El futuro de la gestión clínico sanitaria en la atención a la persona con DM2

SITUACIÓN Y PROPUESTAS REGIONALES

Fundación redGDPS
Comprometidos con la DIABETES

Patrocinado por:

almirall

Contenido

GUÍA DE LECTURA 3
Andalucía, Canarias y Extremadura 10
Asturias y Galicia 17
Baleares y Comunidad Valenciana 25
Cantabria y Castilla y León 33
Castilla La Mancha y Murcia 39
Cataluña 47
Madrid 54
País Vasco y Aragón 60
PRINCIPALES INICIATIVAS REGIONALES. 67

GUÍA DE LECTURA

Anexos regionales

Introducción

Dada la heterogeneidad del Sistema Nacional de Salud y debido a la existencia de realidades diferentes en cada comunidad autónoma se ha considerado imprescindible plasmar el punto de vista de éstas con respecto al documento generado a nivel nacional, enriqueciendo el contenido de este y aportando una visión más cercana a los profesionales de cada territorio.

Este documento, "Anexos Regionales", se ha construido a partir de las consideraciones y aportaciones realizadas por profesionales sanitarios y especialistas en gestión sanitaria de diferentes Comunidades Autónomas. Se trata de perspectivas individuales, experiencias y opiniones, que se ajustan a la situación de cada territorio, no obstante, no garantizan la representación de dicho territorio, dado el limitado número de participantes.

Una vez finalizado el documento nacional se presentó en 8 sesiones con profesionales de distintas Comunidades Autónomas, solicitando posteriormente la valoración de la información de los distintos apartados y la visión desde el punto de vista personal, que se ha recogido en este documento. La información se obtuvo a través de preguntas relacionadas con las distintas temáticas del documento global, que se especifican a continuación, y que queda plasmada en cada uno de los 8 anexos regionales

Objetivos

Realizar reuniones regionales con un grupo seleccionado de profesionales sanitarios y especialistas en gestión sanitaria para:

- Contrastar el documento nacional y las propuestas que se han realizado con la realidad clínico-asistencial de su región.
- Compartir aspectos diferenciales de su región en relación con el documento nacional POTENT

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

Preguntas

1. Prevención de la DM2



Previamente se recuerdan unos puntos clave del documento nacional:

En el ámbito de la DM2, en el que la educación poblacional es de suma importancia, fomentar las TICs para la educación en prevención se hace imprescindible. Algunos centros de salud y asociaciones han llevado a cabo estas iniciativas, con implementación parcial:

Desarrollar apps	Crear páginas de Facebook/ Twitter de centros de salud	Realizar e-consultas mediante correo electrónico del propio centro de salud

Con estas herramientas se han intentado promover medidas de prevención y de valoración de riesgo de padecer DM2 mediante canales no presenciales, lo cual es fundamental en épocas intercrisis como la actual.

Pregunta 1. En su Centro de salud o entorno asistencial, ¿qué iniciativas se han llevado a cabo para promover la prevención de la DM2 en el entorno de la pandemia y postpandemia?

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



Para iniciar esta parte del debate se recuerda el contexto presentado en el documento nacional:

La pandemia de COVID 19 ha promovido una situación de infradiagnóstico, con un cese de la búsqueda proactiva de casos de DM2 en AP durante los primeros meses del 2020.

Pregunta 1. ¿En su región se han llevado a cabo medidas dirigidas a promover el cribado?

Pregunta 2. En su centro de salud o entorno asistencial, y según su experiencia, ¿encuentra factible el cribado oportunista en mayores de 45 años? ¿Por qué?

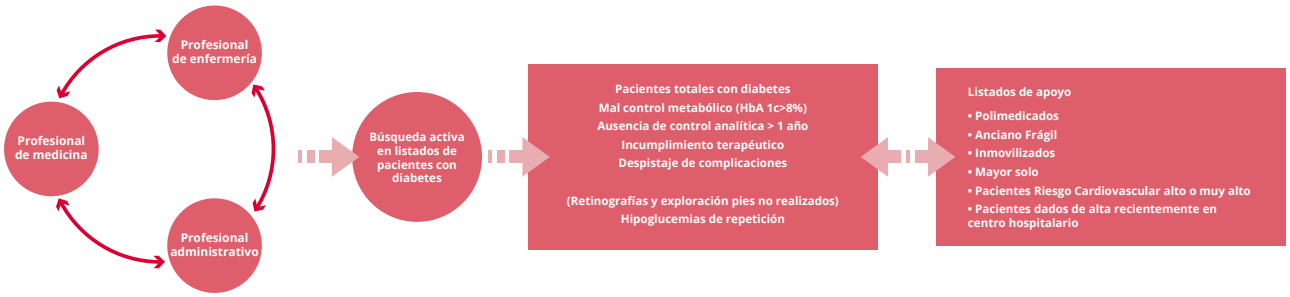
Para abordar la siguiente pregunta se recuerdan unos puntos clave del documento sobre el cribado y el diagnóstico de la DM2:

En el Documento nacional los autores recomiendan el **cribado oportunista con glucemia basal** (GB) **cada cuatro años en mayores de 45 años** y proponen Algoritmos de detección de prediabetes y diabetes en cribado oportunista y en cribado en dos etapas.

3. Abordaje terapéutico de la DM2

Pasando al abordaje terapéutico, previamente se recuerdan unos puntos clave del documento nacional:

Los autores recomiendan que, cuando las condiciones de la pandemia lo permitan, se deben recuperar todos los pacientes con DM2 que han sufrido un deterioro en el abordaje y control de su enfermedad. Proponen un Algoritmo de búsqueda proactiva de pacientes con diabetes:



Pregunta 1. En su centro de salud o entorno asistencial, ¿dispone de los recursos humanos (RRHH) y tecnológicos para llevar a cabo este proceso de "recuperación de pacientes"?

4. ¿Visita telemática o presencial?

Para iniciar esta parte del debate se recuerdan unos puntos clave del documento nacional:

En el documento nacional, los autores exponen la pandemia COVID-19 como un punto de inflexión en el abordaje de la actividad asistencial, respecto a la irrupción de la visita telemática y la telemedicina y la reconfiguración de las visitas presenciales

Pregunta 1. Comenzando por las visitas telemáticas, ¿Está de acuerdo con que las visitas telemáticas han venido para quedarse?

Pregunta 2. ¿Qué limitaciones ha detectado respecto a las visitas virtuales?

Para contestar a la tercera pregunta, previamente se recuerdan unos puntos clave del documento nacional:

Respecto a la visita presencial, en el documento se propone reformular la visita presencial, redefiniendo sus funciones y objetivos.

Pregunta 3. En este sentido, ¿Consideran que la visita de acto único es una necesidad en las nuevas pautas de visita presencial

5. Derivación Atención Primaria a Hospital



- Para iniciar esta parte de la discusión, se recuerdan unos puntos clave del documento nacional:

La **intercomunicación** entre especialidades es necesaria en varios momentos clave de la atención al paciente (debut en consulta, traslado de paciente de otra consulta, intensificación de tratamiento, detección de complicaciones agudas y crónicas, reevaluación tras el alta hospitalaria, paciente anciano y visita en domicilio). Los autores consideran como ideal el modelo **de historia clínica única y /o compartida**.

Pregunta 1. ¿Cómo se lleva a cabo en su región la compartición de información de los pacientes?

6. Indicadores de calidad asistencial



- Para abordar la siguiente sección, se recuerdan unos puntos clave del documento nacional:

Los autores proponen algunos indicadores de calidad asistencial derivados de las necesidades originadas por los efectos de la pandemia del COVID 19, que permitan evaluar y mejorar de forma continua el manejo del paciente con DM2.

En definitiva, es preciso establecer indicadores que nos permitan evaluar y mejorar el proceso asistencial de la mano de la transformación digital y los cambios en el abordaje a nuestros pacientes.

Tabla 1: Propuesta de algunos indicadores de calidad asistencial adaptados a la era COVID-19.

Indicadores de calidad de la prevención
% de pacientes con IMC > 30
Indicadores de calidad del cribado
% Población general de riesgo sometida a medición de glucemia
% Pacientes con diagnóstico de diabetes que tienen un IMC > 30
Indicadores de calidad del diagnóstico y abordaje terapéutico
% Pacientes con diagnóstico de diabetes en AP con HbA1c menor de 7 %
% Pacientes con diagnóstico de diabetes en AP con determinación anual de índice albúmina/ creatinina
% de pacientes con diagnóstico de diabetes, en el periodo de medición, con fondo de ojo solicitado
% Pacientes con diagnóstico de diabetes con exploración de pies realizada
% de pacientes con diagnóstico de diabetes y realización de HbA1C en el último año*
% de pacientes con diagnóstico de diabetes y HbA1c < 8%
% de pacientes con diagnóstico de diabetes y HbA1c ≥ 9%*
% de pacientes con diagnóstico de diabetes y LDL >100 mg/dl.*
% de pacientes con diagnóstico de diabetes y educación individual
% de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial con determinación de la tensión arterial medida
% de pacientes con diagnóstico de diabetes y fondo de ojo realizado en AP en los últimos 2 años
% pacientes (14–80 años) con diagnósticos de diabetes y HbA1c < 7%
% de centros de salud que ofertan formación grupal a pacientes con diabetes
Indicadores de calidad de las interconsultas
% de pacientes que entran en proceso de interconsulta entre AP-AH de manera no presencial
Indicadores de calidad de la visita telemática
% visitas no presenciales sobre el total de las visitas por DM2
% pacientes que registran sus constantes: peso, PA, glucemia capilar (si procede)

*Los indicadores en rojo son aquellos considerados trazadores.

Pregunta 1. Con el objetivo de conocer los indicadores de calidad asistencial más relevantes en la región en cuestión se lanza la pregunta ¿Está de acuerdo con los trazadores propuestos en el documento?

Pregunta 2. En su región, ¿hay algún otro indicador que se haya puesto en marcha o consideraría relevante?

7. Propuestas clave



Pregunta 1. De las propuestas que se hacen en el documento, ¿cuáles son las cinco que priorizarían en su región

8. Conclusiones



Apartado abierto a las consideraciones finales que se quisieran hacer con respecto al documento y la situación de la atención de las personas con DM2.

ANEXO REGIONAL

Andalucía, Canarias y Extremadura

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dra. Gema Rincón Arzola
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en C.S. La laguna Mercedes (Islas Canarias)

Dr. Segundo Soriano Fuentes
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en C.S. Saladillo (Andalucía)

Dr. Jose Ignacio Calles Romero
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en C.S Aljaraque (Andalucía)

Dr. Diego Murillo García
Doctor en medicina, especialista en medicina familiar y comunitaria, UMFYC Quirón Salud, y CS de Fregenal de la Sierra en Badajoz

Dr. José Acevedo Vázquez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en C.S. Doctor J. Antonio González Caraballo (Andalucía)

Endocrinología

Dr. Gonzalo Piédrola Maroto
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Andalucía)

Dirección técnica de procesos de calidad

Dra. Enriqueta Quesada Yáñez
Gerencia distrito sanitario Poniente en Almería (Andalucía)

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2



En las 3 comunidades, la pandemia COVID-19 ha supuesto un gran impacto en materia de prevención de la DM 2.

ANDALUCÍA

- La pandemia ha suspendido la gran mayoría de actividades de prevención que se realizaban previamente. Únicamente se han podido mantener algunas actividades concretas de educación sanitaria.

EXTREMADURA

- Se han disminuido prácticamente por completo la acciones con relación a la prevención de la DM2. Actualmente se están retomando algunas de las actividades, como la educación sanitaria en materia de hábitos de vida saludable.
- La vuelta progresiva a las consultas presenciales se está traduciendo en una recaptación de los pacientes crónicos con DM2, aunque aún es un proceso escaso e insuficiente.

CANARIAS

- Las actividades de prevención de la DM2 se han suspendido durante la pandemia. De forma paulatina se ha comenzado de nuevo a realizar campañas preventivas y revisiones de fondo de ojo.

El foco principal se establece en la necesidad de recaptar y retomar el control de las personas con DM2 que han perdido el seguimiento durante la pandemia.

En materia preventiva, se plantea la posibilidad de utilizar la figura de la enfermera escolar como transmisora de conocimientos relacionados con la DM2 y la educación sanitaria en general en la infancia.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



El cribado de los pacientes para la detección de DM2 ha sido uno de los aspectos más afectados por la elevada carga asistencial que ha generado la pandemia COVID-19.

ANDALUCÍA

- Con la vuelta progresiva a la presencialidad en las consultas, se ha establecido un sistema de captación de pacientes a través del equipo de enfermería. Los pacientes que habían perdido seguimiento y en esa captación inicial presentan descompensaciones, son valorados por el facultativo de referencia del centro de salud.
- Las personas con DM2 son recaptadas por enfermería a través de los listados de pacientes con patologías crónicas el centro de salud.

- Durante la pandemia ha habido dos grandes condicionantes para el aumento de los casos de DM2 de diagnósticos reciente, el sedentarismo y el uso de corticoterapia para el tratamiento de los pacientes con COVID-19. El reto ha sido tratar de realizar una detección temprana de estos casos.

