

Centros de Excelencia en Diabetes: estándares de calidad

Francisco Javier García Soidán

Médico de familia. Centro de Salud de Porriño, Pontevedra. Miembro de la RedGDPS

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Excelencia en Diabetes son aquellos que permiten realizar una atención integral y coordinada entre todos los profesionales implicados en la atención del paciente con diabetes. Estos centros dispondrán de un plan de actuación integral, basado en la evidencia y con la finalidad de reducir la morbimortalidad asociada bajo criterios de calidad y eficiencia.

Con el fin de evaluar el correcto cumplimiento de los objetivos de los Centros de Excelencia, es preciso disponer de unos indicadores y unos estándares de calidad que nos ayuden a conocer la situación de partida y la evolución de dichos objetivos, para incorporar medidas correctoras.

Por lo tanto, se trata de una experiencia novedosa en nuestro país mediante la cual se pueden optimizar todos los recursos que ofrece el Sistema Nacional de Salud con la única finalidad de mejorar la atención que reciben los pacientes con diabetes. Ya se ha iniciado su puesta en marcha en varias áreas sanitarias de nuestro país y la intención es su progresiva implantación en todo el territorio, enmarcado dentro del programa de atención al paciente crónico, cuyo paradigma es la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La DM2 es una enfermedad crónica y progresiva con una alta prevalencia. Los datos del estudio Di@bet.es sitúan la prevalencia de diabetes en España en el 13,8 % de las personas mayores de 18 años. De este porcentaje, un 7,8 % corresponde a casos de DM2 conocida (casi 3 millones de personas), mientras que un 6 % de la población española desconoce que son diabéticos (más de 2,3 millones de personas)¹. El envejecimiento de la población, el aumento progresivo de la obesidad y el estilo de vida occidental son los factores determinantes de la creciente prevalencia de diabetes en el mundo.

El mayor problema de la diabetes es su capacidad para desarrollar complicaciones, sobre todo en aquellos pacientes que presentan un mal control, ya que esta enfermedad es la primera causa de ceguera, de tratamiento sustitutivo renal (diálisis o

trasplante) y de amputación no traumática en los países occidentales. También se asocia con la presencia de enfermedades cardiovasculares, las cuales son la primera causa de muerte en personas con diabetes, siendo en muchos pacientes causa de muerte prematura.

Afortunadamente, sabemos que es posible reducir y retrasar la aparición de estas complicaciones mediante el control adecuado de la glucemia y del resto de factores de riesgo cardiovascular, tal y como se ha demostrado en múltiples estudios²⁻⁴.

Debido a la reciente implantación del modelo de gestión integrada en las distintas áreas de salud de muchas comunidades autónomas y al desarrollo del proceso asistencial integrado en diabetes en muchas de estas áreas, parece que es un buen momento para poner en marcha este plan de Centros de Excelencia en Diabetes.

OBJETIVOS DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA EN DIABETES

Los Centros de Excelencia en Diabetes tienen unos objetivos encaminados a mejorar la atención a las personas con diabetes de una manera eficiente, coordinada, basada en la evidencia y con un nivel de calidad óptimo. Entre ellos, podemos destacar:

- Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes con base en un adecuado control metabólico.
- Mejorar el control glucémico y de los factores de riesgo cardiovascular de las personas con DM2.
- Prevención y diagnóstico precoz de las complicaciones.
- Tratamiento de las complicaciones cuando ya están presentes.
- Coordinación entre la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria:
 - Implantar y adaptar la gestión del proceso de atención a la DM2, de modo que queden claramente establecidas las competencias de cada uno

- de los profesionales y se favorezcan las relaciones fluidas entre ellos.
- Organizar circuitos eficaces para la circulación de informes y mejorar los instrumentos para compartir la información.
- Establecer canales de comunicación (*on-line*, teléfono, etc.) entre los profesionales implicados para posibles consultas, comentarios, sugerencias, etc.
- Elaborar protocolos de actuación comunes.
- Potenciar las consultas de alta resolución, para que las actividades se realicen sin necesidad de que el paciente tenga que acudir a múltiples profesionales en varias ocasiones.
- Impulsar la medición de indicadores de calidad con el establecimiento de estrategias de mejora para disminuir la variabilidad y aumentar el cumplimiento de las normas de calidad definidas en el programa de Centros de Excelencia en Diabetes.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE CENTROS DE EXCELENCIA EN DIABETES

Para poder alcanzar todos los objetivos, es necesaria la elaboración de un programa que contemple todos aquellos contenidos propios de la Atención Primaria y Hospitalaria y también de aquellos contenidos comunes a ambas, los cuales será necesario desarrollar. Entre estos contenidos estarán:

- Comunes a Hospital y Atención Primaria:
 - Creación de la ruta asistencial en diabetes: plan de actuación integrada en diabetes.
 - Creación del protocolo de criterios de derivación en diabetes.
 - Rotación del personal de Atención Primaria por el servicio de Endocrinología.
 - Programa de despistaje de retinopatía diabética mediante retinografía.
 - Sesiones clínicas conjuntas.
 - Colaboración con asociación de pacientes.
 - Seguir indicaciones del uso racional del medicamento.
- Servicio de Endocrinología del Hospital:
 - Hospital de día de diabetes.
 - Consulta telemedicina.
 - Endocrinólogo consultor.
 - Educación terapéutica individual y grupal.
 - Programa de paciente experto.
 - Consulta de pie diabético.
 - Programa de seguimiento de pacientes ingresados con diabetes y mal control.
- Centros de Atención Primaria:
 - Consulta programada de diabetes.
 - Programa del paciente experto.

