

PREGUNTA 42

¿Cuál es el contenido de la visita anual de la consulta médica y del control periódico de enfermería?

Mateu Seguí Díaz

Médico de familia. Unidad Básica de Salud de Es Castell (Menorca)

El contenido de la visita anual médica y del control periódico de enfermería no es un tema absoluto, pues, al ser la atención al diabético un proceso que se encuentra dentro de un proceso de continuidad asistencial, esta actuación debería estar garantizada por unos registros de información comunes, de tal modo que cada parte de esta pueda ser transferida o compartida por los diversos actores sanitarios que atienden al paciente, siendo su cometido intercambiable. Dentro de estos profesionales se encuentran el personal de enfermería, los médicos de familia, los pediatras, los nutricionistas, los oftalmólogos, los nefrólogos, los podólogos y los endocrinólogos. Es decir, partes de un todo que conforma la atención global al individuo con diabetes mellitus tipo 2 (véase la pregunta 42).

Aun así, podemos considerar que la llamada unidad básica asistencial, enmarcada en el centro de salud, es la unidad funcional mínima que atiende y coordina toda esta actuación en la Atención Primaria. En este aspecto, en la tabla 1 se encontrarían los cometidos y la regularidad de actuación con que las principales guías y consensos determinan cómo se debe atender al paciente diabético¹⁻⁵.

Existe una evidencia recogida en diversas guías de práctica clínica según la cual se debe ofrecer a los diabéticos una educación estructurada a partir del diagnóstico, que debe ser individualizada y continuada en el tiempo⁵⁻⁹. Esta educación/información puede ser individual o grupal y debe encontrarse estructurada dentro un programa de salud donde se tenga como objetivo último la capacitación (*empowerment*) del diabético para hacerse cargo del control de su enfermedad (autocontrol)¹⁰⁻¹². En este programa educativo con su correspondiente protocolo se especificarán las responsabilidades de los diversos actores sanitarios que se hacen cargo del diabético. Dentro de estos, y junto con el médico de familia, tendrá un lugar preponderante la enfermería¹³⁻¹⁶. El objetivo último del proceso educativo es llegar a la propia implicación del diabético en

el manejo de su enfermedad; algo que es sumamente coste-efectivo en el diabético dependiente de insulina, pero discutible en el diabético en tratamiento oral¹⁰⁻¹². Aun así, sin ser el autoanálisis de la glucosa capilar (como parte del autocontrol) el último objetivo del proceso educativo en todos los diabéticos, sí que está avalado como un eficaz método de refuerzo en el proceso formativo en la diabetes y es imprescindible utilizarlo en ciertas situaciones clínicas^{1-5,10-12}.

La importancia de la intervención de enfermería en el control metabólico del diabético se ha puesto de manifiesto en multitud de trabajos locales y está avalada por diversos metaanálisis de dichos trabajos. Como regla general, debería existir una frecuencia de 2-4 visitas anuales¹³⁻¹⁷.

Los contenidos de la educación diabetológica y de la labor de enfermería es intercambiable, pero, a grandes rasgos, debería incluir el conocimiento de la enfermedad (definición, diagnóstico e importancia del buen control), el tratamiento dietético y farmacológico, el ejercicio físico, formas de afrontar complicaciones de la diabetes, autocuidado de los pies y autoanálisis de la sangre capilar^{15,16}.

El control periódico del control metabólico, de los factores de riesgo cardiovascular y del cribado de las complicaciones está recomendado por las principales guías de práctica clínica, aunque el intervalo entre intervenciones, salvo en actividades específicas (retinografías, filtrado glomerular, etc.), está mediado por el mejor saber y entender de los expertos en este campo^{1-5,19-23}.

Así, dentro el cribado anual recomendado se muestra en la tabla 1.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 2.

| Actividades | Revisión inicial | Trimestral* | Semestral | Anual |
|--|------------------|-------------|-----------|-------|
| Historia clínica básica | | | | |
| Hábitos de vida | x | | | x |
| Clínica de diabetes | x | | | x |
| Complicaciones | x | | | x |
| Antecedentes familiares | x | | | |
| Antecedentes medicamentosos | x | | | x |
| Exploración física | | | | |
| Peso/índice de masa corporal* | x | x | | |
| Presión arterial/frecuencia cardíaca* | x | x | | |
| Examen de pies (monofilamento, vibratoria, etc.)* | x | | | x |
| Exploración de pulsos | x | | | x |
| Índice tobillo-brazo* | | | | x |
| Examen ocular (fondo de ojo, agudeza visual, tonometría, etc.) | x | | | x** |
| Exploración general | x | | | x |
| Exploraciones complementarias | | | | |
| Hemoglobina glucosilada | x | | x | |
| Perfil lipídico | x | | x | |
| Microalbuminuria (albúmina/creatinina) | x | | | x |
| Filtrado glomerular (MDRD) | x | | | x |
| Electrocardiograma | x | | | x |
| Cálculo del riesgo cardiovascular (REGICOR) | x | | | x |
| Evaluación de educación | | | | |
| Cumplimiento farmacológico* | | x | | |
| Cumplimiento dietético* | | x | | |
| Cumplimiento del ejercicio* | | x | | |
| Cuidado de los pies* | | x | | |
| Hipoglucemias* | | x | | |
| Autoanálisis de sangre/orina* | | x | | |
| Autocontrol* | | x | | |
| * Actividades preferentemente a cargo de enfermería. | | | | |
| ** Cada tres años si el fondo de ojo es normal. | | | | |
| MDRD: Modification of Diet in Renal Disease Study; REGICOR: Registre Gironí del Cor. | | | | |

