

La necesidad de una gestión innovadora de la diabetes

Jorge Navarro-Pérez

Médico de familia. Hospital Clínico Universitario Valencia, INCLIVA, Universitat de València, CIBERESP

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asocia cada vez más a otras comorbilidades y nos traslada a una realidad de preocupante complejidad. Surge la necesidad de definir procesos integrados analizando y reorientando los circuitos asistenciales. Una óptima atención integral debe tener como objetivo general lograr un modelo más eficiente que garantice la atención personalizada, la continuidad asistencial, una mayor capacidad de respuesta y la reducción de la variabilidad clínica.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, multimorbilidad, atención integral, gestión innovadora.

LA COMPLEJIDAD DE LA DIABETES

La International Diabetes Federation (IDF) estima una prevalencia mundial de diabetes del 12,2 % (783,2 millones) para 2045. A nivel nacional, los datos del estudio di@bet.es sitúan casi en el 14 % el porcentaje de población con diabetes, de la cual la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa el 90 % de los casos. Para 2030 se prevé que uno de cada diez adultos tendrá diabetes. La tendencia ascendente se atribuye a factores como el envejecimiento de la población y los cambios en estilos de vida (alimentación hipercalórica y menor actividad física) que redundan en una mayor obesidad.

Globalmente, uno de cada tres individuos padece una condición crónica múltiple. La DM2 se asocia cada vez más a otras muchas comorbilidades y nos traslada una realidad de preocupante complejidad. En diversos estudios realizados en el Reino Unido se observa que un 42 % de la población general tiene una o más morbilidades, siendo un 23 % multimórbidos, situación que se incrementa a partir de los 65 años y con las situaciones de privación. Las comorbilidades más asociadas a la diabetes fueron la hipertensión (54 %), la enfermedad cardiovascular (23 %), las condiciones dolorosas (21 %), la depresión (18 %), el ictus (9 %), la EPOC (8 %), la insuficiencia cardíaca (6 %), la fibrilación auricular (6 %) y la demencia (2 %), siendo más

prevalentes en población con menos recursos. En las personas con diabetes un 14 % no tenía más comorbilidades, un 20 % una más, un 19 % dos comorbilidades más, un 16 % tres más y un 31 % cuatro o más comorbilidades. Esta multimorbilidad implica, además, un mayor número de fármacos prescritos y de interacciones.

En España, diversos estudios muestran la prevalencia de la multimorbilidad en personas con DM2. Un estudio realizado en el País Vasco muestra que, del total de personas con DM2 (un 15,2 % del total de la población), un 87,6 % de hombres y un 92 % de mujeres son multimórbidos, observándose 10 clústeres de enfermedad asociados a la DM2. En otros estudios realizados en Cataluña se observa que un 82 % de la población con DM2 tiene dos o más comorbilidades y un 31 % cuatro o más, siendo las comorbilidades más frecuentes hipertensión (72 %), dislipemia (60 %), obesidad (45 %), enfermedad renal crónica (33 %) y enfermedad cardiovascular (23 %). Las combinaciones más frecuentes asociadas a DM2 fueron hipertensión y dislipemia (45 %), hipertensión y obesidad (35 %), hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC) (28 %) y dislipemia y obesidad (28 %). En una amplia muestra de personas con DM2 se observa que un 37 % son mayores de

75 años, un 45 % obesos, un 33 % tienen enfermedad renal crónica, un 23 % enfermedad cardiovascular y un 7 % insuficiencia cardíaca. Otros estudios han mostrado la prevalencia de ERC en personas con DM2 (27,9 a 34,1 %, 77,2 % en mayores de 65 años), y que los costes aumentan a la par que se incrementa el riesgo, según la clasificación KDIGO.

Estudios sobre inercia terapéutica realizados en nuestro país ponen en evidencia la necesidad de implementar una más rigurosa vigilancia de las personas con DM2, de gestionar con una clara estrategia poblacional, atendiendo a las personas con DM2 en función de su riesgo y complejidad.