- Educación terapéutica individual y grupal.
- Consulta de pie diabético.
- Monitorización ambulatoria de la presión arterial.
- Plan de mejora continuada de calidad (alertas).
- Hoja de seguimiento de pacientes con diabetes.
- Evaluación de satisfacción de usuarios.

PLAN DE NECESIDADES DEL PROGRAMA

Para poner en marcha el programa de Centros de Excelencia en Diabetes será necesario contar con una infraestructura de funcionamiento, la elaboración de documentos y disponer de los materiales y aparatajes necesarios, como pueden ser:

- Elaboración de protocolos de actuación comunes.
- Creación de circuitos de flujo de pacientes entre profesionales: rutas asistenciales.
- Establecer canales de comunicación entre profesionales:
 - Consulta telemedicina.
 - Aclaración de comentarios y dudas a través de teléfono o *e-mail*.
- Adaptar las agendas de Atención Primaria mediante la creación de espacios para atención a pacientes crónicos; en nuestro caso, con DM2.
- Creación en la historia clínica electrónica de una hoja de seguimiento de pacientes crónicos; en nuestro caso, con DM2.
- Elaborar un calendario de reuniones entre los centros adscritos al programa entre profesionales de Atención Primaria y Hospital.
- Elaborar un calendario de reuniones periódicas de los grupos coordinador e impulsor del programa.
- Implantar un plan de rotaciones para médicos y enfermería de Atención Primaria por el servicio Endocrinología.
- Elaborar un plan de formación para profesionales sanitarios (médicos y enfermería) con aquellos temas de interés. Posibles temas de formación:
 - Educación terapéutica en diabetes.
 - Manejo de antidiabéticos orales.
 - Adherencia terapéutica.
 - Manejo de insulina.
 - Educación grupal.
 - Programa paciente experto.
 - Realización e interpretación de retinografías.
 - Exploración y tratamiento de pie diabético.
- Necesidades de aparataje:
 - Doppler.
 - Monofilamento.
 - Diapasón.
 - Retinógrafo.
 - Aparatos de medición ambulatoria de la presión arterial.

- Habilitar al personal sanitario y evaluador para que acceda a los datos de los pacientes para:
 - Emitir informes de pacientes mal controlados: alertas.
 - Evaluar el programa de los Centros de Excelencia.
- Elaboración de indicadores y programa de evaluación de la calidad del programa de Centros de Excelencia en Diabetes.
- Elaboración de un plan de evaluación de la satisfacción de los usuarios.
- Necesidades de personal:
 - Personal administrativo encargado de: coordinar citas de pacientes telemedicina, evaluación del proyecto, evaluación de la satisfacción de los usuarios, convocatoria de reuniones, organizar rotaciones, gestionar formación, sesiones clínicas, contacto con asociaciones de pacientes.
 - Personal docente cualificado para impartir la formación.
 - Asesores externos expertos en coordinación y priorización de planes de actuación.
 - Personal unidad Hospital de día.
- Necesidades de infraestructuras:
 - Local Hospital de día.

ACCIONES QUE REALIZAR

Para la puesta en marcha es necesaria la creación de un grupo impulsor y de un grupo coordinador que organicen y dirijan todo el programa, al mismo tiempo que será esencial llevar a cabo diferentes acciones para ponerlo en marcha:

- Constitución del grupo impulsor del programa:
 - Endocrinólogo del Hospital.
 - Educador sobre diabetes del Hospital.
 - Médico de Atención Primaria.
 - Personal de Enfermería de Atención Primaria.
 - Persona de la gerencia de gestión integrada.
- Constitución del grupo coordinador del programa:
 - Grupo impulsor.
 - Un médico y una persona de enfermería de cada centro de salud adscrito al programa.
- Programar reuniones de grupo entre coordinador e impulsor.
- Elaboración de materiales:
 - Consensuar por grupo coordinador el protocolo de programa de Centros Avanzados en Diabetes.
 - Protocolos de actuación.
 - Rutas asistenciales.
- Instaurar:
 - Consulta telemedicina.
 - Unidad Hospital de día.
 - Plan de rotaciones.

