

ESPECIAL ENFERMEDAD  
CARDIOMETABÓLICA/GESTIÓN EN AP

# Buenas Prácticas

en  
Atención Integrada  
en diabetes

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SEDAP/EL MÉDICO



## ESPECIAL ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA/GESTIÓN EN AP

### Estrella López Pardo y Sinda Blanco Lobeiras

**Estrella López Pardo, médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y vicepresidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), junto con Sinda Blanco Lobeiras, médica de familia y subdirectora General de Atención Primaria en la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud, conversan con la Revista EL MÉDICO sobre el papel de la AP en el tratamiento de la diabetes tipo 2 en estos duros tiempos de la COVID-19, un aspecto tratado en profundidad a lo largo de la I Jornada Autonómica SEDAP: "Identificando Buenas Prácticas en Atención Integrada en Diabetes Tipo 2". Este foro se desarrolló en Santiago de Compostela el 8 de octubre con la finalidad de intercambiar experiencias de éxito en el cuidado y la atención integrada de esta patología en Galicia.**

**T**rabajamos por y para el paciente y más que nunca con el paciente. Además, la participación comunitaria de las asociaciones de pacientes, y del tercer sector en general, es fundamental en Sanidad, sostienen las doctoras López Pardo y Blanco Lobeiras. "Y más ahora en tiempos de coronavirus, donde se ha demostrado que las personas con diabetes tienen en general un mayor riesgo de complicaciones", recalcan. En esta línea asistencial, inciden en que los objetivos a conseguir para mejorar los resultados en

salud hay que pactarlos con cada paciente, ya que él ha de participar activamente en su consecución. "Por ello, los profesionales de AP fomentamos de modo proactivo esta participación".

Para las especialistas, en el contexto sociosanitario de la pandemia por COVID-19 se ha aprendido la importancia de tener un acceso rápido y continuado a los profesionales de AP y "la necesidad de coordinarse todos los profesionales y los niveles asistenciales", señalan.

Las directivas de AP indican que estamos asistiendo a cambios profundos que condicionan el paradigma de cuidados actual hacia otro más preventivo poblacional, predictivo, proactivo y personalizado, lo que exige un cambio en los procesos de atención en el desarrollo de nuevas prestaciones apoyadas en las TIC, la gestión participativa de la atención a la cronicidad y a la complejidad, la coordinación sociosanitaria, la orientación a los resultados en salud, la sostenibilidad del sistema y la mejora de la experiencia del paciente.

#### ESTRELLA LÓPEZ PARDO

*"El enfoque del tratamiento de la diabetes debe ser integral"*

**¿Cuáles son las enfermedades cardiometabólicas de mayor incidencia en la población? ¿Tienen alguna concomitancia los efectos de la COVID-19 con estas patologías?**

El síndrome metabólico comprende una serie de factores que aumentan el riesgo de padecer diabetes 2 o una enfermedad cardiovascular como infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular isquémico o hipertensión arterial. Estas afecciones se engloban en el término "en-

fermedades cardiometabólicas". Los factores de riesgo incluyen, entre otros, alteraciones de la presión arterial, glucosa en sangre, triglicéridos y colesterol elevados o el exceso de grasa corporal alrededor de la cintura. Los estudios internacionales sitúan la prevalencia en un amplio rango que va del 10 al 50 por ciento, dependiendo del país, del medio (rural/urbano), de la estructura poblacional y de la defi-

### Los estudios internacionales sitúan la prevalencia de las enfermedades cardiometabólicas en un amplio rango que va del 10 al 50 por ciento

nición de síndrome metabólico, ya que existe una falta de acuerdo en su definición. En Galicia, según la información registrada por los médicos de AP en la historia clínica electrónica (HCE), un 20 por ciento de

la población adulta tienen un diagnóstico de HTA, un 23 por ciento, trastornos del metabolismo de lípidos y un 11 obesidad. Además, su presencia es concomitante en algunos pacientes. La información disponible sugiere que las personas con diabetes 1 o 2 infectadas por COVID-19 tienen en general un mayor riesgo de complicaciones, pues su presencia puede suponer un deterioro del control glucémico que, a su vez, agrave la infección.

