

Algunos conceptos en la gestión de la consulta de actualización del control clínico y terapéutico en pacientes con DM2

Josep Franch Nadal

Médico de familia del Centro de Atención Primaria Raval Sud (Barcelona). Grupo DAP.cat del IDIAP Jordi Gol (Barcelona). CIBERDEM del IIB Sant Pau (Barcelona)

RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad muy frecuente y potencialmente grave. Es imprescindible alcanzar el mejor control metabólico posible para cada paciente. La actual pandemia de la COVID-19 ha dificultado enormemente mantener un control óptimo. Actualmente es necesario poner en marcha estrategias para recaptar a los pacientes con DM, especialmente a los más frágiles, los que tienen un peor control o un mayor riesgo.

La informática y la telemedicina pueden ser fundamentales en la recaptación de estos pacientes para conseguir mejorar su control metabólico. Existen protocolos y *checklist* que, a través de consultas de alta resolución, facilitan este objetivo. Frecuentemente será necesario ajustar el tratamiento para conseguir la mejoría del control glucémico. Este ajuste debe ser individualizado, primando la seguridad para el paciente

Palabras clave: diabetes mellitus, gestión sanitaria, control metabólico, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad muy frecuente con un gran impacto tanto clínico como social y económico. Según recientes datos de la IDF 2021 afecta a más de 500 millones de personas y consume el 11,5 % del gasto sanitario a nivel mundial¹. Su diagnóstico se basa en unos valores elevados de la glucemia, tanto en situación de ayuno como posTTOG o en la HbA1c², pero la trascendencia real de la enfermedad radica en el mayor riesgo de desarrollar complicaciones que empeoran la morbimortalidad de los que la padecen y reducen su calidad de vida. En la reducción del riesgo de presentar estas complicaciones interviene no solo el control de la glucemia, sino también el resto de factores como las cifras de presión arterial, lípidos, tabaquismo, obesidad, condicionantes sociales, etc.²

La actual pandemia de la COVID ha obligado necesariamente a redirigir algunos recursos sanitarios hacia esta nueva patología. Y como los recursos no son infinitos, frecuentemente se ha tenido que obviar la atención a otras patologías crónicas como el caso de la diabetes³. Antes de la pandemia teníamos unos circuitos de control periódico de las personas con diabetes bien establecidos. La pandemia ha roto estos cuidados y un número

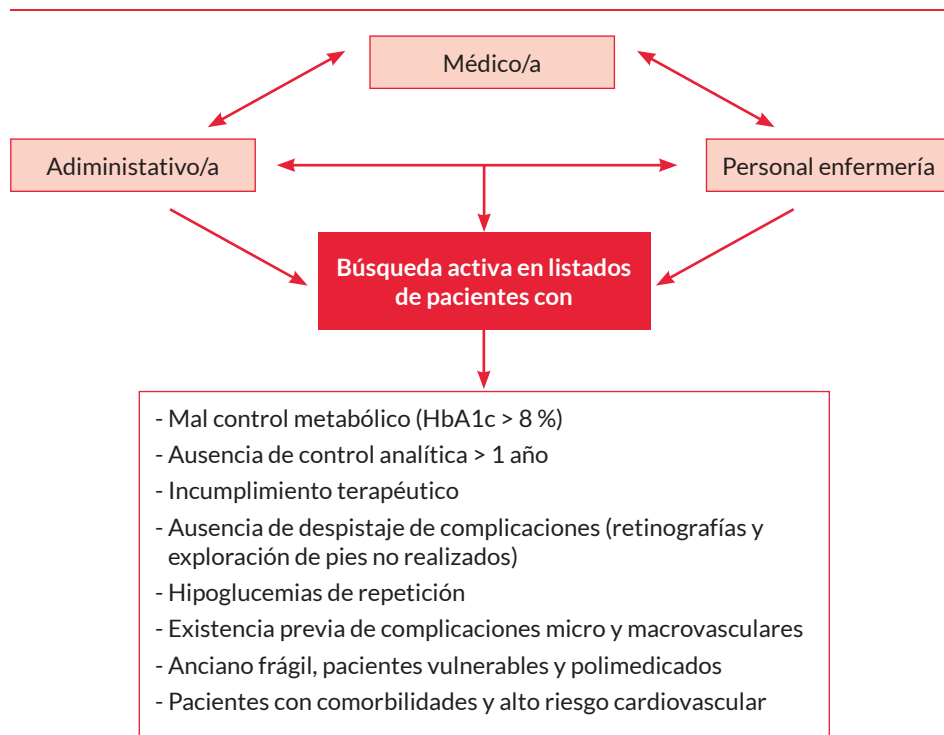
importante de pacientes con DM se han visto relativamente desatendidos. Esto, junto con las medidas de confinamiento con la consiguiente reducción de la actividad física y el incremento de la obesidad, ha provocado un empeoramiento del control metabólico^{4,5} y la “invisibilidad” de algunos pacientes, especialmente los más frágiles.

