

Proyecto coordinado De_Plan: una apuesta por la prevención en Castilla y León

Autores:

José María Pinilla Sánchez. Gerente de Atención Primaria del Área de Segovia. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL)
Carmen Montero Morales. Responsable de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Segovia. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL)
Luis González López. Médico de familia. CS Segovia III. Segovia
M^a Isabel Giménez Moreno. Enfermera. CS Pilarica. Valladolid

Para contactar:

José M^a Pinilla Sánchez
gerente.gapse@saludcastillayleon.es

El Proyecto DE_PLAN¹ (*Diabetes in Europe Prevention using Life, physical Activity and Nutritional intervention*) es un programa de detección de alto riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y para su prevención mediante una intervención educativa en los estilos de vida modificables: actividad física y hábitos nutricionales.

Este proyecto, financiado por la Junta de Castilla y León, se está realizando, coordinadamente desde la Gerencia de Atención Primaria de Segovia, en las zonas básicas de salud de Gredos y Arévalo (Ávila), Aranda de Duero Norte (Burgos), Corrales y Villalpando (Zamora), El Espinar, Nava de la Asunción, Segovia Rural, Segovia I y Segovia III (Segovia), y ha sido impulsado posteriormente por el III Plan de Salud de Castilla y León, que recoge, dentro de los objetivos específicos, medidas y estrategias recomendadas para la DM, estableciendo como líneas de desarrollo, entre otras, la identificación de las personas con factores de riesgo y la determinación de la glucemia basal (116), el establecimiento de las condiciones para la realización de detección precoz en grupos de riesgo (117) y las actividades dirigidas al control de todos los factores de riesgo en pacientes diabéticos (120).

¿Cuáles son los objetivos de DE_PLAN?

Los principales objetivos de este proyecto son:

- Determinar la prevalencia de «alto riesgo de DM2» en población adulta de 45 a 70 años, en población anciana de 70 a 89 años y en población inmigrante de 45 a 70 años.
- Determinar la tasa de progresión a DM2 al tercer año, en sujetos de 45-70 años de «alto riesgo para el desarrollo de DM2» sometidos a intervención intensiva mediante modificación de estilos de vida en comparación con un grupo control similar sin intervención.
- Evaluar la efectividad de un programa de intervención basado en la modificación de estilos de vida para reducir el riesgo de desarrollar DM2 y el riesgo cardiovascular y para mejorar la calidad de vida en sujetos de 45 a 70 años.

Los objetivos secundarios son:

- Determinar la asociación entre polimorfismos genéticos y la respuesta a la intervención en sujetos con «alto riesgo de DM» frente a sujetos similares no intervenidos, en el seno del proyecto europeo INTERACT.
- Evaluar la factibilidad de aplicar el programa de intervención sobre estilos de vida a grupos especiales de población como los ancianos y los inmigrantes, adaptándolo a sus necesidades y características especiales.

¿Cuáles son las fases del estudio?

Fase 1

Cribado poblacional en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), que consta de las siguientes etapas:

1. Detección precoz: identificación de individuos de alto riesgo, a través de la escala FINDRISC y del HEART SCORE.
2. Evaluación en la que, a través de entrevista, se realizan los siguientes test:
 - Cuestionario básico: ejercicio, alimentación, hábito tabáquico.
 - Cuestionario de calidad de vida.
 - Cuestionario MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).
 - Cuestionario PSS (Perceived Stress Scale).
 - A personas de más de 70 años: Test MEC (Mini-Examen cognoscitivo).





3. Evaluación analítica con determinación de prueba de tolerancia de la glucosa oral (PTOG), perfil lipídico, HB1Ac, estudio genómico y una medición antropométrica.

Fase 2

Programa de intervención (estudio de intervención comunitaria), que comprende dos etapas:

1. Intervención intensiva, mediante la herramienta de educación grupal (de seis horas de duración en cuatro sesiones) y con entrega de información escrita sobre recomendaciones dietéticas y programa de ejercicio físico.
2. Intervención continua, con mantenimiento de la motivación a través de cartas bimensuales, sms, contacto telefónico y correo electrónico.

¿Por qué es tan importante la prevención de la diabetes mellitus tipo 2?