**En nuestro entorno, de todas estas patologías, la diabetes es la reina omnipresente. ¿Qué incidencia tiene en el Estado en general y en Galicia en particular?**

El estudio di@bet.es, realizado entre los años 2008-2010 en centros de AP de toda España, estimó su prevalencia en el 13,8 por ciento, por lo que más de 4,5 millones de españoles padecerían diabetes tipo 2. Posteriormente, en 2015, se estimó una incidencia de 11,6 casos/1.000 personas-año, que se traduce en la aparición anual de 386.000 nuevos casos en población adulta. Un dato importante es que durante este estudio se identificaron 7.9 casos/1.000 personas-año cuya enfermedad no era conoci-

da previamente. En Galicia, los datos registrados en la historia clínica arrojan una prevalencia del 8 por ciento (rango 7,09 por ciento-8,08 por ciento), siendo superior en las áreas sanitarias más envejecidas. Como se observa, esta cifra es inferior a la del estudio di@bet.es. Hay que destacar que la prevalencia alcanza el 25 por ciento en población de más de 65 años y que es mayor en hombres que en mujeres de edad entre los 35 y 64 años.

### **Diabetes tipo 1, tipo 2. ¿De cuál debemos preocuparnos más, tanto desde el punto de vista personal, asistencial, sanitario y epidemiológico?**

El enfoque debería ser integral; por tanto, las dos han de preocuparnos siempre. Desde el punto de vista del paciente es importante tener en cuenta que ambas enfermedades precisan de un tratamiento y seguimiento cercano para minimizar su progresión y sus complicaciones potenciales y además personalizado según sus necesidades. Desde el punto de vista epidemiológico, la prevalencia de la diabetes tipo 1 es muy inferior, situándose entre el 1-1,5/1.000 habitantes. Dado que ningún estudio ha aportado resultados concluyentes respecto a su origen, promover la investigación tiene que seguir siendo clave. En la diabetes tipo 2 se ha probado que su aparición puede mitigarse controlando la presencia de los factores de riesgo que constituyen el síndrome metabólico. Por ello, nuestras intervenciones de primera línea deberán centrarse en promover los estilos de vida saludables. Desde el punto de vista sanitario ambas enfermedades comparten la necesidad de garantizar la continuidad asistencial del paciente. En este punto, los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria tienen un papel clave y estratégico en el seguimiento integral en coordinación con otras especialidades como Endocrinología, Oftalmología o Nefrología. Particularmente en pacientes de edad que presentan otras enfermedades concomitantes. También es importante

que, una vez se ha realizado el diagnóstico, se reduzca el riesgo cardiovascular. Aquí, la Enfermería Familiar y Comunitaria tiene un papel fundamental que es necesario potenciar. En esta Jornada SEDAP hemos visto que tenemos equipos de AP que consiguen resultados excelentes cuando se planifican intervenciones preventivas y de control dirigidos a pacientes y a la comunidad.

### **Sabiendo qué factores influyen en la aparición de la diabetes, ¿qué falla para que la prevalencia no se frene y siga avanzando?**

Es una realidad que la prevalencia de la diabetes está aumentando con mayor rapidez en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. En mi opinión, el refuerzo de las políticas públicas centradas en disminuir la desigualdad en salud ayudaría a disminuir la presencia de factores de riesgo y, por tanto, a mejorar la prevención de la diabetes tipo 2. En España tenemos la ventaja de contar con un sistema sanitario público que garantiza el acceso equitativo a unos servicios sanitarios. Sería necesario reforzar su papel preventivo en AP e impulsar intervenciones que mejoren el acceso a una nutrición y a un entorno saludables. En el ámbito individual, cambiar hábitos puede ser más complicado de lo que parece, especialmente en poblaciones de alto riesgo y mal controladas. En este sentido es fundamental sensibilizar a la población sobre la relación entre el riesgo cardiovascular y la diabetes mellitus tipo 2, ya que entre el 50 y el 80 por ciento de quienes la padecen mueren por compli-

caciones como infarto de miocardio o ictus.

