

ORGANIZACIÓN

Beatriz Pascual De La Pisa

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

UGC Centro de Salud de Camas. Sevilla.

Profesora asociada Universidad Sevilla.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
 2. FUNCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
 3. RECURSOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
 4. COORDINACIÓN ASISTENCIAL
 5. CARTERA DE SERVICIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
- BIBLIOGRAFÍA

1. Introducción

La diabetes mellitus es una patología sistémica, heterogénea, progresiva, de alta prevalencia, modelo de pluri-patología y cronicidad, a veces con pocos síntomas y otras con múltiples morbilidades asociadas.

El sistema sanitario debe conseguir que la atención al diabético sea accesible, integral, integrada, multidisciplinaria, temprana, de buena calidad, eficaz y a un coste razonable para ralentizar la progresión de la enfermedad y reducir los riesgos asociados a la misma. Por tanto, el abordaje de la diabetes debe contemplar aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación de la enfermedad (1).

Conseguir este objetivo precisa el aprovechamiento de todos los recursos sanitarios disponibles, su racionalización y una coordinación efectiva y eficiente entre los distintos niveles sanitarios. Así mismo, resulta imprescindible la participación activa de la propia persona con diabetes en su autocuidado, para lo que son fundamentales los componentes educativos de la atención.

En la presente guía nos vamos a centrar en los aspectos organizativos de la diabetes y específicamente la diabetes tipo 2 en Atención Primaria (AP).

La AP debe ejercer un papel estratégico en la atención a las personas con diabetes, dada su alta prevalencia, cronicidad e implicaciones sociosanitarias de la enfermedad.

Las personas con diabetes tipo 2 son las que más van a beneficiarse de la oferta de servicios de la AP, ya que las características de los cuidados que precisan, hacen de este nivel de asistencia el óptimo para llevarlos a cabo. No obstante, es importante tener en cuenta que el médico y la enfermera de familia deben cubrir aspectos en el tratamiento y seguimiento de las personas con cualquier otro tipo de diabetes.

Otro aspecto destacado es la coexistencia de otras patologías crónicas junto a la diabetes, lo que se denomina multimorbilidad. Este escenario deriva en la necesidad de innovar en modelos de atención integrados y centrados en el paciente que den soporte a este cada vez mayor grupo de población con necesidades complejas y que requieren de una atención y cuidados holísticos y coordinados entre los distintos profesionales que lo atienden, evitando visiones fragmentadas.

2. Funciones de la atención primaria

En líneas generales las funciones que deberán llevarse a cabo en este nivel de atención incluyen (2,3).

a. Funciones asistenciales:

- » Prevención primaria de la enfermedad e intervenciones sobre factores de riesgo cardiovascular: tabaco, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, ejercicio físico y hábitos alimentarios.
- » Prevención secundaria en cuanto a detección precoz de la enfermedad y tareas de cribado.
- » Detección precoz de las complicaciones agudas y crónicas mediante el control y seguimiento sistemático de las personas con diabetes e implementación de las medidas terapéuticas precisas en AP o la derivación a otros ámbitos asistenciales si lo precisara.
- » Educación terapéutica en diabetes que garantice al menos los contenidos mínimos e imprescindibles: detección de signos de alarma de complicaciones agudas o crónicas, hábitos de vida saludables.
- » Actividades de prevención cuaternaria para reducir la inercia clínica, evitar o minimizar el sobre-diagnóstico, la sobre-intervención, la polimedicación y así contribuir a mejorar la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente (4).
- » Realizar una atención centrada en el paciente, considerado el contexto cultural de las personas, sus preferencias, creencias y valores, las principales barreras para el tratamiento y los determinantes sociales (5).
- » Prestaciones necesarias propias del nivel asistencial (pruebas complementarias de análisis y prestación farmacéutica).

b. Funciones de formación:

Las instituciones competentes deben garantizar la formación posgraduada y continuada de todos los profesionales que estén implicados en el cuidado de las personas con diabetes.

Es un deber del profesional conseguir y mantener el grado de capacitación para garantizar una atención de calidad en el contexto de una actuación integral e integrada a los pacientes. La formación debe incluir, además de los aspectos de diagnóstico y tratamiento, aspectos relativos a la educación de la persona con diabetes, técnicas de comunicación y entrevista motivacional y a la evaluación de la calidad de las actuaciones realizadas.

