



Categoría

Premio Pascual a la Promoción del Autocuidado y de los hábitos de vida saludable

Nota: La región y el nombre de la intervención que se presenta han sido sustituidos para mantener el anonimato de la candidatura: “Xxx” y “Activa DT2” respectivamente.

Título

Activa DT2. Transformando hábitos, transformando vidas: intervención grupal en diabetes tipo 2

Resumen

La diabetes tipo 2 (DT2) es un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, complicaciones asociadas y el elevado gasto sanitario. En este contexto, la educación terapéutica y el apoyo al autocuidado se consideran componentes esenciales para mejorar el control de la enfermedad y favorecer cambios sostenibles en el estilo de vida.

Activa-DT2 es una intervención grupal liderada por enfermería, que promueve el autocuidado. De un modo práctico y participativo, se centra en la alimentación, la actividad física, el descanso y la relajación. El programa se desarrolla en modalidad presencial y telemática y se complementa con una web-app, monitorización continua de glucosa con finalidad educativa y un protocolo estructurado de desescalada de medicación, lo que permite integrar educación para la salud, tecnología y optimización terapéutica.

Los resultados muestran mejoras en el control metabólico, el peso y la calidad de vida. Destaca que el 80% de las personas participantes redujo la medicación, el 30,5% eliminó completamente el tratamiento farmacológico hipoglucemiante y el 27,8% alcanzó la remisión de la DT2. Además, la optimización terapéutica se asoció a una reducción del 43% del gasto farmacológico directo, lo que pone de manifiesto el potencial clínico, organizativo y económico de la intervención.



Justificación

La diabetes tipo 2 (DT2) es un reto para los sistemas sanitarios por su elevada prevalencia, cronicidad, asociación con complicaciones micro y macrovasculares, mortalidad ~~(tasa 21.1)~~, impacto sobre la calidad de vida y consumo mantenido de recursos asistenciales¹.

En España, en 2024, alrededor de 5,1 millones de personas adultas estaban diagnosticadas de diabetes, con una prevalencia estimada del 14,1% en población adulta². Aproximadamente un 90% corresponde a personas con DT2.

Ante esto, el abordaje ha evolucionado desde una visión centrada exclusivamente en el control glucémico hacia modelos que sitúan la educación terapéutica y el apoyo al autocuidado como esenciales, junto con la optimización farmacológica y la promoción de estilos de vida saludables.

La evidencia sugiere que la educación grupal presenta una eficacia comparable a la educación individual en el control glucémico, con beneficios adicionales en conocimiento sobre la enfermedad, calidad de vida y eficiencia en el uso de recursos³. Este enfoque propicia, además, un espacio de aprendizaje compartido para contrastar experiencias, identificar barreras y construir estrategias prácticas⁴.

En los últimos años, la remisión de la DT2, (cifras de HbA1c inferiores a 6,5% durante al menos tres meses en ausencia de tratamiento farmacológico hipoglucemiante)^{5,6}, amplía los objetivos terapéuticos y refuerza la necesidad de intervenciones precoces, estructuradas y sostenidas, que favorezcan cambios significativos en el estilo de vida y el peso corporal^{7,8,9}.

Paralelamente, el tratamiento farmacológico ha evolucionado con terapias que aportan beneficios más allá del control glucémico pues promueven una atención individualizada que combina control metabólico, reducción ponderal y protección cardiovascular y renal¹⁰. En este contexto, la educación para la salud sobre hábitos sigue siendo fundamental para favorecer adherencia, toma de decisiones compartida, ajuste terapéutico y mantenimiento de cambios conductuales¹¹.

La tecnología como soporte educativo mejora el alcance y la continuidad de las intervenciones. Herramientas como los sensores de monitorización continua de glucosa y las plataformas digitales refuerzan el aprendizaje, facilitan la toma de decisiones informada, relacionan los patrones glucémicos con hábitos cotidianos y promueven una participación más activa de las personas, especialmente cuando está acompañada por profesionales y se integran en programas educativos estructurados^{12,13,14}.

En este contexto surge *Activa-DT2*, una intervención grupal liderada por enfermería que actualiza la educación en DT2 mediante un enfoque práctico, participativo y escalable. El programa, alineado con las estrategias de atención a la cronicidad y diabetes, fomenta el autocuidado, el cambio de hábitos, el uso de tecnología y la coordinación asistencial para optimizar el tratamiento farmacológico.



Su **objetivo** es promover el autocuidado y la autogestión de la DT2 mediante la adopción de hábitos de vida saludables sostenibles. Además, se atiende a los **objetivos específicos**:

- Mejorar el control metabólico y reducir las complicaciones asociadas.
- Mejorar la calidad de vida.
- Optimizar el tratamiento farmacológico.



Desarrollo

Contextualización /Diseño y población de estudio

Activa-DT2 surge de un estudio cuasiexperimental pre-post, desarrollado en 12 países (Bélgica, Bulgaria, Finlandia, Hungría, Italia, Grecia, Malta, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia y España), basado en una buena práctica identificada por Unión Europea para el abordaje de la DT2.

