

● diabetes mellitus tipo 2

Definición funcional

Conjunto de actuaciones a través de las cuales se identifica la población con DM2 y se establecen los mecanismos para la detección precoz y la confirmación del diagnóstico, tras lo cual se programa el acompañamiento terapéutico, queriendo esto significar la corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial:

- Establecimiento de objetivos de control y plan terapéutico.
- Educación diabetológica.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones.
- Rehabilitación cuando las complicaciones ya están presentes.

Asimismo, se identifican las personas con riesgo de DM2 para establecer estrategias de prevención.

Todo esto implica la continuidad asistencial, con existencia de coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

Observaciones

- A efectos prácticos, por las implicaciones psicosociales y pronósticas, se recomienda incluir en este proceso a todas las personas con diabetes con una edad igual o superior a 30 años, sin que esto deba influir en la realización de una correcta clasificación fisiopatológica.
- La confirmación de un diagnóstico previo se realizará ante la consecución de normoglucemia con tratamiento farmacológico (antidiabéticos orales o insulina) o ante la presencia de cifras de hiperglucemia compatibles con diabetes. La confirmación de una correcta clasificación se hará siguiendo similares criterios que los indicados en la valoración inicial del paciente que debuta.

Normas de calidad

Cribado

Realización de cribado oportunista de DM2:

- Con carácter anual en personas con los siguientes factores de riesgo de diabetes:
 - Historia familiar de DM en 1^{er} grado.
 - Obesidad.
 - Grupos étnicos con alta prevalencia de DM.
 - Antecedentes de diabetes gestacional, tolerancia alterada a la glucosa o glucemia basal alterada.



[diabetes mellitus tipo 2]

- Hipertensión arterial ($\geq 140/90$).
- Dislipemia ($HDL \leq 35$ y / o triglicéridos ≥ 250 mg/dl).
- Madres de recién nacidos macrosómicos.
- Cada 3 años en las personas mayores de 45 años.

El cribado se realizará mediante la determinación de glucemia basal en plasma venoso.

Diagnóstico y clasificación

- Se realizará el diagnóstico en fase precoz, evitando dar lugar al desarrollo de complicaciones crónicas o descompensación hiperglucémica aguda.
- El diagnóstico se realizará ante el hallazgo de glucemia basal ≥ 126 mg/dl o glucemia a las 2 h. $SOG 75 g \geq 200$ mg/dl, en dos días cercanos, en plasma venoso, si el paciente está asintomático; o ante el hallazgo de glucemia al azar ≥ 200 mg/dl en presencia de síntomas.
- La diabetes será clasificada correctamente según los criterios vigentes, considerando la diabetes tipo 2 como probable en función de la edad > 30 años, presencia de obesidad ($IMC > 27$), aparición solapada, y la ausencia de cetonuria.

Atención sanitaria

- Indicación de ingreso hospitalario, si el paciente presenta descompensación hiperglucémica hiperosmolar. En otro caso, es deseable iniciar el seguimiento y tratamiento en consultas de Atención Primaria.
- En Atención Primaria, tras el proceso diagnóstico, el paciente recibirá una atención intensiva con objeto de estabilizarlo, descartar procesos intercurrentes y comenzar la educación diabetológica.
- Establecimiento de un plan de cuidados compartidos en la atención de los pacientes con DM2.
- Debe desarrollarse un registro de pacientes con DM2 en Atención Primaria, con un conjunto mínimo básico de datos, donde se incluirán los datos de todo nuevo paciente diagnosticado.
- Establecimiento de sistemas de recaptación anual de pacientes a los que no se realiza seguimiento de control y cribado de complicaciones.
- Se proporcionarán al paciente y/o cuidadores los medios necesarios para la realización del tratamiento en un único contacto, coincidiendo con la asistencia, sin trámites burocráticos (recetas, jeringas, tiras reactivas, glucómetro...) y sin inducir visitas repetitivas innecesarias
- Se recomendará la vacunación antigripal anual a toda persona con DM2.
- Identificación de la discapacidad que produce limitación para el autocuidado:
 - Limitación sensorial (ceguera).
 - Limitación de la movilidad (amputación, artrosis...).
 - Limitaciones cognitivas



[diabetes mellitus tipo 2]