Para la estratificación de la población por morbilidad para la gestión de los pacientes crónicos se utilizan herramientas como los *clinical risk groups* (CRG), en las que cada individuo es ubicado en un único grupo clínico de riesgo excluyente, que relaciona sus características históricas, clínicas y demográficas con la cantidad y el tipo de recursos sanitarios que consumirá en un futuro, pero en ningún caso se ha estudiado el impacto de variables de vulnerabilidad social sobre esta, utilizando este agrupador. La identificación sistematizada de personas o grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad que precisan cuidados más específicos, ayudaría a mejorar la planificación y reorganización de los recursos y a priorizar las intervenciones que posibiliten una atención más eficiente y equitativa.

Los sistemas de salud basados en una potente atención primaria, como el implantado en España, han mostrado que contribuyen con mayor efectividad a reducir las desigualdades que otros modelos. No obstante, las prestaciones sanitarias no se realizan aún en condiciones de igualdad efectiva tal como estableció la Ley General de Sanidad de 1986, ni la atención primaria ha desarrollado toda su capacidad para la reducción de las desigualdades sociales en salud. La identificación sistematizada de personas o grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad sociosanitaria que precisan cuidados más específicos es necesaria en la gestión clínica para mejorar la planificación, reorganizar los recursos y priorizar las intervenciones en la práctica clínica que posibiliten una atención más eficiente y equitativa para las personas.

HACIA UNA ACCIÓN INTEGRAL

En la lucha por una mejor gestión de la DM2 debe destacarse, en primer lugar, la estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el Consejo Interterritorial en 2006, que contribuye a elaborar a nivel nacional planes

o programas de prevención y promoción de la salud, a promover tratamientos eficaces y a reforzar la investigación epidemiológica, básica y clínica.

Una adecuada lectura de la DM2 desde la cronicidad implica asumir una adecuada transformación de los ejes principales de actuación:

- Impulsando la promoción de hábitos de vida saludables.
- Identificando y segmentando la población según los factores de riesgo asociados a la DM2.
- Definiendo un plan de cribado de la DM en la población con factores de riesgo asociados.
- Definiendo los criterios y el protocolo para el seguimiento óptimo de los pacientes con DM2.
- Elaborando un plan asistencial y de cuidados individualizado según el perfil de cada paciente con toma de decisiones compartidas entre el paciente, sus cuidadores y los profesionales que lo atienden.
- Fomentando la participación, corresponsabilidad y autocuidado del paciente; desarrollando actuaciones que potencien la adherencia al tratamiento por parte del paciente y evitando la inercia terapéutica de los profesionales.
- Impulsando un modelo de control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Afianzando estrategias enfocadas a asegurar la continuidad entre los distintos ámbitos asistenciales, con especial foco en los procesos de transición.
- Desarrollando estrategias dirigidas a potenciar la seguridad del paciente diabético.
- Fomentando la integración y accesibilidad de la información clínica entre los distintos ámbitos asistenciales; consolidando canales de comunicación entre profesionales y entre profesionales y pacientes.
- Impulsando la cultura de evaluación en el sistema sanitario.
- Impulsando herramientas de transparencia, el acceso a la información de registros sanitarios y el *benchmarking*.
- Impulsando la transformación y orientación de la organización hacia la cronicidad.
- Impulsando la gestión de procesos de manera integrada e integral incorporando la visión sanitaria y social.
- Promocionando mecanismos de incentivación a los profesionales sanitarios ligados a resultados.
- Definiendo un modelo de formación orientada a la cronicidad y a la atención integrada de los pacientes con DM2.

- Incorporando la participación de los pacientes, desde el diseño hasta la evaluación de la estrategia de abordaje a los pacientes con DM2, con el fin de desarrollar una atención respetuosa a sus valores y necesidades.
- Y fomentando las TIC en la continuidad asistencial, la relación no presencial con el paciente y en el análisis de datos y evaluación de la práctica clínica.