EXTREMADURA

- Se consideran escasas las medidas de cribado o recaptación de personas con DM2 a nivel institucional.
- En el plano individual, la promoción del cribado ha dependido de la motivación de los profesionales a realizar analíticas de captación de nuevos pacientes.

CANARIAS

- La recaptación de los pacientes tras el punto álgido de la pandemia se está realizando a través de listado actualizados de personas con DM2 que llevan más de un año sin hacerse controles de HbA1c.
- Se ha observado que los pacientes presentan de forma generalizada un incremento del IMC.
- Para la captación de nuevos pacientes, se aprovechan las consultas presenciales para solicitar análisis de sangre, estableciendo preferencias en los pacientes que presentan patologías de base y pacientes con factores de riesgo para desarrollar DM2.

En el ámbito de Atención Primaria, con relación al cribado oportunista en mayores de 45 años la situación está alineada en las 3 comunidades y se indica no se ha instaurado a nivel general. A pesar de esto, se pueden utilizar las visitas de seguimiento para solicitar analíticas de control y valorar alteraciones de riesgo. Los pacientes menores de 45 años no suelen solicitar analíticas de control a no ser que tengan factores de riesgo, aunque en muchas ocasiones se emplean las analíticas realizadas en los reconocimientos médicos laborales para detectar alteraciones.

Se considera que sería más recomendable realizar medición de la glucemia basal oportunista en vez de solicitar analíticas, especialmente en los pacientes en los que se tiene alguna sospecha.

El test FINDRISC se considera un test sencillo y de gran utilidad, aunque su uso no está generalizado en todos los centros y la gran mayoría de profesionales de Atención Primaria lo desconocen por la gran variedad de test existentes en múltiples patologías.

En los centros hospitalarios no se suelen hacer cribados oportunistas de forma general, a pesar de ello es frecuente encontrar pacientes de *novo* al ingreso.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



La búsqueda activa de los pacientes a través de listados es factible, aunque con grandes dificultades dada la falta de tiempo y el escaso personal del que se dispone en los centros de atención primaria para realizar estas tareas. De forma general, se incide en la necesidad de generalizar estos procesos de búsqueda activa y hacer que la administración se implique en estos procesos y no recaiga el peso sobre el profesional sanitario de referencia del paciente.

ANDALUCÍA

- La búsqueda activa se ha visto gravemente afectada por la pandemia COVID-19 en todos los profesionales de atención primaria. En el caso de enfermería, la vacunación ocupa gran parte del tiempo diario y en el ámbito médico, la sobrecarga asistencial elevada hace que las actividades de búsqueda activa de pacientes queden relegados a un segundo plano.
- Se dispone de programas que posibilitan la generación de listados en función de diferentes variables (patologías/códigos/rangos de pruebas diagnósticas), pero no hay un sistema de priorización establecido sobre esos listados.
- El problema principal radica en la falta de personal, lo que hace importante la ayuda de profesionales externos al centro de atención primaria, como pueden ser las oficinas de farmacia, que realicen labores de screening.

EXTREMADURA

- Se dispone de un sistema informático (JARA) que permite la búsqueda de pacientes por variables determinadas (patologías, resultados analíticos). Para poder realizar la búsqueda, el paciente y sus patologías deben estar codificados y esto no sucede en todos los cupos.
- Se dispone de recursos tecnológicos adecuados, aunque la falta de recursos humanos cada vez mayor hace que no sean eficientes.

CANARIAS

- Se dispone de recursos informáticos, como el sistema DRAGO que permite extraer listados de pacientes. La dificultad es la falta de personal para hacerse cargo de los pacientes de los listados dada la sobrecarga de todos los profesionales de los centros de atención primaria.
- Se ha iniciado un proyecto de control de la medicación con el Colegio de Farmacéuticos que ha demostrado su eficiencia y se plantea abrir a otros campos.

4. ¿Visita telemática o presencial?



De forma general, en las 3 comunidades se coincide en que las visitas telemáticas han venido para quedarse, aunque son muchos los pacientes que discrepen de esta idea. Las herramientas de telemedicina permiten un mejor abordaje y triaje de los pacientes, así como una comunicación más directa y fluida entre atención primaria y hospitalaria.

Por otro lado, las visitas telemáticas también presentan limitaciones. Las consideraciones que se han realizado de forma general al respecto son las siguientes:

- Se deben establecer protocolos para la visita telemática de forma que se estandarice la forma de atención.
- La visita telemática debe ser algo complementario a la visita presencial y siempre adaptado a las circunstancias y necesidades particulares de cada paciente.

- Deben establecerse unas reglas en cuanto al uso de la visita telemática en función del motivo de la consulta, así como en las derivaciones a atención hospitalaria.

- La facilidad en el acceso a un profesional sanitario a través de la visita telemática va a suponer un aumento del número de los pacientes que consultan, lo que debe tenerse en cuenta de cara a la organización de las agendas.

Con relación a la visita en acto único, la realidad es algo diferente en las comunidades que se abordan en este documento:

ANDALUCÍA

- Se ha iniciado la visita en acto único en el ámbito hospitalario en el área de Endocrinología en dos grandes hospitales. Su implementación depende de la implicación y el tiempo del que dispone cada profesional. En el ámbito de la atención primaria, este tipo de visita supone mayores complicaciones por ser difícil compaginar las agendas médicas y de enfermería.

CANARIAS

- En Canarias aún no se ha instaurado esta modalidad de visitas, aunque se considera fundamental para optimizar el manejo de la persona con DM2.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital



Se considera que la historia integrada única es imprescindible para una correcta gestión de la atención de la persona con DM2. Las comunidades presentan ciertas particularidades que se presentan a continuación:

ANDALUCÍA

- Se dispone de historia clínica electrónica (HCE) compartida con el servicio de radiodiagnóstico y laboratorio. Se puede ver la actividad del paciente en el ámbito hospitalario desde atención primaria, aunque el sistema no presenta un uso sencillo y requiere una gran inversión de tiempo.

EXTREMADURA

- Se dispone de HCE compartida y presenta un apartado en el que se puede acceder a la información generada por otros especialistas. La interconsulta entre el ámbito de atención primaria y hospitalario se realiza de forma virtual a través de la e-consulta aunque aún debe optimizarse para un funcionamiento eficiente.

CANARIAS

- Se dispone de HCE compartida. Actualmente, a través del sistema se puede acceder a información de los servicios de radiodiagnóstico y laboratorio. En los próximos meses se prevé la creación de una HCE integrada con conexión a los sistemas informáticos de atención primaria (DRAGO) y los de atención hospitalaria. En cuanto a las interconsultas, se cuenta con un sistema denominado Interconsulta Virtual, que es eficiente y de un manejo rápido y sencillo

6. Indicadores de calidad asistencial

Los indicadores propuestos en el documento global son similares a los que emplean estas comunidades para el seguimiento y control de la calidad asistencial de los pacientes con DM2. Como anotaciones a estos indicadores se plantea:

- Ajuste del control del paciente no únicamente a los niveles de hemoglobina glicada (HbA1c) sino a otros parámetros individualizados.
- En el caso concreto de Andalucía, se dispone de los "Acuerdos de Gestión", en el que se identifican los objetivos mensurables asociados al control de las personas con DM2 (retinografía, HbA1c en el último año, exploración del pie, etc.).

7. Propuestas clave priorizadas

1. Buscar de forma proactiva pacientes con DM2 mal controlados tras la pandemia, para paliar los efectos en su control y morbi-mortalidad.
2. Realizar la visita presencial en acto único, mimimizando la estancia en el centro de salud, coordinando las intervenciones del enfermer@ y médic@.
3. Incidir en la formación de los profesionales sanitarios y la educación terapéutica de los pacientes.
4. Teleconsulta: sí, como herramienta de trabajo para determinadas intervenciones
5. Promover actividades de control de la obesidad infantil.
6. Fomentar la modificación de actitudes respecto al control de peso y realización de actividad física de forma regular.
7. Realizar contratos programas con los sanitarios involucrados para fomentar e incrementar el diagnóstico y control de las personas con diabetes.
8. Controlar y corregir la inercia clínica de los profesionales

8. Conclusiones

Se considera que desde la administración pública no se han realizado suficientes campañas de prevención, educación sanitaria, hábitos de vida saludable ni campañas de concienciación a la población acerca de la importancia del control de los factores de riesgo y las visitas de cribados de patologías como la DM2.

La figura de la enfermera escolar se debe posicionar como uno de los profesionales sanitarios principales en materia de prevención, educación y detección de la DM2 en la infancia, así como en la educación sanitaria y en la promoción de estilos de vida saludable.

Las nuevas tecnologías suponen un vehículo fundamental para acceder a los pacientes, principalmente jóvenes y crean una nueva vía de comunicación que va a optimizar las consultas.

ANEXO REGIONAL

Asturias y Galicia

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dr. José Manuel Fernández
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Valga, Galicia

Dr. Luis Fransi
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Lerez, Galicia

Dra. María Covadonga
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Pumarín, Asturias

Endocrinología

Dr. Diego Bellido
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Hospital Arquitecto Marcide, Galicia

Dirección técnica de procesos de calidad

Dra. Reyes Díaz
Gestión Sanitaria Área de Vigo, Galicia

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2



GALICIA

En materia de prevención de la DM2, se han empleado aplicaciones móviles y redes sociales, aunque no de forma generalizada y dependientes del conocimiento y la iniciativa personal de los profesionales sanitarios. El uso de estas herramientas está aprobado y recomendado por las sociedades científicas.

La función de estas herramientas ha sido variada:

- Redes sociales: se han empleado para implementar políticas educativas de formación, prevención y realizar comunicados.
- Aplicaciones móviles: comunicación directa entre médicos y pacientes o comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria. Ambas funciones se encuentran aún infrautilizadas.

En algunos centros antes de la pandemia se realizaban actividades comunitarias, como actividades de formación o promoción de la actividad física con el apoyo de enfermería. Estas actividades se consideran efectivas, pero se han detenido durante la pandemia.

Dada la alteración de los estilos de vida durante la pandemia, con un aumento del sedentarismo y en conjunción con el aumento del uso de la corticoterapia como tratamiento durante la COVID-19, se ha producido un aumento del número de casos de DM2 diagnosticados. En este sentido, se propone que a las medidas de prevención durante la pandemia se añadiese el mensaje de “cuide su peso”. Este mensaje podría complementarse en esta etapa con el factor de riesgo que supone la obesidad para un ingreso en la UCI.

En cuanto a iniciativas propuestas para mejorar la prevención de la DM2, destacan las siguientes:

- Creación de carpetas de salud compartidas con los pacientes, donde se comparten contenidos por parte de los profesionales sanitarios. Podrían emplearse para actividades de prevención, formación, citas o incluso para comunicarse directamente con los pacientes.
- Existen apps como e-Salud que permiten acceder a estar carpetas, pero aún están infrautilizadas.
- La consejería gallega está trabajando en una app en la que el paciente y el médico puedan comunicarse de forma bidireccional y esté conectado con la historia clínica.
- Debería llevar a cabo un proyecto de concienciación social de la implicación del sobrepeso en la aparición de DM2, haciendo partícipe de esto a la administración.

ASTURIAS

Se indica que no existen actividades generalizadas para la prevención de la DM2, ni para otras patologías crónicas o la mejora de salud de la población. Ocasionalmente estas medidas se implantan a nivel individual, aunque con dificultad dada la carga asistencial y la escasa financiación que reciben estas actividades.

Con relación a las propuestas de iniciativas para mejorar la prevención de la DM2, se indica que debería disponerse de una política más global, tanto a nivel regional como a nivel de la administración central.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



Las actividades de cribado y diagnóstico de la DM2 no están instauradas en ninguna de las comunidades de forma general. Las medidas que se establecen a este respecto son iniciativas personales de personal sanitario concreto que aparecen de forma intermitente y que dependen únicamente de la motivación de los profesionales.

Las únicas actividades de cribado que se realizan son las que se llevan a cabo cuando el paciente acude a consulta. Antes de la pandemia, en Galicia hubo iniciativas en este ámbito en las farmacias comunitarias, pero se interrumpieron y aún no se han retomado.

En cuanto a la posibilidad de realizar un cribado oportunista de DM2 a personas mayores de 45 años, encontramos diferentes aproximaciones en las comunidades:

GALICIA

Se considera la posibilidad de realizar este tipo de cribado cada 3-5 años, dado que la mayoría de estas personas pertenecen a la población activa y se realizan revisiones médicas en las mutuas de empresa, incluyendo analítica sanguínea. En caso de detectar alteraciones en estas revisiones, los trabajadores suelen ser derivados.

Es cierto que actualmente depende del paciente el acudir a su médico, aunque se encuentre bien. Los pacientes que no son diagnosticados son aquellos que no acuden regularmente a visitas y en este sentido debería mejorarse el cribado proactivo.

Con el fin de optimizar las derivaciones desde las mutuas, se debería establecer una serie de criterios basados en factores analíticos/exploración para evitar la generación de consultas innecesarias.