Esta situación anómala no puede prolongarse más en el tiempo, porque sus consecuencias a medio y largo plazo pueden ser terribles tanto desde un punto de vista clínico como socioeconómico. Tenemos que volver a introducir a todos los pacientes en un circuito sanitario permanente que garantice su correcto control y, por tanto, la reducción del riesgo de presentar complicaciones.

PRIORIZAR LA RECAPTACIÓN DE LOS PACIENTES CON DM2 QUE MÁS LO NECESITAN

Todas las personas con diabetes merecen la mejor atención posible y un óptimo control metabólico individualizado según sus comorbilidades, complicaciones y situaciones personales actuales.

Figura 1. Búsqueda proactiva de pacientes con diabetes.



Fuente: Elaboración propia.

Pero comentábamos antes que los recursos son limitados y, con la disponibilidad que tenemos, parece una buena estrategia priorizar a aquellas personas que más se van a beneficiar de una intensificación de la atención. Esta priorización no es fácil porque intervienen factores que probablemente solo conocen el médico de familia y el propio paciente. La vida es compleja y la toma de decisiones no siempre supone un acierto. En este artículo no pretendemos señalar específicamente a qué pacientes debemos visitar primero, solo expondremos una opinión discutible sobre los pacientes que creemos que más se pueden beneficiar, pero los beneficios pueden ser de muchos tipos (no solo mejorías de los parámetros clínicos) y nadie puede poner un precio a la salud... aunque en ocasiones se intente.

Por consenso entre varios autores de la Fundación redGDPS, creemos que sería sensato priorizar la recaptación de los siguientes pacientes con diabetes que se encuentran en una situación de mayor riesgo⁶:

- Aquellos con un mal control glucémico según los objetivos individualizados. No fijamos un punto de corte concreto para la HbA1c porque dependerá de la situación actualizada de cada paciente; sin embargo, habitualmente HbA1c superiores a 8 % se asocian claramente a un mayor riesgo

de complicaciones incluidas las descompensaciones agudas^{7,8}. Los pacientes que no tienen realizada ninguna determinación de la HbA1c también entrarían en esta categoría de riesgo.

- Pacientes vulnerables o frágiles. Este es un concepto muy amplio y no se refiere solo a la edad cronológica (> 75 años?) puesto que también influyen las comorbilidades, la polimedicación y los condicionantes sociales⁹. A pesar de que existen varias escalas validadas para cuantificar la fragilidad^{10,11}, creemos que el médico de cabecera, que es el que conoce a su paciente, es el más cualificado para identificar a estos casos.
- Pacientes con comorbilidades como coexistencia de factores de riesgo cardiovascular, patologías respiratorias, procesos neoplásicos, inmunodeprimidos y todas aquellas situaciones que comportan un mayor riesgo, como puede ser el incumplimiento terapéutico¹².
- Pacientes con riesgo de aislamiento social. Son aquellos pacientes que no disponen de una buena trama de amigos y familiares que les puedan ayudar¹³ o que tienen dificultades para movilizarse
- Pacientes con desigualdades sociales y económicas que ocasionan una menor accesibilidad al sistema sanitario. El

clásico ejemplo desarrollado en otro artículo de este suplemento son el retraso diagnóstico y terapéutico que suelen experimentar algunas mujeres, especialmente las de las clases sociales menos favorecidas¹⁴.

