

S U P L E M E N T O E X T R A O R D I N A R I O

Diabetes práctica

Actualización y habilidades en Atención Primaria



La diabetes mellitus tipo 2 en tiempos del COVID. Reflexiones sobre la telemedicina y la capacitación de los pacientes

Coordinador:
Enrique Carretero Anibarro

Autores:
Antonio Hormigo Pozo
Francisco Javier García Soidán
Josep Franch-Nadal
Noelia Sanz Vela



SUPLEMENTO EXTRAORDINARIO Diabetes práctica

Actualización y habilidades en Atención Primaria



Coeditores de la revista:

Enrique Carretero Anibarro
Laura Romera Liébana

Comité editorial:

Antonieta Vidal Tolosa
Juan Martínez Candela
Enrique Carretero Anibarro
Laura Romera Liébana

Comité honorífico:

Sara Artola Menéndez
Josep Franch Nadal
Francisco Javier García Soidán
Javier Díez Espino

Web redGDPS:

www.redgdps.org



Passeig de Gràcia, 101, 1.º 3.ª
08008 Barcelona
www.euromedice.net

Depósito legal: B-21312-2012
ISSN: 2013-9071

© 2021: De los autores.

© de la edición 2021: Fundación Redgdps.

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

La ilustración general muestra la telemedicina, definida por la Organización Mundial de la Salud como «aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades».

Los objetivos de la redGDPS son desarrollar y potenciar actividades formativas y de investigación que contribuyan a aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y a mejorar la calidad de la atención a las personas con diabetes.

La redGDPS no promueve ninguna actividad que pueda inducir a la prescripción de fármacos, uso de sistemas de determinación de glucosa o productos dietéticos. En caso de detectarse esta situación, rogamos nos lo comuniquemos al e-mail diabetespractica@redgdps.org.

SUMARIO:

La diabetes mellitus tipo 2 en tiempos del COVID. Reflexiones sobre la telemedicina y la capacitación de los pacientes	2
Diabetes y COVID, una importante sindemia negativa	4
Importancia creciente de la telemedicina y la visita telefónica no presencial: utilidad... e inconvenientes	8
Aspectos éticos y legales de las visitas no presenciales	10
Los algoritmos de decisiones: ¿a qué pacientes debemos dar prioridad?	13
Empoderamiento del paciente con diabetes para asumir su autocontrol. Checklist de ítems importantes en las visitas no presenciales	15
El paciente anciano/frágil y el control de la diabetes mellitus tipo 2 en la era pos-COVID	21
Ideas para el futuro. Las cosas que deberían quedarse con nosotros	24

La diabetes mellitus tipo 2 en tiempos del COVID. Reflexiones sobre la telemedicina y la capacitación de los pacientes

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹ Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ² Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³ Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴ Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: COVID-19, telemedicina.

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 ha venido a modificar de modo súbito la forma de trabajar en los centros de atención primaria. Nuestra manera de atender a los pacientes ha cambiado de la clásica asistencia presencial a la telemedicina.

¿Qué ha significado la pandemia de COVID para los profesionales, los pacientes y la diabetes? ¿Ha modificado nuestra forma de atender a los pacientes? ¿Cómo han percibido ellos estos cambios?

Probablemente responder a estas preguntas pueda parecer sencillo, tal vez solo haría falta contar lo que hacemos cada día en nuestras consultas y preguntar a nuestros pacientes directamente, pero representan numerosas caras y puntos de vistas, en algunos casos con percepciones muy diferentes.

La pandemia de COVID-19 ha venido a modificar de modo súbito la forma de trabajar en los centros de atención primaria. Nuestra manera de atender a nuestros pacientes con una asistencia presencial en su casi totalidad, con algunas experiencias de atención telefónica o por correo electrónico, y en telemedicina (TeleDerma, retinografías, consultas virtuales con algunas especialidades, etc.), ha sido llevada a una atención telefónica con idea de evitar posibles contagios de la enfermedad en los centros sanitarios. Este cambio, realizado de forma abrupta en muy poco tiempo, en algunos casos sin los medios técnicos adecuados, con centros de atención primaria sin las suficientes líneas de teléfono o de comunicación por internet, ha significado una necesidad de adaptación de urgencia para los pacientes y los profesionales.

La incidencia de COVID-19 ha acaparado durante meses el trabajo de los profesionales de atención primaria, ha ocupado gran parte de la actividad y ha generado circuitos exclusivos de atención en los centros. Así, nos hemos visto en la obligación de dejar de realizar determinadas actividades, que entendíamos se podían demorar, sobre todo con las patologías crónicas: diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva..., tanto con las actividades de prevención como de control y educación. Esta situación, para algunos autores, significará a medio plazo el desarrollo de la denominada «tercera ola» como consecuencia de la falta de atención de estas patologías crónicas que pueden determinar el desarrollo de complicaciones propias de cada enfermedad y en el caso de la diabetes tanto desde el punto de lo microvascular como de lo macrovascular. Esta situación, unida a la ausencia de referencias en la bibliografía que nos ayuden a realizar una correcta atención telefónica, ha llevado a iniciativas, como la que nos ocupa, para generar documentos guía que nos permitan una atención adecuada, integral y con criterios de calidad.

Al otro lado del problema se encuentran las personas con diabetes, que han visto que su asistencia, digamos tradicional, se veía alterada de forma considerable, lo que se une a todas las medidas de prevención y evitación que las autoridades sanitarias indicaban, al ser consideradas personas de riesgo. Esto limitó de forma importante la presencia en los centros de salud

y desvió dicha atención a un sistema telefónico/telemático para el que muchos no tenían ni medios ni habilidades.

A partir de este momento vamos a vivir una modificación en los sistemas de atención de los pacientes con inclusión, como una forma más, de la llamada telemedicina, que no solo va a incluir la atención a través del teléfono, sino también la utilización de otros sistemas de comunicación que se deberán incorporar a nuestro trabajo diario: videoconsulta, e-consultas, consultas virtuales con especialistas, páginas web de centros sanitarios, aplicaciones específicas de

patología, redes sociales... y todas las que puedan facilitar la relación, comunicación, formación y adiestramiento de nuestros pacientes.

Con este documento queremos dar continuidad al «Protocolo de atención mediante la telemedicina a las personas con diabetes» que recientemente incluimos en nuestra página web y que suponemos solo va a significar el punto de partida del desarrollo de una nueva forma de valorar, atender y formar a las personas con diabetes, que a nuestro entender ha venido para quedarse y, por supuesto, desarrollarse.

Diabetes y COVID, una importante sindemia negativa

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ²Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: sindemia, SARS-CoV-2.

RESUMEN

La sindemia se define como la «coexistencia de dos o más enfermedades que se extienden entre la población por la interacción o sinergia de factores biológicos y sociales». La diabetes mellitus modifica la evolución y el pronóstico del COVID. La metformina ha demostrado mejorar el pronóstico del COVID-19. Existen resultados prometedores con iDPP-4 y asGLP-1.

Nos prometieron que los sueños podrían volverse realidad. Pero se les olvidó mencionar que las pesadillas también son sueños.
Oscar Wilde

Desde hace solo unos meses estamos viviendo unos tiempos únicos e insospechados. El virus SARS-CoV-2 ha sacudido nuestro mundo y nos ha obligado a salir de nuestra zona de confort. Ya no podemos pasar visita como antes y, consecuentemente, no podemos atender igual a las personas con diabetes. Esto nos ha obligado a pensar en nuevas opciones y aplicarlas... con resultados desiguales.

Estamos hablando de una sindemia («coexistencia de dos o más enfermedades que se extienden entre la población por la interacción o sinergia de factores biológicos y sociales») mundial que no sabemos cuánto va a durar, aunque sí que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo... ¿o no?

LA EXTENSIÓN DE LAS DOS EPIDEMIAS

Desde hace muchos años sabemos que la diabetes mellitus (DM) está aumentando su prevalencia de forma espectacular. Según la International Diabetes Federation¹, en 2019 en el mundo había 460 millones de adultos con diabetes (un 9,3 % de la población), cifra que se incrementará hasta los 700 millones en 2045 (51 % de incremento), aunque en

algunas regiones como África el incremento será del 143 %. En un año la DM mata a 4,2 millones de personas y obliga a gastar 760 millardos (x10⁹) de dólares.

En el otro lado, tenemos la imparable epidemia de COVID. En el momento de escribir estas líneas (justo en la tercera ola, a mediados de enero 2021), ya ha afectado a más de 72 millones de personas y ha ocasionado más de 1,6 millones de muertes. En breve tendremos una tercera ola que se prevé será peor que las dos anteriores. Y así hasta no sabemos cuándo.

RIESGO DE INFECTARSE POR COVID EN LAS PERSONAS CON DIABETES

En primer lugar, sabemos que las personas con diabetes tienen una mayor susceptibilidad a las enfermedades infecciosas. En general, presentan un retraso de la activación de los mecanismos inmunitarios².

La forma de estudiar este riesgo ha sido a través de la comparación entre las prevalencias de DM tipo 2 en los pacientes ingresados en hospitales con respecto a las prevalencias de DM tipo 2 en la población general. Estudios y metanálisis tanto en China³, como en Italia⁴ o en España⁵ encuentran prevalencias algo superiores en los ingresados. En el caso de España, con una prevalencia poblacional estimada de DM tipo 2 del 13,8 %⁶, vemos que entre los ingresos hos-

pitalarios registrados por la Sociedad Española de Medicina Interna la prevalencia de DM era del 19,4 %.

En Estados Unidos una revisión ha estudiado la prevalencia de DM entre los pacientes COVID-19 no ingresados (6 %), los ingresados (24 %) y los ingresados en UCI (32 %)⁷. En población general de Estados Unidos la prevalencia es del 13,3 %¹.