ASTURIAS

Se indica que un cierto porcentaje de la población mayor de 45 y laboralmente activa tiene mayor riesgo de no estar diagnosticada. Esto se debe a que no acuden de forma regular al médico de atención primaria y en caso de tener DM2 serán diagnosticados de forma casual cuando acudan por otro motivo. En este grupo, sería interesante realizar una búsqueda proactiva de pacientes.

De forma general, se coincide en la dificultad de captar nuevos pacientes por varios motivos. Por un lado, la falta de tiempo, lo que hace difícil llevar a cabo la actividad asistencial regular y además realizar actividades de cribado. Por otro lado, la falta de recursos humanos hace que el equipo de enfermería no pueda dedicar más tiempo a actividades de despistaje.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



GALICIA

Con relación a la recaptación de pacientes que han perdido seguimiento tras la pandemia, se indica que sistemas como Llanus, empleado en Galicia, permite dar información detallada de la historia clínica de los pacientes, pero no permite generar listados personalizados. Esta forma de trabajar se considera desfasada y la administración debería conocer la importancia de la explotación de los datos.

El aumento de la capacidad de detección de pacientes permitiría acceder con mayor facilidad a aquellos que han tenido un mal control durante la pandemia y volver a realizar un seguimiento adecuado.

Como iniciativa a este respecto, se plantea la posibilidad de disponer de sistemas que alerten en caso de que una persona con DM2 no esté recogiendo la medicación, tanto para la diabetes como otras de forma regular, asegurando el mejor cumplimiento del tratamiento.

Añadido a unas herramientas tecnológicas limitadas se encuentra la limitación de recursos humanos. Aún los equipos no están completos y eso repercute directamente sobre la actividad diaria.

ASTURIAS

Se dispone de la figura del comité de diabetes, que se está volviendo a reunir tras el punto álgido de la pandemia. Han realizado listados de pacientes estableciendo criterios como: hemoglobina glicada (HbA1c) realizada en el último año, valor de HbA1c, fondo de ojo y exploración del pie. El siguiente paso consiste en obtener esos listados por centros y cupos para comenzar con la citación y valoración de los pacientes por prioridad.

En cuanto a recursos humanos disponibles, los equipos de enfermería y medicina están cohesionados y suelen funcionar bien.

4. ¿Visita telemática o presencial?



Se considera que la visita telemática se va a mantener tras la pandemia, ya que permite un mayor control de la agenda por parte de los profesionales y suelen ser visitas más ágiles. Se trata de visitas habitualmente de menor duración y que no requieren ausencias laborables, pero tendrán que ser adaptadas por las limitaciones que presentan actualmente.

En Galicia, la mayor parte de las consultas telemáticas se han hecho a través del teléfono. Pese a ser un medio que ya se utilizaba, la pandemia ha supuesto un gran crecimiento. Con la vuelta a la presencialidad, el uso mayoritario de estas llamadas es cribar a los pacientes y valorar la necesidad de una consulta presencial. Hecho que se mantendrá hasta que el porcentaje de personas vacunadas sea elevado.

En cuanto a las limitaciones que se han detectado respecto a las visitas telemáticas, se han detectado las siguientes:

GALICIA

- Una de las mayores limitaciones es la falta de recursos tecnológicos.
- La gran mayoría de las visitas se realizaron mediante llamada telefónica. Se llevaron a cabo algunas videollamadas a través de aplicaciones externas de mensajería bidireccional.
- Las llamadas telefónicas son insuficientes en este ámbito y se propone la implementación de las videoconsultas como alternativa factible.

ASTURIAS

- No se pudieron llevar a cabo videollamadas.
- La protección de datos de los pacientes es uno de los principales factores limitantes para realizar este tipo de visitas.
- Una de las limitaciones principales es la falta de interacción directa con el paciente. Algunos pacientes, mayoritariamente de edades avanzadas, rechazan las visitas telemáticas y prefieren las presenciales.

De forma general, se detectan tres tipos de limitaciones respecto a las visitas telemáticas: tecnológicas, limitaciones con respecto a las necesidades del paciente y la protección de los datos.

En relación con el uso de checklists, no se suelen emplear, ya que no estaban bien desarrolladas hasta ahora. Debe ser una herramienta complementaria a la visita telemática y se están desarrollando desde varias sociedades científicas.

Con respecto a la visita presencial en acto único, existen diferentes puntos de vista y realidades en las comunidades:

GALICIA

Desde el ámbito de Atención Primaria se llevan a cabo, aunque de manera poco reglada y con pacientes muy seleccionados. Es necesaria una coordinación de agendas entre medicina, enfermería y el paciente y en muchas ocasiones la falta de recursos humanos lo hace muy difícil.

En el ámbito hospitalario se hacen visitas de acto único ocasionalmente. Se indica que algunas de estas visitas, como puede ser la de implementar un tratamiento insulínico, requiere de importantes recursos humanos y tiempo del que no se dispone. Para poder llevar a cabo una visita presencial de acto único a los pacientes, deberían citar 5–6 pacientes al día y eso actualmente no resulta viable, sobretodo en patologías como la DM2.

Con el fin de complementar las visitas de acto único, se han desarrollado programas educativos para personas con DM2, en formato webinars, que es paralelo a la actividad asistencial en el centro sanitario.

ASTURIAS

Desde el ámbito de atención primaria, a pesar de las ventajas que presenta la visita en acto único para el paciente y los profesionales, se considera de gran dificultad implementarlas. Los motivos principales son la necesidad del aumento de los recursos humanos de los que se dispone, así como una coordinación compleja entre ellos, y por otro lado, por la escasa efectividad en el hecho de proporcionar toda la información educativa el mismo día. Se considera que es mejor el hacerlo poco a poco para una mejor asimilación de la información por parte del paciente.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital



GALICIA

A nivel de comunicación entre atención primaria y hospitalaria, se dispone del la e-consulta. Este mecanismo está disponible para varias patologías, aunque su uso no resulta ágil en cuanto a la rapidez de la respuesta y las limitaciones de la bidireccionalidad. Se indica que este sistema podría ser optimizado y se podría ampliar al resto de áreas terapéuticas.

Desde el ámbito hospitalario, indican que sería necesario establecer tiempos de respuesta y la inclusión de mejorar en el gestor de peticiones, permitiendo la interacción directa entre especialistas de distintos niveles de atención.

ASTURIAS

Se dispone del sistema de historia clínica electrónica compartida, en el que se comparten los datos registrados en esta.

En algunos centros, la comunicación entre atención primaria y hospitalaria se realiza a través de la consulta virtual. En esta, especialistas hospitalarios endocrinólogos responden en un máximo de 48 horas a las cuestiones planteadas por el médico de atención primaria. En este sentido, se dispone además de un comité multidisciplinar de diabetes, formado por médicos de atención primaria, endocrinólogos y enfermeras que se reúne con el fin de poner en común e intentar realizar cambio y mejoras en el manejo de la patología.

6. Indicadores de calidad asistencial



Los trazadores e indicadores recogidos en el documento global concuerdan con los empleados en la actividad de ambas comunidades. Se plantea la posibilidad de añadir un indicador para optimizar la priorización de recursos, así como establecer el indicador de LDL por debajo de 100.

7. Propuestas clave priorizadas



1. Promover actividades de control de la obesidad infantil.
2. Fomentar la modificación de actitudes respecto al control de peso y realización de actividad física de forma regular.
3. Promover programas de Diabetes por parte del Ministerio y Consejerías.
4. Implementar sistemas de control de las personas con diabetes en las historias clínicas de las comunidades mediante listados activos, sistemas de alerta, búsquedas proactivas.
5. Tener en cuenta la visita presencial como una actividad obligatoria en el seguimiento y control de la persona con diabetes por parte del enfermer@ y del médic@.

8. Conclusiones



Se considera que es necesario unificar los criterios de manejo de la DM2 y mejorar el trabajo conjunto y la coordinación entre los distintos profesionales del centro de salud.

GALICIA

Se debería pensar más en el paciente en global, y no únicamente como paciente con diabetes. Se requiere una visión transversal y amplia que incluiría los criterios de riesgo cardiovascular, el tabaquismo, o el sobrepeso.

ASTURIAS

Se requiere implicar a todos los profesionales sanitarios para implementar las iniciativas planteadas en el documento, aunque las condiciones actuales del sistema sanitario hacen que se limite la motivación de los profesionales para hacerlo.

ANEXO REGIONAL

Baleares y Comunidad Valenciana

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dr. Jose Luis Pardo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud El Rabaloche, Orihuela, C. Valenciana

Dr. Jose Vicent Crespo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Nules, Castellón, C. Valenciana

Dra. Ana Moyá
Especialista en Medicina del Trabajo y Medicina de la Educación Física y el Deporte en C.S Sta. Catalina, Palma de Mallorca, Illes Balears.

Medicina Interna

Dr. Agustí Escandell
Especialista en Medicina Interna en Hospital Lluís Alcanyís, Xativa, C. Valenciana

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2



Durante la pandemia de COVID-19, las actividades preventivas de la DM2 se han visto muy limitadas en ambas comunidades. Desde ambos territorios se considera que los esfuerzos tienen que ir dirigidos a mejorar la educación sanitaria y a una formación de los pacientes, con el fin de ganar autonomía y control sobre su enfermedad y hacerse partícipes de ella.

BALEARES

La gestión de la prevención y la atención de los pacientes durante la pandemia COVID-19 ha sido insuficiente para el abordaje de la patología crónica. Actualmente, enfermería se encuentra centrada en la vacunación y la atención del paciente crónico recae únicamente sobre el médico.

COMUNIDAD VALENCIANA

Los profesionales sanitarios se han encontrado con grandes retrasos en las consultas que se están mitigando paulatinamente. La vacunación es una de las actividades que más recursos consume actualmente y esto va en detrimento de las actividades preventivas de la DM2. Pese a ello, la DM2 tiene un mejor control que el resto de las enfermedades crónicas.

Como iniciativas planteadas para mejorar las actividades de prevención de la DM2 se propone:

- Realizar campañas de prevención en los medios de comunicación destinadas a pacientes de todas las edades.
- Aumentar el uso de las TICs para optimizar la difusión de la educación sanitaria.
- Llevar a cabo campañas de educación diabetológica telefónica.

Uno de los pilares fundamentales para mejorar la prevención de la DM2 es la formación, tanto para los sanitarios como para los pacientes (escuelas de pacientes). Así mismo, hay que asegurarse del rigor de la información de los medios de comunicación, así como incentivar la creación de plataformas web para pacientes con contenido de calidad.

Con relación al uso de las TICs, dado que más del 90% de la población dispone de un smartphone, podría aprovecharse para abrir nuevas vías de comunicación con los pacientes:

- Envío de alertas y notificaciones.
- Aplicaciones desarrolladas por la administración.
- Control autónomo por parte del usuario de sus datos de salud.
- Informes de resultadas analíticos.
- Uso de big data para análisis en tiempo real de procesos y resultados de los pacientes, que es una de las iniciativas que se ha paralizado durante la pandemia de COVID-19.

En cuanto a la labor de la administración, se incide en la necesidad de organización y mejora del sistema de prevención desde Atención Primaria. Los profesionales sanitarios, de forma independiente ni pueden mejorar de forma integral la situación, se coincide en que cada vez es más complicado trabajar correctamente, por falta de recursos y tiempo. El personal de enfermería, que juega un papel fundamental en la atención de las enfermedades crónicas, debería reforzarse para optimizar su labor.

Con respecto a la atención hospitalaria, es un nivel asistencial desde el que no se ha promovido la prevención de la DM2. Cuando un paciente ingresa por un evento cardiovascular en el contexto de una DM2, se corresponsabilidad de su seguimiento y del control de los factores de riesgo, aunque este evento ya se produce en un momento tardío de la enfermedad.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



BALEARES

Antes de la pandemia de COVID-19, no se disponía de medidas importantes de cribado de DM2. Existía algún indicador de control de los pacientes, aunque no estaba generalizado. Actualmente no se están desarrollando iniciativas.

Se considera de gran ayuda la autogestión del profesional sanitario, haciendo que el equipo médico trabaje junto con enfermería para generar un sistema de visitas anuales para los pacientes predispuestos, tras la cual el seguimiento sería de forma telemática con el apoyo de las TICs.

COMUNIDAD VALENCIANA

Se ha llevado a cabo screening de pacientes no diagnosticados a través de la medición de la hemoglobina glicada (HbA1c). Se considera una buena oportunidad aprovechar las analíticas realizadas por especialistas en otros niveles asistenciales para realizar cribado de DM2.

A nivel de atención hospitalaria, se dispone de listados de pacientes con niveles de HbA1c y el tiempo de evolución, por lo que se puede ver la evolución de los pacientes y actuar en consecuencia, aunque actualmente debido a la elevada presión asistencial y la falta de tiempo y personal es complicado hacerlo.

En hospitales de Valencia como La Fe, los laboratorios permiten automatismos, solicitando de manera preventiva niveles de hemoglobina HbA1c, lo que podría ser extrapolable a otros centros.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



BALEARES

Se dispone de un sistema de alarmas automáticas que permiten alertar si una persona con DM2 no se ha realizado una determinación de HbA1c en los últimos 6 meses. Los listados de pacientes, aunque se emplean, no se han extendido de manera generalizada.

