

Reencuadre en un paciente con diabetes mellitus tipo 2

Noelia Fernández Brufal¹, Cristina Herrero Payo², Manuel Carlos Soler Torres²

¹ Médica de familia. Centro de Salud San Fermín, Elche (Alicante). *Rising Star* de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS). ² Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Elche (Alicante)

Palabras clave: atención primaria, diabetes mellitus tipo 2, agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1, enfermedad cardiovascular, abordaje integral clínico, inercia terapéutica.

RESUMEN

El abordaje terapéutico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 requiere individualización, valoración integral y disciplinar, evaluación de los factores de riesgo cardiovascular y, a la vez, de los objetivos de control glucémico, todo ello estableciendo unas bases en la relación profesional sanitario-paciente. La elección terapéutica actual debe estar basada en fármacos que han demostrado un beneficio cardiovascular, evitando la inercia terapéutica, con el propósito de prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se presenta a continuación un caso clínico donde la atención integral, que ha de evitar la inercia terapéutica, pone de manifiesto el abordaje holístico teniendo en cuenta las características clínicas, sociales y personales de un paciente con diabetes y riesgo cardiovascular alto.

Desde 1978, en la Declaración de Alma Ata, el concepto de atención primaria de salud (APS) se ha reinterpretado y se ha redefinido numerosas veces. Un nuevo compromiso mundial se renovó tras la Declaración de Astaná, de forma que surgió una nueva definición de APS¹. Ese enfoque se ha convertido durante mucho tiempo en el abordaje a los pacientes con diabetes mellitus (DM) en APS: atención centrada en el paciente, proceso continuo que abarca los conceptos de promoción (hábitos dietéticos, ejercicio, etc.) y prevención (por ejemplo, aparición de complicaciones cardiovasculares), adecuación terapéutica (según objetivos adaptados a la edad y comorbilidades, desprescripción o cuidados paliativos), abordaje multidisciplinar y empoderamiento del paciente.

Sin embargo, la aparición de la pandemia por coronavirus de 2019 o COVID-19 ha supuesto una verdadera reinención, reinterpretación y redefinición de todo el sistema sanitario, incluida la APS. Y como en muchas otras enfermedades crónicas, en los pacientes con DM se han implementado nuevas estrategias para su abordaje y control: consulta virtual, telefónica, videollamadas, mensajería, etc., con protocolos consensuados^{2,3} y el uso de aplicaciones móviles y otros recursos electrónicos (e-recursos). La adaptación a esta forma de trabajo en cada paciente con DM se vio influida por su capacidad para el uso de tecnología, la evolución de su enfermedad y la prevalencia de COVID-19, así como por condiciones sociales, familiares o personales.

Los profesionales de todos los equipos sanitarios han adaptado su forma de trabajo a las necesidades que ha impuesto la pandemia: reorganizaciones, nuevos circuitos de atención y derivación, cambios en la estructura de trabajo, nuevas formas de gestión de la consulta, adquisición de nuevas habilidades y conocimientos y, por supuesto, la importante gestión del estrés/carga emocional/*burnout* secundario a la revolución sanitaria de la pandemia.

Cómo llega este nuevo paciente a la consulta es fruto de las técnicas de gestión del mostrador, desde donde se añade una nota hasta la citación del paciente con el motivo de consulta para facilitar el desarrollo de la jornada laboral: estas suelen ser interminables maratones de citas forzadas por la demanda asistencial secundaria al escenario descrito durante la pandemia.

Así, en el caso que ahora se presenta, aparece la siguiente notificación en el formato de modalidad de «consulta telefónica»: «El paciente solicita renovación de tratamiento con clopidogrel». En diferentes áreas sanitarias, la prescripción de algunos principios activos va condicionada a un visado por parte de inspección médica o a la derivación a consulta hospitalaria para que un facultativo no perteneciente a APS solicite la renovación del tratamiento crónico sometido a inspección. Por ello, en un primer momento, la citación de este paciente parecía una consulta meramente «administrativa» o «burocrática».