En resumen, estos datos parecen indicar que el riesgo de presentar un COVID-19 es algo más elevado en las personas con diabetes, pero tal vez este hecho se debe al sesgo de la edad o a la presencia de otras comorbilidades frecuentes en la persona con DM tipo 2. Serán necesarios estudios más precisos del tipo cohortes o casos y controles en Real World Data cuyo objetivo principal sea corroborar esta hipótesis.

LA DIABETES MELLITUS MODIFICA LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO DEL COVID

Sobre este punto ya existen pocas dudas. El pronóstico del COVID-19 viene marcado en gran parte por la respuesta inflamatoria del organismo. Todas aquellas entidades clínicas que supongan una inflamación crónica de bajo grado contribuirán a un peor pronóstico. No olvidemos que la persona con DM tipo 2 en realidad es un paciente crónicamente inflamado, con una mala resolución del estrés oxidativo, con hipercoagulabilidad, con una elevada resistencia a la insulina y con una frecuente asociación con otras comorbilidades⁸. Todo ello contribuye a empeorar el pronóstico de cualquier infección y los datos clínicos lo corroboran.

En el caso de la infección por COVID también se ha visto que el pronóstico empeora especialmente en aquellos en los que existe una marcada hiperglucemia al ingreso^{9,10}. Sin embargo, no se ha observado una relación clara con un deficiente control metabólico previo medido por la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}). Una revisión sistemática ha encontrado una relación no significativa entre la HbA_{1c} y la gravedad de la infección por COVID-19¹¹, lo que tampoco significa que no exista o que descuidemos el control de la HbA_{1c}.

Prácticamente todas las revisiones sistemáticas y metanálisis muestran que los pacientes con DM que presentan una infección por COVID tienen una mayor mortalidad (*odds ratio* [OR] = 1,90), más ingresos en UCI, más posibilidades de ventilación mecánica y más días de estancia hospitalaria. Esta mayor gravedad tiene aproximadamente una OR combinada de 2,75¹²⁻¹⁴. La obesidad también es un factor importante¹⁵.

ALGUNOS DE LOS FÁRMACOS QUE TOMAN HABITUALMENTE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 PUEDEN VARIAR LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO DEL COVID-19

Al principio de la primera ola de la pandemia uno de los posibles mecanismos fisiopatológicos de la toxicidad por el SARS-CoV-2 pasaba por la vía del receptor de la enzima convertidora de la angiotensina. Por tanto, se temía que los fármacos que bloqueaban esta vía se asociasen a una mayor mortalidad. Posteriormente varios metanálisis han descartado esta posibilidad y recomiendan mantener su uso^{16,17}.

Con respecto a las estatinas, algunos estudios como el realizado en España por Lluís Massana et al.¹⁸ vieron una menor mortalidad por COVID entre los pacientes que tomaban estatinas antes de su ingreso hospitalario, lo que hizo levantar esperanzas con esta familia. Posteriormente, el estudio CORONADO no solo no ha corroborado estos resultados, sino que ha encontrado una mayor mortalidad entre los usuarios de estatinas¹⁹.

Por lo que se refiere a los fármacos antidiabéticos, hay algunos estudios puntuales, pero falta una evidencia clara. La metformina ha demostrado mejorar el pronóstico del COVID-19²⁰. También se ha estudiado el papel de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2²¹ y se ha observado que no empeoran el pronóstico del COVID-19, pero tampoco lo mejoran.

En la actualidad las esperanzas están puestas en la familia de las incretinas²². En concreto, en relación con los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP-4), el estudio de Solerte²³ fue el primero en mostrar que los pacientes que tomaban sitagliptina antes del ingreso hospitalario tenían una menor mortalidad por COVID-19 (OR = 0,23) y una mejor evolución clínica con menos ingresos en UCI (OR = 0,51) y menos ventilación mecánica (OR = 0,27). Estos resultados se han intentado explicar por el efecto de los iDPP-4 sobre las citocinas al impedir la tormenta inflamatoria pulmonar principalmente. Este efecto beneficioso se ha observado en otros estudios²⁴, pero no en todos²⁵.

Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1) es posible que además tengan un papel estabilizando las barreras que impiden la acción de mecanismos proinflamatorios, enlenteciendo la progresión del virus y mejorando los resultados clínicos²⁶.

En espera de los resultados de estudios diseñados para dar una respuesta específica al efecto protector o perjudicial

de varias familias de fármacos antidiabéticos, lo más lógico parece ser seguir con la misma filosofía de tratamiento de la DM tipo 2 que estamos utilizando en la actualidad.

REPERCUSIONES DEL COVID-19 SOBRE EL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES MELLITUS

Uno de los problemas más importantes que está causando esta epidemia de COVID-19 es la falta de control de las patologías crónicas como la diabetes, muy probablemente por falta de recursos y tiempo. Algunos estudios han apuntado al papel diabetogénico del virus SARS-CoV-2²⁷, pero en nuestras consultas diarias el problema tiene unas causas mucho más simples: la sobrecarga de la atención a personas con COVID-19 ha provocado una menor atención a personas con patologías crónicas como la DM tipo 2.

Este hecho ha sido demostrado muy recientemente en un estudio con datos de práctica real en cerca de 6 millones de pacientes del sistema Català de la Salut que ha analizado el impacto de la epidemia de COVID sobre la evolución de 34 indicadores de calidad asistencial²⁸. Por lo que se refiere a la DM tipo 2, durante la primera oleada (de febrero a abril de 2020) las solicitudes de HbA_{1C} descendieron un 17 %, y el porcentaje de pacientes con HbA_{1C} <8 % en 2,5 puntos. También han descendido los porcentajes de cribados del pie diabético (en 10 puntos), la retinopatía (en 5 puntos) y la salud bucal (en 1,3 puntos).

CONCLUSIONES

La sindemia COVID-19/DM tipo 2 ha presentado graves repercusiones y grandes interrogantes. Muy probablemente las personas con DM tipo 2 tienen un mayor riesgo de infectarse (aunque es necesario estudiarlo con una metodología rigurosa), con toda seguridad los pacientes con DM que sufren una infección por SARS-CoV-2 tienen más riesgo que la población general para que la enfermedad COVID-19 evolucione peor (más ingresos hospitalarios, más estancias en la UCI, mayor necesidad de ventilación mecánica y mayor mortalidad).

No estamos seguros de si algunos de los fármacos antidiabéticos como la metformina, los iDPP-4 o los arGLP1 tienen un papel protector en la infección por COVID-19. Pero sí sabemos que lamentablemente el control metabólico de nuestros pacientes está empeorando y eso se acompañará de una mayor presencia de complicaciones diabéticas.

Sin duda la pandemia de COVID-19 ha modificado nuestras vidas y las de nuestros pacientes. Ya no podemos visitar como antes y es mucho más difícil hacer una medicina preventiva con las patologías crónicas no-COVID. Los pacientes también están desorientados. No sabemos cuánto tiempo durará esta situación ni cómo va a ser la consulta futura de los profesionales sanitarios en el centro de salud. Se potencian la telemedicina y las visitas no-presenciales, pero... ¿permanecerá esta filosofía?

BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID. Actualización. [Internet]. Atlas de la Diabetes de la FID. 2019. 1-169 p. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
2. Muller LMAJ, Gorter KJ, Hak E, Goudzwaard WL, Schellevis FG, Hoepelman AIM, et al. Increased risk of common infections in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Clin Infect Dis*. 2005;41(3):281-8.
3. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis [Internet]*. 2020;94:91-5.
4. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020;323(16):1574-81.
5. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, Lumberras-Bermejo C, Ramos-Rincón JM, Roy-Vallejo E, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: Results from the SEMI-COVID-19 Registry. *Rev Clin Esp*. 2020;220(8):480-94.
6. 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(1):88-93.
7. Chow N, Fleming-Dutra K, Gierke R, Hall A, Hughes M, Pilishvili T, et al. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 — United States, February 12–March 28, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(13):382-6.
8. Domingueti CP, Dusse LMSA, Carvalho MDG, De Sousa LP, Gomes KB, Fernandes AP. Diabetes mellitus: The linkage between oxidative stress, inflammation, hypercoagulability and vascular complications. *J Diabetes Complications*. 2016;30:738-45.