Para la definición de procesos integrados es necesario analizar y reorientar los circuitos asistenciales y el flujo de tránsito del paciente en su evolución, de modo que se optimice la coordinación entre los distintos ámbitos de atención y dentro de los mismos. Esta mejora de la coordinación pasa por mejorar el flujo de información, definir roles, responsabilidades y competencias de cada profesional de manera diferencial y optimizar los procesos (reducción de errores y mejora de la eficiencia) de forma que se maximicen los resultados en salud.

Algunas iniciativas o herramientas que pueden colaborar en la consecución de este objetivo, son:

1. Implantación de modelos de interconsultas no presenciales a través de la información disponible en la historia clínica con soporte de herramientas on-line que faciliten el seguimiento del paciente (teleconferencia, correo electrónico, etc.).
2. Definición de proyectos de telemedicina específicos para pacientes crónicos con diabetes.
3. Creación de grupos de trabajo multidisciplinares entre atención primaria y atención especializada.
4. Elaboración de guías clínicas y rutas asistenciales específicas para el paciente crónico con diabetes.
5. Implementación de consultas de alto rendimiento o acto único.

Para el desarrollo de la continuidad asistencial es clave establecer modelos que aseguren la disponibilidad de información y la existencia de canales que permitan compartirla con fluidez, de forma estandarizada y homogénea. La comunicación entre profesionales y médico-paciente tiene en el canal digital una amplia área de desarrollo que, aunque no va a sustituir la consulta física, puede facilitar procesos, agilizar el sistema y aportar información de valor y con solidez, tanto para los profesionales como para el paciente. La telemedicina es una herramienta de trabajo especialmente útil en la gestión de los pacientes con DM2.

El enfoque sociosanitario implica una visión global y comunitaria del individuo, que reconoce la imbricación de ambos aspectos en la evolución de la enfermedad, y la necesidad de

disponer de diferentes recursos (sanitarios o sociales) para poder realizar la mejor gestión del caso.

El impacto de la pandemia de la COVID-19, que trajo consigo un claro infradiagnóstico y un incremento de personas con mal control, invita a reflexionar sobre claras mejoras a introducir en un modelo sanitario muy sólido, pero que debe garantizar de forma óptima el seguimiento de las personas con DM2.

Según datos del Servicio Catalán de la Salud, durante la pandemia de COVID-19, la atención primaria ha registrado una disminución del 76 % de las consultas presenciales. Para limitar las visitas a los centros de atención primaria, y los potenciales contagios, los equipos de atención han tendido a desarrollar un nuevo modelo de visita presencial basado en los conceptos de alta resolución y acto único. La OMS, en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Astaná (2018), ya promulgaba la formación y el adiestramiento de nuestros pacientes. Para ello, es imprescindible mejorar la dotación de recursos tecnológicos, la utilización de guías de teleconsulta que permitan una ejecución adecuada de la misma así como la formación de los profesionales sanitarios, de los pacientes y sus cuidadores, con el fin de mejorar la calidad de las mismas.

El reto actual para alcanzar la atención sanitaria de la población mundial está en la transformación digital de la salud. Con la telemedicina se incorpora la utilización de los otros sistemas de comunicación que se deberán incorporar a nuestro trabajo diario: videoconsultas, e-consultas, consultas virtuales con especialistas, páginas web de centros sanitarios, apps específicas de patologías, redes sociales, etc., y todas las que puedan facilitar la relación y la comunicación.

Por el contrario, las visitas presenciales de acto único o alta resolución requieren de una mayor coordinación entre los profesionales implicados, con las agendas muy bien organizadas para la planificación de las pruebas que el paciente necesita.

La pandemia de la COVID-19 también ha obligado a replantear la relación entre especialidades de primaria y hospitalaria implicados en el control de la persona con diabetes potenciando la utilización de las TIC en el intercambio de información entre ambos niveles. El reto actual es conseguir implantar dichos avances en la práctica clínica habitual en todos los sistemas de salud de manera que permita la equidad en la atención que ofrecemos. En el tratamiento precoz y multifactorial que requiere la DM2 para retrasar las complicaciones y mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes, es esencial garantizar la continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y primaria. Hasta un tercio de los pacientes ingresados en medicina interna tienen diabetes; de estos, un 35 % ingresan por un

evento cardiovascular y al menos en 60 % tienen enfermedad cardiovascular crónica.

