

El objetivo principal de la organización de la atención del paciente con diabetes tipo 2 (DM2) es la de garantizar una atención integral. Una atención que tenga en cuenta los principios de prevención primaria (antes de que aparezca), secundaria (detectar la DM2 desconocida, cribado), terciaria (prevención de complicaciones) y cuaternaria (prevención del sobrediagnóstico y la sobreintervención), sea en niveles de macrogestión (líneas estratégicas, incentivación, medición del producto), mesogestión (organización interniveles) como en microgestión (del centro de salud, de la labor del microequipo médico/enfermera).

El «producto» ofrecido por la organización debe garantizar que la evidencia científico-técnica llegue al paciente con DM2 al mínimo coste y al mínimo riesgo. Dentro de este contexto debe ofrecerse una cartera de servicios con una cobertura lo más universal posible y que tenga en cuenta las necesidades de la población y los recursos que la sociedad dispone para su atención.

Las necesidades en la atención del paciente con DM2 van de la necesidad existente (total de personas con DM2, sean identificadas u ocultas), la necesidad atendida (atención de los pacientes identificados) como la necesidad resuelta (pacientes bien controlados al mejor coste y satisfechos)<sup>1</sup>.

## Organización en macrogestión

La planificación a nivel administrativo es fundamental para establecer unos criterios estratégicos temporales con los que conocer cuál es la realidad, establecer un orden de prioridades *ad hoc*, diseñar una serie de campañas de prevención (sea primaria, secundaria o terciaria) y, con ello, establecer una asignación y distribución de recursos. Esta planificación ha permitido garantizar la continuidad asistencial, disminuir la variabilidad y homogenizar las actuaciones aumentando la equidad en el acceso a estas actuaciones.<sup>1,2</sup>

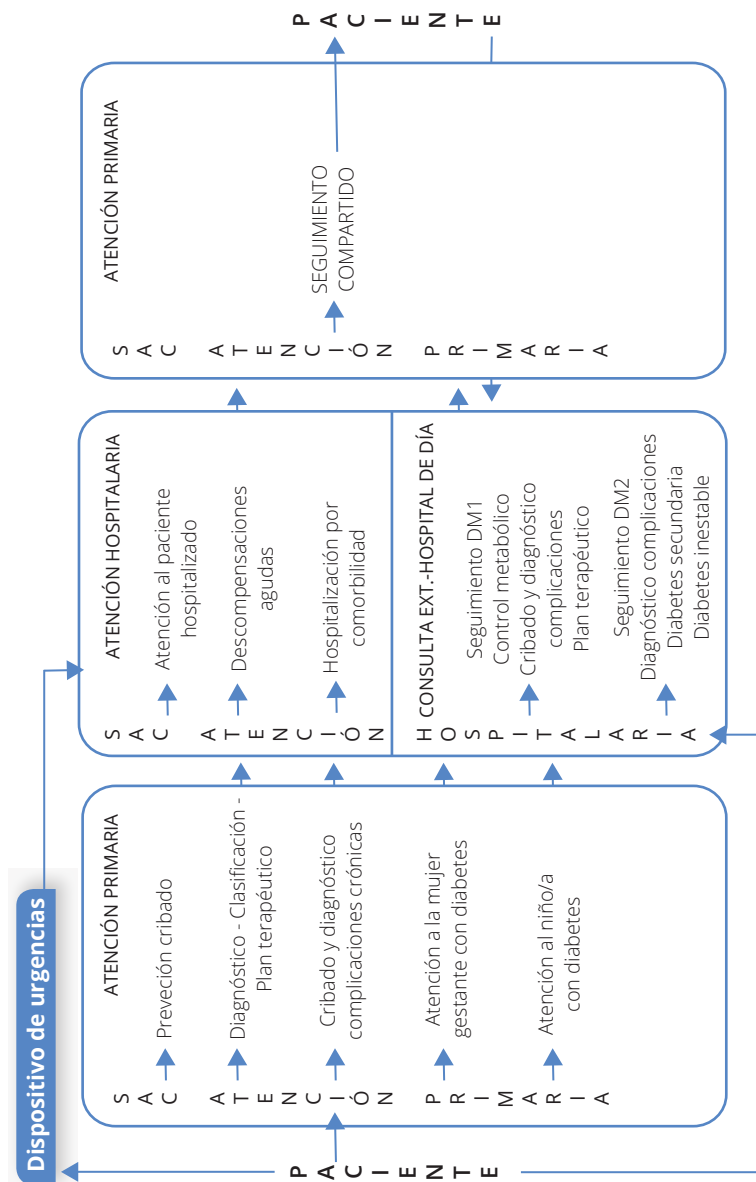
Para llegar a este fin se precisan establecer indicadores de calidad evaluables periódicamente y que generen un *feedback* en los profesionales; de ahí que la actuación por objetivos precise de un tipo de retribución del sanitario, en donde la incentivación, y con ello la motivación extrínseca, sean fundamentales.<sup>3,4</sup>