En sus 36 meses de duración participaron 796 pacientes y se desarrollaron 50 pilotos, en dos rondas, con un ciclo intermedio de mejora continua PDSA⁸ (acrónimo de «planificar, hacer, estudiar y actuar») que permitió adaptar la intervención a cada país.

El estudio incorporó la perspectiva de género en la selección de participantes y equipos multidisciplinares, y contó con la aprobación de los comités de ética correspondientes.

El programa *Activa-DT2* que se presenta a continuación, es la adaptación realizada en la región Xxx. Es una intervención grupal, liderada por enfermería, que se desarrolla en las modalidades presencial y telemática, donde un equipo multidisciplinar de profesionales de enfermería y medicina que asumen distintos roles, como coaching y nutrición.

Población diana

Personas adultas con diagnóstico de DT2 y motivación suficiente para adoptar cambios de hábitos de vida. Ver criterios de inclusión en tabla 1.

Estructura del programa

Tiene una duración de 12 meses y está estructurado en 4 pilares: alimentación, actividad física, descanso y relajación, abordados de forma práctica, progresiva y adaptada a las necesidades de cada persona (figuras 1 y 2). Además de contenidos teóricos, incorpora herramientas de autogestión orientadas a facilitar y mantener cambios de comportamiento, teniendo en consideración los factores psicosociales subyacentes.

El programa incluye 6 sesiones durante los primeros 6 meses y un seguimiento de otros 6 meses. Una web-app con funciones formativas, de apoyo y de interacción entre participantes, al integrar una red social, acompaña todo el proceso. Se realizan analíticas al inicio, a los 6 y 12 meses. Además, una guía de desescalada de medicación apoya la reducción del tratamiento hipoglucemiante a partir de las preferencias de la persona, los datos analíticos, la monitorización continua de glucosa y la valoración del equipo multidisciplinar.



La intervención se divide en tres fases:

0. Fase preparatoria (1 semana antes de la primera sesión)

Se realizan recogida de datos antropométricos/analíticos y colocación del sensor de medición continua de glucosa.

Además, dado que se esperan cambios de comportamiento desde el inicio del programa, el equipo multidisciplinar se reúne, valora cada caso y realiza los ajustes farmacológicos pertinentes.

1. Fase intensiva (primeros 6 meses)

Compuesta de 6 sesiones grupales, presenciales o telemáticas, estructuradas con una metodología dinámica, vivencial y participativa. Se inicia con dos sesiones intensivas en días consecutivos y posteriormente hay reencuentros en los meses 1, 3, 4.5 y 6.

Al finalizar esta fase, se recogen datos antropométricos/analíticos, se coloca un sensor, y se realizan los ajustes farmacológicos necesarios.

2. Fase de seguimiento (6 meses posteriores)

Busca consolidar hábitos, reforzar adherencia y aumentar autonomía. Al término, se realiza control antropométrico/analítico y revisión del tratamiento.

Aspectos innovadores

- **Plataforma online.** Web-app que funciona los 12 meses del programa. Ofrece materiales seriados de Educación para la Salud que refuerzan y complementan el contenido de las sesiones presenciales (en los 4 pilares del programa y en el cambio de hábitos). Además, dispone de un espacio de comunicación tipo red social que facilita la interacción y ofrece una forma diferente de comunicarse con los profesionales. Aquí, cualquier participante puede intercambiar de forma abierta inquietudes, sugerencias, dudas o propuestas y se comparten retos colaborativos, artículos de divulgación, recetas... El apoyo entre iguales y el aprendizaje vicario se ven claramente reforzados por esta herramienta digital que acompaña a las personas en el proceso más allá de las sesiones presenciales.
- **Protocolo de desescalada de medicación.** Si bien el cese de tratamiento farmacológico no es un objetivo del programa, sí es una consecuencia frecuente del control metabólico logrado con el cambio de estilo de vida, que en muchos casos se acompaña de la reversión de la DT2. Este protocolo ha sido consensuado entre diferentes niveles asistenciales y perfiles profesionales para dar soporte y apoyo a la toma de decisiones farmacológicas, priorizando la seguridad y la atención a las diferentes necesidades de cada paciente.



- **Sensor de monitorización continua de glucosa.** Se utilizan dos al inicio del programa y otro a los 6 meses con una finalidad educativa. La visualización en tiempo real del impacto de la alimentación, el ejercicio, el estrés o el descanso sobre la glucemia permite aumentar la conciencia sobre la enfermedad y mejorar la capacidad de toma de decisiones relacionadas con el autocuidado. Además, colocarlo una semana antes del inicio del programa, da información a pacientes y profesionales de las glucemias basales y el efecto que tienen los cambios de hábitos en las semanas posteriores.
- **Participación.** El diseño final del programa y los materiales incorpora las aportaciones realizadas por pacientes y profesionales durante las fases piloto. Esto garantiza el ajuste de contenidos, metodología y recursos a las necesidades reales de la práctica asistencial y la población destinataria, aumentando su aceptabilidad, viabilidad y potencial impacto.