- ... Y todos aquellos pacientes que considere su médico de cabecera que deban ser priorizados.

CONTRIBUCIÓN DE LA INFORMÁTICA Y LA TELEMEDICINA EN LA RECAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES

Es importante identificar a estos pacientes con mayor riesgo, para ello podemos utilizar una serie de herramientas. Sin lugar a duda, la herramienta fundamental en la que se basan todas las otras es la historia clínica en la que se registran todos los datos de nuestros pacientes. Afortunadamente en la actualidad la historia clínica está informatizada en todas las comunidades autónomas y, por tanto, podremos utilizar distintas aplicaciones que nos permitirán obtener la identificación de los pacientes que creamos que deben ser priorizados. Cada comunidad y sistema

de salud tiene nsu propio programa informático y, por tanto, pueden diferir en la aplicación informática: DBSform, SISAP y un largo etcétera.

Cuando los hemos identificado, hay que revisar los datos de la historia clínica y contactar con los pacientes. Para ello podemos recurrir desde el clásico sistema telefónico, al envío de correos electrónicos, whatsapp u otros métodos y herramientas sociales multimedia. En un monográfico de la revista *Diabetes Práctica* se describen todas las posibilidades de la telemedicina⁶. Destacaremos algunos aspectos:

- Primer contacto con el paciente para concertar una visita de control en la que se buscará una fecha y se le pedirá que previamente tenga recogidos todos los datos que puedan ser de interés: peso, presión arterial, glucemias capilares (si tiene la posibilidad de medirlas), medicamentos que está tomando. También deberá reflexionar sobre cuáles son sus expectativas o dudas respecto a la enfermedad y asegurarse del buen funcionamiento de los métodos telemáticos que vaya a utilizar.

Tabla 1. Responsabilidades del profesional sanitario en la primera visita no presencial.

Antes	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la historia clínica electrónica. • Revisar los resultados de las analíticas de sangre • Revisar las últimas consultas. • ¿Se han realizado las acciones encomendadas en la última visita? • Revisar los cambios de medicación.
Inmediatamente antes	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la adecuada localización para la videoconsulta y prepare el sistema. • Iniciar sesión en historia electrónica.
Durante	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar el consentimiento informado al paciente para realizar la consulta virtual. • Indicar el motivo de la consulta y explorar las expectativas del paciente. • Identificar las cuestiones clave y los problemas. • Responder a los problemas. • Formular un plan de gestión con el paciente. • Realizar la promoción y educación para la salud. Informar al paciente de los recursos disponibles a su disposición: alimentación, ejercicio, páginas de internet, etc. • Explicar si se solicitan exploraciones complementarias. • Comprobar y verificar posibles cambios realizados al paciente y su comprensión. • Indicar al paciente que debe contactar en caso de algún efecto secundario del fármaco, incidencia clínica o aquel problema que desee consultar antes de la próxima consulta. • Verificación final de posibles preguntas y comprobación del número de contacto. • Concertar la siguiente visita. Plantear una visita presencial para análisis de sangre, solicitud de imágenes y/o exploraciones que faltan para una completa valoración.

Fuente: Elaboración propia.

Algunos conceptos en la gestión de la consulta de actualización del control clínico y terapéutico en pacientes con DM2

- Primera visita telemática on-line donde el profesional sanitario deberá tener en cuenta los elementos de la Tabla 1.

deberíamos introducir para reconducirlo definitivamente en los habituales circuitos de control periódico.