Al abrir la historia clínica electrónica del paciente, se revisa el historial terapéutico vigente para comprobar el resto del tratamiento, eventuales interacciones potencialmente peligrosas o presencia de duplicidades innecesarias. Se observa que el paciente tiene prescrito atorvastatina (80 mg/24 h), tramadol (150 mg/24 h), bromazepam (3 mg/24 h), valsartán/hidroclorotiazida (320/12,5 mg/24 h), omeprazol (20 mg/24 h), ácido acetilsalicílico (100 mg/24 h), clopidogrel (75 mg/24 h), barnidipino (10 mg/24 h) y empagliflozina/metformina (12,5/1000 mg/12 h). Se trata del primer contacto con el paciente en un nuevo cupo médico, por lo que se aprovecha para comprobar antecedentes previos a la prescripción demandada de clopidogrel.

Se trata de un varón de 71 años, fumador de 40 paquetes/años, sin hábito enólico. Como diagnósticos activos consta obesidad, DM tipo 2, hipertensión, dislipemia, aterosclerosis con claudicación intermitente, déficit de vitamina B₁₂, insomnio, síndrome de Leriche (ingreso en Cirugía Vascular en 2015) y cardiopatía isquémica crónica estable; además, el paciente es portador de un marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo. Desde junio de 2020, tras un alta voluntaria del Servicio de Cirugía Vascular en el hospital de referencia, no ha tenido ningún contacto clínico, por lo que en lugar de realizar la prescripción, se contacta telefónicamente con el paciente y se le cita de forma presencial en la consulta.

El paciente acude solo. Se ha cambiado recientemente de domicilio y, por tanto, de centro de salud. Durante los primeros años en España la asistencia clínica del paciente, de origen libanés, no ha quedado reflejada en su historia clínica al pertenecer a otro departamento de salud: todavía no existe la historia electrónica única compartida, aunque debería ser uno de los objetivos en la atención a los pacientes crónicos en todos los niveles asistenciales sociosanitarios. Durante el período desde el inicio del estado de alarma (marzo de 2020) relata que el acceso sanitario a través de consulta telefónica ha sido una barrera importante para el manejo de su patología, principalmente por el idioma, aunque «como tenía pastillas no lo necesitaba». Se le pregunta por sus controles y síntomas relacionados con la DM, a lo que el paciente refiere: «Solo me tomo las pastillas porque me dijeron que tengo un poco de azúcar, que no necesito más». Es fumador activo en fase precontemplativa, con afición a la cocina (se encarga de «preparar comidas para familia y amigos»). Expone problemas familiares, económicos y de vivienda que se han acentuado en el último año. El síntoma principal que autopercebe como problema es el dolor en las extremidades inferiores junto con el aumento de peso.

Anteriormente se señaló la importancia de establecer como línea de trabajo en las nuevas situaciones de confina-

miento la formación de los pacientes crónicos en autocuidado de su enfermedad (un trabajo conjunto con asociaciones de pacientes) y empleo de nuevas tecnologías, así como una comunicación fluida con sus referentes de salud y acceso al sistema sanitario de forma segura⁴. Sin embargo, en este paciente se identifican diversas barreras que provocaron un efecto negativo en su seguimiento, al igual que en otros pacientes con DM durante el período del confinamiento⁵: dificultad en el autocuidado (imposibilidad de practicar actividad física, sobrecarga de responsabilidad familiar y abandono de hábitos de dieta), sin conciencia de enfermedad, aumento de peso, inexistencia de formación previa respecto a sus patologías crónicas, falta de contacto con asociaciones locales y ausencia de otros recursos de red comunitaria, entre algunas de las limitaciones más llamativas.

En el momento de la exploración física del paciente se destaca lo siguiente: peso de 99 kg; talla de 173 cm; índice de masa corporal de 33,08 kg/m²; presión arterial (PA) promedio: 145/70 mmHg; frecuencia cardíaca: 86 latidos por minuto y perímetro abdominal de 108 cm. Hiperqueratosis en ambos pies, heloma interdigital del segundo-tercer dedo del pie derecho y cuarto-quinto dedo del pie izquierdo; heloma en fondo de saco del tercer-cuarto dedo del pie izquierdo. Lesión de pie diabético de grado II de Meggit-Wagner en el cuarto dedo del pie derecho.