Evaluación

En los pilotos, la evaluación incluyó recogida estructurada de variables clínicas y cualitativas. Además, se realizaron grupos focales a los 6 y 12 meses para conocer la experiencia de pacientes y profesionales, detectar barreras y adaptar progresivamente la intervención durante su implementación. Si bien en los pilotos se recogieron más variables, en la actualidad, se recogen las que figuran en la tabla 2.



Resultados

En nuestra región se llevaron a cabo 5 grupos de pacientes (tres presenciales y dos online), que involucraron a 83 pacientes con DT2. El 69% eran varones y el 31% mujeres, con una edad media de 60 años y 6,6 años de media de evolución de la DT2.

Respecto al cumplimiento de los objetivos de control metabólico: el 85% de las personas participantes consiguió reducir peso (reducción media de IMC de $-1,2 \pm 1,4$ a los 6 meses ($p < 0,001$). El 83,5% de quienes perdieron peso mantuvieron un peso inferior al basal al finalizar el primer año. Se observó una reducción de la masa grasa de $-1,7\%$ ($p = 0,0001$) y un aumento de la masa magra de $+1,7\%$ ($p = 0,0001$) a los seis meses de seguimiento.

Desde el punto de vista del riesgo cardiometabólico, la intervención se asoció a una reducción de la presión arterial sistólica de $-4,5 \pm 18$ mmHg y de la presión arterial diastólica de $-1,6 \pm 10,8$ mmHg a los seis meses. Asimismo, se observó una mejoría del perfil lipídico, con cambios favorables en triglicéridos ($-18,96$ mg/dl), colesterol HDL ($6,43$ mg/dl) y colesterol no HDL ($-7,37$ mg/dl. Esta evolución se acompañó de una reducción del índice triglicéridos/HDLc de $1,37$ a $1,1$, indicativa de una mejoría global del riesgo aterogénico mantenida durante el seguimiento. Los parámetros de mejoría descritos se mantuvieron al año.

En cuanto al control glucémico, la HbA1c media descendió desde $6,65\%$ al inicio hasta $6,45\%$ a los 6 meses y $6,5\%$ al año ($p < 0,05$). Los participantes que alcanzaron los objetivos glucémicos ($HbA1c < 6,5\%$) aumentó de $49,40\%$ al inicio a $61,40\%$ y $58,90\%$ a los 6 y 12 meses, respectivamente. Los datos procedentes de monitorización continua de glucosa mostraron mejoras clínicamente relevantes, con un incremento del tiempo en rango (TIR) del $7,7\%$, un aumento del tiempo en rango objetivo estricto (TTTR) del $12,7\%$, una reducción de la glucemia media de $13,5$ mg/dl y una disminución de la variabilidad glucémica del $2,4\%$.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la optimización del tratamiento farmacológico. El 80% de las personas participantes redujo la medicación a los seis meses, manteniéndose este resultado al año. Además, el $30,5\%$ eliminó completamente el tratamiento farmacológico y el $27,8\%$ alcanzó la remisión de la DT2. Esta optimización terapéutica se acompañó de una reducción del 43% en el gasto farmacológico directo, (pasó de $10.105,1$ € a $5.742,1$ € en los 6 primeros meses de intervención en el conjunto de participantes).

Por último, las personas participantes mostraron una mejora significativa de la calidad de vida relacionada con la salud, con un aumento de la puntuación EQ-5D-5L de 64 al inicio a 74 a los 6 meses y 72 al finalizar la intervención. La satisfacción global fue muy elevada, con un NPS (Net Promote Score) de $95/100$.



PREMIOS
ENFERMERÍA
EN DESARROLLO



Discusión/Conclusiones

Los resultados de los pilotos respaldan la integración del programa en la práctica asistencial habitual. La intervención combina educación terapéutica estructurada en formato grupal, impartida por un equipo multidisciplinar, con entrenamiento práctico para el autocuidado. Al trabajar sobre situaciones reales de la vida cotidiana y fomentar el aprendizaje entre iguales, las personas participantes adquieren un papel más activo e informado en el cuidado de su salud, mejorando su satisfacción con el tratamiento, su autonomía y su capacidad de toma de decisiones.

Asimismo, la incorporación de monitorización continua de glucosa y herramientas digitales aporta información individualizada que facilita la comprensión del impacto de los hábitos sobre la diabetes y refuerza los cambios conductuales, además de promover una interacción continua entre las personas participantes y los profesionales de la salud, generando una red de apoyo social que contribuye a la consolidación de dichos cambios.

Este enfoque, alineado con las recomendaciones actuales, aborda la DT2 desde una perspectiva integral orientada no solo al control glucémico, sino también al peso, la salud cardiovascular, el descanso, la esfera emocional y relacional y la calidad de vida. Los pilotos muestran mejoras consistentes en parámetros clínicos y resultados percibidos por las personas participantes, incluyendo reducción de la carga farmacológica y casos de remisión de la DT2.