9. Carrasco-Sánchez FJ, López-Carmona MD, Martínez-Marcos FJ, Pérez-Belmonte LM, Hidalgo-Jiménez A, Buonaiuto V, et al. Admission hyperglycaemia as a predictor of mortality in patients hospitalized with COVID-19 regardless of diabetes status: data from the Spanish SEMI-COVID-19 Registry. *Ann Med.* 2021;53(1):103-16.
10. Sardu C, D'Onofrio N, Balestrieri ML, Barbieri M, Rizzo MR, Messina V, et al. Outcomes in patients with hyperglycemia affected by COVID-19: can we do more on glycemic control? *Diabetes Care.* 2020;43(7):1408-15.
11. Chen J, Wu C, Wang X, Yu J, Sun Z. The impact of COVID-19 on blood glucose: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020;11:574541.
12. Kumar A, Arora A, Sharma P, Anikhindi SA, Bansal N, Singla V, et al. Is diabetes mellitus associated with mortality and severity of COVID-19? A meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(4):535-45.
13. Abdi A, Jalilian M, Sarbarzeh PA, Vlaisavljevic Z. Diabetes and COVID-19: A systematic review on the current evidences. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;166:108347.
14. Huang I, Lim MA, Pranata R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia – A systematic review, meta-analysis, and meta-regression: Diabetes and COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(4):395-403.
15. Tamara A, Tahapary DL. Obesity as a predictor for a poor prognosis of COVID-19: A systematic review. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(4):655-9.
16. Pirola CJ, Sookoian S. Estimation of renin-angiotensin-aldosterone-system (RAAS)-inhibitor effect on COVID-19 outcome: A meta-analysis. *J Infect [Internet].* 2020;81(2):276-81.
17. Flacco ME, Acuti Martellucci C, Bravi F, Parruti G, Cappadona R, Mascitelli A, et al. Treatment with ACE inhibitors or ARBs and risk of severe/lethal COVID-19: A meta-analysis. *Heart.* 2020;106(19):1519-24.
18. Masana L, Correig E, Rodríguez-Borjabad C, Anoro E, Arroyo JA, Jericó C, et al. Effect of statin therapy on SARS-CoV-2 infection-related mortality in hospitalized patients. *Eur Hear J Cardiovasc Pharmacother.* 2020;pvaa128.
19. Cariou B, Goronflot T, Rimbart A, Boullu S, Le May C, Moulin P, et al. Routine use of statins and increased COVID-19 related mortality in inpatients with type 2 diabetes: Results from the CORONADO study. *Diabetes Metab.* 2020;S1262-3636(20)30153-1.
20. Crouse A, Grimes T, Li P, Might M, Ovalle F, Shalev A. Metformin use is associated with reduced mortality in a diverse population with Covid-19 and diabetes. *medRxiv Prepr Serv Heal Sci.* 2020;(205).
21. Sainsbury C, Wang J, Gokhale K, Acosta-Mena D, Dhalla S, Byne N, et al. Sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors and susceptibility to COVID-19: A population-based retrospective cohort study. *Diabetes Obes Metab.* 2021;23:263-9.
22. Morin N. Response to COVID-19 and diabetes: Can DPP4 inhibition play a role? – GLP-1 might play one too. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;164:108160.
23. Solerte SB, D'Addio F, Trevisan R, Lovati E, Rossi A, Pastore I, et al. Sitagliptin treatment at the time of hospitalization was associated with reduced mortality in patients with type 2 diabetes and COVID-19: a multicenter, case-control, retrospective, observational study. *Diabetes Care.* 2020;43(12):2999-3006.
24. Schlicht K, Rohmann N, Geisler C, Hollstein T, Knappe C, Hartmann K, et al. Circulating levels of soluble dipeptidylpeptidase-4 are reduced in human subjects hospitalized for severe COVID-19 infections. *Int J Obes (Lond).* 2020;44:2335-8.
25. Strollo R, Maddaloni E, Dauriz M, Pedone C, Buzzetti R, Pozzilli P. Use of DPP4 inhibitors in Italy does not correlate with diabetes prevalence among COVID-19 deaths. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;171:108444.
26. Hanchard J, Capó-Vélez CM, Deusch K, Lidington D, Bolz SS. Stabilizing cellular barriers: raising the shields against COVID-19. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020;11:583006.
27. Somasundaram NP, Ranathunga I, Ratnasamy V, Wijewickrama PSA, Dissanayake HA, Yogendranathan N, et al. The impact of SARS-Cov-2 virus infection on the endocrine system. *J Endocr Soc.* 2020;4:bvaa082.
28. Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermosilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of COVID-19: Monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):208.

Importancia creciente de la telemedicina y la visita telefónica no presencial: utilidad... e inconvenientes

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹ Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ² Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³ Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴ Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: teleconsulta.

RESUMEN

Debido a la pandemia del virus COVID-19, se ha producido un crecimiento exponencial de las teleconsultas, lo cual ha permitido mantener la continuidad asistencial. Es necesario optimizar esta herramienta.

Durante la pandemia del virus COVID-19 hemos asistido a un incremento exponencial de la telemedicina, en un período de tiempo muy limitado y sin una preparación adecuada, pero que nos ha permitido mantener la continuidad asistencial con los pacientes, a pesar de las grandes limitaciones de movilidad que han tenido lugar con el fin de reducir el riesgo de contagio.

Según cifras del CatSalut, antes de la crisis sanitaria en los centros de atención primaria se atendían diariamente 135 000 visitas presenciales, 14 500 telefónicas y unas 1000 e-consultas. Ahora las visitas presenciales son unas 18 000 diarias; las telefónicas, unas 86 000 y las e-consultas unas 17 000, lo cual demuestra la gran transformación que ha tenido lugar¹.

Existen varias modalidades de telemedicina, que a su vez pueden englobarse en dos modalidades²:

- **Sincrónica:** se refiere a la consulta que se ejecuta en tiempo real. Ello permite un contacto en directo entre el profesional sanitario y paciente. Las más habituales son la consulta telefónica o la videoconferencia.
- **Asincrónica:** se refiere a una consulta *online* que permite conectar al personal sanitario y a los pacientes en diferido. Habitualmente se utiliza para compartir información de la historia clínica digital, imágenes y otros informes clínicos. Los más utilizados son el correo electrónico, blogs, redes sociales o aplicaciones.

Actualmente en España el sistema más utilizado es la consulta telefónica, pero existen proyectos en un futuro próximo para expandir el uso de la videoconferencia y del resto de modalidades de la telemedicina.

OBJETIVOS DE LA TELECONSULTA EN PERSONAS CON DIABETES³

Al realizar una entrevista clínica no presencial con la persona con diabetes, debemos tener presentes los objetivos:

1. Realizar una valoración clínica del estado de salud del paciente en relación con su diabetes.
2. Prescribir o modificar tratamientos para tratar descompensaciones o mejorar el control de la enfermedad.
3. Evaluar posibles comorbilidades y sus tratamientos. Es posible que el paciente consulte algún otro problema de salud que podamos solucionar u orientarlo sobre los posibles pasos a seguir.
4. Dar apoyo personal al paciente y a su familia, transmitir tranquilidad sobre las posibles medidas de confinamiento y resolver dudas sobre el manejo de la diabetes.
5. Realizar una entrevista dirigida, en este momento, a las posibles dudas y riesgo de exposición al coronavirus, así como informar de los síntomas de alarma, medidas y circuitos asistenciales.

UTILIDADES Y DESVENTAJAS DE LA TELECONSULTA

Al igual que cualquier otra actividad, la teleconsulta tiene adeptos y detractores, ventajas y desventajas. Es una herramienta muy útil, pero que no es válida para todo tipo de pacientes ni para cualquier patología ni para todo tipo de actos asistenciales, por lo que es imprescindible que conviva con la consulta presencial. Todos los pacientes deben saber que en aquellos casos en que sea necesaria siempre estará disponible la consulta presencial.

En la tabla 1 resumimos las principales ventajas y desventajas de la teleconsulta¹⁻⁵.

Un elemento de vital importancia para que se consoliden con éxito las teleconsultas es que estas tengan una buena calidad tanto desde el punto de vista de la conexión, como de sus contenidos y de su preparación. Por ello, se debe instaurar un sistema de evaluación, mediante la creación de indicadores de buena praxis que deben cumplirse en la mayoría de ellas¹.

CONCLUSIONES

Debido a la pandemia del virus COVID-19, hemos asistido a un crecimiento exponencial de las teleconsultas, utilizando los medios disponibles en estos momentos, lo cual ha permitido mantener la continuidad asistencial a pesar de

Tabla 1. Ventajas y desventajas de la teleconsulta

Ventajas	Desventajas
Reduce el riesgo de contagio	Necesidad de recursos tecnológicos
Ahorra tiempo y recursos en desplazamientos	Necesidad de formación en teleconsulta a sanitarios y pacientes
Evita pérdida de horas de trabajo	Limitaciones en la exploración física
Facilita el acceso a personas con problemas de movilidad	Problemas de seguridad y confidencialidad de la información
Posibilita la elección del tipo de consulta	Falta de calor humano
Permite mejorar la continuidad asistencial	Limitación en personas con problemas sensoriales
Inmediatez	Pérdida del lenguaje no verbal (salvo videoconferencia)

las limitaciones de formación y tecnológicas de sanitarios y pacientes.

Una vez que ha concluido esta primera fase de expansión de la teleconsulta, somos conscientes de la necesidad de optimizar esta herramienta y para ello es imprescindible mejorar la dotación de recursos tecnológicos, así como la formación de los profesionales sanitarios, e incluso de los pacientes, con el fin de mejorar la calidad de las teleconsultas, sin olvidar las limitaciones de esta, por lo que deberá coexistir con la consulta presencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Salud Digital. Guía básica de recomendaciones para la teleconsulta. Mayo 2020. Disponible en: https://www.salud-digital.es/wp-content/uploads/2020/05/Guia_ASD_mayo2020.pdf
- American Telemedicine Association. ATA'S quick-start guide to telehealth during a health crisis. Disponible en: https://www.jshfirm.com/wp-content/uploads/2020/04/ATA_QuickStart_Guide_to_Telehealth_4-10-20.pdf
- Quinn LM, Davies MJ, Hadjiconstantinou M. Virtual consultations and the role of technology during the COVID-19 pandemic for people with type 2 diabetes: The UK perspective. *J Med Internet Res.* 2020;22(8):e21609.
- Bokolo AJ. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic. *Ir J Med Sci.* 2020 Jul 8:1-10.
- Gorgojo Martínez JJ, Zugasti Murillo A, Rubio Herrera MA, Bretón Lesmes I. Teleconsulta en endocrinología y nutrición en tiempos de la pandemia COVID-19 y más allá. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Disponible en: https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1433/160620_105727_7128864936.pdf

Aspectos éticos y legales de las visitas no presenciales

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹ Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ² Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³ Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴ Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: aspectos éticos, aspectos legales, medicina 3.0.