La última analítica que se dispone del paciente (junio de 2020) mostraba los siguientes valores: glucosa de 119 mg/dl, creatinina de 0,7 mg/dl, filtrado glomerular (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration [CKD-EPI]) >90 ml/min/1,73 m², triglicéridos de 206 mg/dl, colesterol total de 129 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) de 42 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) de 46 mg/dl, glutamato oxalacetato transaminasa de 19 UI/l, glutamato piruvato transaminasa de 12 UI/l, γ -glutamil transferasa de 32 UI/l, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) del 6,8 % y cociente microalbúmina/creatinina (en orina) de 137 mg/g. Se solicita nueva determinación en marzo 2021: glucosa de 140 mg/dl, HbA_{1c} del 7,3 %, creatinina de 0,7 mg/dl, filtrado glomerular (CKD-EPI) >90 ml/min/1,73 m², triglicéridos de 240 mg/dl, colesterol total de 150 mg/dl, c-HDL de 42 mg/dl, c-LDL de 75 mg/dl, glutamato oxalacetato transaminasa de 20 UI/l, glutamato piruvato transaminasa de 14 UI/l, γ -glutamil transferasa de 40 UI/l, cociente microalbúmina/creatinina (en orina) de 205 mg/g y vitamina B₁₂ de 155 pg/ml.

En relación con el cálculo del índice tobillo-brazo (ITB), ITB izquierdo: 0,5; ITB derecho: 0,4.

Todo ello orienta hacia la atención de un paciente con DM tipo 2 y enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, con empeoramiento del control metabólico desde su última revisión. Se establece un listado de problemas de salud detectados como orientación terapéutica y con registro en la historia clínica del paciente para facilitar la atención por diferentes miembros del equipo de APS. Se señalan a continuación los condicionantes clínicos que determinarán los objetivos y selección de fármacos.

CONDICIONANTES CLÍNICOS QUE DETERMINARÁN LOS OBJETIVOS Y SELECCIÓN DE FÁRMACOS

Tabaquismo

Una medida fundamental en el abordaje de los pacientes con DM es preguntar sobre el hábito tabáquico, registrarlo y, en el caso de que el paciente con DM fume, aconsejar de forma breve su cese; en los pacientes motivados en dejar de fumar se ha de valorar la terapia farmacológica⁶. Además, este paciente presenta enfermedad arterial periférica, por lo que el abordaje del tabaquismo es, junto con la práctica de ejercicio, una estrategia primordial⁷.

Incompleta educación en el control de su diabetes y falta de revisiones periódicas y de adherencia terapéutica

Los programas educativos estructurados son eficaces como herramientas terapéuticas para el control de la patología, para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida. Es clave explicar al paciente los resultados de los controles analíticos a los 3-6 meses, así como la realización de pruebas diagnósticas complementarias, comprobar cumplimiento farmacológico, etc. Estos aspectos son fundamentales y se han visto afectados durante los meses más complicados de la pandemia por COVID-19, por lo que establecer unas bases con este paciente resulta muy importante⁸.

Obesidad. Inadecuados hábitos alimentarios. Progresivo aumento de peso

La prevalencia de obesidad y, concretamente, de obesidad abdominal en pacientes con DM es muy alta. Según las recomendaciones de 2021 de la American Diabetes Association (ADA)⁹, en la elección de un tratamiento hipoglucemiante en pacientes con obesidad hay que tener en cuenta su efecto

sobre el peso y, si es posible, elegir aquellos que provoquen una pérdida ponderal. Los cambios dietéticos, las circunstancias familiares y económicas, el sedentarismo por dolor y por el confinamiento consecuencia de la pandemia del coronavirus han sido, entre varios condicionantes, causas que, sin duda, han generado un aumento de peso en el paciente.

En este caso, al proponer añadir otro fármaco para el tratamiento de la DM le asaltó al paciente una duda razonable: «Pero si mi analítica está bien, ¿por qué añadimos más fármacos?».