El impacto de la pandemia de la COVID-19 sobre la calidad de la atención a las personas con DM2 ha sido muy negativo. El Servei Català de la Salut ha detectado que, durante la primera oleada (de febrero a abril del 2020), las solicitudes de HbA1c han descendido un 17 %, el porcentaje de pacientes con HbA1c < 8 % en 2,5 puntos, habiendo descendido también los porcentajes de cribados del pie diabético (en 10 puntos), la retinopatía (en 5 puntos) y la salud bucal (en 1,3 puntos).

HACIA UNA GESTIÓN INNOVADORA

Una óptima atención integral debe tener como objetivo general lograr un modelo más eficiente que garantice la atención personalizada, la continuidad asistencial, una mayor capacidad de respuesta y la reducción de la variabilidad clínica. Como objetivos concretos y específicos tendríamos: mejorar la comunicación y coordinación entre los profesionales involucrados, garantizar la continuidad asistencial, asegurar la equidad asistencial, optimizar la derivación de los pacientes al nivel asistencial más adecuado, optimizar las intervenciones terapéuticas disminuyendo la variabilidad en los tratamientos, impulsar la gestión clínica excelente y el cumplimiento de los objetivos de calidad, mejorar el abordaje integral, disminuir la tasa de reingresos y formar a los profesionales en el abordaje multidisciplinar y la atención centrada en la persona.

Los modelos de gestión de la cronicidad subrayan la necesidad de una adecuada integración de un equipo multidisciplinar y unos pacientes informados y activados. Asimismo, debe buscarse una visión poblacional que estratifique por riesgos y complejidad a todos los pacientes. Por tanto, la atención a las personas con DM2 debe partir de una adecuada y rigurosa clasificación por grupos de riesgo para, a partir de ahí, plantear la estrategia terapéutica necesaria.

La DM2 ejemplifica los retos que debe abordar el sistema sanitario: una enfermedad crónica, asociada en un 90 % a otras comorbilidades crónicas, relacionada con estilos de vida no saludables, en un contexto de creciente envejecimiento

poblacional, y con una atención fraccionada y variable en los ámbitos de primaria y hospitalarios.

La pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia, sobre todo, un débil sistema de vigilancia y seguimiento, en un modelo excesivamente presencial que no garantiza, por ello, unos mejores resultados en salud.

Surgen como cuestiones claves fomentar el trabajo multidisciplinar, que consiga mejores resultados, y que ha de involucrar a médicos y personal de enfermería tanto del ámbito de atención primaria como a nivel hospitalario; compartir el modelo de atención clínica, que permite conocer la información en tiempo real, idealmente a través de la historia clínica única; buscar de forma proactiva pacientes con DM2 mal controlados tras la pandemia, para paliar los efectos en su control y morbimortalidad; e implementar sistemas de control de las personas con diabetes en las historias clínicas de las comunidades mediante listados activos, sistemas de alerta y búsquedas proactivas.

Nuestro sistema sanitario público ha ido implantando las consultas hospitalarias de alta resolución, siendo clave para ello una buena coordinación con atención primaria y la existencia de protocolos consensuados.

La atención primaria debe asumir su papel clave en la gestión de la atención a las personas con DM2: lograr que todas estas personas estén diagnosticadas, debidamente clasificadas según su complejidad, adecuadamente tratadas y controladas. Todo ello con la máxima resolución en el ámbito del centro de salud.