La DM2 es uno de los problemas de salud crónicos más prevalentes en la actualidad, por lo que se ha convertido en una de las principales amenazas para la salud pública del siglo XXI. Es de todos conocido la existencia de factores no modificables (edad, genéticos) y modificables (sobrepeso, obesidad, sedentarismo) en el desarrollo de la DM2, y el drástico aumento en la incidencia mundial de esta enfermedad ha sido atribuido en gran medida a los factores de riesgo modificables producidos por los cambios en los comportamientos y estilos de vida colectivos de las sociedades desarrolladas durante las últimas décadas. Además, como es sabido, los problemas de salud como la obesidad, la adiposidad central, la inactividad física y una dieta poco saludable² son factores de riesgo importantes en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. La DM2 se está mostrando como una epidemia mundial ligada a la revolución socioeconómica y a la adopción de estilos de vida occidentales. La globalización de la economía ha extendido este proceso incluso a los países en desarrollo.

La Conferencia de Viena (2006) declaró que la prevención de la DM2 debe centrarse en la promoción de vida sana y la creación de entornos saludables. La única opción actual para prevenir esta enfermedad y sus complicaciones asociadas es intervenir sobre aquellos factores de riesgo modificables mediante promoción de estilos de vida saludables. En los últimos años, diversos estudios (DPT en Finlandia y el DPP americano)^{3,4} han demostrado que es posible prevenir

la DM2 mediante intervenciones educativas para modificar los estilos de vida. A partir de ellos se sabe que el inicio de la DM puede retrasarse o evitarse en aproximadamente el 60% de los sujetos con riesgo elevado, sometidos a intervención. Ambos estudios son reveladores y obligan a evaluar la factibilidad de incorporar estas acciones preventivas a la práctica diaria. Recientemente el DPT ha comunicado que los efectos beneficiosos de la intervención se mantienen hasta siete años después de finalizada⁵. Por el contrario, las estrategias de tipo farmacológico no son tan eficaces (sólo reducen el riesgo un 25-30%) y obviamente introducen los problemas adicionales inherentes al consumo de medicamentos⁶. Aunque prosigue el debate sobre la estrategia preventiva más conveniente, parece lógico anteponer las medidas educativas a los fármacos^{7,8}.

¿Cómo saber quién está en riesgo de desarrollar diabetes?

DECODE manifiesta que aproximadamente la mitad de los sujetos con DM2 en fase inicial o con intolerancia a la glucosa presentan una glucemia en ayunas completamente normal, no siendo detectados mediante una única determinación de glucosa^{4,9,10}. Una solución sencilla a este problema es el empleo de escalas de riesgo de DM similares a las que se utilizan para calcular el riesgo cardiovascular. El grupo de investigación finlandés DE_PLAN ha desarrollado una escala de riesgo de DM (FINDRISK) no invasiva (no precisa datos analíticos) únicamente basada en información clínica y en la medición del perímetro de la cintura y del peso⁴. La escala ha sido ampliamente traducida, adaptada y validada en numerosas poblaciones, incluida la española. La estrategia de alto riesgo tiene como objetivo prevenir la aparición de DM2 en personas que pertenecen a grupos de riesgo.

En las sociedades desarrolladas estamos asistiendo desde hace unas pocas décadas al fenómeno de la inmigración. El alto flujo de inmigrantes, debido a la alta movilización geográfica por la apertura de fronteras a nivel europeo, ha generado un gran cambio en la demografía de los países desarrollados de nuestro continente. Parece desprenderse que la prevalencia de la DM2 es mayor entre la población de origen asiático que en otras poblaciones, según estudios realizados en América (Canadá^{5,11-13}, Estados Unidos¹³). En Europa, aunque escasos y limitados, los datos apuntan también a un mayor riesgo cardiovascular entre la población de origen indoasiática que en la autóctona (España^{11,12}). Abundando en el problema, los inmigrantes se enfrentan a importantes barre-

LA CONFERENCIA DE VIENA (2006) DECLARÓ QUE LA PREVENCIÓN DE LA DM2 DEBE CENTRARSE EN LA PROMOCIÓN DE VIDA SANA Y LA CREACIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES

ras en el acceso a la atención sanitaria: dificultades con el lenguaje y la comunicación, ideas preconcebidas que influyen en la perspectiva y el comportamiento y el bajo nivel de vida. Esta realidad hace necesario que al abordar cualquier intervención sobre estilos de vida deban considerarse los obstáculos mencionados, y adaptar la información y formación a su lenguaje y a sus creencias culturales. No existe hasta la fecha en Europa ningún programa de detección y prevención primaria de la DM2 específicamente dirigido a la población inmigrante⁵.

¿Qué intervención es la elegida en este proyecto?

La intervención elegida para conseguir los objetivos del proyecto DE_PLAN es la educación grupal. Según el citado estudio finlandés, deben tratarse 22 individuos con esta intervención durante 1 año o 5 sujetos durante 5 años para prevenir un caso de DM.