Fue necesario detenerse largo tiempo, que luego resulta una inversión en su salud y en la comprensión de su enfermedad, para explicarle la existencia de moléculas que, además del control de su glucosa, han demostrado que disminuyen el riesgo cardiovascular (RCV) añadido particular que él tiene. Se aclaró que su RCV precisamente viene determinado por el tabaquismo (de ahí la insistencia en que deje de fumar), el sedentarismo, la obesidad y su enfermedad arterial periférica instaurada, todos estos factores interrelacionados entre sí.

El consenso con el paciente es muy importante, y tomarse el tiempo necesario para que entienda los cambios, también: es una de las maneras de mejorar la adherencia terapéutica. Se le ha de explicar detenidamente, en un lenguaje comprensible (no técnico y superando, además, la barrera idiomática), que, si bien su HbA_{1c} no está fuera de control y ya está tratado con un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) que reduce el RCV, el empleo de otro fármaco puede reducirle más el peso y disminuirle aún más su RCV.

Se le argumenta qué familia actual de fármacos podía contribuir a ambos procesos, la de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1) (especialmente indicados para rebajar el peso en pacientes con DM)¹⁰, siguiendo la evidencia de algoritmos reconocidos internacionalmente (figura 1). Se le propone la semaglutida^{11,12} inyectable semanal, aun a sabiendas de que el método de administración podía ser un problema para el cumplimiento terapéutico. Para lograr vencer esta potencial resistencia, se le pudo mostrar en consulta el dispositivo del fármaco sugerido, explicándole cómo proceder al aumento de dosis progresivamente cada cuatro semanas durante tres meses (0,25 mg-0,5 mg-1 mg), manteniendo después la última dosis.

Falta de ejercicio físico

En este caso, la no realización de ejercicio físico se atribuye a la fatiga secundaria a obesidad, dolor en las extremidades

valorar la afectación por su frecuente asociación. En el momento del diagnóstico de DM tipo 2, o en el período de tiempo más inmediato a este, se ha de procurar la detección precoz de retinopatía, estableciendo posteriormente la periodicidad del cribado en función de los hallazgos, del control metabólico y los años de evolución de la DM. Se informa al paciente de la importancia de la realización de esta prueba y el porqué de su seguimiento.

Riesgo cardiovascular muy alto

En la práctica diaria del abordaje del paciente con DM es de obligado cálculo establecer su RCV y, a la vez, marcar los objetivos de su control lipídico. La European Society of Cardiology (ESC), junto con la European Association for the Study of Diabetes (EASD), resume de manera infográfica las recomendaciones actuales respecto al RCV en pacientes con DM¹⁵ (figura 2).

Figura 2. Categorías de riesgo CV en pacientes con DM

Riesgo CV muy alto	Paciente con DM y enfermedad CV establecida o daño de órgano diana ^a o 3 o más factores de riesgo ^b o DM tipo 1 de larga duración (>20 años)
Riesgo CV alto	Pacientes con DM y una duración de la DM ≥10 años y con al menos otro factor de riesgo, pero no hay daño en el órgano diana
Riesgo CV moderado	Pacientes jóvenes (DM1 <35 años de edad o DM tipo 2 <50 años de edad) y una duración de la DM <10 años sin otros factores de riesgo

^a Proteinuria, FGe ≥ 30 ml/min/1,73 m², hipertrofia ventricular izquierda o retinopatía.

^b Edad, hipertensión, dislipidemia, tabaco, obesidad.

CV: cardiovascular; DM: diabetes mellitus; FGe: tasa de filtración glomerular estimada.

Adaptada de Cosentino et al.¹⁵.

Así, según las categorías referidas, este paciente tendría un RCV alto, y su valor de c-LDL objetivo sería menos de 55 mg/dl (figura 3), de manera que debemos recomendar la intensificación del tratamiento dislipémico. En la analítica del año 2020 sí existía un control adecuado de cifras de c-LDL, no así en la última determinación. Esto pone de manifiesto una necesaria conducta clínica para evitar la mala praxis en nuestra profesión: realizar siempre un seguimiento estrecho para evitar la inercia terapéutica ante los casos donde no se consigan las cifras en el objetivo recomendado.