La metodología de formación continuada debe ser diversa y estar incluida dentro de la actividad o agenda de los profesionales, mediante sesiones clínicas, cursos, talleres de conocimientos y habilidades en Atención

Primaria y en colaboración con profesionales de otros ámbitos asistenciales y comunitarios, aprovechando las facilidades de nuevas modalidades de aprendizaje que ofrece la tecnología de la información y comunicación (TICs).

c. Investigación:

Es recomendable la participación y diseño de estudios de investigación epidemiológica y de mejora de la calidad clínica en DM en el área y/o en colaboración con centros de otras áreas.

3. Recursos de la atención primaria

Nos referiremos a recursos estructurales, humanos, organizativos y materiales.

Recursos estructurales

La Atención se realiza en los Centros de Salud y Consultorios en los Espacios de Consulta y de Educación de Grupos, así como en los domicilios, centros sociosanitarios de los pacientes que lo puedan necesitar.

Recursos humanos

La atención a las personas con diabetes en Atención Primaria se realiza de forma multiprofesional, dado que se integran administrativos, auxiliares de clínica, enfermeras de familia y gestoras de casos, farmacéuticos de AP, matró/a, médicos de familia, odontólogos, personal de urgencias, etc. Esto supone un desafío para la gestión del proceso de la enfermedad que requiere una adecuada organización y canales de comunicaciones accesibles y ágiles para todos.

En AP la unidad básica de atención sería el binomio médico/enfermera con una adecuada coordinación y un establecimiento preciso de sus funciones y roles. Por otra parte los enfoques alternativos de atención sanitaria en un escenario de decisiones compartidas han aumentado satisfacción del paciente y del profesional sanitario, han mejorado la eficiencia y han maximizado los resultados en salud (6).

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.

Recursos organizativos

A efectos organizativos interniveles, existen distintos modelos de gestión (7):

- » Atención Primaria, donde la asistencia la lleva a cabo el médico de familia;
- » Atención Especializada, considerando que un paciente puede ser atendido por especialistas distintos;
- » Atención Especializada, considerando que al paciente es atendido siempre por el mismo especialista.

Los modelos organizativos centrándonos sólo en Atención Primaria podría resumirse en (8,9):

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

Entre las medidas sugeridas están los modelos de organización de atención a la cronicidad como el Chronic Care Model (10) o el Kaiser Permanente (11), entre otros. Estos modelos recogen algunas intervenciones ya utilizadas, como la educación sanitaria o la formación de profesionales, y otras menos empleadas, como el trabajo en equipo, la estratificación para la identificación y el manejo de casos complejos, o las relacionadas con la activación y motivación del paciente como los recordatorios a pacientes o a profesionales, el empleo de incentivos o el empleo de historias y registros electrónicos (12).

Recursos materiales

Cada equipo de atención primaria debe disponer de las técnicas de diagnóstico, control y terapéuticas necesarias para el desarrollo de sus funciones.

La implementación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica internacionales o nacionales basadas en la evidencia, la existencia de programas de mejora de la calidad (dirigida a profesionales sanitarios, pacientes y organizaciones sanitarias) han mostrado mejorar los indicadores de proceso y los de resultados intermedios y finales (13).

De forma progresiva se cuenta cada vez más con nuevas tecnologías, servicios sanitarios digitales orientados a las personas y la telemedicina, como una prestación complementaria para mejorar la atención a las personas