Entendemos por educación grupal¹⁴ la serie de sesiones programadas dirigidas a un grupo de pacientes con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema de salud.

El objetivo de la educación grupal en este proyecto es motivar a las personas de alto riesgo a que adopten estilos de vida saludables, ofrecer información sobre la dieta más adecuada y saludable y sobre los beneficios de la práctica de ejercicio y pactar objetivos concretos sobre conducta alimentaria y actividad física. Todas las acciones educativas van encaminadas a que las personas con alto riesgo de padecer DM2 en el futuro obtengan un mayor conocimiento del riesgo de enfermar, así como analizar y construir las necesidades de motivación para emprender un cambio de vida. Estos logros se materializan de forma simbólica en la entrega de un diploma a cada asistente a los talleres que confirma el aprovechamiento de los mismos. Este programa se basa en las experiencias acumuladas a lo largo de los años sobre educación de pacientes diabéticos y utiliza el principio de intencionalidad del autocontrol.

En las zonas básicas de salud del área de Segovia se formaron cinco grupos de intervención compuestos por profesionales de la salud de los equipos de Atención Primaria implicados en el proyecto (médicos y enfermeras): tres rurales y dos urbanos. Estos grupos estuvieron compuestos por más de 40 profesionales a los que se les formó previamente en técnicas de comunicación y persuasión. También se les dotó de una agenda

de trabajo común a todos ellos. Esta agenda se adaptó a las diferentes condiciones presentes en cada zona de salud (hábitos, dispersión, medios de transporte presentes, etc.).

El objetivo de las sesiones es modificar los estilos de vida de las personas a las que se les ha detectado un alto riesgo de padecer DM2 en el futuro. Los objetivos se traducen en los siguientes parámetros:

- Si existe sobrepeso, disminuir peso (> 5%).
- Reducir la ingesta de grasa (< 30%).
- Disminuir la ingesta de grasa saturada (< 10%).
- Aumentar los alimentos ricos en fibra (> 15 g/1.000 kcal).
- Incrementar la actividad física regular (> 30 minutos/día o > 4 horas/semana).

Para obtener un mejor conocimiento del riesgo de enfermar, se explican las causas de la enfermedad, las consecuencias a largo plazo y se muestran los nuevos avances en su tratamiento. En el análisis y construcción de la motivación necesaria para realizar un cambio en los estilos de vida, se exploran formas individualizadas para modificarlos: se crea un concepto general de riesgo de enfermedad, se construye un concepto individual de riesgo de enfermedad que cree la demanda para el cambio de vida y con cada persona se prioriza un objetivo preferente, sin olvidar el resto de objetivos del taller. Así, para cada objetivo (combatir el sobrepeso, reducir la ingesta de grasa total y/o de grasa saturada, aumentar la ingesta de fibra y la actividad física), se plantean unas metas concretas y unas estrategias determinadas para conseguirlas.

Los objetivos concretos planteados para cada taller se encuentran especificados en la tabla 1.

A los talleres, que pretenden ser eminentemente prácticos, asistieron entre 8 y 15 participantes de promedio. Se realizaron cuatro sesiones de educación grupal de 90 a 120 minutos de duración cada una, en 4 semanas consecutivas. La tasa de aceptación de la intervención fue del 64,23% de las personas en las que se detectó alto riesgo de padecer DM2 en el futuro. La asistencia a tres o más talleres fue del 81,53%. Se objetivó una alta satisfacción de los asistentes a los talleres, así como de los profesionales que los impartieron según los comentarios realizados durante el transcurso de los mismos. En conclusión, el seguimiento de los talleres ha sido elevado (> 80%), se ha producido un aumento de la demanda de este tipo de educación, el proyecto de investigación DE_PLAN ha proporcionado la

EL OBJETIVO DE LA EDUCACIÓN GRUPAL EN ESTE PROYECTO ES MOTIVAR A LAS PERSONAS DE ALTO RIESGO A QUE ADOPTEN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Tabla 1. Objetivos acordados en los dos centros de salud de Molina de Segura a principios del año 2008