Existe un conflicto en cuanto a la protección de datos de los pacientes, que limita la gestión de la información por parte de profesionales del centro de salud que no pertenezcan al equipo médico. Esto hace que el control del paciente sea menos multidisciplinar.

COMUNIDAD VALENCIANA

Los profesionales sanitarios disponen de listados de personas con DM2 y se pueden establecer filtros con puntos de corte para un valor determinado. Esto permite buscar pacientes de alto riesgo o por grupos clínicos, lo que supone una herramienta de gran utilidad.

Disponen además de un sistema denominado Alumbra que permite generar listados tanto para la práctica clínica como por interés profesional. Dada la sobrecarga asistencial, se están empleando ambas herramientas con buenos resultados.

Sería conveniente disponer de un sistema de alertas automatizado sobre los parámetros de los listados, lo que facilitaría el control de los pacientes.

En el ámbito hospitalario, se dispone de una consulta de especialistas de Medicina Interna para pacientes con alto riesgo trombótico/eventos cardiovasculares, pero no se pueden filtrar a través de listados.

Como iniciativa, para mejorar el abordaje de las personas con DM2 y dada la sobrecarga actual del sistema, se incide en la importancia del soporte de enfermería en el seguimiento de los pacientes crónicos. Se describe la posibilidad de realizar determinaciones analíticas de forma autónoma por parte de enfermería, aumentando la independencia y colaborando estrechamente con el equipo médico.

4. ¿Visita telemática o presencial?



Se considera que en Atención Primaria, la visita telemática va a continuar como alternativa complementaria a la visita presencial para determinadas actividades, como puede ser la entrega de resultados analíticos tras una consulta presencial. Aún así, habrá consultas que deben ser presenciales, como una primera visita, las visitas que requieran una exploración física y otras actividades relacionadas con la atención de las personas con DM2. El uso de checklists en estas visitas telemáticas son una herramienta útil para estandarizar la asistencia y ayudar a profesionales menos experimentados.

A pesar de que durante la pandemia la mayoría de los contactos se ha realizado mediante consultas telefónicas y ha sido una gran alternativa, la visita telemática presenta ciertas limitaciones, siendo la principal la ausencia de contacto directo con el paciente.

En cuanto al papel de la visita telemática en atención hospitalaria, puede ser una buena herramienta para disminuir la lista de espera, teniendo aún que definirse las situaciones en las que debe usarse.

Con relación a la instauración de la visita de acto único, se considera una buena estrategia, aunque es difícil de implementar, ahorrando tiempo al paciente y mejorando la eficiencia del trabajo de los profesionales. Como consideraciones al respecto se valoran:

- Atender al paciente una vez al año, realizando control analítico y de otros parámetros, además de la exploración del pie y retinografía.
- Se podría realizar visita cada 6 meses de forma telemática en caso de controles de HbA1c y LDL previos normales.
- La complejidad de la visita en acto único recae en el gran número de variables analíticas que se deben controlar.

En Baleares, esta visita en acto única se realizaba antes de la pandemia en colaboración con enfermería, consiguiendo una atención integral de la persona con DM2 y optimizando las distintas acciones de control y seguimiento. La coordinación de ambos profesionales sanitarios es fundamental para optimizar la asistencia.

En el caso de la atención hospitalaria, no se lleva a cabo visita en acto único por el gran volumen de pacientes atendidos.



5. Derivación Atención Primaria a Hospital

BALEARES

- Existen distintos programas informáticos en cada isla. Cada centro sanitario presenta mecanismos de compartición de información diferente.
- Desde atención hospitalaria, una vez valorado el paciente se deriva el seguimiento habitualmente al circuito de Atención Primaria, siendo innecesario su retorno al hospital.

Se plantea la necesidad de trabajar con un sistema de compartición de historia clínica único en todos los centros.

COMUNIDAD VALENCIANA

- En el ámbito de atención primaria, es posible compartir la información entre centros y con centros de atención hospitalaria mediante un sistema informático, aunque cada hospital dispone de su propio sistema.
- En los hospitales se emplea el sistema Orion para facilitar la comunicación entre atención primaria y hospitalaria.
- Con servicios como Endocrinología, la compartición de información es telemática y se establecen relaciones de calidad con el personal de atención primaria, aunque esto es dependiente del hospital y del centro de atención primaria.
- Existen distintos programas informáticos en cada isla. Cada centro sanitario presenta mecanismos de compartición de información diferente.

Se plantea la posibilidad de derivar a la persona con DM2 para complementar la educación diabetológica, algo que actualmente no está implantado y potenciar la educación en insulinización

6. Indicadores de calidad asistencial

Con respecto a los indicadores de calidad asistencial planteados en el documento nacional, se realizan las siguientes consideraciones:

- Se considera la posibilidad de añadir como indicador el % de pacientes con HbA1c menor de 7%.
- En función de la franja de edad, se podría considerar niveles de HbA1c menores de 7–8%.
- Se reafirma la importancia de los niveles de LDL en las personas con DM2, incluso por encima de la HbA1c.
- La proteinuria debería ser tenida en cuenta como indicador esencial.
- Se propone como interesante el % de pacientes de DM2 con prescripción de fármacos que provocan disminución del riesgo cardiovascular.
- Otro de los factores a tener en cuenta como indicador de calidad asistencial sería el número de fármacos que está tomando el paciente frente a la DM2.

7. Propuestas clave priorizadas

1. Poner en marcha medidas preventivas de la DM2 en población general.
2. Detectar precozmente las personas con DM2 con el fin de iniciar lo antes posible el tratamiento y conseguir un control adecuado.
3. Fomentar el trabajo multidisciplinar, que consigue mejores resultados, y que ha de involucrar a médicos y enfermeros tanto en del ámbito de atención primaria como a nivel hospitalario.
4. Individualizar el tratamiento para cada paciente, buscando la cumplimentación de objetivos de HbA1c.
5. Compartir el modelo de atención clínica que permite conocer la información en tiempo real, idealmente a través de la Historia Clínica única.
6. Medir la calidad con unos indicadores fiables y sensibles, lo cual es necesario para mejorarla.

8. Conclusiones

Como aspectos fundamentales en materia de prevención, se considera contar con una educación sanitaria para todos, y utilizar programas de divulgación en televisión que den mensajes claros para la población, ya que no todo el mundo tiene acceso a Internet.

En cuanto al cribado y abordaje de los pacientes para recuperar los mal controlados durante la pandemia, la coordinación entre profesionales médicos, enfermería y administrativos es muy importante para la detección precoz y el control de los pacientes. También ayudaría tener mejor acceso a listados de pacientes y contar con los recursos para gestionarlos, siendo capaces de detectar a los pacientes de alto riesgo y los factores de riesgo cardiovascular que se pudieran haber pasado por alto. Una vez detectados, se considera relevante trabajar de forma multidisciplinar e individualizar el seguimiento y los objetivos de cada paciente.

Se comenta que hay que animar a la administración a mejorar la capacidad de autoanálisis de los datos, ya que sería muy útil para la gestión de los pacientes. Sería útil tener los datos de toda la Comunidad Autónoma para poder llevar a cabo investigación, como ocurre en otras comunidades, y en este sentido disponen de un registro electrónico similar.

La visita presencial de acto único se considera de gran importancia tanto en el centro como en el domicilio. En cuanto a la visita telemática puede usarse para consultas esporádicas, seguimiento o burocracia.

Con respecto a los indicadores de calidad asistencial, es muy importante que se actualicen, sean realistas, fiables, sensibles y que permitan medir las actuaciones para poder mejorarlas.

ANEXO REGIONAL

Cantabria y Castilla y León

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dr. Juan Carlos López Caro
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Cotolino, Cantabria

Dr. Jesús Palomo del Arco
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Guijuelo, Castilla y León

Endocrinología

Dra. Ruth Estefanía Santos Mazo
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Hospital Universitario de Burgos, Castilla y León

Gestión sanitaria

Dra. Sagrario Pérez Garrachón
Gerencia Área Este Valladolid, Castilla y León

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2



La pandemia del COVID-19 ha supuesto un gran impacto en las actividades de prevención de la DM2 de forma similar en ambas comunidades.

Se debe tener en cuenta que la pandemia ha llevado a un cambio en los hábitos de vida saludables, lo que ha hecho que factores predisponentes de la DM2 (sedentarismo, sobrepeso) se agravasen, lo que puede desencadenar un aumento de la incidencia.

En comunidades como Cantabria, la ausencia de visitas presenciales ha ido en detrimento de las actividades de prevención, que se llevan a cabo con dificultad por vía telemática. Se están retomando poco a poco las actividades preventivas con el aumento de las visitas presenciales.

A pesar de ello, desde algunos centros de salud se han realizado acciones de control y prevención de la DM2 por parte de enfermería por vía telemática, acudiendo a domicilio en caso de que lo requiriesen los pacientes.

Como iniciativas clave para optimizar las actividades de prevención de la DM2, se plantean las siguientes:

- Educación sanitaria desde la infancia. Se plantea la posibilidad de implantar una asignatura en los colegios acerca de educación de la salud. Se indica además la necesidad de hacer.
- Acuerdos de la administración pública con la industria alimentaria. Se debe regular el contenido de los alimentos, así como la información que se transmite en los medios de comunicación, priorizando la visibilidad de la DM2 y sus consecuencias.
- Uso de apps de alimentación y prevención. Aportando al paciente información objetiva y de calidad acerca de hábitos de alimentación saludables.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



El cribado y diagnóstico de la DM2 ha sido muy escaso durante la pandemia. La elevada carga asistencial por el COVID-19 ha hecho que estas actividades se detuviesen y se realizasen de forma ocasional empleando visitas por otros motivos.

Se considera que en el ámbito de atención primaria habitualmente se diagnostica tarde, cuando el paciente ya presenta síntomas de DM2. Para evitarlo en la medida de lo posible, se ha retomado el cribado y se ha aumentado el número de analíticas, que se deben realizar en pacientes de alto riesgo que se traduzcan en altas tasas de diagnóstico precoz. En comunidades como Cantabria, la calidad del cribado se establece por las cifras de hemoglobina glicada (HbA1c) obtenidas.

En la población activa sin patologías, dado que no acude de forma habitual al centro de salud, el cribado se realiza a través de los reconocimientos médicos laborales, en los que se detectan factores de riesgo para DM2 o sospechas diagnósticas por cifras de glucemia que inician el protocolo diagnóstico.

Con relación al cribado oportunista en mayores de 45 años, se considera limitado ya que muchos las personas de estas edades no acuden habitualmente al centro de salud. Se considera oportuno establecer un programa de cribado oportunista a través de la medición de la HbA1c de forma anual, similar al realizado con el cáncer de colon o de mama. Esto puede favorecer el diagnóstico precoz, siempre y cuando el paciente sea proactivo. Esto estaría indicado en pacientes sin otras patologías, ya que a las personas con factores de riesgo o enfermedades crónicas de otra naturaleza ya se les hacen controles anuales en los que se podría detectar alteraciones relacionadas con la DM2.

El cribado debe acompañarse de una estrategia de difusión y educación por parte de la administración pública y se podría incluir a la farmacia comunitaria como punto de apoyo al cribado.

Además, se podrían utilizar aplicaciones móviles ya existentes, como SACYL Conecta en Castilla y León, para establecer alertas y recordatorios de las analíticas de cribado.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



Durante la pandemia COVID-19 ha hecho que muchas personas con enfermedades crónicas en general y DM2 en particular pierdan el seguimiento, teniendo un peor control de sus patologías y siendo importante la recaptación de estos pacientes.

CASTILLA Y LEÓN

- Los servicios centrales disponen de la información de las personas con DM2 y se podría hacer una recaptación de manera sencilla. Estos listados no se han generado durante la pandemia y no se podía acceder a dicha información.

CANTABRIA

- Disponen de listados actualizados de personas con DM2, así como recursos humanos suficientes para retomar el seguimiento de los pacientes, que ya se ha reiniciado tras el punto álgido de la pandemia.
- La compartición de información entre los profesionales sanitarios y el paciente aún es insuficiente. La receta electrónica ha supuesto una buena herramienta de seguimiento en cuanto al tratamiento de las personas con DM2 se refiere

4. ¿Visita telemática o presencial?



Se coincide en que la mayoría de las visitas deben seguir siendo presenciales, aunque es innegable que ciertas visitas telemáticas han venido para quedarse.

Estas visitas telemáticas tienen que estar adaptadas a las capacidades y necesidades del paciente. En ámbitos de baja accesibilidad como algunas zonas rurales, la visita telemática sería de gran ayuda, ya que ahorraría grandes desplazamientos a los pacientes. Pese a esto, se considera que aún no existen los medios ni los conocimientos necesarios para que pueda instaurarse este sistema para la atención de pacientes mayores en estas áreas.

Durante la pandemia, se ha demostrado que las llamadas telefónicas de seguimiento son realmente útiles y ágiles para informar de resultados, aunque se han detectado problemas al realizar cambios de tratamiento de forma telemática.