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: Osteba n.º 2006/08 2008. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of patient-education models for diabetes. Technology appraisal 60. London: National Institute for Clinical Excellence; 2003.
- Cano Pérez JF, Franch J. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5.ª ed. Elsevier; 2010.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015: summary of revisions. Diabetes Care 2015;38(Suppl 1):S4.
- Clement M, Harvey B, Rabi DM, Roscoe RS, Sherifali D. Canadian Diabetes Association 2013

Tabla 2 Niveles de evidencia y grados de recomendación

| Nivel de evidencia | |
|------------------------|--|
| 3 | Debe existir una educación estructurada a partir del diagnóstico, que debe ser individualizada y continuada en el tiempo |
| 2+ | En el momento del diagnóstico es cuando se puede/debe iniciar la actividad informativa/educativa del paciente diabético |
| 2++ | La participación de enfermería mejora este cometido y permite profundizar en el objetivo de llegar al autocontrol de la enfermedad |
| 2+ | El autocontrol permite mejorar los resultados metabólicos |
| 2+ | El intervalo entre intervenciones no se conoce, salvo en ciertas actividades específicas (retinografías, filtrado glomerular, etc.) |
| Grado de recomendación | Recomendación |
| C | Se recomienda practicar una historia clínica básica en la que se valoren los hábitos de vida, la clínica de la diabetes, las complicaciones relacionadas con la diabetes, los antecedentes familiares, los antecedentes medicamentosos, las comorbilidades y los síntomas que sugieran diabetes secundaria |
| B | Se recomienda utilizar este primer contacto para iniciar tareas de formación sobre la diabetes mellitus tipo 2 en colaboración con enfermería |
| C | Se debe ofrecer a los pacientes con diabetes una educación estructurada y continuada en el tiempo con el objetivo último de llegar a la capacitación (<i>empowerment</i>) de este tipo de pacientes |
| B | Se recomienda practicar controles metabólicos, de los factores de riesgo cardiovascular y pruebas de cribado de las principales complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes mellitus tipo 2 con una periodicidad según criterios de coste-efectividad |

clinical. Practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada; organization of diabetes care. *Can J Diabetes* 2013;37(Suppl 1):S20-5.

6. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1):CD001481.
7. Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003;29(3):488-501.
8. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns* 2004;52(1):97-105.
9. Montori VM. Review: interventions focusing on patient behaviors in provider-patient interactions improve diabetes outcomes. *ACP J Club* 2004;140(2):51.
10. Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WA, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 2005;28(6):1510-7.
11. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24(3):561-87.
12. International Diabetes Federation. Self-monitoring of blood glucose in non-insulin-treated type 2 diabetes. Recommendations based on a Workshop of the International Diabetes Federation Clinical Guidelines Taskforce in collaboration with the SMBG International Working Group. Bruxelles: International Diabetes Federation; 2009.
13. Roderick P, Ruddock V, Hunt P, Miller G. A randomized trial to evaluate the effectiveness of dietary advice by practice nurses in lowering diet-related coronary heart disease risk. *Br J Gen Pract* 1997;47(414):7-12.
14. Seguí M, Besco E, Torrent M, Díaz R. ¿Es posible mejorar los resultados metabólicos en el enfermo diabético tipo II mediante la intervención educativa de la enfermería? *Centro de Salud* 2001;9(3):170-4.
15. Tshiananga JK, Kocher S, Weber C, Erny-Albrecht K, Berndt K, Neeser K. The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors: a meta-analysis. *Diabetes Educ* 2012;38(1):108-23.
16. Welch G, Garb J, Zagarins S, Lende I, Gabbay RA. Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: results of a meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;88(1):1-6.
17. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a

- health maintenance organization. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1998;129(8):605-12.
18. Davidson M, Blanco-Castellanos, Duran P. Integrating nurse-directed diabetes management into a primary care setting: *Am J Manag Care* 2010;16(9):652-6.
 19. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino. Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract* 2012;66(3):289-98.
 20. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M; en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996-2007): Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *MedClin (Barc)* 2010;135(13):600-7.
 21. Echouffo-Tcheugui JB, Ali MK, Roglic G, Hayward RA, Narayan KM. Screening intervals for diabetic retinopathy and incidence of visual loss: a systematic review. *Diabet Med* 2013;30(11):1272-92.
 22. Stratton IM, Aldington SJ, Taylor DJ, Adler AI, Scanlon PH. A simple risk stratification for time to development of sight-threatening diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 2012;36(3):580-5.
 23. Tuttle KR, Bakris GL, Bilous RW, Chiang JL, De Boer IH, Goldstein-Fuchs J, et al. Diabetic kidney disease: a report from an ADA Consensus Conference. *Diabetes Care* 2014;37(10):2864-83.