

**Ruth Gaspar Lafuente**

Enfermera educadora de la Unidad de Diabetes del Hospital Universitario La Paz.



# Particularidades de la educación terapéutica en la mujer

**L**a educación terapéutica es el proceso educativo mediante el cual se intenta facilitar a las personas con diabetes y a sus familiares las competencias y el soporte psicosocial necesario para que sean capaces de responsabilizarse del manejo de su situación. Es un derecho de todas las personas con diabetes tener acceso a una educación terapéutica de calidad.



**FIGURA 1.** Cambios en las necesidades de insulina en las diferentes fases del ciclo menstrual

Las mujeres somos diferentes, y cada mujer con diabetes es única en sus circunstancias y en su vivencia para con su diabetes. Debemos trabajar para que estas particularidades no supongan un peor acceso a la educación terapéutica, así como asegurarnos de que los programas educativos cubran correctamente sus necesidades específicas.

**Los cambios glucémicos durante el ciclo menstrual:** La menarquia es el momento fisiológico a partir del cual las necesidades educativas de la mujer con diabetes empiezan a ser diferentes. Sin embargo, esto debería trabajarse siempre antes de que las niñas tengan su primera regla, pues que es frecuente que los cuidadores, especialmente sus madres, vivan con ansiedad anticipatoria cómo será la repercusión del ciclo sobre la glucosa.

Aproximadamente, dos tercios de las mujeres con diabetes refieren cambios achacables a las distintas fases del ciclo menstrual (1). La mayoría observa cómo las necesidades de insulina son mayores en la fase lútea (después de la ovulación) y disminuyen en la fase folicular (a partir de la menstruación). No siempre es fácil identificar un patrón, pero actualmente puede resultar bastante más sencillo apoyándonos en la tecnología. Los sistemas de monitorización continua de glucosa permiten, por ejemplo, identificar de forma más objetiva si existen patrones diferentes por quincenas. Cruzar después esta in-

formación con la fase del ciclo menstrual, permite asociar el comportamiento de la glucosa con los distintos momentos del ciclo (*Figura1*).

Una vez identificado un patrón, es fundamental trabajar con cada mujer estrategias específicas necesarias para minimizar la repercusión del ciclo menstrual sobre la glucosa, especialmente para evitar las hipoglucemias en la primera parte. Nuevamente la tecnología se muestra aquí como una gran opción, pues los sistemas integrados han demostrado en distintos estudios ser capaces de responder adecuadamente a las necesidades cambiantes de insulina durante el ciclo (2).

**Maternidad:** El embarazo en la mujer con diabetes es sin duda lo más trabajado este campo. Pero el primer error que cometemos es abordar este asunto acotándolo, exclusivamente, al tiempo de la gestación. La maternidad engloba un periodo infinitamente más largo y mucho más complejo. El apoyo en este periodo debería abarcar también la atención a aquellas mujeres que inician procesos de adopción o acogida, pues el estrés inherente a estas situaciones suele conllevar una dificultada añadida en el control metabólico.

Es necesario informar a todas las mujeres con diabetes, independientemente de su deseo o no de ser madres, de la necesidad de planificar su embarazo. Esta información debe darse desde el momento del diagnóstico a toda mujer en edad fértil, pues podría darse el caso de que la mujer esté buscando un embarazo en el momento del debut. Deben conocerse los riesgos que tanto para madre como para hijo podría suponer una gestación no planificada, y debe ofertarse una anticoncepción adecuada a todas las mujeres con diabetes (*Figura2*). Actualmente no hay ningún anticonceptivo contraindicado por la diabetes, y este debe elegirse, al igual que para el resto de la población, en función de las características individuales y de las preferencias de la mujer.