Figura 3. Objetivos de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) en pacientes con diabetes mellitus

Categoría	Objetivos
Riesgo muy alto	LDL <55 mg/dl
Riesgo alto	LDL <70 mg/dl
Riesgo moderado	LDL <100 mg/dl

Adaptada de Cosentino et al.¹⁵.

Pero, además, como se reseña en un estudio realizado por Cebrián-Cuenca et al.¹⁶, debido a este riesgo tan elevado se debería instaurar una intervención lo más precoz y adaptada posible a las circunstancias comórbidas del paciente, empleando fármacos que hayan demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular y reducir las complicaciones micro y macrovasculares, independientemente del grado de control glucémico del paciente: conviene alejarse de la visión estrecha meramente glucocéntrica.

Hay dos grupos terapéuticos que destacan en este sentido por los resultados obtenidos en ensayos de seguridad cardiovascular: los arGLP1 y los iSGLT2. El paciente ya estaba siendo tratado con un iSGLT2 (empagliflozina), aunque manifestó no tomar de manera diaria la medicación debido a los efectos secundarios: discontinuidad intermitente de su uso por balanitis, sin saber cómo tratarla. En este punto, se decidió reforzar su cumplimiento explicando cómo tratar este efecto adverso frecuente y se propuso que, en el caso de no poder resolverla, se retiraría. Añadir, además, un tercer fármaco como un arGLP1 para abordar de manera más completa la obesidad y reducirle la mortalidad cardiovascular, retrasando el deterioro de la función renal, se demuestra como una recomendación más que razonable por su seguridad y la evitación de riesgo de posibles hipoglucemias farmacológicas; recordemos que, en este paciente, la reducción de la HbA_{1c} no es el objetivo terapéutico principal si tenemos en cuenta la edad y la existencia de ECV.

Microalbuminuria sin disminución del filtrado glomerular

La microalbuminuria es un importante predictor de eventos cardiovasculares. Siguiendo las recomendaciones de las principales sociedades científicas, se comprueba que el paciente ya está tratado con un antagonista de los receptores de la angiotensina II para retrasar la aparición de una posible enfermedad renal, junto con el resto de tratamientos planteados para el control de factores de RCV.

Presión arterial por encima de cifras objetivo

En el abordaje integral de este paciente se ha de incluir la optimización de las cifras de PA, que en este caso se encuentran por encima del objetivo (130/80 mmHg por tratarse de un paciente de RCV alto con ECV aterosclerótica instaurada). Se insistirá en la restricción de la sal en las comidas, se recomendará la pérdida de peso y la práctica de ejercicio adaptado a las circunstancias del paciente y se le seguirá en el cumplimiento de la terapia farmacológica. Si no se logran las cifras objetivo de PA con la terapia hipoglucemiante planteada como nueva intervención, se intensificará el tratamiento farmacológico antihipertensivo a los tres meses.

Uso prolongado de benzodiazepinas

El paciente no es consciente de que su consumo se asocia a un riesgo añadido perjudicial para su salud, debido a la «normalización de su uso entre la población». A la vez, se explora su esfera mental/anímica y se establecen las recomendaciones de la desprescripción de este grupo terapéutico (no de manera inmediata, y siempre gradual y de forma supervisada). Se deja constancia en su historia clínica.

RESOLUCIÓN DEL CASO

El abordaje terapéutico en este paciente implica varios aspectos, alejados algunos de lo puramente farmacológico: identificar y romper barreras terapéuticas, establecer objetivos de control consensuados con él y fomentar su autoconocimiento en DM para implementar su propia educación al respecto de esta enfermedad. Todo ello sin olvidar el objetivo de prevención secundaria ante la presencia de ECV establecida (incluida la enfermedad renal crónica e insuficiencia cardíaca), según las recomendaciones de la ADA 2021⁹: consiste en establecer el tratamiento farmacológico independientemente del control glucémico (HbA_{1c}) del paciente. En este caso, se decidió añadir un tercer fármaco (un arGLP1, en escalada de dosis según tolerancia), con el que también se pretende una pérdida de peso para mejorar la fatiga, así como una disminución del dolor de las extremidades inferiores por claudicación intermitente de forma secundaria.