### **Usted ha presentado esta I Jornada sobre la Diabetes en Galicia. ¿Es más grave allí que en otros sitios?**

La gravedad de la diabetes se relaciona, sobre todo, con la aparición de complicaciones. Si existe un retraso en la detección de la enfermedad la probabilidad de que aparezcan complicaciones se incrementa un 50 por ciento. Por otra parte, el envejecimiento lleva asociado la aparición de problemas en salud y Galicia tiene una población con un porcentaje muy elevado de personas mayores. En 2013, Galicia comenzó a implantar un proceso asistencial integrado de la diabetes

tipo 2 con el fin de disminuir su morbilidad y mortalidad. Este proceso pone el énfasis en el diagnóstico precoz, en la aplicación de criterios preventivos y clínicos de efectividad demostrada y en la minimización de complicaciones. Este es el camino que estamos recorriendo, con sus mejoras evidentes, pero también con los nuevos retos que debemos alcanzar, como se ha señalado en la Jornada SEDAP. En ella se han presentado ejemplos de excelencia en la detección precoz de complicaciones. Los servicios de Oftalmología y AP han sido capaces de organizarse y aplicar tecnologías innovadoras para mejorar la cobertura y calidad del cribado de retinopatía diabética. También hemos analizado propuestas de creación de unidades de pie diabético que, con el apoyo de las unidades de úlceras, un equipo multidisciplinar y la HCE, pueden lograr una disminución



ESTRELLA LÓPEZ PARDO



## ESPECIAL ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA/GESTIÓN EN AP Estrella López Pardo y Sinda Blanco Lobeiras

de más de un 50 por ciento las amputaciones de extremidades inferiores.

**¿Cómo habría que actuar ante estos aspectos multifactoriales y pluripatológicos que originan la diabetes a nivel clínico?**

El abordaje del paciente con diabetes es complejo y requiere un enfoque integral. No podemos convertir los múltiples problemas de un paciente en múltiples atenciones fragmentadas. La atención de cada persona ha de ser dinámica a lo largo de su vida e individualizada, teniendo en cuenta sus características, particularmente la fragilidad y la presencia de otras patologías o comorbilidades. Esto no puede llevarse a cabo sin una organización basada en los principios de la gestión integrada, el trabajo interdisciplinar y, apoyada en las TIC. En el entorno de la diabetes, los beneficios que aporta la telemedicina son evidentes, ya que facilita la comunicación entre sanitarios de distintos niveles asistenciales y entre pacientes y profesionales. En esta Jornada de SEDAP se ha presentado un documento de trabajo de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición donde se recogen los criterios que han de seguirse en el manejo de cada paciente, basados en el grado de la evidencia científica disponible. Este proceso establece indicaciones para diseñar cada plan terapéutico con objetivos individuales, recomendaciones de ejercicio físico y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, terapia nutricional, tratamiento farmacológico adecuado y con perfil de seguridad alto basado en el control glucémico o en las complicaciones y sus comorbilidades.

**Al hablar de los factores de riesgo, ¿no sería un buen requerimiento el activar**

**la coparticipación del paciente en su tratamiento?**

La diabetes permanece como compañera de viaje de la persona durante toda su vida. Por esto mismo, cuanto más competencia tenga el paciente para cuidarse podrá tomar mejores decisiones en el día a día y reaccionar de forma adecuada ante incidencias que le vayan surgiendo. La buena noticia es que contamos con herramientas efectivas que consiguen adaptarse a cada paciente y ayudarle a salvar las barreras. En su implantación la enfermería tiene un papel clave. La jornada se abrió con una revisión de las intervenciones que, claramente, han contribuido a mejorar la competencia de los pacientes en el manejo de su enfermedad. En Galicia contamos con enfermeras educadoras especializadas en diabetes, que desde hace años vienen realizando intervenciones individuales y grupales en centros sanitarios y actuando como formadoras de formadores. La Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, creada en 2009, ha contribuido a consolidar estas actividades y a impulsar cursos de paciente experto basados en metodología Stanford. En el cierre de la jornada también pudimos asistir a varias experiencias de aplicación de tecnologías que mejoran la accesibilidad y facilitan la interacción de pacientes con profesionales, lo cual redundará en una mejora de los resultados en salud.