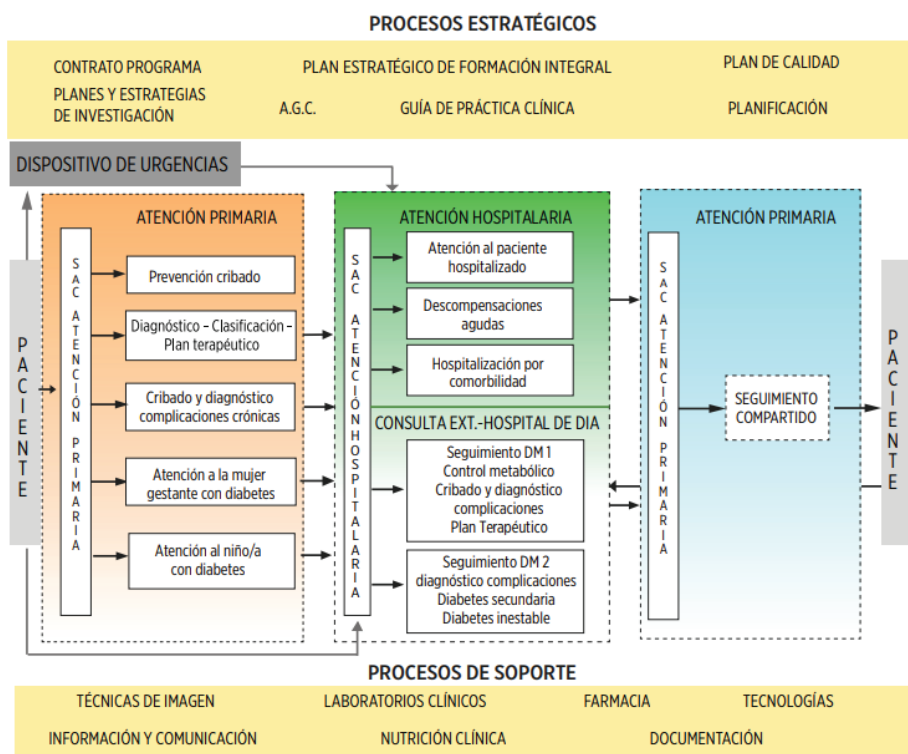
con DM, incorporándola a la asistencia de manera sistemática y siguiendo los estándares internacionales y nacionales (14).

4. Coordinación asistencial

La coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales por los que transita la persona con diabetes deben ser una prioridad para garantizar la continuidad asistencial, la accesibilidad a la información clínica por todos los profesionales sanitarios que van a participar de la atención y con líneas de comunicación estables aprovechando el auge de las TICS. Los profesionales de Atención Primaria debieran conocer y manejar los Procesos Asistenciales de la atención a la Diabetes de su área geográfica (Figura 1).

Es fundamental la multidisciplinariedad (bien engranada y con el paciente en el centro) donde se desarrollen comunicaciones transversales, bidireccionales y pactadas entre los diferentes equipos terapéuticos implicados en la asistencia a las personas con diabetes (15). Las nuevas tendencias impactan sobre la gestión clínica en DM en el siglo XXI; es un reto para los sistemas de salud e implica como primer paso la gestión del cambio de muchos de los modelos organizativos actuales (16).

Figura 1. Representación gráfica del Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus de Andalucía.



Tomado de (17): Martínez Brocca A (editor). Diabetes mellitus: proceso asistencial integrado. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2018. p.73. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-diabetes-2018.html>

5. Cartera de servicios en atención primaria

La Atención Primaria, en la mayoría de los casos, es el primer punto de acceso de la persona con diabetes al sistema sanitario. Sobre los equipos básicos de Atención Primaria, recae la asistencia integral intensiva y precoz de las personas con diabetes, así como la mayor parte de programas de cribado y seguimiento de la enfermedad. También en este ámbito es donde el paciente debe tener acceso a programas estructurados y reforzados de promoción de estilos de vida saludables (18).

Aunque a lo largo de la presente guía se desarrollará de forma exhaustiva las actividades concretas y la periodicidad de las mismas, en la presente unidad se presenta una tabla resumen de las buenas prácticas que deben estar ofertadas en la cartera de servicios de Atención Primaria (tabla 1).

