médicas no se cuenta con hemoglobina glucosilada y, por lo tanto, la medida utilizada para evaluación y control en el paciente diabético son las glucemias.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2. Grupos de apoyo. Control glucémico.

Abstract

Objective: To compare glycemic control in diabetic patients belonging to support groups with that in diabetic patients not belonging to support groups.

Material and method: A case-control study with 73 patients with diabetes mellitus type 2 belonging to a support group (n = 30) or a control group (n = 43) was performed. Data on height, weight, and levels of glycemia, cholesterol, and triglycerides, as well as the number of times laboratory tests were carried out during the study period, were obtained from the medical records. The values were stratified according to the parameters of normality and odds ratios between the support group and the control group were estimated.

Results: Glucose levels were lower in patients attending support groups than in controls ($p < 0.05$); cholesterol and triglyceride levels were similar in both groups ($p > 0.05$). Controls had an OR of 2.1 (0.7-6.2) for glucose levels of up to 120 mg/dl in relation to patients attending support groups. Similarly, controls had an OR of 4.3 (1.4-12.8) of presenting serum triglyceride levels above the normal range in relation to patients in the support groups.

Conclusions: Belonging to a support group is not an indication of metabolic control. Although glucose levels were lower in patients belonging to support groups than in controls, these levels were not below the recommended range. Importantly, the family medicine units did not include glycosylated hemoglobin values and therefore the measure used for evaluation and control in diabetic patients was fasting glucose levels.

Key words: Type 2 diabetes mellitus. Support group. Glycemic control.

Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que mayor atención médica y erogación económica demandan, lo que la constituye como un problema de salud pública¹⁻³.

Estimaciones recientes refieren la existencia de 120 millones de diabéticos en el mundo, y se espera que se duplique en los próximos 10 años. En México cada año se registran más de 180.000 casos nuevos de esta enfermedad y es causa de aproximadamente 36.000 defunciones⁴.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la diabetes se sitúa en el segundo lugar entre los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades^{5,6}.

Para su adecuado control se requiere un manejo cotidiano independiente del tratamiento médico como parte de la responsabilidad y la autonomía en el control de su enfermedad. El apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento incluye: educación, plan de alimentación, ejercicio, medicación y cumplimiento del tratamiento¹.

La educación del paciente y su familia es una parte integral para el éxito del tratamiento, es importante que el paciente esté bien informado para participar en las decisiones necesarias de su cuidado y mantener un control adecuado de la glucemia, para lo cual se requiere modificar el estilo de vida, control y eliminación de factores de riesgo, automonitoreización, componentes y metas del tratamiento, así como la prevención y vigilancia de complicaciones⁷⁻¹⁰.

En la actualidad se da prioridad al estado anímico del paciente y del prestador primario, y uno de los propósitos en el tratamiento integral de estos pacientes es incorporarlos de manera activa en el autocuidado de su afección y facilitar su capacitación. Para tal fin se crearon los grupos de apoyo (GA) en los que la base del tratamiento es no farmacológico y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física¹¹. En un principio se establecieron por razones de costo-beneficio y pronto se los reconoció como un instrumento terapéutico de gran utilidad, ya que promueven el autocuidado del paciente¹²⁻¹⁴.

Existen varios modelos de programas educativos para pacientes diabéticos y básicamente el equipo encargado es multidisciplinario, formado por endocrinólogo o internista, educador en diabetes, nutriólogo, trabajador social, psicólogo y, en ocasiones, fisioterapeuta y pediatra, cuya meta es lograr una coordinación mediante la formación de grupos de apoyo y lograr una cobertura amplia o total de la población con diabetes mellitus¹.

El objetivo del presente trabajo es comparar el control glucémico entre los pacientes que pertenecen al grupo de apoyo y quienes no forman parte de él.

Material y método

Se realizó un estudio de casos y controles con los pacientes diabéticos adscritos a todas las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Cancún, Quintana Roo.

Para conformar el grupo de casos, se incluyó a la totalidad de los pacientes que pertenecían y asistían a más del 80% de cada una de las actividades realizadas por los grupos de apoyo de diabetes mellitus por un mínimo de 6 meses. Estas actividades consistían en charlas semanales, ejercicio cada tercer día con duración de 30 min, juntas y/o convivencias mensuales.

Los controles se seleccionaron con una relación de 1,6 por cada caso, mediante el emparejamiento por edad, sexo y unidad médica de adscripción.

En ambos grupos se verificó que cada paciente presentara 2 o más mediciones de colesterol, triglicéridos y glucemias, así como la asistencia con su médico familiar y con el nutricionista dietista, tomando en cuenta de este último si había recibido la información sobre su régimen alimentario.

Los datos de glucemias, colesterol, triglicéridos, somatometría y datos sociodemográficos se obtuvieron del expediente clínico anotando el valor correspondiente según el mes en que se realizó el estudio de laboratorio, así como el número de veces en que se realizó la prueba durante el período de es-

tudio. Posteriormente se estratificaron los valores de acuerdo con los parámetros de normalidad referidos por la American Diabetes Association para el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y se estimaron las *odds ratio* (OR) entre el grupo de apoyo y el grupo control.

