

Unidad 6. Diabetes. Detección, manejo y registro en HCD (DIRAYA).

Autores

Jiménez Varo, Ignacio

Facultativo especialista Endocrinología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Luque Romero, Luis Gabriel

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de investigación del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad con gran repercusión sanitaria, social y económica debido a las complicaciones crónicas tanto macro como microangiopáticas y a la alta tasa de mortalidad cardiovascular y cerebrovascular que conlleva. Se estima que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tienen un riesgo de dos a cuatro veces superior de padecer enfermedad cerebrovascular que el resto de la población general¹⁻².

Por lo tanto, se hace necesario, en aquellos pacientes con expectativas de vida larga y aceptable calidad de vida, un abordaje intenso, eficaz y constante, no solo de las cifras de glucemia capilar, sino también de otros factores de riesgo cardiovascular asociados a la diabetes mellitus, tales como la dislipemia, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, tal y como se puso de manifiesto en el estudio ACCORD³.

Por otro lado, el estudio di@bet.es ha puesto de manifiesto una prevalencia en España de diabetes tipo 2 en torno al 14% de la población, con una incidencia anual de 386.003 personas⁴. Sin embargo, el 4% de la población desconoce que padece diabetes, por lo que es imprescindible realizar un diagnóstico adecuado de la misma.

Criterios diagnósticos de la diabetes⁵:

- Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) en presencia de síntomas cardinales de diabetes.
- Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L) *.
- Glucemia a las 2 horas tras Sobrecarga Oral de Glucosa (75 gramos de glucosa) ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) *.
- Hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol) *.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

*Es necesario, en ausencia de hiperglucemia inequívoca, la realización de otra prueba (hemoglobina glicosilada, glucemia en ayunas o sobrecarga oral de glucosa) o repetición de la misma para confirmación.

Conceptos

- *Glucemia basal alterada*: glucemia en ayunas entre 100-125 mg/dl (5,5-6,9 mmol/L).
- *Intolerancia a hidratos de carbono*: a las 2 horas de sobrecarga oral de glucosa con 75 gramos de glucosa, glucemia entre 140-199 mg/dl (7,8-11 mmol/L).

Dichas pruebas diagnósticas, con el fin de no pasar por alto ningún diagnóstico, se deben realizar en⁵:

- Para todos los pacientes, comenzar screening de DM a los 45 años.
- En pacientes adultos con sobrepeso u obesos ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ó $\geq 23 \text{ kg/m}^2$) que presenten otro factor de riesgo como:
 - Alguna determinación previa de HbA1c $\geq 5,7\%$ (39 mmol/mol), glucemia basal alterada o intolerancia a hidratos de carbono.
 - Familiar de primer grado con diabetes.
 - Mujeres con diagnóstico de diabetes gestacional previa.
 - Presencia de otro factor de riesgo cardiovascular: hipertensión, sedentarismo, Colesterol HDL $\leq 35 \text{ mg/dl}$ (0.90 mmol/L) o triglicéridos $\geq 250 \text{ mg/dl}$ (2.82 mmol/L), antecedentes de enfermedad cardio-cerebrovascular.
 - Raza/etnia de riesgo (afroamericanos, latinos, nativos norteamericanos, estadounidenses de origen asiático, nativos de islas del Pacífico).
 - Mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
 - Otras patologías asociadas a resistencia a insulina: obesidad mórbida, acantosis nigricans...

Si los resultados son normales, se debe repetir a partir de los 3 años, o antes, en función de los resultados iniciales.

En cuanto al manejo clínico, lo primero que se debe realizar es fijar un objetivo de control glucémico atendiendo a las características de cada paciente. Debe individualizarse en base a las comorbilidades y siempre que sea posible, teniendo en cuenta las preferencias y características del paciente cada paciente⁵.