Por estos motivos, se considera que la visita presencial debe volver, pero en un término medio con la visita telemática. Hay que seleccionar los pacientes que necesitan la consulta presencial y a su vez se debe evitar la consulta presencial innecesaria.

Con relación a la visita en acto único, se considera que es difícil de realizar, ya que el paciente que se atiende habitualmente es pluripatológico y muchas veces no podemos enfocarnos únicamente en la DM2. Esto es algo más factible en las consultas realizadas en Atención Hospitalaria.

Como iniciativa para abrir la posibilidad de realizarlo en Atención Primaria se plante una visita de acto único en común entre medicina y enfermería. Esto permitiría llevar a cabo, en una sola visita una valoración por parte de ambos profesionales sanitarios de la forma más global posible y optimizando los tiempos. Se considera una iniciativa de difícil implementación por la alta carga asistencial que hace compleja la coordinación entre distintos profesionales.

El ámbito rural tanto en Cantabria como en Castilla y León presenta muchos impedimentos para implementar este tipo de visita en acto único.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital



La compartición de la información de los pacientes entre atención primaria y atención hospitalaria presenta diferencias en ambas comunidades.

CANTABRIA

- Se dispone de un sistema de historia clínica compartida.
- En Atención Primaria se emplea APCantabria en y en atención hospitalaria se emplean sistemas diferentes en función del centro, como por ejemplo el sistema Altamira.
- Existe un visor corporativo mixto que permite acceder a la información generada en los centros de atención primaria y hospitalaria relacionada con resultados de pruebas diagnósticas.
- Las interconsultas de pacientes entre niveles asistenciales se llevan a cabo tanto por vía telemática como presencial.
- Se pretende uniformizar la plataforma de acceso a la historia clínica compartida en toda la comunidad.

CASTILLA Y LEÓN

- Se dispone de historia clínica compartida a través del sistema Medora. Este sistema no está integrado de forma generalizada en toda la comunidad y hay provincias que emplean sistemas de compartición de información diferentes.
    - En Burgos se emplea el sistema Jimena 4. Permite una compartición unidireccional, en la que se puede acceder a la información del hospital desde atención primaria, pero no en el sentido inverso.

- No hay un sistema de compartición global y en ocasiones, los especialistas hospitalarios no emplean los sistemas, por lo que la información no se comparte.
- En cuanto a las interconsultas, especialidades como Endocrinología están comenzando a instaurar la consulta telemática, en la que se comunican con el médico de Atención Primaria en un plazo de 72 horas, compartiendo información del paciente y resolviendo las dudas que surjan. Lo que resulta de gran utilidad en patologías como la DM2.

6. Indicadores de calidad asistencial

Los indicadores de calidad asistencial se consideran adecuados en ambas comunidades. Se plantea la posibilidad de añadir un indicador adicional que sería la medición de la HbA1c en personas a partir de una determinada edad (estableciendo como punto de corte los 45 años).

7. Propuestas clave priorizadas

1. Fomentar el trabajo multidisciplinar, que consigue mejores resultados, y que ha de involucrar a médicos y enfermeras tanto del ámbito de atención primaria como a nivel hospitalario.
2. Detectar e intervenir sobre las personas con alto riesgo de desarrollar DM2
3. Promover actividades de control de la obesidad infantil.
4. Promover Programas de Diabetes por parte del Ministerio y Consejerías.
5. Fomentar la modificación de actitudes respecto a control de peso y realización de actividad física de forma regular.

8. Conclusiones

Se considera de gran relevancia la necesidad de una correcta educación sanitaria desde la infancia, inculcando conocimientos en materia de prevención y creando una cultura de hábitos de vida saludables.

Otros aspectos fundamentales para la optimización de la atención de personas con DM2 sería el uso de las nuevas tecnologías en las consultas, la implantación de la visita de acto único y el cribado a partir de los 45 años.

Se indica la importancia de incluir al paciente en el seguimiento de la DM2, empoderándole, haciéndole partícipe de su enfermedad a través de la educación y la adquisición de responsabilidades relacionadas con su enfermedad.

ANEXO REGIONAL

Castilla La Mancha y Murcia

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dra. Ana Cebrián Cuenca
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Cartagena, Murcia

Dra. Maribel Sánchez López
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud San Andrés, Murcia

Endocrinología

Dra. Amparo Marco Martínez
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Complejo hospitalario universitario de Toledo (CHUT)

Dr. Florentino del Val Zaballos
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Hospital General La Mancha Centro, Castilla La Mancha

Dirección técnica de procesos de calidad

Dr. José Carlos González Peña
Centro de salud Valdepeñas, Castilla la Mancha

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2

Las actividades relacionadas con la prevención de la DM2 se han visto impactadas por la pandemia COVID-19, que ha limitado la puesta en marcha de nuevas iniciativas.

MURCIA

- En el ámbito de la Atención Primaria, no se ha llevado a cabo ninguna iniciativa en cuanto a la prevención de la DM2. Desde el ámbito hospitalario, la prevención no era una actividad que realizasen previo a la pandemia, la actividad está centrada en el ámbito de diagnóstico y tratamiento de personas con DM2.
- Para poner en común aspectos relacionados con el manejo de pacientes crónicos durante la pandemia, se han llevado a cabo reuniones de los centros de atención primaria con la gerencia.

En cuanto a las iniciativas que se llevan a cabo o que se plantea llevar a cabo una vez la situación de la pandemia remita destacan las siguientes:

- La prevención de la DM2 siempre ha sido un pilar de la atención primaria de gran importancia y la pandemia ha mostrado las consecuencias negativas que se presentan al no realizarla.
- Se plantea la necesidad de llevar a cabo campañas de despistaje y proyectos de educación sanitaria para promover estilos de vida saludable.
- La escala FINDRISC, empleada de forma habitual como una de las herramientas en la prevención de DM2, se ha dejado de utilizar durante la pandemia por la elevada carga asistencial. Antes de la pandemia, se habían realizado campañas en las oficinas de farmacia empleando este test.

CASTILLA LA MANCHA

- Las actividades de prevención que se llevaban a cabo se han tratado de mantener durante la pandemia, pero adaptadas a las circunstancias de trabajo.
- Con relación a las iniciativas en materia de prevención, posicionan las nuevas tecnologías como un aliado fundamental en estas actividades.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2

De forma generalizada en ambas regiones, se considera que la pandemia COVID-19 ha supuesto un gran impacto sobre las actividades de cribado de la DM2.

MURCIA

- Durante la pandemia no se ha realizado ninguna actividad dirigida a promover el cribado.
- Una vez se recupere la situación previa a la pandemia, se recaptará prioritariamente a las personas con DM2 que presenten un mal control de la enfermedad, organizando y atendiendo a aquellos casos que sean prioritarios. La forma de recaptar a estos pacientes será a través de listados, con indicadores de selección como el nivel de hemoglobinaglicada (HbA1c).
- Se ha incrementado el número de pacientes de DM2 detectados de forma casual en analíticas de control durante la pandemia.

CASTILLA LA MANCHA

- Durante la pandemia, la actividad de los hospitales ha estado totalmente centrada en la pandemia COVID-19.
- A nivel institucional y de gerencia no se ha generalizado un cribado activo para personas con DM2 ni para otras patologías. El trabajo de cribado con los pacientes crónicos se ha retrasado de forma generalizada. Se han mantenido los programas de cribado oncológicos en la medida que la sobrecarga asistencial lo permitía.
- Se considera que el confinamiento ha favorecido la incidencia de muchos nuevos casos de DM2 y mayores elevaciones en la HbA1c, lo que se considera consecuencia tanto del uso de corticoterapia por el COVID-19, como del sedentarismo y otros cambios en los hábitos de vida. Estos casos son detectados de forma casual al consultar por otros motivos o en el contexto de un ingreso hospitalario por otro motivo.
- La detección de los nuevos casos de DM2 será una tarea ardua y que resultará en un aumento en la incidencia habitual de DM2 por la incidencia real añadida a los casos con retraso diagnóstico.

En relación con el cribado oportunista en mayores de 45 años, las consideraciones en las comunidades fueron las siguientes:

MURCIA

- El cribado de este sector de pacientes se realizaba antes de la pandemia con el apoyo de enfermería. El trabajo se realizaba a través de listados, aunque consume mucho tiempo del que no se dispone.

Como iniciativa, se plantea la posibilidad de tener un programa automatizado de alertas / aplicación móvil que indique la necesidad de realizar un cribado o una analítica de control a los pacientes cada 3–4 años.

CASTILLA LA MANCHA

- En el momento actual no se realiza un cribado específico. Los profesionales sanitarios se suelen guiar por el histórico de las analíticas de los pacientes.

Se propone en este sentido, crear un sistema de alertas que indiquen la necesidad de cribado a los pacientes.

En cuanto al cribado en 2 etapas (primero la escala FINDRISC, segundo Glucemia Basal), el uso no está generalizado en ninguna de las dos comunidades.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



En ambas comunidades se indica la necesidad de disponer de más profesionales para hacerse cargo dela atención de las personas con DM2. Se coincide además en la importancia y el protagonismo que debe adquirir el equipo de enfermería en el control de estos pacientes.

Con relación a la recuperación de pacientes que han perdido seguimiento durante la pandemia, indican que se dispone de recursos tecnológicos limitados (teléfono y ordenador) y que no hay herramientas específicas para llevar a cabo dichas tareas.

La protección de los datos de los pacientes es uno de los temas que despierta inquietud en ambas comunidades, ya que parte del personal del centro no está autorizado para manejar cierta información del paciente, lo que dificulta el ampliar sus funciones.

MURCIA

La situación de la comunidad en cuanto al abordaje de las personas con DM2 varía en función de los centros. En algunos disponen de un sistema para filtrar a los pacientes en función de la patología y es accesible tanto al personal médico como de enfermería. Este programa (PIMS) permite extraer datos de personas con DM2 mal controlada, pacientes con mayor fragilidad, etc. A través de este sistema, se puede generar un listado de pacientes para realizar una captación activa.

En otros centros no se dispone de este programa, y se emplean listados de pacientes que no permiten filtrar por criterios. La búsqueda por tanto es más complicada y dificultada en muchas ocasiones por la necesidad de códigos/permisos adicionales para acceder a cierta información médica.

CASTILLA LA MANCHA

La búsqueda y recaptación de pacientes es compleja dado que el sistema del que se dispone no permite generar listados ni realizar búsquedas a través de filtros específicos. Para realizar una búsqueda concreta, se debe solicitar acceso al sistema de admisión, y resulta de difícil acceso.

Existen algunos centros que tienen acceso a herramientas de gestión específicas, basadas en Big Data, a través de un acuerdo de colaboración con el SESCAM. La información obtenida a través de estos sistemas permite un mejor seguimiento y atención a las personas con DM2. Dado que el acceso es limitado, se propone aumentar al resto de profesionales para optimizar las actividades de cribado, seguimiento y manejo de las complicaciones de la DM2.

4. ¿Visita telemática o presencial?



La implantación de la visita telemática durante la pandemia COVID-19, no se ha visto acompañada de una daptación, innovación ni herramientas que la permitan. Para poder mantener este formato de visitas se debe adaptar a nivel de organización y disponer de los medios materiales adecuados.

Con el fin de mantener la visita telemática como alternativa, se debe realizar una adaptación tecnológica y de la organización de las agendas de las consultas, contabilizando el tiempo empleado en las visitas telemáticas, valorando su efectividad y estableciendo una mayor comunicación entre atención primaria y hospitalaria.

Además de la visita telemática con los pacientes, en algunos centros existe un sistema de comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria, que permite mejorar la comunicación y la eficiencia del manejo de las personas con DM2, aunque no está generalizado.

En cuanto a las limitaciones específicas que se han observado en cada una de las comunidades, se destacan las siguientes:

MURCIA

- Escasa inversión en recursos materiales.
- Ausencia de formación a profesionales para llevar a cabo una visita telemática.
- Falta de información a los pacientes acerca de la visita telemática. La población entiende este formato de visita como una consulta de asuntos banales. La gran mayoría desea la vuelta a la presencialidad. De forma general, los pacientes tienen la sensación de no querer ser valorados por el profesional de forma presencial.
- Escaso uso de los *checklists* para el manejo de las consultas telemáticas.

Como iniciativa para mejorar la eficiencia de las visitas telemáticas, se indica la necesidad de establecer un protocolo común de actuación.

CASTILLA LA MANCHA

- Se considera la consulta relacionada con la DM2 demasiado compleja como para poder ser realizada completamente de forma telemática.
- La valoración global de una persona con DM2 es difícilmente realizable a través de una llamada, aunque se pueden resolver problemas puntuales.
- La población y el área asistencial al que pertenezca el centro determina la posibilidad de realizar una visita telemática, existiendo diferencias entre las zonas rurales y urbanas.
- El nivel socioeconómico del paciente influye directamente sobre la accesibilidad a la visita telemática.
- No se dispone de los medios necesarios para realizar una visita telemática completa (cámara).
- La disponibilidad tanto del profesional como del paciente también es un gran impedimento en las visitas telemáticas. Es difícil mantener el horario como se hace con las visitas presenciales y en muchas ocasiones, hay que realizar varias llamadas para poder contactar con los pacientes.
- El uso de *checklists* no está generalizado, aunque algunos profesionales los utilizan asiduamente en la consulta.