Cuando la mujer nos comunica su deseo de ser madre, debe ser incluida en un programa específico de control preconcepcional >>>



**FIGURA 2.**



» y embarazo, con el objetivo de buscar la situación más idónea para afrontar la gestación. Este programa incluye una parte médica, con un análisis exhaustivo de la situación de la paciente, posibles cambios de tratamiento, revisiones más frecuentes, etc. y una parte educativa, que busca optimizar la gestión de la diabetes por parte de la mujer. El objetivo es conseguir y mantener el mejor control metabólico posible tanto en el momento de la concepción, como durante el embarazo. Este programa es muy exigente para la mujer, y en ocasiones, más largo de lo que sería deseable. Es imprescindible un apoyo emocional constante por parte de todo el equipo durante todo el proceso.

Actualmente, todavía a nuestras unidades llegan embarazadas un 50% de las mujeres con diabetes sin haber planificado la gestación. En esta reciente publicación, se revisaron las características de aquellas mujeres que, si planificaban su embarazo, confirmándose que la información previa clave para conseguir este objetivo (3).

Tras la gestación, debemos mantener el apoyo constante a la mujer, con programas específicos para el posparto y la lactancia. Hay estudios que asocian este periodo con un mayor número de hipoglucemias graves, especialmente en aquellas mujeres que ya tenían un mayor riesgo previo (4). Nuestro objetivo debe ser aquí, acompañar y asesorar, para que se afronte este periodo con la mayor seguridad posible. Siempre debe conocerse el brusco descenso en las necesidades de insulina tras el parto, y tener planificado el tratamiento del posparto. A pesar de estas precauciones, el descontrol de horarios, ingestas, horas de sueño, etc., inherente a esta situación, especialmente al posparto inmediato, puede favorecer la aparición de más hipoglucemias.

No está claro que la lactancia materna se asocie a más hipoglucemias, pero es cierto que es un factor más para tener en cuenta, por lo que daremos normas claras para disminuir los riesgos. Habitualmente se recomienda medir la glucosa

previamente a realizar la toma, y tomar una ración de hidratos de carbono (generalmente un vaso de leche), cuando la glucosa sea inferior a 100 mg/dl.

**Climaterio y menopausia:** Es habitual utilizar los términos de climaterio y menopausia indistintamente, pero debemos aclarar cada uno de ellos. El climaterio hace referencia a la transición entre la etapa fértil de la mujer y el final de esta, mientras que la menopausia se define como el final de la etapa fértil, marcándose este cuando la mujer pasa 12 meses consecutivos sin ciclos menstruales.

Pero es importante entender que ambas etapas se solapan, y que pueden presentarse tanto síntomas diversos, como alteración en los ciclos menstruales, mucho antes de que se defina la menopausia. Simplemente los cambios que todas las mujeres experimentan en esta etapa ya deberían ser suficientes para plantearnos un programa educativo específico para »

## APROXIMADAMENTE DOS TERCIOS DE LAS MUJERES CON DIABETES REFIEREN CAMBIOS ACHACABLES A LAS DISTINTAS FASES DEL CICLO MENSTRUAL. LA MAYORÍA OBSERVA CÓMO LAS NECESIDADES DE INSULINA SON MAYORES EN LA FASE LÚTEA Y DISMINUYEN EN LA FASE FOLICULAR

» esta etapa. Pero es que, además, hay alteraciones que repercuten de forma muy concreta en el control de la diabetes. Por una parte, la irregularidad en los ciclos menstruales hace que los ajustes habituales del tratamiento para las fases del ciclo menstrual sean ahora inservibles. Por otra parte, la sintomatología propia de esta etapa, como la presencia de sofocos o las alteraciones del sueño, pueden también crear confusión con síntomas propios de la diabetes, como los de la hipoglucemia. Afortunadamente, la monitorización continua de glucosa ayuda a diferenciar ambas situaciones, pero recordemos que desafortunadamente, no todas las mujeres con diabetes tienen acceso a esta tecnología.

Para esta etapa de la vida de la mujer, el programa educativo debería incluir recomendaciones específicas para la nueva situación fisiológica, tanto en alimentación como en ejercicio físico. Pero, además, tendría que prestar especial atención a la salud mental, buscando la detección precoz de los problemas más frecuentes y contando profesionales especializados a los que derivar los casos detectados. Den-

tro de la población con diabetes, todos los problemas de salud mental tienen una incidencia mayor en las mujeres, pero es en esta etapa concreta, donde la incidencia de depresión y ansiedad es aún mayor (5).