Nº	Taller	Objetivos
1	De_Plan y diabetes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lograr que los participantes conozcan el estudio De_Plan, qué es y qué pueden ganar participando ▶ Concienciarlos de que tienen un alto riesgo de desarrollar DM ▶ Identificar la DM, sus factores de riesgo, sus síntomas y conocer cuáles son las herramientas para poder prevenir su aparición ▶ Fomentar un ambiente de clase óptimo para crear la adhesión de los participantes
2	Alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dar a conocer la alimentación de tipo saludable ▶ Enseñar qué son las calorías, los tipos de alimentos, los principios activos de ellos, cuales son saludables y cuales no lo son ▶ Aconsejar sobre hábitos de comida, enseñar las ventajas de la dieta mediterránea ▶ Enseñarles a interpretar la pirámide de la dieta mediterránea
3	Ejercicio físico	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aprender lo que significa sedentarismo, identificar si somos inactivos ▶ Mostrar ejemplos rutinarios de inactividad física ▶ Aconsejar cómo dejamos de ser inactivos físicamente ▶ Aportar a los participantes del programa las herramientas que los ayuden a desarrollar ejercicio físico en su rutina diaria
4	La solución está en sus manos	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recordar datos importantes de las clases anteriores ▶ Resaltar la importancia de una buena actividad física y una alimentación saludable ▶ Aconsejar cómo podemos lograr modificar el estilo de vida ▶ Aportar a los participantes del programa las herramientas que los ayuden a desarrollar un estilo de vida más saludable

oportunidad de hacer realidad grupos de educación para la salud en cinco de nuestros centros de Atención Primaria y se ha manifestado un incremento de la motivación entre los profesionales respecto al uso de la educación grupal.

«Me he sentido muy cómoda al realizar estos talleres, en donde la interrelación entre los participantes y los profesionales nos ha hecho ver la educación para la salud como algo muy satisfactorio», comentó Natalia, enfermera de un grupo de Nava.

«La satisfacción ha sido intensa al ver la increíble respuesta de los asistentes», dijo Teresa, enfermera de un grupo de Segovia I.

El entusiasmo y el entorno positivo hacen que este tipo de proyectos de educación para la salud a la comunidad sean altamente satisfactorios tanto para los que reciben la educación como para los que la imparten. El estudio se sigue desarrollando, y con los nuevos resultados se ha podido comprobar que la información y la formación en DM para los pacientes diabéticos o potencialmente diabéticos son herramientas esenciales de autocontrol.

Bibliografía

1. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.

2. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the Incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403.
3. Selvin E, Coresh J, Brancati FL. The Burden and Treatment of Diabetes in Elderly Individuals in the U.S. *Diabetes Care* 2006;29:2415-9.
4. Lindi VI, Uusitupa MI, Lindstrom J, Louheranta A, Eriksson JG, Valle TT, et al. Association of the Pro12Ala polymorphism in the PPAR-gamma2 gene with 3-year incidence of type 2 Diabetes and body weight change in the Finnish Diabetes Prevention study. *Diabetes* 2002;51:2581-6
5. Lindstrom J, et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368(9548):1673-9.
6. Valerio L, Milozzi J, Figueredo A, Reina MD, Martínez-Cuevas O, Pérez-Quilez O. Prevalence of diabetes mellitus in young Asian Indian immigrants in Santa Coloma de Gramenet (Spain). *Med Clin (Barc)* 2006;126:53-6.
7. The DECODE Study Group. Age-and Sex-Specific Prevalences of Diabetes and Impaired Glucose Regulation in 13 European Cohorts. *Diabetes Care* 2003;26:61-9.
8. The DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. *Lancet* 1999;354:617-21.
9. Schwarz PEH, Lindstrom J, Kissimova-Scarbeck K, Szybinski Z, Barengo NC, Peltonen M, Tuomilehto J on behalf of de DE_PLAN Project. The European Perspective of Type 2 Diabetes Prevention: Diabetes in Europe-Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention (DE_PLAN) Project. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2008;116:167-72.
10. Acosta T, Arnal R, Fernández A, Gómez I, Mauricio G, Moreno S, et al, en nombre del grupo cooperativo DE_PLAN Diabetes en Europa, prevención mediante estilos de vida modificables, avances en Diabetología; 2008.1:23.
11. ADA Position Statement. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2004;27:10.
12. Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict Type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003;26:725-31.
13. Costa B, Franch J, Martín F, Morató J, Donado A, Basora J, et al IGT Research Group. Impact of the American Diabetes Association Diagnosis Criteria on High-Risk Spanish Population. *Diab Res Clin Pract* 1999;46:75-81.
14. Pérez-Jarauta MJ, Echauri-Ozcoidi M. Avanzar en educación para la salud. Instituto de Salud Pública. Navarra. Disponible en: <grupalhttp://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documen_tos_avanzar.pdf>.