**¿Puede ser que lo que avancemos contra la COVID-19 sea a costa de retroceder en esto?**

El control de la diabetes es una buena prueba del éxito del trabajo coordinado entre los servicios del hospital (Endocrinología, Oftalmología, Nefrología) y de la fortaleza de la AP. No podemos permitir que

la pandemia destruya los programas consolidados y nos haga renunciar a las intervenciones que aportan salud, porque si no, el impacto de la COVID-19 será aún mayor. Precisamente, uno de los objetivos principales de la Jornada SEDAP es recuperar la normalidad para seguir preservando la continuidad asistencial de los pacientes con problemas crónicos.

**SINDA BLANCO LOBEIRAS**

*“El papel de la AP es clave en la prevención de las enfermedades cardiometabólicas”*

**¿Cuál debe de ser el papel de la AP en el manejo del paciente cardiometabólico?**

La AP es el eje vertebrador del sistema sanitario y donde la persona va a acudir en primer lugar ante un problema de salud, por accesibilidad y por decisión propia, puesto que él/ella o sus representantes legales han decidido voluntariamente elegir un médico/a de familia, un/a pediatra y un enfermero o enfermera en los que depositan su confianza, y que caso de quebrarse, tienen la opción de libre elección de otro profesional de las categorías mencionadas.

**¿Qué plus ofrece el seguimiento por AP a estos pacientes?**

Accesibilidad (acceso rápido y efectivo al sistema sanitario), longitudinalidad (conocimiento de las personas y de su historia de salud, mantenido a lo largo del tiempo, lo que evita tanto intervenciones innecesarias como ausencias de cuidado), un seguimiento integral, integrado y continuado que se resume en una conjunción de cuidados que es fundamental, pues cada paciente puede tener comorbilidades diferentes a lo largo de su trayectoria vital que influyen en el pronóstico. Además, la AP ofrece coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, así que es en ella donde van a recaer todas las dolencias, dudas y temo-

res de las personas que se acercan a los profesionales que llevan en la mayoría de los casos años atendiendo y que mejor que nadie pueden resolver directamente o derivar al nivel adecuado cada tema para su resolución o mejora. Resumiendo, la capacidad resolutoria en AP se aproxima al 90 por ciento según diferentes estudios y el papel que tiene es fundamental por todo lo explicado: resuelve, sigue, coordina e integra, garantiza, da equidad y por supuesto con cada paciente dentro del equipo de Atención Primaria los profesionales sanitarios pactarán las dietas, incluyendo los productos de temporada de cada lugar, recomendarán ejercicio físico, solventarán dudas y consensuarán objetivos y, consecuentemente, incidirán en la importancia de disminuir el consumo tanto de sal como de azúcar, para lo que se enseña a detectarlos en las etiquetas de los productos. Además, insistirá en la erradicación del tabaquismo y evitar el sedentarismo. Todo ello entra dentro de la educación sanitaria.