RESUMEN

Los aspectos éticos de la telemedicina fueron recogidos en la «Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Ética de la Telemedicina». La Asociación Médica Mundial recomienda que la telemedicina se adapte a los marcos reguladores locales, promoviendo la creación de normas éticas, de práctica, legislación nacional y acuerdos internacionales relacionados con la telemedicina, mientras se protege la relación médico-paciente, la confidencialidad y la calidad de la atención médica.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA TELEMEDICINA

Los aspectos éticos de la telemedicina fueron recogidos en la «Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Ética de la Telemedicina» adoptada por la 58.^a Asamblea General (Copenhague 2007) y enmendados por la 69.^a Asamblea General en el año 2018 (Reikiavik 2018). En esta se indica que los principios de la ética médica que son obligatorios para la profesión en la consulta presencial también deben ser respetados en la práctica de la telemedicina, atendiendo las siguientes normas:

1. La relación entre el personal de medicina y enfermería y el paciente debe estar basada en un examen personal y conocimiento suficiente de la historia clínica de este último. Se debe usar en situaciones en las que el profesional sanitario no puede estar presente y en la gestión de enfermedades crónicas o el seguimiento después del tratamiento inicial.
2. Esta relación entre el personal de medicina y enfermería y el paciente estará basada en la confianza y el respeto mutuos, y ambos deben identificarse cuando se utilice la telemedicina. Si la consulta se realiza por varios profesionales sanitarios, el médico es el principal responsable de dicha atención.
3. Se debe realizar un consentimiento informado adecuado mediante la información necesaria sobre los distintos aspectos de las consultas que se hagan por

telemedicina, incluyendo: explicación de cómo funciona la telemedicina y cómo reservar citas, los aspectos de privacidad, la posibilidad de fallos tecnológicos, incluido un posible fallo de confidencialidad, políticas de prescripción y posible coordinación con otros profesionales sin influenciar en la decisión del paciente.

4. Considerar que ciertas tecnologías pueden ser inasequibles para algunos pacientes, por lo que puede crearse un acceso desigual a la telemedicina y ampliarse aún más la brecha en salud entre ricos y pobres.
5. El profesional de medicina y enfermería debe, en la práctica de la telemedicina, cumplir el marco legal y ético del país. Debe informar a los pacientes de la disponibilidad horaria para mantener la privacidad del profesional.
6. El profesional de medicina y enfermería debe ejercer su autonomía profesional al decidir si una consulta es presencial o por telemedicina. En caso de usar la telemedicina, debe mantener un registro detallado de los consejos que entrega y de la información que recibe de los pacientes, así como asegurarse de que los pacientes han comprendido los consejos y sugerencias de tratamiento entregadas, promoviendo la continuidad de la atención.
7. Es necesario asegurarse de que los usuarios puedan utilizar el sistema de telecomunicación necesario y ser conscientes de las dificultades e incertidumbres

que pueden presentarse en el contacto con el paciente a través de la telecomunicación.

8. Se deben utilizar medidas de evaluación de la calidad de la atención para asegurar la seguridad del paciente, así como el mejor diagnóstico y tratamiento posibles. Al igual que todas las intervenciones en salud, se debe probar la eficacia, seguridad, viabilidad y rentabilidad de la telemedicina.

ASPECTOS LEGALES DE LA TELEMEDICINA

La Asociación Médica Mundial recomienda que la telemedicina se adapte a los marcos reguladores locales, promoviendo la creación de normas éticas, de práctica, legislación nacional y acuerdos internacionales relacionados con la telemedicina, mientras se protege la relación médico-paciente, la confidencialidad y la calidad de la atención médica.

La realización de una consulta no presencial conlleva la prestación, por un lado, de un servicio sanitario y, por otro, de un servicio de la sociedad de la información, por lo que es necesario recoger la directriz de libre prestación de servicios en la normativa de comercio electrónico y por la directiva de derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

Como servicio de asistencia sanitaria está regulado por:

- Artículos 56 y 57 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, ya que, al ser un servicio, queda dentro del ámbito de estos artículos del tratado.
- Directiva 2011/24/UE sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza; en concreto, en los artículos 3,d); 7.7 y 14.

La consulta no presencial como servicio de la sociedad de la información está regulada en:

- Directiva 2000/31/CE, sobre comercio electrónico: art. 2,a).
- Directiva 98/34/CE, sobre servicios de la sociedad de la información: art. 1.2.

En la actualidad no existe una reglamentación en España que regule de modo específico la consulta no presencial. Además, hay que asumir la existencia de transferencias a nivel autonómico de estas competencias, por lo que se aplican una serie de normas estatales que se deben cumplir:

- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Real Decreto 1720/200.

- Ley 34/2002 de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
- Ley 14/1986, General de Sanidad.
- Ley 45/2007, de 13 diciembre, de desarrollo sostenible del medio rural.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 34/1988, General de Publicidad; Real Decreto Legislativo 1/2007, de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.
- Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

En Europa tampoco existe una regulación de esta atención médica y, aunque se intenta su desarrollo para favorecer la atención tanto de atención primaria como hospitalaria para aquellas poblaciones que por su especial alejamiento pueden tener dificultades, se aplica la Directiva 2011/24/UE relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza que regula los derechos de las personas a la atención sanitaria fuera de nuestras fronteras.

SEGURIDAD Y RECOMENDACIONES DE LA MEDICINA 3.0

No existe experiencia previa a la situación de pandemia que estamos viviendo y la evolución tan rápida de implementación que ha surgido con la telemedicina, por lo cual la bibliografía existente es escasa. Nos vamos a servir de la publicación general «Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud» (período 2015-2020) para la valoración de los aspectos de seguridad en el desarrollo de la consulta y en la reciente publicación realizada en Chile «Guía de buenas prácticas y recomendaciones en telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile».

En relación con la seguridad, prima la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Real Decreto 1720/200 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que hacen hincapié en cumplir con los siguientes apartados:

1. Protección de datos.
2. Privacidad y confidencialidad de los datos.

3. Aspectos regulatorios en relación con la responsabilidad de los datos. Uso de correo corporativo y siempre de una conexión segura a la red local de la empresa por medio de internet a través de una VPN (*virtual private network*).
4. Evaluar las capacidades del paciente y las limitaciones personales o tecnológicas.
5. Verificar la disponibilidad del material necesario (teléfono fijo o móvil, ordenador, etc.).
6. Revisión de la historia del paciente.
7. Informar de la agenda de la teleconsulta (día, hora, duración, objetivos, datos exploratorios previos necesarios: peso, glucemia, tensión arterial, etc.).
8. Identificación del profesional que realiza la teleconsulta, manteniendo la privacidad y la confidencialidad.
9. Transmisión de la información de forma bidireccional: profesional-paciente y paciente-profesional.
10. Comprobar la comprensión de las recomendaciones, los consejos y las prescripciones realizadas.
11. Realizar un registro de la consulta en la historia clínica.
12. Comprobar la realización de prescripciones, pruebas complementarias o interconsultas que se hayan indicado.
13. Indicar datos de nueva cita si es necesario.

Para finalizar, debemos recomendar realizar encuestas de satisfacción en todas las teleconsultas, tanto de los pacientes como de los profesionales, y estudios de la calidad asistencial prestada como mecanismo de posibles mejoras futuras.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Directiva 2000/31/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2000, relativa a determinados aspectos jurídicos de los servicios de la sociedad de la información, en particular el comercio electrónico en el mercado interior (Directiva sobre el comercio electrónico).
- Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.
- Directiva 98/34/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 22 de junio de 1998-M1 por la que se establece un procedimiento de información en materia de las normas y reglamentaciones técnicas y de las reglas relativas a los servicios de la sociedad de la información.
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (período 2015-2020).
- Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:m1182.
- Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones en telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile (abril de 2020).
- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud de Andalucía; 2001.
- Lopez-Campos LL, Calle M, Cosío BG, González Villaescusa C, García River JL, FernandezVillar A, et al. Soporte telefónico al paciente con EPOC en tiempos de la COVID-19. *Open Respir Arch*. 2020;2(3):179-85.
- Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (30 de marzo de 2010).
- World Medical Association. Aspectos éticos en el uso de la telemedicina. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>

Los algoritmos de decisiones: ¿a qué pacientes debemos dar prioridad?

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹ Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ² Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³ Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴ Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: niveles de riesgo, modelo de Kaiser, captación proactiva.

RESUMEN

La primera actuación debe ser valorar los niveles de riesgo de nuestros pacientes con diabetes. Los diferentes niveles de riesgo que debemos aplicar estarán basados en el modelo de Kaiser. La captación proactiva es fundamental para retomar un adecuado seguimiento de nuestros pacientes con diabetes.

En la situación epidemiológica actual, el abordaje de la cronicidad se ha visto afectado por diferentes factores:

- La dificultad en la accesibilidad al centro de salud de manera presencial, al tener una limitación de visitas.
- El desconocimiento por parte del usuario del funcionamiento de los diferentes circuitos.
- Miedo por parte de los pacientes a acudir al centro de salud.
- Desconocimiento en el cuidado de su enfermedad y, por consiguiente, de las necesidades y periodicidad de las visitas (tanto telefónicas como presenciales).
- La sobrecarga asistencial por parte de los trabajadores sanitarios.
- Situaciones familiares, emocionales o aspectos psicológicos que durante la pandemia han hecho que el cuidado de su patología crónica pase a un segundo plano para el propio paciente, y que se descuiden aspectos como la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico.
- Cambio de cuidador principal en muchas familias.