Por otro lado, la recomendación de cribado de una potencial retinopatía a través de la retinografía se establecerá en función de los años de evolución de la DM y de la sospecha de microangiopatía, que en este paciente es clara; una vez realizado el fondo de ojo, la cadencia de petición de futuras

retinografías dependerá de las lesiones que se encuentren y del control glucémico del paciente. En el caso presentado, además, se inicia un arGLP1 que puede empeorar una potencial retinopatía, motivo por el cual es preciso solicitar una retinografía sin la menor dilación.

Se añaden 10 mg/día de ezetimiba (para obtener cifras de c-LDL en objetivo); se realiza también atención centrada en los síntomas sobre el estado de ánimo del paciente con disminución de la dosis de bromazepam y considerando la posibilidad de valoración conjunta con la Unidad de Salud Mental según su evolución: se inicia la desprescripción del fármaco por potencial prescripción inadecuada de las benzodiazepinas (dados sus nocivos efectos adversos); se aumenta la dosis de tramadol para mejorar el control del dolor, explicando los posibles efectos adversos y buscando la dosis mínima eficaz; se le incluye en el programa de deshabitación tabáquica, principal objetivo terapéutico, realizando una entrevista motivacional y pautando objetivos para que el paciente adopte la fase contemplativa de Prochaska; se realizan modificaciones en la dieta¹⁷ y se le proponen ejercicios adaptados para ayudarle en la consecución de pérdida de peso.

Se programan citas coordinadas entre medicina y enfermería, introduciendo la consulta telefónica puntual no ya como barrera, sino como refuerzo en el seguimiento de la atención sanitaria del paciente. De esta manera, se mejora la adhesión terapéutica y la detección precoz de posibles efectos adversos de los nuevos fármacos introducidos a través de esta modalidad de atención. En la consulta de enfermería se enseña y comprueba la correcta administración del fármaco inyectable (arGLP1) hasta que el paciente adquiere la destreza para administrárselo en casa sin supervisión. La facilidad del dispositivo ayuda a trabajar el abordaje de la común barrera del miedo sobre los inyectables que comparten los muchos pacientes con DM, a la vez que se refuerza la adquisición de hábitos saludables (dieta, ejercicio adecuado, abandono del tabaco, etc.). En las consultas sucesivas se refuerzan los objetivos terapéuticos de pérdida de peso y PA y la adquisición de conocimientos de autocuidado. Respecto a la actividad física, se recomienda la realización de ejercicio aeróbico hasta la aparición de dolor, inicialmente supervisados, sin carga excesiva, explicando que puede hacer los ejercicios de brazos y tronco sentado, combinados con ejercicios de equilibrio, teniendo en cuenta su edad y las condiciones de la vivienda.

Se deriva a la consulta de la trabajadora social para que reciba información sobre ayudas y asociaciones para generar red social. Se realiza una cita con uno de sus hijos, ante la importancia de que el paciente se vincule dentro de una

dinámica familiar. En el centro de salud se dispone de estudiantes de podología en prácticas universitarias, por lo que se valora al paciente para trabajar el cuidado del pie diabético. Se le deriva a consultas externas de Cirugía Vasculat, tras la realización del ITB en el centro de salud. Tras estas visitas, se llevan a cabo consultas programadas telefónicas para ir re-comprobando y contrastando con el paciente el plan terapéutico y su total comprensión, sin barreras idiomáticas, de todos los procesos. De este modo, se pudo trabajar los miedos del paciente que motivaron el alta voluntaria anterior.