Actividades	Descripción
Actividades preventivas	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y registrar en la historia clínica si la persona está en situación de riesgo de diabetes. - A las personas en situación de riesgo de diabetes se les ofertará la participación en un programa estructurado de fomento de estilos de vida saludables.
Cribado	<ul style="list-style-type: none"> - En las personas sin diabetes conocida se realizará cribado oportuno de la diabetes. - En el embarazo, se llevará a cabo el cribado de la diabetes gestacional.
Diagnóstico y Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura de Historia según modelo del sistema informático del centro. - Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias. - Establecimiento de metas y objetivos.
Plan terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Se establecerá un plan terapéutico individualizado con recomendaciones sobre estilos de vida, alimentación, autocuidados e intervenciones farmacológicas.
Seguimiento y recaptación	<ul style="list-style-type: none"> - Se procederá a la revaloración clínica, analítica y de consecución de objetivos a los tres meses como mínimo tras la implantación del plan terapéutico. Una vez alcanzados los objetivos de control, se establecerá un seguimiento al menos semestral. - Se realizarán las actividades precisas para el cribado de complicaciones agudas y crónicas.

Bibliografía

- » ¹Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Madrid: 2012.
- » ²El Sayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al, on behalf of the American Diabetes Association. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023 1;46(Suppl 1):S10-S18.
- » ³Ministerio de Sanidad. Perspectiva de los pacientes en el enfoque actual de la Diabetes Mellitus. Madrid: Ministerio de Sanidad;2022.
- » ⁴Orozco-Beltrán D, Pomares-Gómez F, Ortega-Ruiz P, Molina Ribera J, Iranzo-García N. "Working without patients": a new strategy to improve the glycemic control in patients with type 2 diabetes. Avoiding therapeutic inertia. Rev Esp Salud Publica. 2021;95:e202110133.
- » ⁵He Q, Chen X, Zeh P. Promoting Self-care and Management for Patients With Type 2 Diabetes Based on Lifestyle Changes Under the Concept of Person-centered Care: A Review. Altern Ther Health Med. 2023;29:302-7.
- » ⁶Asmat K, Dhamani K, Gul R, Froelicher ES. The effectiveness of patient-centered care vs. usual care in type 2 diabetes self-management: A systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2022;10:994766.
- » ⁷García Mochón L, Vallejo Godoy S, Olry de Labry Lima A, Modelos organizativos en la atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- » ⁸Organización de la atención al diabético. En: Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. [Internet]. Redgdps; 2018. <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/39-organizacion-de-la-atencion-al-diabetico-20180917>
- » ⁹Riordan F, McHugh SM, O'Donovan C, Mtshede MN, Kearney PM. The Role of Physician and Practice Characteristics in the Quality of Diabetes Management in Primary Care: Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2020;35:1836-48.
- » ¹⁰Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Aff (Millwood) 2009;28:75- 85.
- » ¹¹Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74:511-44.

- » ¹⁴**Orozco Beltrán D, Cebrián Cuenca AM.** ¿Qué modelo es el más eficiente para la gestión de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2? Guía de actualización en diabetes. Organización en consulta. [Internet]. Redgdps; 2015. Disponible en: <https://www.redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P44.pdf>
- » ¹⁵**Konnyu KJ, Yogasingam S, Lépine J, Sullivan K, Alabousi M, Edwards A, et al.** Quality improvement strategies for diabetes care: Effects on outcomes for adults living with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;5(5):CD014513
- » ¹⁶**Shan R, Sarkar S, Martin SS.** Digital health technology and mobile devices for the management of diabetes mellitus: state of the art. *Diabetologia.* 2019;62:877-87.
- » ¹⁷**Miller-Rosales C, Brewster AL, Shortell SM, Rodriguez HP.** Multilevel influences on patient engagement and chronic care management. *Am J Manag Care.* 2023;29:196-202.
- » ¹⁸**López-Fernández J, Oliva García JG.** Reflexiones sobre la gestión clínica de la diabetes en el siglo XXI. [Internet]. *Diabetes.* 2022. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/miscelanea/reflexiones-sobre-la-gestion-clinica-de-la-diabetes-en-el-siglo-xxi/>
- » ¹⁹**Martínez Brocca A (editor).** Diabetes mellitus: proceso asistencial integrado. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/diabetes_mellitus_2018_18_06_2018.pdf
- » ²⁰**Bayón Cabeza M, Pérez Rivas FJ, Zamora Sarabia AL, de Las Heras Mosteiro J, Becerril Rojas B, Rodríguez Barrientos R.** Control del paciente diabético en Atención Primaria: influencia de cartera de servicios y otros factores. *Aten Primaria.* 2020;52:617-26.