Las distintas iniciativas a nivel de las comunidades autónomas (CCAA) surgidas a partir de las Estrategias de Salud impulsadas por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad en su plan de calidad del Sistema Nacional de Salud, han permitido desde hace bastantes años introducir a nivel poblacional programas exitosos en la atención de estos pacientes.<sup>1</sup>

## Organización en mesogestión

La coordinación entre niveles tiene que garantizar la continuidad asistencial del paciente con DM, permitiendo que la información del paciente con DM sea accesible (algoritmo de funcionamiento) por todos los actores sanitarios que le atienden. Por tanto, deberían existir o bien unos registros de información y de alarma comunes que puedan ser compartidos por los distintos profesionales sanitarios, o bien unos registros distintos pero accesibles conjuntamente desde una red telemática<sup>5</sup>. Dentro de los profesionales que en niveles distintos deben poder acceder y compartir la información, se encontrarían, además de los médicos de familia y los profesionales de enfermería del centro de salud (CS), los dietistas, los podólogos, los educadores, los cirujanos vasculares, los endocrinólogos, los oftalmólogos, los nefrólogos y los cardiólogos. Todos estos deben estar organizados en un algoritmo derivativo, diagrama de flujo o proceso asistencial integrado con el que conocer en cada circunstancia cómo proceder (Figura 1).<sup>6,9</sup>

**Figura 1** Proceso asistencial integrado de diabetes mellitus 2<sup>9</sup>



## Organización en microgestión

Ningún paciente con DM es atendido por un solo integrante del Equipo de Atención Primaria (EAP), pues para su atención precisa administrativos, enfermeras, dietistas, podólogos, especialistas varios, personal de urgencias... de ahí que al EAP podríamos considerarlo como una organización que precisa unos pasos bien definidos, establecidos en unos circuitos de entrada o unos mapas de procesos claros.<sup>9,10</sup>

A efectos organizativos, existen tres tipos de maneras de trabajar en el EAP:

- a) El modelo delegado: en donde el médico delega funciones (roles definidos) en otros sanitarios (enfermería).
- b) El modelo de colaboración: Los trabajos son compartidos y cada uno hace una función (roles compartidos).
- c) El modelo de asesoría clínica. Falta de definición de las funciones y de los roles.

El microequipo o la unidad básica asistencial (médico/enfermera-funcional) sería la unidad asistencial más simple que atiende al paciente con DM y que precisa estar coordinada con una definición precisa de sus funciones y roles (según el modelo utilizado) al tener un mismo objetivo. En este sentido, el papel de enfermería es fundamental.

El contenido de las visitas, su periodicidad y quién o quiénes tienen el cometido de realizarlas es variable según el tipo de relación médico/personal de enfermería, no existiendo un sistema superior a otro. A nivel general, recomiendan una frecuentación entre 2-4 visitas anuales para la enfermería y dos al médico de Atención Primaria.<sup>11-13</sup>

Es cometido del microequipo la información y, con ello, la educación estructurada individualizada y continuada en el tiempo, pues se ha demostrado que es extremadamente útil para la capacitación (*empowerment*) del paciente con DM en el manejo y control de su enfermedad (autocontrol).<sup>14,15</sup>

La implicación de la enfermería en el manejo y control metabólico del paciente con diabetes ha sido mostrada en multitud de estudios locales y revisiones sistemáticas.<sup>15,16</sup>

La implementación de guías de práctica clínica internacionales<sup>13</sup>, o nacionales como la de la redGDPS, programas y protocolos *ad hoc* junto con un proceso de evaluación de indicadores que, en forma de *feedback* informativo o en incentivos, revierte en los profesionales, han mostrado mejorar los indicadores de proceso y de resultados intermedios como finales<sup>17</sup>.