**Al ver los datos actuales de estas patologías cardiometabólicas, los datos en los mayores son preocupantes, ¿pero quizá no sean más preocupantes otros datos como la obesidad en menores? ¿No augura esto un futuro aún más duro?**

Efectivamente, es un dato preocupante, ya que más obesidad supone más grasa corporal y más perímetro de cintura, con lo cual aumenta el riesgo de enfermedades cardiometabólicas a edades cada vez más tempranas. Según los datos del Ministerio de Sanidad, Galicia presenta la tasa de sobrepeso más alta de todo el país con un 43,5 por ciento de la población y ocupa el segundo puesto en obesidad con el 39,3 por ciento solo superada por Asturias. Esto en lo que atañe a la población general. Con respecto a los niños, desde el año 1979 en que se hizo el estudio GALINUT, se ha multiplicado por tres en los últimos 40 años, habiendo pasado de un 5 por ciento de obesidad en 1979

al 16 por ciento actual y esto tiene consecuencias. Así, un IMC elevado se relaciona con una mayor incidencia de ciertos tipos de cánceres: esófago, colon, hígado, vías biliares, páncreas, riñón, mama, útero y además con otras patologías como la artrosis o el SAOS (Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño), la infertilidad, hígado graso y la depresión; por otra parte, ante elevadas temperaturas las personas con exceso de peso tienen mayor riesgo de deshidratación, empeora el retorno venoso aumentando el edema de miembros inferiores y, por ende, el riesgo de trombosis. Los desequilibrios emocionales son frecuentes, así como el riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión y dislipemia; por todo ello, la obesidad es un problema de salud pública de primer orden, pues si no se ataja, por primera vez en la historia las nuevas generaciones vivirán menos y peor que las anteriores.

**No obstante, ¿hay buenas noticias?**

Sí. En el estudio Aladino de 2015 [http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio\\_ALADINO\\_2015.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf) se indica una estabilización e incluso una tendencia decreciente al comparar los resultados de 2011 con 2016; no obstante, tenemos que tener presente que un 18,3 por ciento de los niños/as entre 6 y 9 años tienen obesidad y un 26,2 por ciento sobrepeso. La reducción de 3 puntos en el sobrepeso respecto del

estudio Aladino del 2011 fue estadísticamente significativa, lo que hace pensar que la tendencia se estabiliza o incluso revierte, lo que significa que en todos los frentes hay concienciación, que los esfuerzos de coordinación entre administraciones funcionan y que los pacientes y familiares están cada vez más empoderados. En Galicia, para este curso académico se aumentó la carga horaria lectiva para la asignatura de educación física y las acciones comunitarias que se vienen desarrollando emprendidas por los equipos de AP, que fomentan el ejercicio físico además de incidir en la importancia de la dieta, atlántica en el caso de Galicia. El gravar fiscalmente con un IVA del 21 por ciento los alimentos que aportan calorías vacías y que llevan azúcares refinados, como los refrescos, es una buena noticia para disminuir la obesidad y dará sus frutos en un futuro, como ya lo está haciendo en su ámbito la Ley 42/2010 de 30 de diciembre de 2010 más conocida como ley antitabaco en vigor desde el 2 de enero de 2011. Así que somos optimistas al respecto, y ya desde el embarazo insistiremos en la correcta alimentación, en el ejercicio físico y en corregir los hábitos

tóxicos, para luego en la escuela enseñar a los niños a seleccionar los alimentos saludables frente a otras opciones, ya que lo integran fácilmente

ya aplican lo que se les enseña.

**¿Cuál es el futuro del manejo de la diabetes?**



SINDA BLANCO LOBEIRAS

**En diabetes iremos a una Medicina de precisión adecuada a las necesidades de cada persona**





## EPECIAL ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA/GESTIÓN EN AP

### Estrella López Pardo y Sinda Blanco Lobeiras

Cada vez hay avances mayores y se instauran con mayor rapidez; iremos a una Medicina de precisión adecuada a las necesidades de cada persona. No obstante, debemos dejar trabajar a los investigadores. Hace unos días en la revista *Nature* se publicaba un trabajo del Instituto Salk (EE. UU.) en el que gracias al empleo de la tecnología de células madre los investi-

gadores han logrado fabricar los primeros grupos de células pancreáticas productoras de insulina humana capaces de eludir el sistema inmunológico. Estos grupos de células con “protección inmunitaria” evitan el ataque del sistema inmune controlando la glucosa en sangre sin fármacos inmunosupresores una vez trasplantadas en un modelo animal de ratón. Es un hallazgo innovador y alentador, pero hemos de tener presente que se ha probado en ratones y por un período de tiempo corto. Esto para la diabetes tipo 1, lo que nos demuestra que estamos más cerca de la curación, que la investigación no descansa, aunque esta línea necesite aún muchos avances.