La primera actuación, cuando las condiciones de la pandemia lo permitan, debe ser valorar los niveles de riesgo de nuestros pacientes con diabetes. Los diferentes niveles de riesgo que debemos aplicar estarán basados en el modelo de Kaiser permanente de estratificación, en el que se distinguen tres categorías:

- Pacientes de riesgo bajo: pacientes con diabetes en estadios iniciales. El objetivo para este nivel es ralen-

tizar el progreso de la enfermedad y evitar que el paciente alcance niveles superiores de riesgo. Para ello, debemos fomentar la autogestión de la enfermedad y la educación de carácter preventivo y de hábitos saludables.

- Pacientes de riesgo medio: pacientes que representan una complejidad de abordaje moderada (mayor tiempo de evolución de la enfermedad, dificultad en el control glucémico, falta de adherencia, etc.). El objetivo, al igual que en el nivel bajo, es reducir la progresión mediante una planificación y gestión de la enfermedad que combine la autogestión y los cuidados profesionales (de medicina y de enfermería).
- Pacientes de riesgo alto: son pacientes de mayor complejidad que presentan comorbilidades asociadas a la diabetes. El objetivo en este nivel es reducir las reagudizaciones y los ingresos hospitalarios por medio de la gestión integral del caso con cuidados fundamentalmente por profesionales sanitarios.

Probablemente la llegada de los pacientes a los centros no se realice de forma mayoritaria tras la pandemia, sino que persistirán muchos de los condicionantes referidos al principio: miedos, desconocimiento, limitaciones asistenciales, etc. Por ello, es fundamental instaurar una estrategia de captación de los usuarios para evitar las posibles complicaciones a corto, medio y largo plazo, y contribuir así a la mejor calidad de vida de nuestros pacientes.

La captación proactiva por parte los profesionales de medicina y enfermería es fundamental para contribuir a retomar en muchos casos un adecuado seguimiento de nuestros pacientes con diabetes (figura 1). Cada comunidad autónoma presenta sus particularidades, ya que cada una utiliza sistemas informáticos y bases de datos diferentes. En aquellas en las que se puedan realizar búsquedas mediante listados de pacientes que nos permitan acotar por criterios, la prioridad debería ser:

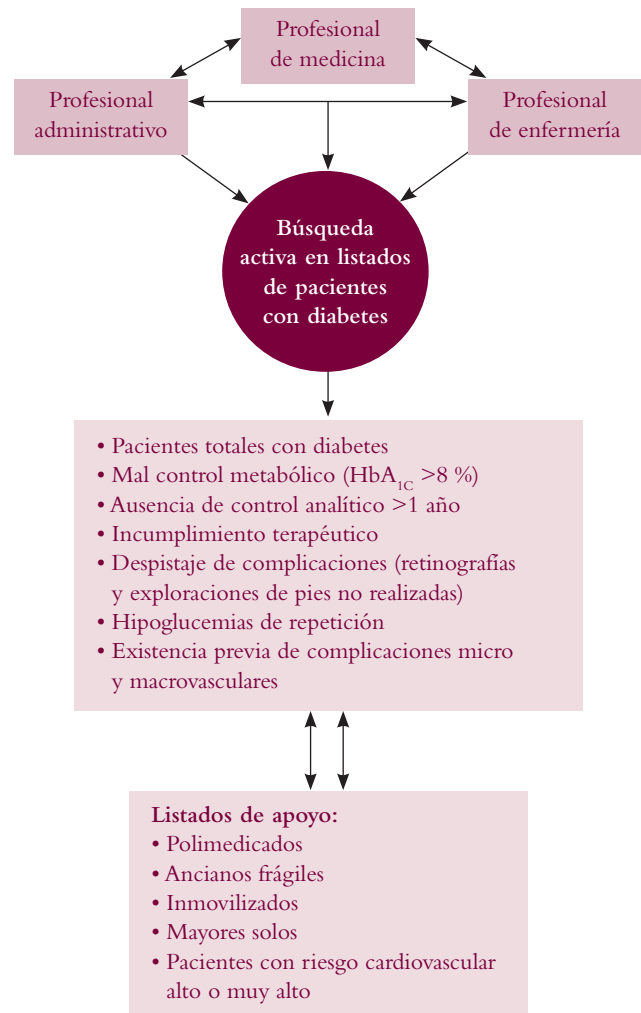
- Listado de pacientes totales con diabetes por cupo asistencial (se calcula que existen unos 140-150 diabéticos por cupo estándar de unas 1500 personas asignadas).
- Mal control metabólico (hemoglobina glucosilada [HbA_{1c}] por encima del 8 %).
- Ausencia de control analítico en el último año: pacientes con diabetes frente a medidas de HbA_{1c} realizadas.
- Probable incumplimiento terapéutico: cruzando receta electrónica con retirada de fármacos para su patología crónica en farmacia.
- Evaluación y despistaje de complicaciones: valorar los listados de retinografías no realizadas o exploraciones de pie no ejecutadas.
- Pacientes con antecedentes de hipoglucemias de repetición.
- Pacientes con complicaciones micro-macrovasculares.

Se puede revisar también la existencia de otros listados que nos faciliten de forma conjunta valorar otras situaciones de riesgo en nuestros pacientes con diabetes en los que concurra alguno de los supuestos:

- Polimedicados.
- Ancianos frágiles.
- Inmovilizados.
- Mayores solos.
- Pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto.

Dentro de los posibles apoyos existentes en el centro de salud, se podría plantear el de tipo administrativo para reali-

Figura 1. Búsqueda proactiva de pacientes con diabetes



HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada.
Elaboración propia.

zar llamadas telefónicas de los listados de nuestros pacientes con diabetes que permitan realizar un primer cribaje de las situaciones especificadas en los apartados precedentes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Feachem RG, Sekhri NK, Whitw KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324:135-41.
- Talbot-Smith A, Gnani S, Pollock AM, Gray DP. Questioning the calims from Kaiser. *Br J Gen Pract*. 2004;54:583-4.

Empoderamiento del paciente con diabetes para asumir su autocontrol. Checklist de ítems importantes en las visitas no presenciales

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹ Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ² Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³ Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴ Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: empoderamiento, autocontrol, checklist.

RESUMEN

El empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. En una visita no presencial estandarizada, el profesional sanitario deberá indagar sobre diversos aspectos clínicos.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, empoderamiento «es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud»¹. Para llegar al objetivo final, «el empoderamiento» de nuestro paciente en el manejo de su diabetes, debemos capacitarlo dándole todas las herramientas necesarias a través de la **educación terapéutica (ET)**.

Sería recomendable que la ET englobara los siguientes conceptos, que nuestros pacientes deben conocer y saber responder adecuadamente:

1. Conceptos generales sobre su diabetes:

- ¿Conoce lo que significa tener diabetes o podría explicar en qué consiste su patología?
- ¿Sabe qué ocurre si no está controlada adecuadamente?
- ¿Le he explicado las complicaciones microvasculares y macrovasculares que pueden aparecer y cómo prevenirlas?

2. Autogestión de la enfermedad:

- ¿Le he explicado qué debe hacer ante una hipoglucemia?
- ¿Y en caso de hiperglucemia?
- En caso de sufrir cualquier infección, ¿le he informado de los signos que pueden aparecer de manera más frecuente y cómo manejarlos? (por ejemplo, empeoramiento del control glucémico,

importancia de la hidratación con líquidos no calóricos, etc.).

- ¿Sabría reconocer signos y síntomas de alarma durante la infección y cuándo contactar con sus profesionales de referencia? (cifras de hiperglucemia mantenidas por más de 24 horas, náuseas, vómitos que no toleren la ingesta de líquidos o sólidos de más de 6 horas de evolución, etc.).
- En caso de celebraciones y consumo de alcohol en pacientes con fármacos hipoglucemiantes, ¿le he explicado lo que puede ocurrir y el manejo en estas situaciones?

3. Tratamiento no farmacológico:

a) Alimentación:

- ¿Conoce la terapia nutricional más adecuada según sus preferencias, circunstancias y necesidades?
- ¿Sabe la importancia de la adherencia a una adecuada alimentación?
- ¿Sabría reconocer aquellos alimentos con un alto índice glucémico?
- ¿Es capaz de reconocer qué tipo de alimentos estarían recomendados en una alimentación saludable?
- ¿Conoce el cambio en el índice glucémico de los alimentos según su elaboración? Por ejemplo, una zanahoria cruda o cocida, la utilización de fritos, etc.