A la espera de los resultados analíticos del paciente a los tres y seis meses de las intervenciones, así como de los informes de las diferentes evaluaciones en el ámbito hospitalario, tras la exposición de este caso clínico se quiere reflejar el arduo trabajo que desde APS se realiza en el abordaje de

pacientes con DM complejos y de RCV elevado. La DM es una patología crónica de gran prevalencia que, al igual que otras, se ha visto seriamente afectada por la pandemia del coronavirus: se ha traspasado el concepto teórico descrito inicialmente en el artículo (reformulación de la APS de la Declaración de Astaná y el idealismo en el manejo general de los pacientes con DM como paradigma de patología crónica) a la práctica: una atención integral e individualizada, lejos de una inercia clinicoterapéutica a pesar de las barreras existentes, tales como el tiempo y la sobrecarga de los profesionales. Si logramos una adecuada relación médico (o profesional sanitario, incluyendo a todo el equipo de APS)-paciente fluida, de confianza y a través de decisiones realmente compartidas, se podrá colaborar en un objetivo común de todos los que trabajan multidisciplinariamente en la atención de los pacientes con DM.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. 2018. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065> [último acceso: 10 de septiembre de 2021].
2. Kiran T, Moonen G, Bhattacharyya OK, Agarwal P, Bajaj HS, Kim J, et al. Managing type 2 diabetes in Primary Care during COVID-19. *Can Fam Physician*. 2020;66:745-7.
3. García Soidán J, Hormigo Pozo, A, Sanz Vela N. Protocolo Tele-Consulta Paciente con diabetes tipo 2. Disponible en: <https://www.redgdps.org/gestor/upload/2020/Protocolo%20Teleconsulta.pdf> [último acceso: 10 de septiembre de 2021].
4. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblas M, Luque Martín N. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gac Sanit*. 2020;S0213-9111(20)30251-X.
5. Fisher L, Polonsky W, Asuni A, Jolly Y, Hessler D. The early impact of the COVID-19 pandemic on adults with type 1 or type 2 diabetes: a National Cohort Study. *J Diabetes Complications*. 2020;34:107748.
6. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6:CD009670.
7. Iglesias R. Prevención de la arteriopatía periférica. *Diabetes Práctica*. 2019;10(Supl Extr 3):S1-40.
8. Galindo M. Educación terapéutica básica. *Diabetes Práctica*. 2016;7(Supl Extr 4):S1-56.
9. American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of medical care in diabetes-2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl 1):S111-24.
10. Mata Cases M, Artola Menéndez S, Díez Espino J, Ezkurra Loiola P, Franch Nadal J, García Soidán FJ. Actualización de 2020 del algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS. *Diabetes Práctica*. 2020;11:41-76.
11. Zinman B, Bhosekar V, Busch R, Holst I, Ludvik B, Thielke D, et al. Semaglutide once weekly as add-on to SGLT-2 inhibitor therapy in type 2 diabetes (SUSTAIN 9): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019;7:356-67.
12. Aroda VR, Ahmann A, Cariou B, Chow F, Davies MJ, Jódar E, et al. Comparative efficacy, safety, and cardiovascular outcomes with once-weekly subcutaneous semaglutide in the treatment of type 2 diabetes: insights from the SUSTAIN 1-7 trials. *Diabetes Metab*. 2019;45:409-18.
13. Ruiz Quintero MA. Prevención de la neuropatía-pie diabético. *Diabetes Práctica*. 2019;10(Supl Extr 3):S1-40.
14. Gimeno-Orna J, Faure-Nogueras E, Castro-Alonso F, Boned-Juliani B. Ability of retinopathy to predict cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Cardiol*. 2009;103:1364-7.
15. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Guía ESC 2019 sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares, en colaboración con la European Association for the Study of D. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:404.

16. Cebrián-Cuenca AM, Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Mauricio D, Orozco-Beltrán D, Consuegra-Sánchez L. Half of patients with type 2 diabetes mellitus are at very high cardiovascular risk according to the ESC/EASD: data from a large Mediterranean population. *Eur J Prev Cardiol.* 2020;1-3.
17. Carrillo L, Sanz N, Álvarez A, Aranbarri I, Gómez O, García J. Algoritmo sobre cambio en el estilo de vida en DM2 de la redGDPS 2020. Disponible en: <https://www.redgdps.org/algoritmo-de-estilos-de-vida-de-la-fundacion-redgdps> [último acceso: 22 de julio de 2021].