#### ¿El siguiente paso sería sumar la modificación génica al tratamiento con células madre?

Con las células madre del propio individuo ya se está trabajando, pues permite superar el rechazo que requeriría dar inmunosupresores y es más fácil la investigación desde el punto de vista ético-legal. Creo que con la pregunta anterior quedaría contestado el tema. Se trabaja en muchas líneas, buscando una curación de la enfermedad y, mientras no llega, aplicaremos los tratamientos de los que disponemos, sin olvidar, sobre todo, que debemos de evitar la obesidad dados los riesgos asociados que conlleva.

#### ¿Qué está suponiendo la situación epidemiológica actual a la asistencia sanitaria?

La pandemia nos ha cogido a todos por sorpresa. No obstante, está siendo una oportunidad de crecimiento en la que todos los profesionales con independencia de su especialidad hemos aprendido a trabajar muy coordinados para prestar el mejor servicio al paciente y qué decir de la revolución en las TIC asistenciales que tanto están ayudando a profesionales y pacientes en la prestación de nuevas formas de atención. Hay que destacar el seguimiento que se ha hecho desde AP a los pacientes con infección por virus S A R S - C O V - 2 (COVID-19) que la pasaron en sus domicilios o en residencias controlados con TELEA (Teleasistencia) o telefónicamente. Por su parte, las app como Radar Covid o PASS Covid suponen canales de contacto con los ciudadanos que facilitan la gestión de la pandemia. La pandemia pasará y saldremos más fuertes de ella, habremos reflexionado sobre cuestiones saludables en las que antes no reparábamos: la importancia de respetar el medio ambiente, la conservación de la biodiversidad, de la amistad, de la nutrición, de la Sanidad, del autocuidado...

#### ¿Puede que por tratar esta estemos prestando menos atención a estas patologías cardiometabólicas de largo recorrido?

Entiendo que se refiere a las consecuencias de que nos centremos mucho en la pandemia dejando de lado la cronicidad. Tenemos que decir que por seguridad

para los pacientes y los profesionales se ha cambiado el tipo de atención, potenciando la consulta telefónica y si de esta se derivase que el paciente puede requerir una atención presencial, es atendido con una cita programada para minimizar los riesgos de contagio y evitar aglomeraciones en los centros de salud. Si el paciente requiere asistencia hospitalaria se encarga del traslado el 061 con todas las garantías y con aviso previo al hospital receptor. Se indicó a los profesionales de los centros sanitarios que siguiesen manteniendo el contacto de forma proactiva con los pacientes crónicos. A través de farmacia se organizó la entrega de tratamientos crónicos en domicilio a los pacientes que tenían dificultades para recogerlos, etc. Estas enfermedades crónicas son de largo recorrido, motivo por el que los pacientes saben controlarse e incluso muchos están incluidos en un programa

de teleasistencia (TELEA) en el que introducen datos que ve el profesional que les sigue y si encuentran alteraciones contactan con el paciente para realizar las oportunas correcciones y evitar las descompensaciones. El tener una historia clínica compartida permite mantener una continuidad asistencial lo que resulta muy positivo, ya que garantiza en todo momento un correcto seguimiento del paciente ■

#### Se trabaja buscando una curación de la enfermedad y, mientras no llega, aplicaremos los tratamientos de los que disponemos

de teleasistencia (TELEA) en el que introducen datos que ve el profesional que les sigue y si encuentran alteraciones contactan con el paciente para realizar las oportunas correcciones y evitar las descompensaciones. El tener una historia clínica compartida permite mantener una continuidad asistencial lo que resulta muy positivo, ya que garantiza en todo momento un correcto seguimiento del paciente ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