HACIA UNA PRIMERA CONSULTA PRESENCIAL DE ALTA RESOLUCIÓN

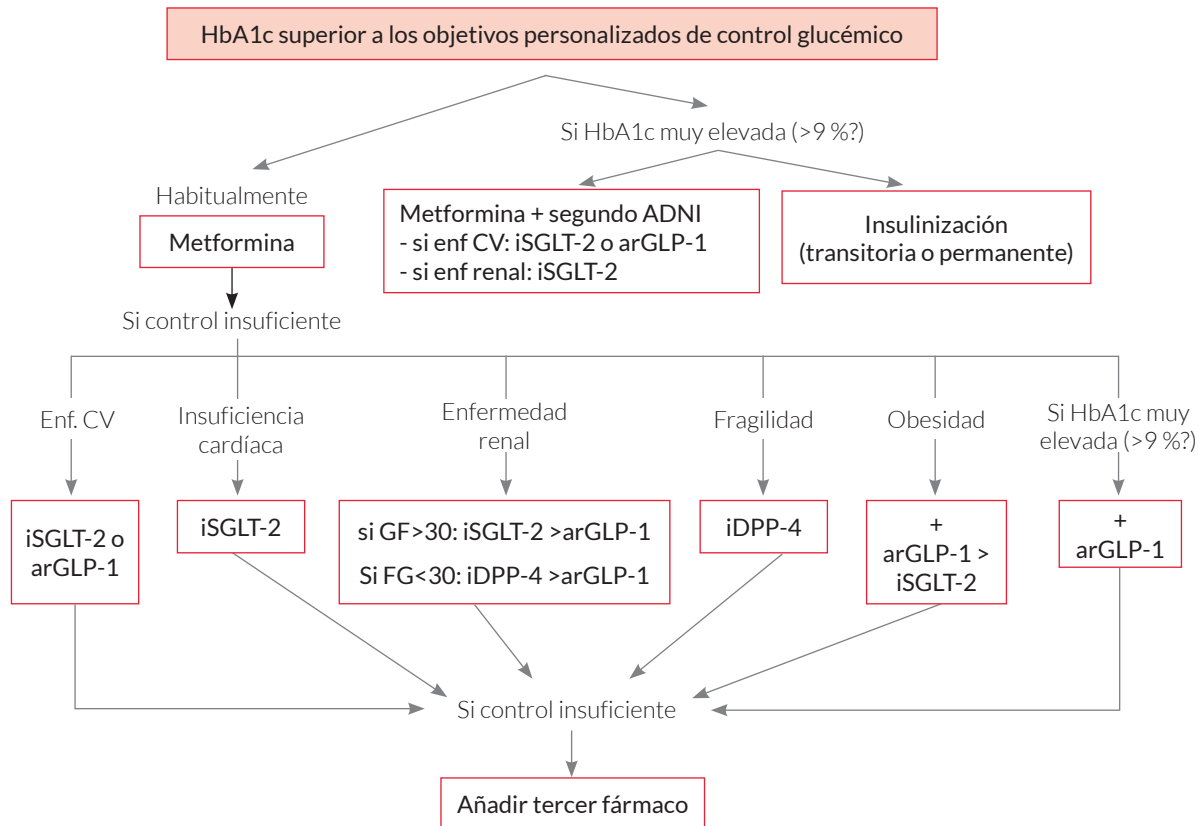
Como podremos comprobar muy, frecuentemente será necesario citar al paciente a una visita presencial para completar su evaluación mediante extracciones sanguíneas o pruebas complementarias. Esta primera visita presencial debería ser de alta resolución, para evitar contactos repetidos e innecesarios con el centro de salud. En otro artículo de este suplemento se desarrollan los contenidos de esta visita de alta resolución.