Se plantea como iniciativa el establecer protocolos comunes para determinar en qué tipo de pacientes y patologías se debería realizar una visita telemática. Además, se debería llevar a cabo un programa de educación al paciente acerca de la utilidad de las visitas telemáticas.

Con relación a la visita en acto único, ambas comunidades las llevan a cabo, aunque no están generalizadas en todos los centros.

MURCIA

En la mayoría de centros se intentan realizar visitas en acto único que incluyan valoración, exploración, tratamiento, niveles de glucemia, examen de pies, etc.

CASTILLA LA MANCHA

Se realizan visista globales anuales, visitas de alta rsolución para mejorar la eficiencia. Aunque no se hacen en todos los centros, en la mayoría se intenta reducir el número de visitas y ampliar la capacidad de resolución de estas lo máximo posible.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital



En ambas comunidades se coincide en la escasa agilidad de los sistemas de comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con ciertas particularidades.

MURCIA

Se dispone de múltiples sistemas en ambos niveles asistenciales, lo que supone una gran dificultad en la compartición de información y de conexión entre los sistemas por incompatibilidades. Se considera que aún hay un largo camino por recorrer en la integración de la historia clínica compartida.

CASTILLA LA MANCHA

Aunque también hay sistemas distintos dentro de cada nivel asistencial, hay una herramienta común (VISOR) que permite obtener un informe de las consultas externas en PDF, así como de las notas que se generan en Atención Primaria. El sistema por ahora es poco ágil y requiere mucho tiempo para su manejo correcto.

6. Indicadores de calidad asistencial

Con relación a los indicadores de calidad asistencial planteados en el documento global, se realizan las siguientes apreciaciones desde el punto de vista de los profesionales representantes:

- Plantean que el nivel de HbA1c que ha de considerarse adecuado sea.
  - Murcia: reducción al 8%.
  - Castilla La Mancha: reducción al 7%.

  Se considera la consulta relacionada con la DM2 demasiado compleja como para poder ser realizada completamente de forma telemática.
- Se plantea desde Murcia la posibilidad de establecer los niveles de LDL objetivo a 70 mg/dL.

7. Propuestas clave priorizadas

1. Elaborar indicadores que cubran los objetivos de calidad asistencial de las personas con DM2.
2. Fomentar el trabajo multidisciplinar, que consigue mejores resultados, y que ha de involucrar a médicos y enfermeras tanto del ámbito de atención primaria como a nivel hospitalario.
3. Buscar de forma proactiva pacientes con DM2 mal controlados tras la pandemia, para paliar los efectos en su control y morbi-mortalidad.
4. Implementar sistemas de control de las personas con diabetes en las historias clínicas de las comunidades mediante listados activos, sistemas de alerta, búsquedas proactivas.
5. Compartir el modelo de atención clínica que permite conocer la información en tiempo real, idealmente a través de la Historia clínica única.

8. Conclusiones

Se considera necesario contar con la administración para poder difundir e implementar las propuestas presentadas en el documento. El control de los factores de riesgo asociados a la DM2 es un aspecto fundamental, que debe ser priorizado en estos pacientes. Además, para poder optimizar las actividades de cribado y recaptación de pacientes mal controlados durante la pandemia COVID-19, debe realizarse una repartición de tareas entre los distintos profesionales de los centros y optimizar el uso de las visitas telemáticas.

ANEXO REGIONAL

Cataluña

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dr. Joan Francesc Barrot
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en CAP Jordi Nadal, Girona

Dr. Gabriel Cuatrecasas
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en CAP Sarrià, Barcelona

Gestión sanitaria

Dr. Daniel Ferrer-Vidal
Director Atención Primaria Camp de Tarragona, Tarragona

Dr. Francesc Xavier Cos
Presidente del Primary Care Diabetes Europe

Endocrinología

Dr. Carlos Miguel Peteiro
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Hospital Joan XXIII, Tarragona

Medicina Interna

Dr. Oscar Sacristán García
Especialista en Medicina Interna en Hospital Santa María, Lleida.

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2



Desde el inicio de la pandemia, la actividad asistencial en Atención Primaria se ha centrado en el COVID-19. Este hecho, unido a la falta de seguridad para el paciente en los centros de salud y la incertidumbre, ha supuesto un gran impacto en las actividades preventivas de la DM2.

La pandemia ha puesto de manifiesto la falta de organización en Atención Primaria y la necesidad de consolidar un modelo digital de gestión integral de la sanidad.

En Atención Primaria, se prevé la recuperación de la actividad preventiva una vez se recupere la consulta presencial. El control de las patologías crónicas en general y de la DM2 en particular se ha visto gravemente afectado por la pandemia. Se considera que el desarrollo de Apps de educación sanitaria podría ayudar a los pacientes, aunque aún no se ha comenzado ningún proyecto al respecto.

En el nivel hospitalario, la prevención en la población general es compleja de realizar. Se detectan habitualmente casos nuevos de diabetes y prediabetes durante el ingreso hospitalario, a los que se ofrece educación diabetológica y seguimiento posterior en Atención Primaria o en la Unidad de Riesgo Cardiovascular en función de las comorbilidades del paciente. En este sentido, la pandemia no ha tenido ningún impacto.

Se ha llevado a cabo un ensayo clínico sobre prevención en diabetes (DP-transfers), liderado por el Dr. Juan José Cabré Vila, que ha conseguido el premio a la mejor comunicación en la Sociedad Española Diabetes. El ensayo ha obtenido resultados positivos en cuanto al uso de una plataforma para seguimiento y abordaje grupal de las personas con DM.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



La pandemia ha supuesto un gran impacto en el cribado de la DM2. Se ha debido priorizar a pacientes con mayor fragilidad, aunque las actividades de cribado han sido escasas. Desde CatSalut se han aportado listados de pacientes crónicos que no habían tenido contacto con Atención Primaria en más de 3 meses para promover su seguimiento.

Tras el periodo de mayor carga asistencial de la pandemia, el cribado se ha ido recuperando y se han reiniciado los controles analíticos periódicos paulatinamente. Para facilitar la detección de pacientes para el cribado, los profesionales sanitarios disponen de eCAP (estación clínica de atención primaria), que es una herramienta informática que facilita estas actividades.

Se proponen las siguientes iniciativas para mejorar las actividades de cribado:

- Disponer de sistemas informáticos que mediante los datos aportados de los pacientes detecten automáticamente aquéllos con más comorbilidades o riesgos y se priorice la actividad de cribado sobre ellos.
- Incluir al personal administrativo de los centros en el circuito asistencial, de tal forma que disminuya la carga asistencial de los profesionales sanitarios.

- Implementar de forma generalizada el modelo de UBA3 (Unidad Básica de Atención 3), que consisten en mantener profesionales de referencia para el paciente (medicina, enfermería y administración), reduciendo ineficiencias y mejorando el reparto de la carga asistencial.
- Ampliar recursos humanos dado que la carga asistencial y las listas de espera están en un punto crítico.
- Modificar el modelo de gestión y organización de las consultas, priorizando la atención según complejidad y estableciendo un nuevo modelo de organización de las agendas, en las que los 3 estamentos (medicina, enfermería y administración) compartan las actividades asistenciales en función de su tipología.
- Realizar cribado de pacientes en oficinas de farmacia y en los centros de salud por profesionales no sanitarios con cuestionarios de cribado como el FINDRISC.
- Crear algoritmos que permitan priorizar pacientes en las agendas.
- Instaurar modelos de "agenda inteligente" que a través del uso de la inteligencia artificial reciba la solicitud de la consulta del paciente y asigne una cita en función de la prioridad de esta.

Con relación al cribado oportunista en mayores de 45 años, se identifica un gran impacto durante la pandemia. Previo a ésta se realizaba dicha actividad, pero la pandemia ha hecho que se priorizasen las actividades de control de las personas con DM2 sobre el cribado. La elevada carga asistencial ha hecho que el cribado en dos etapas haya pasado a un segundo plano y que se recuperará cuando disminuya la sobrecarga actual.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



En el nivel asistencial de Atención Primaria, se considera fundamental optimizar las funciones del personal administrativo, de tal forma que pudieran decidir la derivación a enfermería/medicina en función del motivo de consulta del paciente. Además, se propone delegar la tarea de búsqueda activa de pacientes al personal administrativo.

Se plantea la reconfiguración del personal administrativo en "Assistance", que requeriría un proceso formativo previo pero que optimizaría las cargas de trabajo actuales. Actualmente se ha implementado un proyecto piloto en esta línea en 3 centros de salud de Cataluña. En algunos centros de Tarragona se ha instaurado la Unidad Centralizada, en la que un perfil administrativo contacta con los pacientes para realizar controles de hemoglobina glicada (HbA1c).

En Atención Primaria se está desarrollando la Unidad de Atención al paciente con Diabetes. Esta unidad se ha creado con vistas a optimizar el manejo de los pacientes más complejos, así como solucionar dudas y dar soporte a pacientes y profesionales mediante email o teléfono.

Se considera trascendente el aprovechar los circuitos asistenciales existentes de enfermería (fondo de ojo, glucemia capilar) para almacenar los datos de forma automatizada y realizar una búsqueda proactiva de otras alteraciones analíticas relacionadas.

En el ámbito hospitalario, la recuperación de pacientes que han discontinuado el seguimiento de la pandemia es complicada a través de los listados y no se realiza habitualmente. El personal de enfermería en caso de detectar pacientes mal controlados actúa y los reincorporan al circuito asistencial.

4. ¿Visita telemática o presencial?



Se considera que la consulta telemática ha venido para quedarse, teniendo en cuenta que la utlidad de este tipo de conultas debe ser individualizada en función de las características del pacientes y el motivo de la necesidad de asistencia. Hay situaciones, como una primera visista, en las que el acto asistencial debe ser presencial.

En relación a la dicotomía entre visista telemática o presencial se realizan las siguientes consideraciones:

- Hay que reforzar el concepto de visita presencial de valor. Se debe evitar la realización de intervenciones innecesarias de forma presencial, lo que es frecuente en Atención Primaria.
- Se debe valorar la necesidad de modelos híbridos o solamente presenciales en función de la situación de los pacientes.
- El tipo de profesional y la naturaleza de la consulta van a condicionar la forma de contacto con el paciente, y debería establecerse en todo el sistema de Atención Primaria.
- Se propone el filtrado de las llamadas por parte del personal administrativo del centro.

En Atención Primaria, la visita telemática supone una gran carga asistencial que se traduce en una disminución del tiempo para acciones de mayor complejidad. Como iniciativas aportadas en este sentido se plantea:

- Repartir la actividad telemática entre medicina, enfermería y administración, ya que actualmente recae la mayor parte sobre el médico.
- Continuar con el uso de checklists que faciliten la visita telmática.
- Abrir la posibilidad a los pacientes la posibilidad de compartir datos médicos de sus dispositivos (glucómetro conectado) con el fin de disminuir la presencialidad para este tipo de consultas.

En el ámbito hospitalario, concretamente en Medicina Interna, el personal de enfermería se ha involucrado en la Unidad de Factores de Riesgo para realizar llamadas antes de las consultas a los pacientes. En función del motivo de consulta y las características del paciente se programaba una visita telmática o presencial. Enfemería además cuenta con su propia agenda de edicación diabetológica, que supone una gran implicación y contancto con las personas con DM2.

Con respecto a la visita en acto único, se establece su implementación como prioridad, ya que optimiza las cargas de trabajo en un momento necesario. Antes de la pandemia, en Atención Primaria las visitar para fondo de ojo, revisión del pie diabético o realización de un electrocardiograma de control se realizaban en días diferentes, pudiendo concentrarse en uno solo. Esto conlleva una reorganización de la función de enfermería y una nueva forma de gestionar las agendas, citando al paciente de manera proactiva y no esperando a que sea él quien se cite para las distintas actividades de seguimiento.

A nivel del hospital, se intenta de forma habitual concentrar las pruebas y diferentes actividades asistencial en un mismo día. Esto se consigue gracias a considerar que la agenda debe crearse para un paciente y no para un procedimiento concreto.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital

La mayor parte (cerca del 90%) de los centros de Atención Primaria de Cataluña disponen de Historia Clínica compartida con Atención Hospitalaria.

La estación clínica de atención primaria (eCAP) es el programa de historia clínica informatizada utilizado por la mayor parte de los profesionales de la red de AP de Cataluña. Este programa está integrado con Argos y con la historia clínica compartida de Cataluña (HC3), almacenando toda la información y compartiéndola a tras de la App de LaMevaSalut, con los pacientes. Esta herramienta facilita la gestión e incrementa la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Estos sistemas de historia compartida están en continua evolución y los proyectos de mejora activos van dirigidos a facilitar la actividad para los profesionales y los pacientes.

