

4

Contenido de las visitas de valoración inicial y seguimiento en pacientes con diabetes tipo 2

En el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2, se debe realizar una evaluación médica exhaustiva para conocer la situación basal del paciente, detectar la presencia de complicaciones micro y macrovasculares así como posibles cuadros comorbidos¹.

Al inicio de la enfermedad es cuando se deben llevar a cabo una serie de actividades informativas y educativas con el objetivo de fomentar el conocimiento de la enfermedad e implicar al paciente en el plan de tratamiento y autocontrol de la misma.

El contenido de la visita anual y de control periódico del paciente diabético ha de ser compartido e intercambiable por todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente (personal de enfermería, médico de familia, oftalmólogo, podólogo, endocrinólogo, nutricionista, nefrólogo...) con la finalidad de que el paciente perciba el concepto de equipo asistencial que le garantiza una atención global².

La unidad básica asistencial (médico de familia o pediatra y personal de enfermería), enmarcada en el centro de salud, es la unidad mínima que atiende y coordina toda esta actuación en Atención Primaria (Tabla 1).

La implicación de los profesionales de enfermería en el control, la educación diabetológica, la formulación de objetivos y la organización de las actividades del equipo asistencial, ejerce una función relevante, con mejora de los indicadores de proceso y los resultados³.

Frecuencia de visitas de la unidad básica asistencial⁴

- Al diagnóstico, cada 2 semanas hasta ajustar el tratamiento y completar el programa básico de educación.
- El inicio de la insulinización requiere supervisión diaria durante la primera semana.
- Al año del diagnóstico en pacientes bien controlados y estables sin cambios en el tratamiento, se aconseja:
 - 1-2 visitas médicas al año.
 - 2-4 visitas anuales de enfermería.

Tabla 1 Contenido de las visitas iniciales y de seguimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 controlado y estable

Actividades	Revisión inicial	Trimestral*	Semestral	Anual
Historia clínica				
Características inicio DM (edad, hospitalización, etc.)	✓			
Antecedentes familiares primer grado de DM, enfermedades autoinmunes	✓			
Presencia de hemoglobinopatías o anemia	✓			
Signos, síntomas o factores predisponentes de diabetes secundaria	✓			
Hábitos de vida	✓			✓
Síntomas de hipo o hiperglucemia	✓	✓		
Complicaciones macro y microvasculares ^a	✓			✓
Comorbilidades (HTA, dislipemia...)	✓			✓
Problemas psicosociales	✓			✓
Depresión, ansiedad	✓			✓
Alteraciones cognitivas	✓			✓

Actividades	Revisión inicial	Trimestral*	Semestral	Anual
Historia clínica				
Trastornos del sueño (patrón y duración)	√			√
Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias tóxicas)	√			√
Tratamiento previo y actual: cumplimiento, respuesta, efectos secundarios...	√			√
Uso de medicinas alternativas	√			√
Detección de barreras autocontrol	√			√
Exploración física				
Peso/índice masa corporal*	√	√		
Circunferencia de la cintura*	√			√
Presión arterial/Frecuencia cardíaca*	√	√		
Examen de los pies ^b	√			√
Examen ocular ^c (fondo de ojo, agudeza visual y tonometría)	√			√
Examen dental	√			√
Exploración general	√			
Exploraciones complementarias				
Glucemia, hemoglobina glucosilada	√		√	
Perfil lipídico	√		√**	
Albuminuria (albumina/ creatinina en orina)	√			√
Filtrado glomerular (CKD-EPI)	√			√
Electrocardiograma	√			√
Cálculo del riesgo cardiovascular (REGICOR)	√			√
Vacunaciones ^d	√			√

Actividades	Revisión inicial	Trimestral*	Semestral	Anual
Evaluación de la educación				
Cumplimiento dietético*	√	√***		√
Cumplimiento del ejercicio*	√	√***		√
Cumplimiento farmacológico*	√	√***		√
Cuidado de los pies*	√	√***		√
Reconocimiento y manejo hipoglucemias*	√	√***		√
Autocontrol (autoanálisis sangre y orina, registros libreta autocontrol: peso inspección pies, hipoglucemias)*	√	√***		√
Uso tecnologías: apps, portales pacientes, educación <i>online</i> ...	√			√
* Actividades preferentemente a cargo de enfermería. ** Anualmente en ausencia de dislipemia. *** Cada 6 meses en pacientes con nivel alto de educación diabetológica y conocimientos del autocontrol. ^a Cambios en la agudeza visual, dolor torácico con esfuerzo y en reposo, claudicación intermitente, ortostatismo, alteraciones del ritmo intestinal, impotencia, parestesias, dolores o calambres en piernas o brazos. ^b Inspección, palpación pulsos y exploración sensibilidad con monofilamento y/o diapasón. Además índice tobillo/brazo si: ausencia pulsos, claudicación intermitente y/o presencia de úlceras. ^c Si se utiliza retinógrafo y el resultado es normal se puede realizar la exploración cada tres años, excepto en los siguientes casos: pacientes mal controlados, con diabetes de más de 20 años de evolución, tratados con insulina o con grados iniciales de retinopatía; a los cuales se les debe realizar anualmente. ^d Antigripal y antineumocócica. CKD-EPI: (Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration. REGICOR: Registre Gironi del Cor.				

Recomendaciones

Se recomienda realizar una historia clínica básica que valore los hábitos de vida, clínica de DM, complicaciones relacionadas con la DM, antecedentes familiares, medicamentosos, comorbilidades y signos clínicos o físicos que sugieran una DM secundaria. **GRADO C.**

Se aconseja realizar las pruebas de cribado de las principales complicaciones micro y macrovasculares de la DM2. **GRADO C.**

Se debe utilizar este primer contacto para iniciar tareas de formación sobre la DM2 en colaboración con enfermería. **GRADO B.**

Se recomienda practicar controles de los factores de riesgo cardiovascular con una periodicidad según criterios de coste efectividad. **GRADO B.**

➔ Mensajes clave

- Las visitas de seguimiento por el equipo de Atención Primaria se programarán en función del grado de control establecido, la presencia de complicaciones, las necesidades educativas y el tiempo de evolución de la diabetes.
- Se priorizarán las visitas de los pacientes más jóvenes y con otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia).
- El registro del plan individualizado de seguimiento facilita el recuerdo y evita duplicidades.

Bibliografía

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2018. Diabetes Care Volume 41, Suppl 1, January 2018.
2. Ezkurra Loiola P, coordinador. Fundación redGDPS. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Badalona: Euromedice Vivactis; 2016. <http://redgdps.org/guia-de-actualizacion-en-diabetes-20161005>.
3. TShiana JK, Kocher S, Weber C, Emy-Albrecht K, Bernedt K, Neeser K. The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors a meta-analysis. diabetes Educ 2012;38(1):108-23.
4. Cano Pérez JF, Franch J. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5.ª ed. Elsevier 2010.