Distintas propuestas de una atención integral plantean redefinir la atención a las personas con problemas crónicos, como la DM2, colocando a los pacientes en el centro, de forma que se sientan constantemente vigilados y que, en su deambular por los distintos puntos de atención sanitaria, se les da una atención siempre óptima. Ello conlleva trasladar al ámbito de la atención primaria, del centro de salud, los mayores recursos posibles, deshospitalizando el seguimiento y generando consultas en primaria de alta resolución. Para ello debe desarrollarse plenamente una historia clínica única que incorpore adecuadamente la telemedicina y que establezca un permanente contacto entre pacientes y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes research and clinical practice*. 2021; 109119. doi: 10.1016/j.diabres.2021.109119
2. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012;55:88-93.
3. Hajata C, Steinb E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports* 2018;12:284-293
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
5. Guthrie B, Thompson A, Dumbreck S, Flynn A, Alderson P, Nairn M, et al. Better guidelines for better care: accounting for multimorbidity in clinical guidelines – structured examination of exemplar guidelines and health economic modelling. *Health Serv Deliv Res* 2017;5(16).
6. Alonso-Morán E, Orueta JF, Fraile Esteban JI, Arteagoitia Axpe JM, Marqués González ML, Toro Polanco N, Ezkurra Loiola P, Gaztambide S, Nuño-Solinís R. Multimorbidity in people with type 2 diabetes in the Basque Country (Spain): Prevalence, comorbidity clusters and comparison with other chronic patients. *European Journal of Internal Medicine* 2015; 26:197-202.
7. Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Real J, Cedenilla M, Mauricio D. Prevalence and Coprevalence of Chronic Comorbid Conditions in Patients with Type 2 Diabetes in Catalonia: A Population-Based Cross-Sectional Study. *BMJ Open* 2019, 9, e031281.
8. Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Real J, Blacho B, Gómez-García A, Mauricio D. Evaluation of clinical and antidiabetic treatment characteristics of different sub-groups of patients with type 2 diabetes: Data from a Mediterranean population database. *Prim Care Diabetes* 2021 Jun;15(3):588-595.
9. Martínez Candela J, Sangrós González J, García Soidán FJ, Millaruelo Trillo JM, Díez Espino J, Bordonaba Bosque D, Ávila Lachica L; en representación del Grupo de Atención Primaria y Prediabetes de la Sociedad Española de Diabetes. Chronic Renal Disease in Spain: Prevalence and Related Factors in Persons with Diabetes Mellitus Older than 64 Years. *Nefrología* 2018,38:401-413.
10. Usó-Talamantes R, González-de-Julián S, Díaz-Carnicero J, Saurí-Ferrer I, Trillo-Mata JL, Carrasco-Pérez M, Navarro-Pérez J, Górriz JL, Vivas-Consuelo D, Redón J. Cost of Type 2 Diabetes Patients with Chronic Kidney Disease Based on Real-World Data: An Observational Population-Based Study in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9853.
11. Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Real J, et al. Therapeutic inertia in patients treated with two or more antidiabetics in primary care: factors predicting intensification of treatment Diabetes. *Obes Metab* 2018;20:103-12.
12. Ampudia-Blasco FJ, Palanca A, Trillo JL, Navarro J, Real JT. Therapeutic inertia in patients with type 2 diabetes treated with non-insulin agents. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2021;35:107828.
13. Botija Yagüe P. Análisis de los determinantes socioeconómicos y de la morbilidad del Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa. Desarrollo de un índice de privación poblacional integrado. Tesis doctoral, 2021.
14. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
15. VVAA. El abordaje integral del paciente diabético en el marco de la implementación de las estrategias de atención a la cronicidad en España. Semfyc, 2017.
16. Franch-Nadal J et al. El futuro de la gestión clínico-sanitaria en la atención a la persona con DM2. Fundación redGDPS.
17. Coma et al. Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Family Practice* 2020;21:208.
18. Zambrana-García JL, Torres-Jiménez M, Rubio-Sánchez JM, Montijano-Cabrera A, Peña-Ojeda JA, Velasco-Malagón MJ. Procesos médicos susceptibles de alta resolución en consultas ambulatorias. *Rev Calid Asist.* 2017;32(2):82-88.