Cuando tengamos la resolución de la visita telemática y de esta visita presencial, con el resultado de las exploraciones solicitadas, deberíamos estar en condiciones de valorar adecuadamente cuál es la situación del paciente y qué cambios terapéuticos

AJUSTANDO EL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA SEGÚN EL GRADO DE CONTROL PREVIO

El tratamiento farmacológico de la DM2 es complejo y a menudo precisa de sucesivas intensificaciones con la adición de nuevos fármacos para mantener un adecuado control metabólico dada la historia natural de la enfermedad. Estos aspectos han sido ampliamente tratados en el algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia de la redGDPS¹⁵ y en un artículo que analiza la presencia de comorbilidades en los pacientes con DM2 y su tratamiento¹⁶. Ambos artículos explican detalladamente cuáles son las actuales recomendaciones para intensificar los tratamientos a partir de las comorbilidades existentes en los pacientes. En la Figura 2 se muestra un árbol de decisiones que pretende resumir esta información.

Figura 2. Árbol de decisiones para intensificar el tratamiento de la DM2 en las situaciones más habituales de control glucémico inadecuado.



Fuente: Elaboración propia.

PLANIFICANDO UN SEGUIMIENTO ADECUADO DE ESTOS PACIENTES

Una vez se obtenga el necesario control metabólico del paciente, es imprescindible garantizar un seguimiento adecuado del paciente, donde las visitas no presenciales deben conjugarse con las visitas en el centro de salud. De esta manera, no solo se pueden economizar recursos sino que además supone ciertas ventajas tanto para el profesional como para el paciente, sin perder la calidad asistencial.

La telemedicina puede ser de gran utilidad en determinadas situaciones como herramienta que nos permite seguir manteniendo la relación paciente-profesional sanitario⁶. Puede ser una forma de resolver dudas puntuales de los pacientes, solicitar pruebas complementarias o dar resultados de las mismas. Incluso para posibles reajustes o modificaciones de tratamiento, evitando de esta manera desplazamientos innecesarios. A través de la telemedicina también podemos realizar interconsultas con otros especialistas.

En el manejo y seguimiento de nuestro paciente crónico, la consulta telefónica nos puede ayudar a valorar la adherencia

al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, reforzar los logros conseguidos, resolver dudas, reconducir posibles situaciones y potenciar la educación terapéutica. También podemos valorar si puede haber algún indicativo de reagudización de su patología que requiera de una exploración física y, por lo tanto, una visita presencial. Y todo ello sin exponerle innecesariamente a potenciales fuentes de contagio de COVID-19 u otras infecciones.

En las tablas 2 y 3 recogemos un resumen de la actividad que deberían contener las visitas no presenciales de seguimiento⁶.

No olvidemos que el objetivo final para el paciente es el empoderamiento. Un paciente empoderado es un paciente que, además de tener adecuados conocimientos sobre su patología crónica, se responsabiliza y asume su propio cuidado tomando decisiones que afectan positivamente sobre su salud, huyendo del modelo paternalista, en el que el profesional se limita a dar pautas de actuación que el paciente debe cumplir. Por ello, como profesionales de la salud, propondremos el tratamiento más adecuado en función de la evidencia clínica actual, pero es el propio paciente el que debe comprometerse y querer asumir su cumplimiento.

Tabla 2. Actividades trimestrales y semestrales en la visita no presencial.

Fecha:	CHECKLIST CONSULTA TELEMÁTICA DM2 CON BUEN CONTROL*
ACTIVIDAD TRIMESTRAL PREGUNTAS*	
General	¿Cómo se encuentra?
Síntomas hiperglucemia	¿Orina más de lo habitual? ¿Tiene sed con frecuencia?
Síntomas hipoglucemia (solo si sulfonilureas o insulina)	¿Ha tenido mareos, temblor, sudor o desvanecimientos? ¿Ha presentado niveles de glucémicos inferiores a 70 mg/dl? ¿Sabe qué hacer en caso de hipoglucemia?
Alimentación	¿Cree usted que está llevando una alimentación adecuada, en base a los consejos recibidos?*** ¿Tiene alguna dificultad en seguir las recomendaciones? ¿Ha modificado algo en sus hábitos alimenticios? ¿Tiene alguna duda sobre su alimentación?
Ejercicio	¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico? ¿Qué tipo de ejercicio realiza? ¿Ha tenido algún incidente durante el ejercicio, mareo, dolor torácico, hipoglucemia...?