La interconsulta y la derivación entre atención primaria y hospitalaria también deben evolucionar para mejorar la gestión clínica de las personas con DM2. Se realizan las siguientes apreciaciones:

- Se requiere normalizar la interconsulta virtual entre niveles asistenciales, lo que permitiría consultar sobre pacientes concretos y agilizar la comunicación, reduciendo listas de espera.
- La viabilidad de las interconsultas es aún centro-dependiente y es más fácil con determinado tipo de proveedores de salud.
- Se están haciendo estudios en Tarragona para valorar la satisfacción de este tipo de interconsultas virtuales, desde el punto de vista del profesional y del paciente, con resultados positivos.
- Se plantea modificar el concepto de derivación mediante este modelo de interconsulta virtual, de tal manera que la comunicación entre profesionales de atención primaria y hospitalaria evite al paciente una visita innecesaria al hospital, pero manteniendo la calidad de la asistencia.

Las TICs presentan un gran potencial en el ámbito de la DM2. Durante la pandemia, se ha experimentado con sistemas de acompañamiento de pacientes ancianos y atención domiciliaria a través de tablets. Se ha creado además una plataforma (MCONECTA) en la que personas con diabetes podían acceder a sus datos conectados con CatSalud, haciendo al paciente partícipe de su enfermedad y fomentando el autocuidado.

Adicionalmente, se está llevando a cabo un estudio en Cataluña en el que se plantea la posibilidad de incorporar al equipo de atención primaria, en el contexto de una Unidad de Alta Complejidad de atención a personas con DM2, a un profesional especialista en Diabetes, aumentando la eficiencia de la asistencia.

6. Indicadores de calidad asistencial

Con relación a los indicadores de calidad asistencial planteados en el documento global, se realizan las siguientes apreciaciones desde el punto de vista de los profesionales representantes:

- Incluir indicadores de cribado, por el deterioro que han sufrido estas actividades durante la pandemia, como la retinografía o la exploración del pie diabético.
- Incluir el IMC como indicador relevante a priorizar en la asistencia.

- Valorar la inclusión de las complicaciones macrovasculares y la insuficiencia cardiaca que permitan optimizar el manejo farmacológico de los pacientes.
- Plantear la inclusión del promedio de valor de HbA1c de los últimos años.
- Ajustar los puntos de corte de LDL a 130 mg/dL y los de HbA1c a >8%.
- Se destaca entre los indicadores de gestión el "% de pacientes en interconsulta AP-AH".

7. Propuestas clave priorizadas



1. Promover actividades de control de la obesidad infantil.
2. Fomentar el trabajo multidisciplinar, que consigue mejores resultados, y que ha de involucrar a médicos y enfermeras tanto del ámbito de atención primaria como a nivel hospitalario.
3. Mejorar la información alimentaria y consejos dietéticos generales.
4. Compartir el modelo de atención clínica que permite conocer la información en tiempo real, idealmente a través de la Historia clínica única.
5. Contribuir a la mejora de la calidad, que es un proceso continuo y responsabilidad de todos los profesionales sanitarios y del propio paciente. La Atención Primaria tiene un papel fundamental en este proceso.

8. Conclusiones



La inclusión de las TICs resulta fundamental para mejorar la atención clínico-sanitaria de la DM2, tanto en materia de prevención como en el seguimiento de las personas con DM2. La reestructuración y la redefinición de los roles específicos de los profesionales que forman parte de un equipo asistencial va a permitir distribuir de forma uniforme las cargas de trabajo y optimizar la asistencia, ganando tanto en eficiencia como en calidad de la atención. La modalidad de la visita del paciente debe ajustarse a la naturaleza de su consulta y las condiciones en ese momento, adaptándose a la situación de forma personalizada. Todas las acciones e iniciativas propuestas deben ir acompañadas de estrategias de implementación, para garantizar una instauración y seguimiento.

ANEXO REGIONAL

Madrid

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dra. Mercedes Martínez Abad
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Eloy Gonzalo, Madrid

Dra. Paloma Cano García
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Galapagar, Madrid

Dra. Esther Gómez Navarro
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Estrecho de Corea, Madrid

Endocrinología

Dra. Elena García Fernández
Endocrinología y Nutrición en Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Dr. José Atencia Goñi
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Dirección técnica de procesos de calidad

Dra. María Dolores Martínez Patiño
Técnico. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2



La pandemia de COVID-19 ha supuesto un gran impacto en la actividad preventiva de la DM2 en la Comunidad de Madrid. Las iniciativas propuestas en materia de prevención que ya estaban implantadas tuvieron que detenerse, así como el desarrollo de las nuevas propuestas.

Previo al comienzo de la pandemia, se habían establecido iniciativas con el fin de concienciar a la población acerca de la DM2 y la detección temprana de las personas con diabetes, tales como la creación de puestos itinerantes en los que se llevaba a cabo educación sanitaria, se realizaban test FINDRISC y test de hemoglobina glicada (HbA1c). Estas iniciativas, aunque bien orientadas, resultaban escasas y se espera que tras la pandemia puedan retomarse y ampliarse.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



El infradiagnóstico de la DM2 en Madrid ya era una realidad antes de la pandemia de COVID-19. Las medidas dirigidas al cribado y diagnóstico de la DM2 no estaban generalizadas y eran dependientes del centro al que perteneciese el paciente.

A pesar de esto, es indudable que la pandemia ha tenido gran impacto en este aspecto. Enfermería ha estado centrada en el seguimiento de pacientes COVID y la consulta telemática ha ido en detrimento de la captación activa de pacientes. Se espera que tras la pandemia esta situación se revierta.

Las iniciativas que se proponen para mejorar el cribado se plantean:

- Formar a profesionales sanitarios, con el fin de motivar la búsqueda activa de pacientes.
- Realizar cuestionarios FINDRISC en farmacias y derivar al paciente a su médico de atención primaria en caso de un riesgo elevado. Esto supondría un aumento de la carga asistencial que requeriría aumentar la dotación de profesionales sanitarios implicados en estas campañas.
- Incrementar el personal sanitario en atención especializada, especialmente los servicios de Endocrinología.

En cuanto al cribado oportunista en mayores de 45 años se considera:

- Solicitar analítica cada 5 años con el fin de realizar cribado oportunista.
- Emplear analíticas solicitadas por motivos distintos a la detección de DM2 para cribado.
- Emplear las analíticas de los reconocimientos médicos laborales como herramienta de cribado
- Prever un aumento en los nuevos diagnósticos de la pandemia, tanto por empeoramiento de los hábitos como por el uso de corticoterapia en el tratamiento de la infección COVID-19.

En relación con el cribado en dos etapas, se emplea la escala FINDRISC y en pacientes de alto riesgo se realiza glucemia basal, teniendo en cuenta un punto de corte de 100 mg/dl. A los pacientes que se encuentren por encima de este punto, se les realiza control a los 3 meses.

En el contexto de un ingreso hospitalario, en caso de realizar un diagnóstico de DM2 durante el mismo, se pone en conocimiento del centro de salud en la mayoría de los casos. En algunas ocasiones, es el profesional de atención primaria el que debe consultar los informes externos para obtener dicha información.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



Durante la pandemia se ha discontinuado el seguimiento de los pacientes crónicos, entre ellos las personas con DM2. El proceso de recaptación de pacientes, una vez recuperada la dinámica habitual en los centros de salud, será una labor fundamental que llevar a cabo entre el personal médico y de enfermería. Los pacientes deberán ser proactivos en este proceso.

El uso de los sistemas de información para generar listados de pacientes con parámetros alterados de interés en su seguimiento, serían de utilidad si no existiera una falta de recursos humanos tan importante.

De igual forma, la herramienta del "Plan personal" podría ser de utilidad para recaptar a los pacientes, pero el tiempo supone una limitación en su uso. Por otra parte, la herramienta de los Datos Generales del Paciente (DGP), puede ser de gran utilidad en este ámbito y de mayor efectividad, accediendo a los parámetros clave del paciente de una forma visual y rápida.

4. ¿Visita telemática o presencial?



La visita telemática implementada durante la pandemia va a coexistir con la visita presencial. Adaptándose a las necesidades específicas de los pacientes.

En las personas con DM2, la consulta telemática puede presentar limitaciones por las brechas económicas, generacionales o de idioma y, por otro lado, con relación a consultas que requieran una valoración presencial para su correcta resolución. A lo largo de la pandemia, los pacientes se han habituado a estas consultas y disponían a mano del material necesario (controles de tensión, peso, glucemias...). Un porcentaje de las consultas se perdía por la ausencia de respuesta a la llamada por parte de los pacientes.

Se han dado a conocer los checklists para el seguimiento de las personas con DM2, empleando protocolos de la RED-GDPS, la SEEN y la sociedad vasca de endocrinología. A pesar de ello el uso no está extendido.

Respecto a las intervenciones que se considera obligatorio realizar de forma presencial, se destacan los siguientes aspectos:

- Establecer la necesidad de la visita presencial en el paciente no optimizado en función de las limitaciones que presente la vía telemática (barrera idiomática, deterioro cognitivo...).
- Crear una colaboración con las farmacias para la dispensación y la educación en la administración de determinados fármacos (insulinas, GLP1), de tal manera que no sea necesaria la visita presenical en la farmacia y posteriormente en el centro de salud para la educación del paciente. En esta misma línea, se identifica a los familiares del paciente como posibles colaboradores en el manejo de la medicación.

En cuanto a los pacientes ingresados en el hospital que hayan sido diagnosticados de DM2, en servicios distintos al de endocrinología, se considera necesario la educación del paciente por parte del equipo de enfermería en el uso del glucómetro y la administración de la medicación.

Respecto a la vista en acto único:

- Se considera fundamental su implementación, siendo la manera más eficiente de abordar en la consulta a un paciente con DM2.
- En algunos centros ya se están realizando consultas de alta resolución en las que se hace el estudio completo del paciente, principalmente en paciente con DM2 mal controlada o con complicaciones asociadas.
- En otros centros se considera insuficiente una única consulta para la valoración completa de una persona con DM2.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital



La comunicación y la compartición de la información de los pacientes entre atención primaria y atención hospitalaria se considera fundamental.

En la actualidad la información no es compartida. Existen sistemas informáticos que ofrecen la posibilidad de acceder a una parte de la información compartida del paciente, pero no a su totalidad. Entre ellos se encuentra HORUS, en el que se comparte el tratamiento del paciente, informes clínicos e informes de pruebas diagnósticas que debe ser previamente validad y autorizados por el especialista responsable.

Sistemas de información como SELENE resultan poco útiles a nivel de atención primaria por el largo tiempo que requiere la búsqueda manual de información.

La ausencia de una historia clínica compartida genera duplicidades y dificulta la asistencia de los pacientes. Se considera necesario avanzar en el desarrollo de herramientas de compartición de información, de tal forma que esté accesible, completa y de manera eficiente.

6. Indicadores de calidad asistencial



Los trazadores e indicadores se recogen en el contrato programa de los centros. A cada indicador se le establece un intervalo en función de las características del paciente y su cumplimiento se correlaciona con la incentivación que recibe el profesional sanitario.

Los niveles de referencia de HbA1c deben depender del perfil del paciente. La periodicidad de la medida de este parámetro también debería ajustarse al nivel de intervención del paciente (alto, bajo o intermedio). Un factor adicional para tener en cuenta en las características del paciente es el índice de masa corporal, de gran importancia si es superior a 30.

7. Propuestas clave priorizadas



1. Poner en marcha medidas preventivas de la DM2 en población general.
2. Detectar e intervenir sobre las personas con alto riesgo de desarrollar DM2.
3. Fomentar la modificación de actitudes respecto a control de peso y realización de actividad física de forma regular.
4. Legislar en cuanto a los azúcares añadidos en los alimentos.
5. Utilizar la escala FINDRISC como herramienta de cribado en toda persona con factores de riesgo

8. Conclusiones



La pandemia ha supuesto un duro impacto en la atención clínico-sanitaria de la persona con DM2. Se requiere una mayor estabilidad y dotación de recursos humanos (cribado) y tecnológicos (sistemas de información y plataformas de teleconsulta) para poder optimizar la atención de las personas con DM2.

ANEXO REGIONAL

País Vasco y Aragón

Colaboradores regionales

Atención Primaria

Dra. Miren Itxaso Orue
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Santutxu, País Vasco

Dr. Antonio Otegui Recio
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en centro de salud Zumarraga, País Vasco

Endocrinología

Dra. Beatriz Lardies
Especialista en Endocrinología y Nutrición en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Dra. Aida Cadenas
Especialista en Endocrinología y Nutrición en Hospital de Galdakao, País Vasco

Dirección técnica de procesos de calidad

Dr. Jorge Romeo Ollora
Director de Atención Integrada en OSI Araba. País Vasco.

Agradecimientos

A Almirall, S.A. por su patrocinio y apoyo al proyecto.

A GOC Health Consulting por su soporte como secretaría científica, logística de las reuniones y soporte en la redacción del documento.

La información presentada en este documento hace referencia a las consideraciones y aportaciones específicas de la región sobre el documento POTENT.

Ha sido obtenida de un grupo seleccionado de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en Endocrinología y Nutrición, en Medicina Interna y especialistas en Gestión Sanitaria.