Resultados

Se incluyó a un total de 73 pacientes, de los que el 34,3% pertenecía a la UMF N.º 13; el 15%, a la UMF n.º 14, y el 50,7%, a la UMF N.º 15. Su promedio de edad fue de 59 años, predominó el sexo femenino, con el 72,3%, y la primaria como nivel de escolaridad (53,4%); destaca que sólo el 2,7% contara con estudios profesionales y el 23,8% no supiera leer ni escribir. En relación con su estado civil, el 80,8% de ellos eran casados, el 68,5% vivía con su cónyuge y un 80,8% no estaba empleado.

Los casos fueron el 41,1% de la población, todos ellos de sexo femenino, con promedio de edad de 58 años y un valor medio del índice de masa corporal (IMC) de 30,45. El 26,7% no contaba con algún grado escolar y el 16,7% no sabía leer ni escribir. En lo que respecta a su situación laboral, el 93,3% de ellos no trabajaba, el 70% eran casados y el 50% vivía actualmente con su cónyuge. En lo referente al promedio de los valores de sus glucemias, se observó una media de 144,6 mg/dl (78,3-255 mg/dl), respecto al colesterol, fue de 210,6 mg/dl (153-277,6 mg/dl); de igual manera los triglicéridos fueron de 165,6 mg/dl (80-411 mg/dl).

Independientemente de las actividades propias del grupo de apoyo, se encontró que todos los pacientes de este grupo acudían a su control mensual con el médico familiar, se realizaban su monitoreo de presión arterial y dextrostis, el 86,7% acudió a nutrición para control dietético y el 43,3%, a su revisión dental.

El grupo control lo conformaron 43 (59,9%) pacientes, de los que el 48,8% correspondió al sexo masculino y el 51,2%, al femenino, con un promedio de edad de 60 años y un valor medio de IMC de 27,4. En este grupo se encontró a la totalidad de los que contaban con estudios universitarios (4,7%), así como un nivel máximo de estudios predominantemente primarios (53,5%); sin embargo, el 30,2% no contaba con ningún grado escolar y el 27,9% no sabía leer ni escribir. Por otro lado, el 72,1% no trabajaba, el 88,4% eran casados y el 81% vivía con su cónyuge. En lo referente al promedio de los valores de sus glucemias, se observó una media de 188,1 mg/dl (82,3-376 mg/dl); respecto al colesterol, fue de 206,2 mg/dl (135-331 mg/dl). De igual manera los triglicéridos fueron de 253 mg/dl (79-1.577 mg/dl). Dentro de las actividades inherentes al tratamiento, se incluye la asistencia a control con su médico familiar, nutricionista y estomatólogo, la cual se dio en el 100, el 72,1 y el 20,9% respectivamente. Asimismo sólo el 16% se automonitoreaba con dextrostis y se realizaba mediciones de presión arterial.

Al comparar las glucemias entre los dos grupos, se observó que en el grupo de apoyo este valor es menor que en el grupo control ($p < 0,05$); sin embargo, las concentraciones de colesterol y triglicéridos fueron similares en ambos grupos

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

	Grupo de apoyo, n (%)		Grupo de control, n (%)		Total, n (%)	
Índice de masa corporal						
≤ 30	17	56,7	38	88,4	55	100
> 30	13	43,3	5	11,6	18	100
Escolaridad						
Primaria	16	53,3	23	53,5	39	100
Secundaria	4	13,3	3	7	7	100
Bachillerato	2	6,7	2	4,7	4	100
Universidad	–	–	2	4,7	2	100
Lee y escribe	3	10	1	2,3	4	100
No lee ni escribe	5	16,7	12	27,9	17	100
Estado civil						
Soltero	2	6,7	2	4,7	4	100
Casado	21	70	38	88,4	59	100
Viudo	7	23,3	3	7	10	100

($p > 0,05$). Al estimar el riesgo de presentar un valor de glucemia > 120 mg/dl, se encontró que los pacientes que pertenecen al grupo control tienen $OR = 2,1$ (0,76-6,2) con relación a los pacientes que pertenecen al grupo de apoyo. De igual manera, el presentar un valor por arriba de lo normal de triglicéridos séricos, se obtuvo $OR = 4,3$ (1,4-12,8) para el grupo control con relación al grupo de apoyo. Por el contrario, al evaluar los valores por arriba de lo normal del colesterol sérico, se observó $OR = 0,75$ (0,22-2,56) del grupo control con relación al grupo de apoyo.