- Determinar indicadores y diseñar el plan de evaluación.
- Diseñar el plan de formación.
- Adaptar las agendas de Atención Primaria para atención a pacientes crónicos.
- Solicitar la creación de hoja de seguimiento de pacientes crónicos en la historia clínica electrónica.
- Buscar recursos económicos para financiar al personal formador y administrativo y a los asesores.
- Gestionar el espacio para la unidad Hospital de día.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para verificar la eficacia del programa e introducir medidas correctoras será necesaria la creación de un plan de evaluación, para lo cual se desarrollarán unos indicadores y estándares de calidad cuyo grado de cumplimiento servirá para conocer el grado de cumplimentación de los objetivos. Por ello, será preciso:

- Elaborar indicadores.
- Obtener datos iniciales: situación de partida.
- Crear alertas de pacientes mal controlados: mejora continua de la calidad.
- Analizar la evolución de los indicadores anualmente.
- Garantizar la accesibilidad a los datos necesarios para la evaluación.
- Implantar el plan de evaluación de la satisfacción de los usuarios.
- Disponer de personal que colabore en la evaluación.

INDICADORES Y ESTÁNDARES DE CALIDAD

Una parte fundamental dentro del programa de los Centros de Excelencia es el apartado de la evaluación, ya que nos permitirá evaluar la situación de partida, los cambios que se vayan produciendo y nos indicará en qué áreas es necesario introducir cambios con el fin de mejorar los resultados⁵⁻⁷.

Por lo tanto, se tienen que definir aquellos indicadores (tabla 1) que se deben medir periódicamente (al menos una vez al año) y, al mismo tiempo, definir un estándar mínimo de calidad en cada uno de ellos.

Para determinar el estándar mínimo de calidad será preciso conocer previamente la situación de partida y, en función de su valor inicial, se propondrá un valor que se debería alcanzar al cabo de un tiempo determinado, normalmente un año para indicadores de proceso y resultado intermedio, y cinco años para indicadores de resultado de salud.

A continuación se proponen una serie de indicadores que se podrían utilizar.

Tabla 1. Indicadores de calidad asistencial para pacientes con diabetes tipo 2

Indicador	Tipo	Fórmula
Cobertura del cribado de DM a población ≥ 45 años	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes ≥ 45 años con glucemia basal realizada en los últimos tres años $\times 100$ / población ≥ 45 años
Pacientes con DM2 con determinación de HbA1c semestralmente	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con al menos dos determinaciones de HbA1c en un año dado $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con determinación de presión arterial semestralmente	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con al menos dos determinaciones de presión arterial en un año dado $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con determinación de c-LDL semestralmente	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con al menos dos determinaciones de c-LDL en un año dado $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 < 75 años con valoración del daño renal	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 < 75 años con cociente albúmina-creatinina en el último año $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2 < 75 años
Pacientes con DM2 con exploración de los pies	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con exploración de los pies en el último año $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con exploración del fondo de ojo	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con retinografía en los últimos dos años $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 que recibieron educación terapéutica (dos o más actividades diferentes)	Proceso	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con al menos dos actividades educativas diferentes registradas en un año $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con un control glucémico adecuado	Resultado intermedio	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con el promedio de las HbA1c realizadas en un año dado $< 7,5\%$ $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con un nivel de control de la presión arterial adecuado	Resultado intermedio	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con el promedio de las determinaciones de presión arterial en un año dado $< 140/90$ mmHg $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con un nivel de control del c-LDL adecuado	Resultado intermedio	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con el promedio de las determinaciones de c-LDL realizadas en un año dado < 100 mg/dl $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 fumadores	Resultado intermedio	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 fumadores $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con amputación no traumática de extremidades inferiores	Resultado salud	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con amputación no traumática de extremidades inferiores $\times 1000$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 en diálisis	Resultado salud	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 en diálisis $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con enfermedad coronaria	Resultado salud	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con enfermedad coronaria $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con enfermedad cerebrovascular	Resultado salud	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con enfermedad cerebrovascular $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 a los que se les ha realizado fotocoagulación	Resultado salud	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 a los que se les ha realizado fotocoagulación $\times 100$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con ingresos por hipoglucemias	Resultado salud	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con diagnóstico de hipoglucemia al alta $\times 1000$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2
Pacientes con DM2 con ingresos por coma hiperosmolar	Resultado salud	$N.^\circ$ de pacientes con DM2 con diagnóstico de coma hiperosmolar al alta $\times 1000$ / $n.^\circ$ de pacientes con DM2

c-LDL: colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad; DM: diabetes mellitus; DM2: diabetes mellitus tipo 2; HbA1c: hemoglobina glucosilada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012;55:88-93.
2. UK Prospective Diabetes Study Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:837-53.
3. UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ* 1998;317:703-13.
4. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:580-91.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid 2012. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf
6. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M; en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria(1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clin* 2010;135:600-7.
7. Artola Menéndez S, Rovira Loscos A, Ricart W. Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin* 2010;135 Suppl 2:27-32.