- b) Ejercicio:
- ¿Le he explicado la importancia y los beneficios del ejercicio físico?
 - Si la persona está dispuesta a realizarlo, ¿le he prescrito ejercicio físico en función de la situación basal, el gusto, el tiempo disponible para realizarlo?
 - ¿Le he enseñado a intensificar el ejercicio?
 - ¿Sabría reconocer signos y síntomas de alarma durante su realización?
 - ¿Conoce la relación entre ejercicio físico y la posibilidad de hipoglucemias tardías?
4. Tratamiento farmacológico:
- ¿Sabría verbalizar al paciente toda la medicación que toma?
 - ¿Conoce la indicación de cada medicamento prescrito?
 - ¿Conoce la posología recomendada en su caso?
 - ¿Le he explicado la importancia de no abandonar por su cuenta el tratamiento?
 - ¿Tiene conocimiento de los posibles efectos adversos y cuándo contactar con su profesional de referencia?
5. Tratamiento con terapia inyectable:
- ¿Conoce cómo realizar la técnica de inyección?
 - ¿Está la persona con diabetes adiestrada en el manejo del dispositivo?
 - ¿Sabe en qué zonas debe administrarse el tratamiento indicado?
 - ¿Utiliza el tamaño de la aguja correcto?
 - ¿He indicado al paciente la importancia de rotar la zona de punción?
 - ¿Le he explicado la importancia de no reutilizar las agujas?
 - ¿Sabe que la aguja debe colocarse en el dispositivo en el momento de realizar la técnica y retirarse inmediatamente después?
 - ¿Conoce la conservación de la insulina/agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 de manera correcta?
 - ¿Le he explicado los conceptos de lipodistrofia y lipoatrofia?
 - ¿Sabe el paciente explorar las zonas de punción para reconocer su aparición?
6. Necesidad de seguimiento:
- ¿Conoce el paciente la frecuencia con la que debe venir a consulta?
 - ¿Sabe para qué debe hacerlo, independientemente de que refiera encontrarse bien?
7. Factores de riesgo cardiovascular:
- ¿Conoce lo que significa tener factores de riesgo cardiovascular?
- ¿Le he explicado al paciente cuáles son?
 - ¿He trabajado para modificarlos, dando pautas y recomendaciones siempre de manera individualizada y pactada?
8. Realización de autocontroles y objetivos de control:
- ¿Conoce las recomendaciones adecuadas para realizar los autocontroles? (por ejemplo, importancia de lavarse y secarse las manos adecuadamente antes de realizar la técnica).
 - ¿He incidido en la no reutilización de lancetas?
 - ¿Sabe por qué es necesario realizar autocontroles?
 - ¿Le he explicado al paciente con qué frecuencia debe realizarlos?
 - ¿Sabe interpretar las cifras?
 - ¿Sabe tomar decisiones en función de los valores obtenidos?
9. Hipoglucemia:
- ¿Le he explicado al paciente qué es una hipoglucemia?
 - ¿Sabe a partir de qué cifra se considera hipoglucemia?
 - ¿Conoce los síntomas que pueden asociarse a una hipoglucemia?
 - ¿Conoce el concepto de hipoglucemias inadvertidas?
 - ¿He instruido al paciente o a algún familiar en el manejo del glucagón?
 - ¿Sabría identificar en qué ocasión debe utilizarlo?
 - ¿Podría deducir las causas que le han producido la hipoglucemia para que no vuelva a ocurrir?
10. Cuidado de los pies:
- ¿Se revisa los pies diariamente?
 - ¿Le he explicado qué calzado es el más adecuado para su situación?
 - ¿Sabe la necesidad de revisar con la mano el interior del calzado en el caso de neuropatía periférica?
 - ¿Le he dado las recomendaciones de cuidado necesarias para prevenir la aparición de lesiones?
11. Viajes:
- Si la persona viaja a países con otra franja horaria, ¿le he explicado o conoce cómo debe administrarse el tratamiento?
 - ¿Sabe cómo debe transportar la insulina en el avión?
- Después de que el paciente asuma el adecuado nivel de ET, vamos a desarrollar los principales ítems que deberíamos considerar en una visita no presencial.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE EN LA VISITA NO PRESENCIAL

Se debe plantear al paciente que previamente a la realización de la visita no presencial tenga dispuestos los valores

obtenidos en los últimos días de las variables recogidas en la tabla 1.

Además de conocer estos valores, debe planificar su visita de acuerdo con las recomendaciones de la tabla 2.

RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA VISITA NO PRESENCIAL

Las más importantes vienen recogidas en la tabla 3.

LA VISITA NO PRESENCIAL ESTANDARIZADA

En una visita no presencial estandarizada, el profesional sanitario deberá indagar sobre diversos aspectos clínicos, como la presencia de posibles complicaciones y el seguimiento del tratamiento farmacológico y de las medidas te-

rapéuticas no farmacológicas (tabaco, alimentación y ejercicio), sin olvidar repasar conceptos importantes en la ET.

El cumplimiento del tratamiento puede realizarse de forma indirecta, mediante test específicos de adherencia a la pauta terapéutica, o de forma directa viendo la retirada de fármacos en la prescripción electrónica, aunque su retirada no nos garantiza el cumplimiento de dicho tratamiento.

Estas actividades deben realizarse periódicamente para intentar garantizar el necesario control metabólico. La periodicidad es variable según las características de cada paciente y de la propia enfermedad y su tratamiento. Unas normas generales sobre las actividades y la frecuencia con la que se deberían realizar vienen reflejadas en las tablas 4 y 5.

Con todo ello intentaremos complementar las visitas físicas con las no presenciales para obtener el mejor control metabólico posible para cada paciente y en cada momento.

Tabla 1. Variables cuyos valores que debe conocer el paciente antes de la visita no presencial

Antes de la visita debe hacer las siguientes mediciones	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Medida ambulatoria de la presión arterial • Glucemia capilar. Podemos encontrar el problema de que, si no tiene tratamiento con posibilidad de hipoglucemias (sulfonilureas, repaglinida, insulinas), no le faciliten medidores de autocontrol de glucemia capilar en el caso de tener indicada la realización de controles
--	--

Tabla 2. Responsabilidades del paciente en la visita no presencial

Antes	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre las acciones de la última reunión y los avances que se han realizado • Reflejar su salud general y su estado físico • Reflejar su salud mental y su calidad de vida • ¿Cuáles son sus ideas, preocupaciones y expectativas? • ¿Quiere hacer alguna pregunta? • ¿Qué tecnología tiene disponible: webcam, teléfono, auriculares de audio, etc.? • ¿Quién le gustaría que estuviera presente en su consulta virtual? ¿Uno o varios miembros de su familia? • ¿Tiene a mano la lista actualizada de los fármacos que toma?
Inmediatamente antes	<ul style="list-style-type: none"> • Configurar su equipo: ordenador, teléfono, vídeo y audio • Prepararse usted mismo para la consulta
Durante	<ul style="list-style-type: none"> • Describir sus ideas, problemas y expectativas • Explicar el motivo de esta consulta con sus palabras • Si no entiende algo, pregúntelo • Formular un plan de gestión futura junto al personal de medicina/enfermería que sea válido para usted
Después	<ul style="list-style-type: none"> • Leer los recursos e información para el paciente que le ha proporcionado su equipo • Leer el resumen de la consulta que le ha proporcionado su equipo • Contactar con el equipo para aclarar dudas y detalles de futuras consultas o pruebas complementarias • Contactar con el equipo si tiene alguna pregunta o problema

Tabla 3. Responsabilidades del profesional sanitario en la visita no presencial

Antes	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la historia clínica electrónica • Revisar los resultados de las analíticas de sangre • Revisar las notas del paciente • Revisar las últimas consultas • ¿Se han realizado las acciones encomendadas en la última visita? • Revisar los cambios de medicación • Describir la razón de la consulta
Inmediatamente antes	<p>Configurar el entorno y verificar la tecnología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la adecuada localización para la videoconsulta • ¿Cuántas consultas hay disponibles con la tecnología adecuada? • ¿Están disponibles las notas de los pacientes? • Preparar el sistema para la videoconsulta • Preparar la cámara y el audio • Iniciar sesión en la historia electrónica • ¿Qué tipo de consulta es? ¿Hay más pacientes en la misma consulta? ¿Intervienen otros profesionales sanitarios? • ¿Se le ha comunicado al paciente la hora de la consulta y el sitio desde donde se va a realizar?
Durante	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir las indicaciones de alguna guía de teleconsulta • Entrar en el sistema, identificación, claves de seguridad e identificación en la historia clínica electrónica del paciente • Solicitar consentimiento informado al paciente para realizar la consulta virtual • Iniciar la entrevista en un buen ambiente • Indicar el motivo de la consulta y explorar las expectativas del paciente • Establecer las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes y comprender esto a la luz del contexto biopsicosocial • Responder a los problemas • Realizar promoción y educación para la salud • Identificar las cuestiones claves y los problemas • Formular un plan de gestión con el paciente • Informar al paciente de los recursos disponibles a su disposición: alimentación, ejercicio, páginas de internet, etc. • Explicar si se solicitan exploraciones complementarias • Realizar explicaciones que el paciente pueda comprender • Resumir y comprobar que lo ha comprendido • Concertar la siguiente visita • Verificación final de posibles preguntas y comprobación de número de contacto, prescripciones, medidores de glucosa, etc. • Comprobar y verificar posibles cambios realizados al paciente y su comprensión • Indicar al paciente que contacte en caso de algún efecto secundario del fármaco, incidencia clínica o cualquier problema que desee consultar antes de la próxima consulta
Después	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre la consulta y prepararse para la siguiente • Enviar al paciente un resumen de la consulta con recursos e información que puedan serle útiles • Plantear visitas presenciales, como análisis de sangre y solicitud de imágenes, y asegurarse de que se realizan de forma adecuada • Incluir posibles resultados de investigación