Discusión

La diabetes tipo 2 suele manifestarse en la edad adulta, un período de la vida en la que se ha establecido los patrones del estilo de vida y las conductas, lo que a su vez ha motivado a diferentes instituciones y asociaciones a crear programas de educación y apoyo para este tipo de pacientes. Asimismo, dentro de los grupos de apoyo para esta enfermedad, el autocontrol de la enfermedad, los beneficios de ello y motivar al paciente a hacer los cambios necesarios en el estilo de vida contribuyen al control metabólico de esta enfermedad¹⁵. Sin embargo, en los grupos de apoyo para diabetes mellitus tipo 2 de las unidades de medicina familiar de la ciudad de Cancún, los valores promedio de glucosa, triglicéridos y colesterol séricos no reflejaron un control metabólico, únicamente se encontró que los valores de las glucemias para este grupo fueron menores que en el grupo control; aunque es importante señalar que ambos promedios estuvieron por encima de 126 mg/dl, cifra que la American Diabetes Association indica

Tabla 2. Comparación de las medias de los valores evaluados

Parámetro	Grupo de apoyo	Grupo control	p
Glucosa, mg/dl	188,1	144,6	$< 0,05$
Colesterol, mg/dl	206,2	210,6	NS
Triglicéridos, mg/dl	253	165,6	NS

NS: no significativo.

Tabla 3. Control de glucosa, triglicéridos y colesterol séricos del grupo de apoyo respecto al grupo control

Parámetro	OR (IC del 95%)	p
Glucosa	1,48 (0,278-7,894)	NS
Colesterol	1,08 (0,989-1,192)	NS
Triglicéridos	2,94 (0,971-8,939)	NS

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

como normal¹³. Por otro lado, el pertenecer a un grupo de apoyo conlleva una mayor interrelación entre el paciente y los equipos de salud, lo que se refleja en la asistencia y la participación en cada una de las actividades que se realizan dentro del grupo^{16,17}, lo que no se presentó en los grupos de apoyo de las UMF, adonde sólo acudían mensualmente con el médico familiar y menos de la mitad acudían a sus citas con el nutricionista y el estomatólogo.

Si bien refieren y recomiendan las asociaciones internacionales sobre diabetes que el control de la glucemia se debe efectuar con la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c})¹⁸, también es importante destacar que dentro de este nivel de atención no se cuenta con dicha prueba, por lo que el parámetro utilizado para evaluar su control glucémico son los valores de la glucosa sérica en ayunas.

Por otra parte, también es importante destacar que el riesgo de presentar valores por arriba de lo normal para glucosa y triglicéridos es mayor en el grupo control que en el grupo de apoyo; sin embargo, la OR estimada para las glucemias no fue estadísticamente significativa.

Asumiendo la necesidad de la formación de grupos de apoyo, aunado a los múltiples beneficios paralelos que aportan tanto a los enfermos como a sus cuidadores quienes tienen los mismos factores de riesgo, se sugiere una mayor participación de ambos personajes, es decir, que aun conociendo los beneficios que conlleva la formación de los grupos de apoyo, los integrantes de estos grupos en las UMF sólo representan aproximadamente el 0,2% del total de los pacientes con diabetes mellitus. Por lo tanto, es fundamental la difusión y la promoción que se dé a estos grupos.

Bibliografía

1. Sergio Zúñiga González, Sergio Islas Andrade. Educación del paciente diabético "un problema ancestral". Rev Med IMSS. 2000;3:187-91.
2. Campbell LV, Barth R, Gosper JK, Jupp JJ, Simons LA, Chisholm DJ. Impact of intensive educational approach to dietary change in NIDDM. Diabetes Care. 1990;13:841-7.
3. Allen BT, Delong ER, Feussner JR. Impact of glucose self-monitoring on non-insulin-treated patients with type II diabetes mellitus. Diabetes Care. 1990;13:1044-50.
4. King HR; WHO ad hoc Diabetes Reporting Group. Global estimates for prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in adults. Diabetes Care. 1993;16:157-77.
5. Alpizar SM, Sotomayor GA, Castro Ramos Marco A, et al. Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. Rev Med IMSS. 1998;36:3-5.
6. Boletín estadístico anual. México: Secretaría de Salud; 1993.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-015 SSA2 1994. Diario Oficial de la Federación; 7 de abril de 2000.
8. Lazcano BG, Rodríguez M, Guerrero Romero F. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med IMSS. 1999;37:39-44.
9. Rodríguez Moran M, Guerrero Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Publica Méx. 1997;39:44-7.
10. Coonrod BA, Betschart J, Harris MI. Frequency and determinants of diabetes education among adults in the US population. Diabetes Care. 1994;17:852-8.
11. Yanet Rodríguez A, Díaz Olavarrieta C, García de la Cadena A. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. Gaceta Médica de México. 1995;131.
12. Guilden JL, Hendryx MS, Clar S, Cassia C, Singh SP. Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients. J Am Geriatr Soc. 1992;40:147-50.
13. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2001. Diabetes Care. 2001;Suppl 1:S5-20.
14. Harris ML, Hadden WC, Knowler WC. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance and plasma glucose levels in U.S. population aged 20-74yr. Diabetes. 1987;36:523-34.
15. Rodríguez-Moran M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública de México. 1997;39:44-7.
16. Peterson KA, Hughes M. Readiness to change an clinical success in a diabetes educational program. JABFP. 2002;15:266-71.
17. Gagliardino JJ, Etchegoyen G. A model educational program for people with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2001;24:1001-7.
18. Comprehensive diabetes care. The national diabetes education program, changing the way diabetes is treated. Diabetes Care. 2001;24:617-8.