Algunos conceptos en la gestión de la consulta de actualización del control clínico y terapéutico en pacientes con DM2

Fecha:	CHECKLIST CONSULTA TELEMÁTICA DM2 CON BUEN CONTROL*
ACTIVIDAD TRIMESTRAL PREGUNTAS*	
Cumplimentación terapéutica	¿Ha tomado correctamente los medicamentos? ¿Ha tenido problemas con alguno de ellos? (Se revisará si ha recogido en farmacia todos los medicamentos)
Tabaco	¿Ha conseguido dejar de fumar? (Solo a fumadores)
Peso***	¿Se ha pesado? ¿Cuál es su peso?
Presión arterial***	¿Se ha medido la presión arterial? ¿Qué valores tenía?
Autoanálisis*** (solo si indicación autoanálisis)	¿Se ha mirado cómo tiene el azúcar? ¿Qué valores presenta? ¿Sabe entre qué cifras debería estar?
ACTIVIDAD TRIMESTRAL CONSEJOS*	
Educación terapéutica	Realizar actividad educativa
Educación terapéutica	Recomendar material de apoyo***
ACTIVIDAD SEMESTRAL CONSEJOS*	
Control glucémico	Le recordamos que le toca hacer un control analítico y se citará para acudir a hacer la extracción
Control glucémico	Una semana después de la extracción se citará para dar resultados y modificar tratamiento si, fuese preciso
Renovación de tratamiento farmacológico	Le renovaremos el tratamiento farmacológico por un período de 6 meses (en caso de modificación del tratamiento se renovará solamente por 3 meses ya que tendrá que hacer nuevo control analítico en ese plazo)*

* En pacientes con mal control la periodicidad de las actividades será mucho más frecuente.

** Recomendaciones dietéticas: dieta mediterránea.

*** Existen diversas aplicaciones y plataformas que permiten la descarga y envío manual o automático de los datos a distancia.

Las actividades trimestrales serán realizadas preferentemente por enfermería.

Las actividades semestrales y anuales serán realizadas coordinadamente entre personal médico y de enfermería.

Fuente: Hormigo A et al.⁴

Tabla 3. Actividades anuales en la visita no presencial.

Fecha:	CHECKLIST CONSULTA TELEMÁTICA DM2 CON BUEN CONTROL*
ACTIVIDAD ANUAL PREGUNTAS*	
Despistaje retinopatía	¿Ha notado algún problema en la visión?
Despistaje cardiopatía isquémica	¿Ha notado dolor en el pecho en reposo o con los esfuerzos?
Despistaje arteriopatía	¿Ha notado dolor en las pantorrillas al caminar?
Despistaje neuropatía	¿Se marea al incorporarse? ¿Ha tenido diarrea o estreñimiento? ¿Tiene dificultades para tener una erección? (Solo hombres)
Despistaje neuropatía/ pie diabético	¿Ha notado pérdida de sensibilidad, calambres u hormigueos en los pies? ¿Tiene lesiones en los pies?
Despistaje deterioro cognitivo	¿Se olvida a menudo de las cosas que tiene que hacer?
Psicomotricidad	¿Tiene dificultades para caminar o realizar actividades que antes hacía sin problemas?
Apoyo social	¿Con quién vive? ¿Si se encuentra mal tiene a quién llamar? Tiene alguien que le ayude a cuidarse? (Si frágil o dependiente) ¿Está adiestrado el cuidador en el manejo de su patología?
Despistaje Sd depresivo	¿Cómo está de ánimo? ¿Debido a su estado anímico tiene dificultades para seguir las recomendaciones de alimentación, ejercicio o del tratamiento farmacológico?
ACTIVIDAD ANUAL CONSEJOS*	
Le recordamos que tiene que venir al centro de salud para:	
Control glucémico, lipídico y renal	Control analítico
Despistaje pie diabético	Revisión de los pies
Despistaje retinopatía	Revisión de la vista
Despistaje arritmia y CI	Realizar un ECG
Prevención de infecciones	Vacunarse de la gripe y/o neumococo (puede que se incluyan otras vacunas según el calendario de cada comunidad)
Control glucémico, lipídico y renal	Una semana después de la extracción de sangre se citará para dar resultados y modificar tratamiento si fuese preciso
Renovación del tratamiento farmacológico	Le renovaremos el tratamiento farmacológico por un período de 6 meses (En caso de modificación del tratamiento se renovará solamente por 3 meses ya que tendrá que hacer nuevo control analítico en ese plazo)*