Tabla 4. Actividades trimestrales y semestrales en la visita no presencial

Fecha	Checklist para consulta telemática en diabetes mellitus tipo 2 con buen control*	
Valoración	Pregunta/consejos	Respuesta
	Actividad trimestral. Preguntas*	
General	¿Cómo se encuentra?	
Síntomas de hiperglucemia	¿Orina más de lo habitual? ¿Tiene sed con frecuencia?	
Síntomas de hipoglucemia (solo si sulfonilureas o insulina)	¿Ha tenido mareos, temblor, sudor o desvanecimientos? ¿Ha presentado niveles glucémicos inferiores a 70 mg/dl? ¿Sabe qué hacer en caso de hipoglucemia?	
Alimentación	¿Cree usted que está llevando una alimentación adecuada, con base en los consejos recibidos?*** ¿Tiene alguna dificultad en seguir las recomendaciones? ¿Ha modificado algo sus hábitos alimenticios? ¿Tiene alguna duda sobre su alimentación?	
Ejercicio	¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico? ¿Qué tipo de ejercicio realiza? ¿Ha tenido algún incidente durante el ejercicio: mareo, dolor torácico, hipoglucemia, etc.?	
Cumplimiento terapéutico	¿Ha tomado correctamente los medicamentos? ¿Ha tenido problemas con alguno de ellos? (Se revisará si ha recogido en farmacia todos los medicamentos)	
Tabaco	¿Ha conseguido dejar de fumar? (solo a fumadores)	
Peso***	¿Se ha pesado? ¿Cuál es su peso?	
Presión arterial***	¿Se ha medido la presión arterial? ¿Qué valores tenía?	
Autoanálisis*** (solo si indicación autoanálisis)	¿Se ha mirado cómo tiene el azúcar? ¿Qué valores presenta? ¿Sabe entre qué cifras debería estar?	
	Actividad trimestral. Consejos*	
Educación terapéutica	Realizar actividad educativa	
Educación terapéutica	Recomendar material de apoyo***	
	Actividad semestral. Consejos*	
Control glucémico	Le recordamos que le toca hacer un control analítico y le citamos para acudir a hacer la extracción	
Control glucémico	Una semana después de la extracción le citaremos para darle los resultados y modificar el tratamiento si fuese preciso	
Renovación de tratamiento farmacológico	Le renovaremos el tratamiento farmacológico por un período de 6 meses (En caso de modificación del tratamiento, se renovará solamente por 3 meses, ya que tendrá que hacer un nuevo control analítico en ese plazo)*	

*En pacientes con mal control, la periodicidad de las actividades será mucho más frecuente.

**Recomendaciones dietéticas: dieta mediterránea.

***Existen diversas aplicaciones y plataformas que permiten la descarga y el envío manual o automático de los datos a distancia.

Las actividades trimestrales serán realizadas preferentemente por enfermería.

Las actividades semestrales y anuales serán realizadas coordinadamente entre personal médico y de enfermería.

Tabla 5. Actividades anuales en la visita no presencial

Fecha	<i>Checklist para consulta telemática en diabetes mellitus tipo 2 con buen control</i>	
Valoración	Pregunta/consejos	Respuesta
	Actividad anual. Preguntas	
Despistaje para retinopatía	¿Ha notado algún problema en la visión?	
Despistaje para cardiopatía isquémica	¿Ha notado dolor en el pecho en reposo o con los esfuerzos?	
Despistaje para arteriopatía	¿Ha notado dolor en las pantorrillas al caminar?	
Despistaje para neuropatía	¿Se marea al incorporarse?	
	¿Ha tenido diarrea o estreñimiento?	
	¿Tiene dificultades para tener una erección? (solo hombres)	
Despistaje para neuropatía/pie diabético	¿Ha notado pérdida de sensibilidad, calambres u hormigueos en los pies? ¿Tiene lesiones en los pies?	
Despistaje para deterioro cognitivo	¿Se olvida a menudo de las cosas que tiene que hacer?	
Psicomotricidad	¿Tiene dificultades para caminar o realizar actividades que antes hacía sin problemas?	
Apoyo social	¿Con quién vive? Si se encuentra mal, ¿tiene a quien llamar?	
	¿Tiene a alguien que lo ayude a cuidarse? (si frágil o dependiente)	
	¿Está adiestrado el cuidador en el manejo de su patología?	
Despistaje para síndrome depresivo	¿Cómo está de ánimo? ¿Debido a su estado anímico, tiene dificultades para seguir las recomendaciones de alimentación, ejercicio o tratamiento farmacológico?	
	Actividad anual. Consejos	
	Le recordamos que tiene que venir al centro de salud para:	
Control glucémico, lipídico y renal	- Control analítico	
Despistaje de pie diabético	- Revisión de los pies	
Despistaje de retinopatía	- Revisión de la vista	
Despistaje de arritmia y cardiopatía isquémica	- Realizar un electrocardiograma	
Prevención de infecciones	- Vacunarse de la gripe o el neumococo (puede que se incluyan otras vacunas, según el calendario de cada comunidad)	
Control glucémico, lipídico y renal	Una semana después de la extracción de sangre, le citaremos para darle los resultados y modificar el tratamiento, si fuese preciso	
Renovación de tratamiento farmacológico	Le renovaremos el tratamiento farmacológico por un período de 6 meses (En caso de modificación del tratamiento, se renovará solamente por 3 meses, ya que tendrá que hacer nuevo control analítico en ese plazo)	

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- García Soidán J, coordinador. Fundación redGDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. España: Bello y Martínez; 2018. Disponible en: <http://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos>
- García Soidán J, Hormigo Pozo A, Sanz Vela N. Protocolo teleconsulta paciente con diabetes tipo 2. Disponible en: <https://www.redgdps.org/protocolo-tele-consulta-paciente-con-diabetes-tipo-2/>

El paciente anciano/frágil y el control de la diabetes mellitus tipo 2 en la era pos-COVID

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹ Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ² Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³ Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴ Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: paciente anciano, paciente frágil.

RESUMEN

La población anciana con diabetes mellitus tipo 2 presenta un mayor riesgo de caídas, deterioro cognitivo y disminución de la capacidad funcional, por lo que muchos de ellos se encuadran en el grupo de pacientes pluripatológicos. Un factor que hay que tener en cuenta en los pacientes mayores es la presencia de fragilidad. Debido a su menor capacidad de adaptación a los cambios, los pacientes frágiles han sufrido de una manera especial la irrupción de la teleconsulta.

Sabemos que hoy en día la mayoría de la población mundial tiene una esperanza de vida por encima de los 60 años¹. Especialmente, la población española es una de las más longevas del mundo, lo que conlleva un envejecimiento aún mayor. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida en España entre 1999-2019 ha pasado de 75,4 a 80,9 para los varones y de 82,3 a 86,2 para las mujeres².

Nuestra población camina hacia un rápido envejecimiento, por lo que es necesario elaborar herramientas para manejar adecuadamente a un anciano robusto. De esta manera podremos prevenir, revertir o retrasar su fragilidad.

Por otro lado, según datos del estudio di@bet.es, sabemos que la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) tipo 2 en mayores de 75 años es del 30,7 % en varones y del 33,4 % en mujeres, de los cuales el 10 % no estaban diagnosticados³.

Para un adecuado manejo de estos pacientes, es fundamental hacer una valoración holística e integral. Hay que valorarlos en todas y cada una de sus esferas: cognitiva, funcional, social y nutricional, para hacer un adecuado cribado, poder anticiparnos y tener un mejor manejo⁴.

La población anciana con DM tipo 2 presenta un mayor riesgo de caídas, deterioro cognitivo y disminución de la ca-

pacidad funcional, por lo que muchos de ellos se encuadran en el grupo de pacientes pluripatológicos⁵. Por lo tanto, es recomendable realizar:

1. Valoración clínica que incluya la búsqueda de complicaciones de la diabetes:
 - Riesgo de hipoglucemias (sobre todo, si secreta-gogos o insulina y función renal reducida).
 - Pie diabético.
 - Pérdida visual.
 - Disfunción eréctil.
 - Pérdida de audición.
 - Valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment [MNA]).
 - Comorbilidades asociadas.
 - Prescripciones inapropiadas.
 - Adherencia terapéutica (test de Morisky-Green, cuestionario PREDIMED, escala de RAPA o recogida de medicamentos en farmacia).
2. Valoración funcional:
 - Función física (capacidad para realizar las actividades básicas: escala de Barthel; instrumentales de la vida diaria: escala de Lawton y Brody).
 - Función mental (aspectos cognitivos: Mini Mental Lobo; estado del ánimo: escala de Yesavage y Goldberg).
 - Función social (escala de Gijón).

Otro factor que hay que tener en cuenta en los pacientes mayores es la presencia de fragilidad, por lo que es obligado hacer una búsqueda activa de las condiciones que incrementan su riesgo:

- Edad superior a 80 años.
- Vivir solo.
- Pérdida de cónyuge/pareja en el último año.
- Patología crónica invalidante.
- Polifarmacia (cuatro fármacos o más).
- Historia de caídas.
- Ingresos hospitalarios en el último año.
- Bajos recursos socioeconómicos.

Tener al paciente anciano bien estratificado y controlado es básico para poder individualizar y dar las mejores recomendaciones según los momentos vitales que vayan aconteciendo. Nuestra forma de trabajo continúa siendo principalmente telefónica y, como se ha mencionado en apartados anteriores, debemos ser proactivos y tener claros nuestros objetivos e intervenciones.

Los objetivos glucémicos que nos planteamos con el paciente anciano deben ser individualizados y adaptados a la capacidad física y funcional de nuestro paciente. En ancianos frágiles nos plantearemos objetivos menos estrictos, con hemoglobinas glucosiladas entre 7,6 % y 8,5 %⁵.

En el paciente anciano, cobra una especial importancia la educación terapéutica⁶. Debemos transmitir la información de manera que nuestro paciente la pueda comprender y asegurándonos de que sabe manejarse, anticiparse o tomar decisiones en situaciones de hipoglucemia, hiperglucemia, alimentación, ejercicio, etc. Para ello debemos contar con la colaboración del cuidador principal, en caso de que lo tenga.

Los profesionales debemos dirigir a la población anciana hacia un envejecimiento saludable, fomentando alcanzar una capacidad funcional que permita el mayor bienestar en esta etapa⁶. Debemos recomendar que se mantengan activos y que realicen ejercicio físico de forma regular, que mantengan una alimentación adecuada y empoderar a nuestra población para prevenir posibles complicaciones. De esta manera, un anciano robusto no se convertirá en un anciano frágil que termine con una discapacidad.