Resultados

1. Prevención de la DM2



La situación de las actividades preventivas durante la pandemia COVID-19 ha afectado de manera desigual a las comunidades y a los profesionales dentro de cada comunidad. Por parte de la administración, no se han establecido pautas ni se han creado iniciativas en materia de prevención a seguir tras este periodo.

PAÍS VASCO

- Las actividades de prevención de la DM2 se han detenido durante la pandemia. Se han tratado de realizar actividades vía telefónica y realizar algunos vídeos explicativos, aunque no directamente relacionados con la DM2.
- Tras la primera ola (verano 2020) se trató de retomar la actividad preventiva, aunque no ha sido constante. Desde los equipos de enfermería se llevaron a cabo actividades de formación en alimentación saludable y prevención de la obesidad a través del teléfono.
- Las redes sociales para este tipo de actividades, aunque se han empleado en algunos centros, presentan limitaciones por la edad de los pacientes.

ARAGÓN

- Dada la interrupción de la atención presencial durante la pandemia, se han realizado videos divulgativos en materia de prevención destinados a la población rural.

En cuanto a las iniciativas propuestas para fomentar la prevención de la DM2 destacan las siguientes:

- Crear vídeo de educación para la salud en el medio rural.
- Emplear la televisión como herramienta de divulgación sanitaria.
- Reconocer la importancia del núcleo familiar sobre la obesidad infantil.
- Desarrollar programas educativos para la salud en la infancia.
- Realizar un abordaje global, a nivel institucional, de las actividades preventivas.
- En el medio rural podrían ser útiles iniciativas de prevención mediante videos educacionales.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2

Las medidas de cribado y diagnóstico de la DM2 durante la pandemia COVID-19 se han detenido de forma generalizada.

Se está retomando de forma paulatina el cribado, lo que está llevando a encontrar un gran número de pacientes con nuevos diagnósticos y patologías previas descompensadas y que no han sido atendidos durante la pandemia. Se está tratando de priorizar el cribado en pacientes con factores de riesgo o que presentan otras patologías.

En el País Vasco, el sistema de cribado de pacientes de DM2 conllevauna extensa burocracia y resulta poco ágil. Cada centro debe solicitar el listado de pacientes al servicio vasco de salud (Osakidetza) y suele ser un proceso lento. Se indica que para solventar ese problema, la organización sanitaria pudise aportar estos listados de forma directa, sin necesidad de tener que ser solicitados y aprobados previamente.

Como iniciativa para mejorar las actividades de cribado y diagnóstico se plantea la posibilidad de crear una base de datos que agrupase a los pacientes por poblaciones diana, de tal manera que los facultativos pudiesen obtener un listado de pacientes cribado por variables concretas.

Con respecto al cribado oportunista en mayores de 45 años, se considera de utilidad, pero dificilmente implementable en la actualidad dada la elevada carga asistencial. Los reconocimientos médicos de las empresas se emplean como cribado en ese grupo de población.

Se propone que en cada centro debería haber forma de medir HbA1c capilar en AP, ya que esta analítica proporcionará más información. Por el contrario se necesita 2 mediciones de glucosa basal para tener un diagnóstico mientras que en el caso de la HbA1c capilar solo es necesaria una medición inmediata, y proporciona mucha capacidad de resolución. Además es factible realizarlo, si se dispusiera del instrumento de medición en los centros sería muy fácil de aplicar. Se considera que debería usarse como primera opción de diagnóstico, ya que además su coste por determinación (4€) no es muy alto.

En cuanto al diagnóstico al ingreso hospitalario, el porcentaje de pacientes con diabetes detectada al ingreso es elevado y algunos no habían tenido contacto con el hospital previamente. Asimismo, se detectan diabetes inducidas por los tratamientos durante el ingreso.

3. Abordaje terapéutico de la DM2

Un número elevado de pacientes con DM2 ha perdido el seguimiento de su patología durante la pandemia. La recaptación de estos pacientes es fundamental para su correcta evolución.

Actualmente, de forma común en ambas comunidades, se dispone de sistemas informáticos que presentan datos insuficienctes y mal gestionados. Son los propios profesionales los que de forma no automatizada deben buscar los datos y generar los listados con los pacientes que consideran priortarios. Sería de gran utilidad poder acceder a los datos de forma automática.

En general, se coincide en que la Atención Primaria tiene potencial para ser proactiva y no reactiva, pero la falta de personal impide ese cambio necesario.

PAÍS VASCO

- En el caso de algunos centros del País Vasco, se dispone de un sistema de información que ofrece a los profesionales sanitarios listados automatizados de pacientes con niveles determinados de hemoglobina glicada (HbA1c) para poder controlar de forma más eficiente a las personas con DM2.
- Estos listados se generan a través de la Unidad de Gestión Clínica (UGC), que explota los datos generados en las consultas y los estructura para que sean útiles para los profesionales. Estos listados están anonimizados y codificados, por lo que requiere un esfuerzo adicional para el facultativo el encontrar a cada paciente por el código. El problema además radica en que una vez se dispone de los listados, esos pacientes requieren una consulta, para lo que no hay personal suficiente.

4. ¿Visita telemática o presencial?



El formato de visita telmática ya se empleaba en ambas comunidades antes de la pandemia, sobretodo para la entrega de resultados de pruebas diagnósticas. Durante la pandemia se ha objetivado un aumento del número de visitas telemáticas, principalmente de pacientes crónicos, entre ellos personas con DM2 con mal control. La sobrecarga asistencial que se vivía durante la pandemia supuso grandes dificultades para abordar estas patologías crónicas.

En cuanto a las limitaciones asociadas a la visita telemática, se detectaron las siguientes:

- Con el uso de la visista telmática se pierde información y contacto con los pacientes.
- La efectividad de la llamada depende en gran parte de la edad del paciente y de su conocimiento de la tecnología.
- Los pacientes no perciben la visita telemática como una visita completa.
- La visita presencial hace que mejore la relación médico-paciente. En algunos centros se ha empleado la videollamada como punto intermedio entre visita presencial y llamada telefónica, lo cual ha sido una ventaja, pero no se disponía de esos medios en todos los centros.
- No se dispone de medios tecnológicos adecuados, adaptados y generalizados para la implantación completa de la visita telemática.

El aspecto más trascendente en cuanto al formato de visita es la necesidad de adaptarlo a las carácterísticas del paciente y el motivo de consulta concreto.

En relación con la visita en acto único en el entorno de la DM2, no se considera imprescindible, pero consideraráía una mejora en la calidad de la asistencia.

En estas dos comunidades, aún no se ha llevado a la práctica, aunque sería de gran utilidad para los pacientes, evitando que acudan varias veces al centro de salud. Durante la pandemia, dada la reticencia de los pacientes a acudir al centro de salud, se implantó una consulta de alta resolución en equipo medicina-enfermería.

Para poder establecer este formato de consulta como algo definintivio, se deben esablecer las pautas a seguir y recibir directrices de la administración, a nivel de gestión de agendas y unificar y coordinar la atención de las personas con DM2 entre profesionales sanitarios diferentes.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital

Tanto en el País Vasco como en Aragón usan un sistema de historia clínica única. La información se comparte entre todos los centros.

PAÍS VASCO

Existe un sistema de comunicación directo entre profesionales de atención primaria y hospitalaria. A través de esa vía se comunican y se responden cuestiones de forma prioritaria, pudiendo ampliar las pruebas diagnósticas o realizando una citación del paciente en consulta hospitalaria. Esto se lleva a cabo en algunas especialidades como Endocrinología, aunque no en todas. Esto consigue optimizar la comunicación entre niveles asistencial y la gestión del paciente, evitando visitas innecesarias al hospital.

ARAGÓN

Se ha implantado un sistema de interconsulta previa a la derivación al especialista hospitalario, de tal manera que se resuelvan la mayor parte de los motivos de consulta desde atención primaria.

6. Indicadores de calidad asistencial

Los indicadores propuestos en el documento global son similares a los que emplean estas comunidades para el seguimiento y control de la calidad asistencial de los pacientes con DM2. Como anotaciones a estos indicadores se plantea:

- Que la tensión arterial podría ser uno de los indicadores de calidad asistencial.
- Disminuir el nivel de HbA1c por debajo del 9% planteado.

7. Propuestas clave priorizadas

1. Buscar de forma proactiva pacientes con DM2 mal controlados tras la pandemia, para paliar los efectos en su control y morbi-mortalidad.
2. Detectar precozmente las personas con DM2 con el fin de iniciar lo antes posible el tratamiento y conseguir un control adecuado.
3. Controlar y corregir la inercia clínica de los profesionales.
4. Fomentar el trabajo multidisciplinar, que consigue mejores resultados, y que ha de involucrar a médicos y enfermeras tanto del ámbito de atención primaria como a nivel hospitalario.
5. Implementar sistemas de control de las personas con diabetes en las historias clínicas de las comunidades mediante listados activos, sistemas de alerta, búsquedas proactivas.

8. Conclusiones

El desarrollo de las nuevas tecnologías es evidente y seguirá progresando. A pesar de ello, la implementación de las TICs en el día a día es compleja y requiere una adaptación de los procesos actuales. El emplear las TICs en consulta supondría una carga de tiempo y una necesidad de recursos de las que actualmente no se dispone. Desde el punto de vista de los pacientes, muchos de los pacientes diana no están familiarizados con las nuevas tecnologías, por lo que las propuestas relativas al uso de TICs se consideran difíciles de implementar.

PRINCIPALES INICIATIVAS REGIONALES

Introducción

En el siguiente documento se registran las principales iniciativas, aportaciones y medidas planteadas por los expertos en las distintas reuniones regionales, divididas en cada uno de los 6 bloques principales del documento.

1. Prevención de la DM2



- Implementar la Educación en Salud desde la infancia, en los colegios, y establecer la figura de la enfermera escolar como referencia en educación para la salud en la infancia.
- Emplear las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para realizar actividades preventivas y educacionales.
- Fomentar el uso de aplicaciones móviles (apps) y redes sociales (RRSS) con el fin de incrementar la comunicación médico-paciente.
- Realizar campañas en medios de comunicación para promover hábitos de vida saludable.

2. Cribado y diagnóstico de la DM2



- Fomentar el uso de la escala FINDRISC para ayudar al cribado de los pacientes.
- Establecer un programa de cribado oprtunista generalizado para personas mayores de 45 años, a través de la medición de hemoglobina glicada (HbA1c) anual.
- Desarrollar campañas de difusión y educación del cribado de la DM2 desde el gobierno central.
- Crear herramientas informáticas que generen alertas, tanto al profesional como al paciente, para solicitar analíticas de control programadas.
- Incluir al personal administrativo de los centros de salud en el circuito de cribado de pacientes.
- Realizar campañas de cribado en farmacia comunitaria, empleando herramientas como la escala FINDRISC.
- Establecer un sistema de agenda inteligente para gestión automática de citas de cribado de DM2.
- Mejorar el circuito de derivación desde los reconocimientos médicos realizados por las mutuas laborales.
- Fomentar el apoyo de la administración en la generación de listados de pacientes a los que se les debe realizar cribado de DM2.

3. Abordaje terapéutico de la DM2



- Incrementar los recursos humanos disponibles para el correcto abordaje desde atención primaria de las personas con DM2.
- Promover el empoderamiento del paciente para mejorar la gestión de la DM2.
- Implantar el uso del Big Data con el fin de facilitar la generación de listados de pacientes que requieren seguimiento.
- Reconfigurar la figura del personal administrativo, incrementando sus funciones con respecto al paciente, desarrollando la figura del Assistance.
- Desarrollar las unidades de gestión de la persona con DM2.
- Implementar sistemas automatizados de control de adherencia terapéutica.

4. ¿Visita telemática o presencial?



- Individualizar el uso de la visita telemática en función de las características y necesidades del paciente.
- Fomentar el uso de checklists en las consultas y agilizar su uso a través de la implantación en el sistema operativo.
- Establecer un sistema de compartición de información entre médico y paciente en el que se puedan comunicar resultados de medidas de dispositivos (glucómetro) desde el domicilio.
- Mejorar las medidas tecnológicas de las que se dispone en atención primaria.
- Adaptar las agendas y el tiempo de las consultas a la convivencia del formato telemático y presencial.
- Incrementar la videollamada como alternativa al teléfono en las visitas telemáticas.
- Adaptar las visitas presenciales de la persona con DM2 al formato de visita en acto único o consultas de alta resolución.

5. Derivación Atención Primaria a Hospital



- Implementar sistemas de comunicación bidireccional entre atención primaria y hospitalaria.
- Mejorar las herramientas digitales de comunicación y derivación con el fin de aumentar la eficiencia en su uso.
- Generalizar el uso de la interconsulta telemática en todos los servicios a nivel hospitalario.
- Estandarizar los sistemas informáticos utilizados para optimizar la compartición de información entre niveles asistenciales.

6. Indicadores de calidad asistencial



- Individualizar los niveles de hemoglobina glicada (HbA1c) empleados como indicador de calidad asistencial a las características del paciente.
- Incluir el índice de masa corporal (IMC) de las personas con DM2 como medida de calidad asistencial.
- Incluir como indicador de calidad el % de personas con DM2 con prescripción de fármacos que provocan disminución del riesgo cardiovascular.