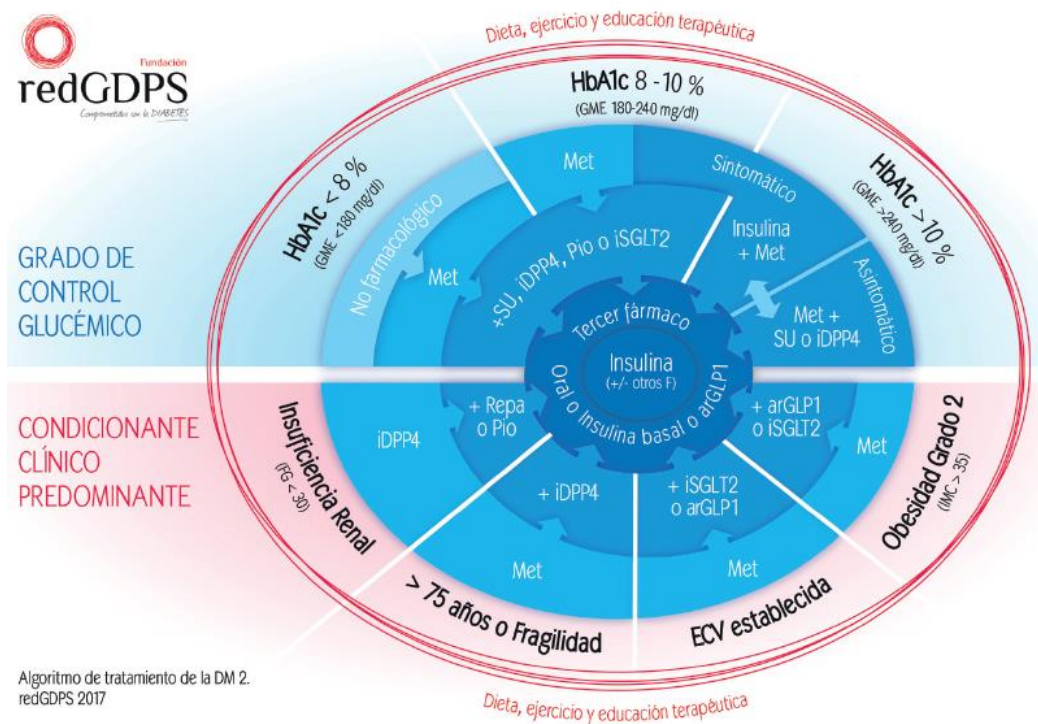
Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Así, por tanto, se pueden establecer dos grupos:

- **Pacientes con objetivo de control más estricto:** aquellos pacientes con bajo riesgo de complicación potencialmente asociada a hipoglucemia y otros eventos adversos, reciente diagnóstico de la enfermedad, expectativa de vida prolongada, ausencia de comorbilidades importantes y ausencia de enfermedad cardiovascular establecida.
- **Pacientes con objetivo de control menos estricto:** aquellos pacientes con alto riesgo de padecer una complicación potencialmente asociada a hipoglucemia y otros eventos adversos, con diabetes de larga duración, escasa expectativa de vida y que presenten comorbilidades importantes y/o enfermedad cardiovascular establecida.

Aparte de lo anterior, a la hora de elegir una estrategia de control, también se debe tener en cuenta la actitud del paciente y compromiso frente a la enfermedad, así como los recursos disponibles y el sistema de apoyo con el que se cuenta.

Una vez establecido el grado de control glucémico que se desea alcanzar, se debe determinar la estrategia terapéutica que se va a llevar a cabo. Hoy día, se dispone de multitud de fármacos antihiper glucémicos. Atendiendo a numerosos criterios, las diferentes sociedades científicas proponen seguir algoritmos que permitan conseguir los objetivos marcados. Uno de dichos algoritmos más aceptados es el que propone la redGDPS⁶:



Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Registro en Historia Clínica Digital (DIRAYA)

La calidad de la historia clínica y la gestión de una enfermedad crónica dependen, en gran medida, de su grado de registro.

El grado de registro de la DM en Diraya no es adecuado en una proporción importante de las historias analizadas. Con el fin de mejorar este punto se debería:

1. Registrar el diagnóstico en la historia mediante el código cie-9: 250.0 (código genérico de diabetes mellitus)
2. A posteriori se pueden añadir 2 dígitos más para especificar el tipo de diabetes:

https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html.

3. Dar de alta al paciente en el Proceso Asistencial Integrado de DM.
4. Dar de alta en la hoja de problemas el diagnóstico de diabetes mellitus, de esta manera este diagnóstico está accesible de un vistazo en la pantalla de inicio del paciente.
5. Cualquier evolución de la DM anotarla en el PAI. Desde fechas recientes, los datos incorporados en la hoja de constante se registran automáticamente en el PAI.

Bibliografía

1. Teja García J, Redondo Robles L. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en los pacientes con diabetes. Av Diabetol. 2010; 26:397-402.
2. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008; 358:2560-72.
3. The AC.C.O.R.D. Study Group. Effect of combination lipids therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. 2010; 363:692-5.
4. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es study. 2012; 55:88-93.
5. American Diabetes Association. Standard of Medical Care of Diabetes 2018, Diabetes Care, 41 (1), January 2018.
6. Artola Méndez, S. Actualización del algoritmo de hiperglucemia 2017. Diabetes Práctica. 2017; 08(02):49-96. (RedGDPS).