EL PACIENTE FRÁGIL DURANTE LA PANDEMIA DEL VIRUS COVID-19

Debido a su menor capacidad de adaptación a los cambios, los pacientes frágiles han sufrido de una manera espe-

cial la irrupción de la teleconsulta. Los problemas sensoriales frecuentes en edades avanzadas, unidos a un menor conocimiento de los recursos tecnológicos, han hecho que muchos pacientes frágiles se sientan desatendidos desde el punto de vista sanitario, lo cual los ha llevado a un mayor aislamiento y a un mayor riesgo de descontrol de sus patologías crónicas, entre las que se incluye la DM tipo 2.

Además, debemos tener en cuenta que son la población con un mayor riesgo de presentar complicaciones y una mayor mortalidad en caso de sufrir el contagio por el virus COVID-19, por lo que en muchos casos el miedo ha contribuido a favorecer conductas hacia el autoaislamiento, con todas las consecuencias negativas que esto conlleva.

Por ello, los profesionales sanitarios debemos tener una actitud diferenciada con los pacientes ancianos y frágiles, favoreciendo en lo posible el uso de aquellas opciones de telemedicina que permiten un mayor contacto directo, como es la videoconferencia, pero también promoviendo en mayor medida la consulta presencial y mediante la búsqueda activa de aquellos pacientes que han dejado de contactar con el sistema sanitario para captarlos y reiniciar una atención de calidad.

Otro aspecto de gran importancia en los pacientes frágiles con diabetes es el de intentar mantener un control adecuado con unos riesgos mínimos. En este sentido, se han elaborado recomendaciones sobre el uso de los fármacos durante la pandemia, entre las que queremos destacar las realizadas por un grupo de expertos internacionales pertenecientes a veintiocho sociedades científicas⁷ y que se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Uso de antidiabéticos en pacientes infectados por COVID-19

- **Metformina:** ante la posibilidad de deshidratación y acidosis láctica, debe suspenderse en pacientes infectados
- **iSGLT2:** aumentan el riesgo de cetoacidosis y deben suspenderse en caso de infección por COVID o infecciones respiratorias
- **iDPP-4:** son generalmente bien tolerados durante la infección y pueden mantenerse
- **arGLP1:** deben ser estrechamente monitorizados y se debe cuidar su hidratación
- **Insulina:** debe mantenerse y monitorizarse (a poder ser, cada 2-4 horas o mediante monitores continuos de glucosa). Debemos estar atentos ante un aumento de los requerimientos de insulina que pueda hacernos sospechar un empeoramiento clínico del enfermo por COVID-19

arGLP1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; iDPP-4: inhibidores de la dipeptidilpeptidasa tipo 4; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

Sin embargo, los conocimientos sobre el COVID-19 son tan cambiantes que con posterioridad a este documento han surgido nuevos estudios y nuevas recomendaciones que, por ejemplo, recomiendan no suspender la metformina, pues podría tener un efecto beneficioso adicional. Por tanto, la prudencia debe ser nuestra principal compañera.

En este mismo sentido se ha publicado recientemente un estudio retrospectivo en el que se pudo observar que el tratamiento con sitagliptina en el momento de la hospitalización por infección por virus COVID-19 se asoció a una reduc-

ción de la mortalidad, una mejora de los resultados clínicos y un mayor número de altas hospitalarias en comparación con los pacientes que recibían el tratamiento estándar⁸.

Por lo tanto, podemos resumir que los pacientes ancianos y frágiles precisan de una atención diferenciada, favoreciendo en lo posible el contacto directo y manteniendo una actitud activa mediante la búsqueda de aquellos pacientes que se hayan quedado *descolgados* del sistema sanitario, y utilizando aquellas opciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces y seguras en este subgrupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>. Fecha de último acceso: 11/12/2020.
2. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout. Fecha de último acceso: 11/12/2020.
3. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiu E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetología*. 2012;55:88-93.
4. Vidán Astiz MT, Bretón Lesmes I, coordinadoras. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Paciente frágil con DM2; 2020.
5. García Soidán J, coordinador. Fundación redGDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. España: Bello y Martínez; 2018. Disponible en: <http://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos>.
6. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010;42(7):388-93.
7. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, Mingrone G, Hopkins D, Birkenfeld AL, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(6):546-50.
8. Solerte SB, D'Addio F, Trevisan R, Lovati E, Rossi A, Pastore I, et al. Sitagliptin treatment at the time of hospitalization was associated with reduced mortality in patients with type 2 diabetes and COVID-19: a multicenter, case-control, retrospective, observational study. *Diabetes Care*. 2020;43(12):2999-3006.

Ideas para el futuro. Las cosas que deberían quedarse con nosotros

Antonio Hormigo Pozo¹, Francisco Javier García Soidán², Josep Franch-Nadal³, Noelia Sanz Vela⁴

¹ Médico de familia. UGC Puerta Blanca (Málaga). Miembro de la Fundación redGDPS. ² Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS. ³ Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud (Institut Català de la Salut). ⁴ Enfermera. Centro de Salud de Prosperidad (Madrid). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: relación paciente-profesional sanitario, empoderamiento.

RESUMEN

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 ha supuesto un punto de inflexión en el abordaje de nuestros pacientes. Nos ha impedido seguir con las consultas tradicionales y nos ha obligado a trabajar de manera no presencial.

Como hemos reseñado en apartados anteriores, la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 ha sacudido nuestro mundo y ha supuesto un punto de inflexión en el abordaje de nuestros pacientes. Nos ha impedido seguir con las consultas tradicionales y nos ha obligado a trabajar de manera no presencial sin estar preparados, debido a la falta de formación, tiempo y recursos materiales.

A pesar de las desventajas que esto puede suponer, también se ha abierto la puerta a otras alternativas interesantes. Debemos buscar un equilibrio entre la consulta presencial y la telemedicina con sus visitas no-presenciales. De esta manera, no solo se pueden economizar recursos, sino que además supone ciertas ventajas tanto para el profesional como para el paciente, sin perder la calidad asistencial.

La telemedicina puede ser de gran utilidad en determinadas situaciones como herramienta que nos permite seguir manteniendo la relación paciente-profesional sanitario. Puede ser una forma de resolver dudas puntuales de los pacientes, solicitar pruebas complementarias o dar resultados de estas, incluso para posibles reajustes o modificaciones de tratamiento, de manera que se evitan desplazamientos innecesarios. A través de la telemedicina también podemos realizar interconsultas con otros especialistas.

En el manejo y seguimiento de nuestro paciente crónico, la consulta telefónica nos puede ayudar a valorar la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no

farmacológico, reforzar los logros conseguidos, resolver dudas, reconducir posibles situaciones y potenciar la educación terapéutica. También podemos valorar si puede haber algún indicativo de reagudización de su patología que requiera de una exploración física y, por lo tanto, una visita presencial. Y todo ello sin exponerle innecesariamente a potenciales fuentes de contagio de COVID-19 u otras infecciones.

No olvidemos que el objetivo final para el paciente es el empoderamiento. Un paciente empoderado es un paciente que, además de tener conocimientos adecuados sobre su patología crónica, se responsabiliza y asume su propio cuidado tomando decisiones que afectan de manera positiva a su salud. Debemos huir del modelo paternalista, en el que el profesional se limita a dar pautas de actuación que el paciente debe cumplir. Por ello, como profesionales de la salud, propondremos el tratamiento más adecuado en función de la evidencia clínica actual, pero es el propio paciente el que debe comprometerse y querer asumir su cumplimiento.

Es necesario buscar la colaboración con las federaciones o asociaciones de personas con diabetes para valorar el *feedback* de las intervenciones reseñadas con anterioridad, ya que su visión nos permitirá discriminar si nuestras acciones son efectivas y percibidas de forma positiva. Hay que valorar con ellos de forma conjunta el uso de la información existente en internet, redes sociales, etc., buscando siempre el uso de aquellas que permitan

una formación e información controlada por profesionales sanitarios y personas con diabetes que garanticen la imparcialidad, actualización y rigor científico necesario e imprescindible para su uso.

Alguno de estos cambios asistenciales posiblemente ha venido para quedarse... o creemos que deberían quedarse y formar parte de la rutina de nuestras visitas, por ejemplo:

- Mantener la posibilidad de conectar por vía telefónica paciente-profesional sanitario para resolver dudas puntuales de aquellos.
- Solicitar exploraciones complementarias.
- Dar algunos resultados de exploraciones complementarias.
- Interconsultas con otros especialistas.
- Videoconsulta en algunas situaciones clínicas.
- Solicitud de certificados médicos.
- Modificar o actualizar tratamientos crónicos.
- Mantener la receta electrónica y la sincronización con las oficinas de farmacia.
- Seguimiento de la adherencia al tratamiento.
- El paciente debe ser responsable en el control de su peso, su tensión arterial y su control glucémico, así

como de transmitir esta información a su profesional sanitario, para juntos tomar la mejor decisión.

- Cumplimiento de pautas de alimentación y ejercicio físico.
- Educación, refuerzo y mejora del conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y su autocontrol.
- Prescripción de herramientas digitales para capacitar a nuestro paciente.
- Y muchas otras cosas...

Pero también debemos recordar que, aunque tengamos la obligación de adaptarnos a la nueva normalidad, no podemos desatender las patologías crónicas de nuestros pacientes, especialmente de aquellos más frágiles, de los ancianos, de los que son invisibles. En esta monografía hemos relatado algunas de las formas que tenemos para recaptar y atender a estos pacientes, pero el principal ingrediente es la motivación de querer hacerlo.

No sabemos cómo evolucionará esta pandemia ni cuánto tiempo durará ni si nos obligará a nuevos cambios organizativos. Pero hemos aprendido cosas y no las debemos olvidar.