## → Mensajes clave

- Se recomiendan iniciativas institucionales que garanticen la accesibilidad a la atención, la suficiencia de recursos y la equidad en la atención. **GRADO C.**
- Se recomiendan unos sistemas de acceso a la información comunes a todos los actores sanitarios que atienden al paciente con diabetes. **GRADO C.**
- Se recomienda establecer unos protocolos de actuación entre niveles y unos circuitos derivativos. **GRADO C.**
- Se recomienda tener establecidos unos esquemas de funcionamiento a nivel de la Atención Primaria en la atención del paciente con diabetes. **GRADO C.**
- La participación de la enfermería es fundamental para conseguir unos objetivos metabólicos, la capacitación del paciente y resultados al largo plazo. **GRADO B.**
- Se recomienda implementar guías de práctica clínica en el primer nivel con las que mejorar los indicadores de calidad, sean de proceso como de resultados. **GRADO B.**

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de publicaciones. Madrid 2007.
2. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition, 2010,12(4): 1-295.
3. The Triad study group. Health Systems, Patients Factors, and Quality of Care for Diabetes. A synthesis of findings from the TRIAD Study. Diabetes care 2010(33):4:940-47.
4. Pascual de la Pisa B, Márquez Calzada C, Cuberos Sánchez C, Cruces Jiménez JM, Fernández Gamaza M, Martínez Martínez MI; Estudio DESIDIAB. [Compliance with process indicators in people with type 2 diabetes and linking incentives in Primary Care.] [Article in Spanish], Aten Primaria. 2014 Jun 26. pii: S0212-6567(14)00179-6.

5. Bolen SD, Chandar A, Falck-Ytter C, Tyler C, Perzynski AT, Gertz AM, Sage P, Lewis S, Cobabe M, Ye Y, Menegay M, Windish DM. Effectiveness and Safety of Patient Activation Interventions for Adults with Type 2 Diabetes: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-regression. *J Gen Intern Med*. 2014. 29 (8):1166-76.
6. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000 (4). Art. No.: CD001481.
7. Hou C, Carter B, Hewitt J, Francisa T, Mayor S. Do Mobile Phone Applications Improve Glycemic Control (HbA1c) in the Self-management of Diabetes? A Systematic Review, Meta-analysis, and GRADE of 14 Randomized Trials. *Diabetes Care*. 2016.39 (11):2089-2095.
8. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, Bailey CM, Koplan JP. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. *Ann Intern Med* 1998;129:605-612.
9. Martínez Brocca, MA (coord.) et al. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. DIABETES mellitus: Proceso Asistencial Integrado. 2ª. Sevilla 2017: ed Consejería de Salud, 2017. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud).
10. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. *Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria*. 2002;8(3):115-132.
11. Hirst JA, Stevens RJ, Farmer AJ. Changes in HbA1c level over a 12-week follow-up in patients with type 2 diabetes following a medication change. *PLoS One*. 2014;9(3): e92458.
12. Stratton IM, Aldington SJ, Taylor DJ, Adler AI, Scanlon PH. A Simple Risk Stratification for Time to Development of Sight-Threatening Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care* 2013.36(3):580-85.
13. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2018. January 2018 Volume 41, Suppl 1.
14. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Hess Fischl A, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*. 2015;38(7):1372-82.
15. Seguí Díaz M, Besco Villegas E, Torrent Quetglas M, Díaz Femenia R. ¿Es posible mejorar los resultados metabólicos en el enfermo diabético tipo II mediante la intervención educativa de la enfermería? *Centro de salud* 2001; 9(3):170-174.
16. Welch G, Garbb J, Zagarinsa S, Lendelc I, Gabbayc RA. Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: Results of a meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010, 88(1):1-6.
17. Mundet X, Cano F, Mata M, Roura P, Franch J, Birules M, Gimbert R, Cos X, and GEDAPS group. Trends in Chronic Complications in Type 2 Diabetic Patients in Primary Health Centres in Spain (GEDAPS Study). Ten years-implementation of St. Vincent Recommendations. *Primary Care Diabetes* 2012;6(1):11-8.