Fuente: Hormigo A et al.⁶

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. ADA's Standards of Medical Care in Diabetes. *Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association*. 2021;39(1):128-128.
3. Barber TM, Weickert MO. How might remote management of diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic impact patient care? Expert review of endocrinology & metabolism 2021;16(4):155-8.
4. Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermsilla E, Fàbregas M, 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(1).
5. Coma E, Miró Q, Medina M, Marín-Gómez FX, Cos X, Benítez M, et al. Association between the reduction of face-to-face appointments and the control of patients with type 2 diabetes mellitus during the Covid-19 pandemic in Catalonia. *Diabetes research and clinical practice*. 2021;182:109127.
6. Hormigo A, García Soidán FJ, Franch-Nadal J, Sanz N. La diabetes mellitus tipo 2 en tiempos del COVID Reflexiones sobre la telemedicina y la capacitación de los pacientes. *Diabetes Practica [Internet]*. 2021; supl(1): 2-25.
7. Schwab P, Saundankar V, Bouchard J, Wintfeld N, Suehs B, Moretz C, et al. Early treatment revisions by addition or switch for type 2 diabetes: Impact on glycemic control, diabetic complications, and healthcare costs. *BMJ Open Diabetes Research and Care*. 2016;4(1):1-8.
8. Nathan DM, Cefalu WT, Ratner RE. The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: Overview. *Diabetes Care*. 2014;37(1):9-16.
9. D James G, Baker P, Badrick E, Mathur R, Hull S, Robson J. Ethnic and social disparity in glycaemic control in type 2 diabetes; cohort study in general practice 2004-9. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2012;105(7):300-8.
10. Ruiz JG, Dent E, Morley JE, Merchant RA, Beilby J, Beard J, et al. Screening for and Managing the Person with Frailty in Primary Care: ICFSR Consensus Guidelines. 2020;24(9):920-927. doi: 10.1007/s12603-020-1492-3.
11. Oviedo-Briones M, Laso AR, Carnicero JA, Cesari M, Grodzicki T, Gryglewska B, et al. A Comparison of Frailty Assessment Instruments in Different Clinical and Social Care Settings: The Frailtools Project. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2021;22(3):607.e7-607.e12.
12. Orozco-Beltrán D, Cinza-Sanjurjo S, Escribano-Serrano J, López-Simarro F, Fernández G, Gómez García A, et al. Adherence, control of cardiometabolic factors and therapeutic inertia in patients with type 2 diabetes in the primary care setting. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*. 2021; e00320. doi: 10.1002/edm2.320.
13. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, de Labry-Lima AO, Márquez-Calderón S. Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health & Social Care in the Community*. 2010;18(6):572-87.
14. Gouni-Berthold I, Berthold HK, Mantzoros CS, Böhm M, Krone W. Sex disparities in the treatment and control of cardiovascular risk factors in type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2008;31(7):1389-91.
15. Mata-Cases M, Artola Menéndez S, Díez Espino J, Ezkurra Loiola P, Franch-Nadal J, García Soidán FJ, et al. Actualización de 2020 del algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS. *Diabetes Práctica*. 2020;11(02):41-76.
16. 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(10): e031281. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031281.