**Sexualidad:** Todavía resulta complicado abordar la comunicación de este tema, y por nuestro bagaje cultural, esta dificultad es a menudo mayor con la mujer. De hecho, aunque los estudios muestran una alta incidencia de complicaciones a nivel sexual, raramente hacemos su diagnóstico y abordamos su tratamiento en nuestras unidades. Como educadores debemos hacer el esfuerzo de tratar este tema con la misma rigurosidad y naturalidad que lo hacemos con el resto de los aspectos trabajados en nuestros programas, y debemos buscar herramientas de comunicación y estrategias que permitan a las mujeres con diabetes sentir la confianza necesaria para tratar el tema.

**Acceso general a los programas educativos y adaptación de estos a las particularidades de género:** Aún en nuestros días, la participación en programas educativos

bien establecidos es menor en las mujeres que en los hombres, bien porque no los ofertamos adecuadamente, bien porque no los demandan, o bien porque estos programas no cubren correctamente las particularidades de la mujer.

Hay estudios, por ejemplo, que muestran como la gestión del ejercicio físico es peor en la mujer, simplemente porque tiene menos acceso a la formación en este aspecto (6). Por otra parte, y como ejemplo de un sesgo de género, las particularidades estéticas de la mujer no suelen trabajarse apenas, cuando existe clara evidencia de que esto puede ser una importante barrera para el uso la tecnología disponible en la diabetes (7).

Todos tenemos que analizar nuestra parte de responsabilidad para mejorar esta situación. Como sanitarios, debemos garantizar no sólo el acceso equitativo de las mujeres a la educación terapéutica, sino asegurarnos, además, de que esta educación sea de la mejor calidad posible. **D**

### REFERENCIAS

- Herranz L, Saez-de-Ibarra L, Hillman N, Gaspar R, Pallardo LF. Cambios glucémicos durante el ciclo menstrual en mujeres con diabetes mellitus tipo 1. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2016;146(7):287–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.11.044>
- Levy CJ, O'Malley G, Raghinaru D, Kudva YC, Laffel LM, Pinsky JE, et al. Insulin delivery and glucose variability throughout the menstrual cycle on closed loop control for women with type 1 diabetes. *Diabetes Technol Ther* [Internet]. 2022;24(5):357–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/dia.2021.0431>
- Carrasco Falcón S, Vega Guedes B, Alvarado-Martel D, Wägner AM. Preconception care in diabetes: Predisposing factors and barriers. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl)* [Internet]. 2018 [citado el 17 de junio de 2023];65(3):164–71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-control-preconcepcional-diabetes-factores-predisponentes-S2530016417302768>
- Boswell L, Perea V, Amor AJ, Seguí N, Bellart J, Roca D, et al. Impaired hypoglycaemia awareness in early pregnancy increases risk of severe hypoglycaemia in the mid-long term postpartum irrespective of breastfeeding status in women with type 1 diabetes. *Endocrinol Diabetes Nutr* [Internet]. 2023 [citado el 17 de junio de 2023];70:18–26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-impaired-hypoglycaemia-awareness-in-early-S2530016422001367>
- Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care* [Internet]. 2016;39(12):2126–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc16-2053>
- Bohn B, Herbst A, Pfeifer M, Krakow D, Zimny S, Kopp F, et al. Impact of physical activity on glycemic control and prevalence of cardiovascular risk factors in adults with type 1 diabetes: A cross-sectional multicenter study of 18,028 patients. *Diabetes Care* [Internet]. 2015;38(8):1536–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc15-0030>
- Pauley ME, Berget C, Messer LH, Forlenza GP. Barriers to uptake of insulin technologies and novel solutions. *Med Devices (Auckl)* [Internet]. 2021;14:339–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/MDER.S312858>