

Boletín CAIPaDi

El rol del educador en diabetes en el paciente hospitalizado

La educación en el autocuidado de la diabetes (EAD) es un proceso colaborativo que brinda conocimientos, habilidades y destrezas para obtener metas de control, evitar complicaciones y mejorar calidad de vida.¹

En las evaluaciones de programas de EAD se ha observado que con esta intervención se logra una reducción de 0.6% de hemoglobina glucosilada (HbA1c).² Desafortunadamente, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, se reportó que solo el 9.3% de las personas que viven con diabetes (PVD) han recibido EAD.³ Por otro lado, a pesar de que la EAD tiene mayor aplicación en unidades de primer nivel de atención, también se considera como un componente fundamental en la recuperación de las PVD en el ámbito intrahospitalario.¹

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que a toda PVD se le evalúen conocimientos y acciones en el autocuidado de su diabetes. Éstos incluyen la toma de medicamentos, aplicación de insulina, monitoreo, revisión de pies, etc.¹ Debido a esto, la Asociación Americana de Educadores en Diabetes propone incluir al educador en diabetes (ED) dentro del equipo interdisciplinario hospitalario.⁴

Los principales objetivos de los ED en el medio hospitalario son:⁴

- Evaluar conocimientos, habilidades y barreras para el autocuidado.
- Establecer metas y priorizar acciones con base en necesidades individuales del paciente.
- Ayudar al paciente y sus familiares en la transición hospital-casa.
- Establecer un plan de seguimiento para evaluar acciones y resultados en consulta externa.

Los 4 aspectos básicos a evaluar durante la estancia del paciente son:⁴

a) Tratamiento nutricional. Es importante trabajar en coordinación con el nutriólogo para fomentar la distribución equilibrada de alimentos durante el día. Durante la evaluación, hay que considerar aspectos del apoyo nutricional (nutrición enteral y parenteral), horarios de estudios o pruebas médicas (para los ayunos), así como la dosis y tipo de insulina administrada, para reducir el riesgo de disglucemias.

b) Manejo de medicamentos. En pacientes hospitalizados puede haber necesidad de utilizar insulina de forma temporal. Estos ajustes los hace el médico con base al tipo de diabetes, control glucémico, tipo de alimentación, peso corporal, problemas renales o hepáticos y medicamentos concomitantes.

c) Tratamiento de hipoglucemia (<70 mg/dl). En el ámbito hospitalario se sugiere evitar las

hipoglucemias ya que puede aumentar el riesgo de convulsiones, eventos cardiovasculares y muerte. Debido a esto, se recomienda que las metas de control glucémico durante la hospitalización sean de <140 mg/dl y con un máximo de 180 mg/dl.

d) Monitoreo glucémico. El monitoreo de glucosa y de HbA1c en PVD hospitalizados es de suma importancia, especialmente si reciben altas dosis de esteroides, inmunosupresores o se encuentran con apoyo nutricional. Cabe mencionar que la HbA1c es poco confiable posterior a transfusiones sanguíneas, hemoglobinopatías, diálisis y quimioterapia. Debido a esto, se sugiere un esquema de monitoreo específico en población hospitalizada:⁴

- en pacientes con alimentación oral se sugiere monitorizar con glucemias preprandiales.
- en pacientes con apoyo nutricional son de utilidad las mediciones cada 4 a 6 horas.
- en pacientes con insulina intravenosa la medición se realiza cada hora.¹
- se sugiere evaluar cuerpos cetónicos en pacientes con diabetes tipo 1, mujeres embarazadas y posibles casos de cetoacidosis que lleguen a urgencias.

Es importante evaluar y reforzar los temas prioritarios antes de dar de alta al paciente. Con base en necesidades individuales de cada

paciente, es conveniente brindar EAD de los siguientes temas:⁴

- Identificar etapas de motivación al cambio
- Automonitoreo (técnica e interpretación de resultados)
- Aplicación de insulina (almacenamiento, preparación y técnica de aplicación)
- Toma de medicamentos indicados por su médico (tipo, horario, dosis). Además de revisar el tratamiento hipoglucemiante, conviene repasar los otros medicamentos indicados, ya que algunos de ellos pueden elevar la glucosa.
- Alimentación saludable
- Identificación de síntomas de hipo e hiperglucemia, así como su adecuado tratamiento
- Días de enfermedad concomitante
- Cuidado de pies
- Registrar las fechas de sus próximas consultas para favorecer el apego y dar seguimiento
- Reconocer las comorbilidades presentes que puedan afectar el control glucémico y requieran cuidado adicional
- Otorgar facilidades de contacto con su médico en caso de emergencia

Debido a la alta prevalencia de diabetes en México, es de vital importancia la inclusión del ED en el primer, segundo y tercer nivel de atención.

MNC y EDC Gloria Marcela Ruiz Cervantes
LN y EDC Alejandra Sierra Esquivel
Dra Cristina García Ulloa
CAIPaDi

Referencias bibliográficas:

- 1) American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2018;41(1): S1-S56.
- 2) Beck J, Greenwood DA, Blanton L, et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management

Education and Support. Diabetes Care 2017; <http://doi.org/10.2337/dc17-0025>.

- 3) Hernandez AM, Rivera DJ, Shamah LT, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016.
- 4) Funk DC, Klinkner G, Kocurek B, et al. Role of the diabetes educator in inpatient diabetes management. The Diabetes Educator. 2018;44(1);57-62.