Educación sanitaria

- Se realizará una valoración de los factores que influyen en los hábitos de salud para intervenir sobre desviaciones importantes de estilos de vida saludables, y adaptar el plan terapéutico a las características del paciente, de acuerdo a:
 - Conocimientos del paciente, vivencias y creencias sobre la diabetes y su tratamiento.
 - Nivel de instrucción, atención e interés.
 - Estado de ánimo, ansiedad y sensación de bienestar.
 - Condición física: agudeza visual, habilidades psicomotoras.
 - Hábitos de vida: tabaco, alcohol, vida social, tiempo de ocio, alimentación (gustos, preferencias, costumbres, horarios).
 - Trabajo: horarios, esfuerzo físico, viajes.
 - Familia: relaciones familiares, soporte familiar.
 - Situación económica.
 - Barreras o dificultades para el autocuidado.
- Se fomentarán los autocuidados y la implicación en el tratamiento del paciente.

Control y seguimiento

- El seguimiento del control glucémico se realizará preferentemente con la determinación de la HbA1c y el registro de hipoglucemias. Se realizará una determinación de HbA1c cada 6 meses en pacientes que mantengan buen control ($HbA1c < 8\%$), y cada 3 meses en otro caso.
- Los pacientes con DM2 fumadores deben recibir consejo antitabaco.
- Los pacientes con DM2 y sobrepeso u obesidad deben recibir tratamiento con metformina, a menos que existan contraindicaciones.
- Los pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular deben recibir tratamiento con ácido acetilsalicílico a bajas dosis (75-325 mg/día).
- Debe realizarse una planificación de las visitas periódicas. Si el paciente no consigue los objetivos de control, se revisará cada 1-3 meses. Si el paciente consigue objetivos de control, se realizará revisión cada 6 meses en consulta médica, intercalando las visitas y con un sistema de cuidados compartidos con las consultas de Enfermería.
- Desde el momento del diagnóstico de la diabetes, se realizará exploración anual del estado del riñón, exploración de pies y valoración de riesgo cardiovascular y, cada 2 años, del estado de la retina en pacientes de bajo riesgo:
 - Riñón: albuminuria.
 - Valoración riesgo cardiovascular: factores RCV y/o enfermedad cardiovascular.
 - Pie: pulsos periféricos, monofilamento, inspección.
 - Retina: fotografía retina o estudio por Oftalmólogo.
- En los pacientes con DM2 en los que no se consiguen los objetivos de control es deseable el establecimiento de un modelo de cuidados compartidos con Atención Especializada.



[diabetes mellitus tipo 2]

- Se aplicará el programa de educación diabetológica de profundización en los 12 meses siguientes al diagnóstico, individual o en grupo, de forma estructurada y sistematizada, y adaptándolo a las características individuales de cada paciente.

Objetivos de tratamiento

- Los cuatro componentes del tratamiento (dieta, actividad física, tratamiento farmacológico, autoanálisis) deben individualizarse y adaptarse a las características de cada paciente.
- Los objetivos de control individuales se determinarán en función de una escala de estratificación de riesgos.
- Los objetivos serán pactados con el paciente y/o familiares, adaptándose a los deseos, expectativas y circunstancias individuales, sin perder de vista como meta unos niveles de:
 - $HbA1c < 8\%$ (en el supuesto que la técnica esté estandarizada según el DCCT; en otro caso, la meta serán unos niveles de $HbA1c$ inferiores al valor superior del rango de normalidad del Laboratorio de referencia + 2%).
 - $TA < 140/85$.
 - $LDL\text{-colesterol} < 100 \text{ mg/dl}$ (en los pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular).
- Se evaluará el cumplimiento terapéutico ante la no consecución de los objetivos pactados. Se realizará evaluación del cumplimiento terapéutico utilizando cuestionarios sistematizados y validados (por ejemplo, test de Morinsky). Se deben establecer estrategias para identificar barreras que evitan el cumplimiento.

Planificación familiar y embarazo

- Toda mujer con diabetes en edad fértil recibirá consejo anticonceptivo.
- Se mantendrá el control intensivo con normoglucemia al menos 6 meses antes de aconsejar el embarazo.
- Una vez diagnosticado el embarazo, si la mujer estaba en un Programa de Control Preconcepcional, con buen control glucémico, debe ser vista en el plazo de 7 días. Si no estaba en Programa de Control Preconcepcional, debe ser vista en el plazo de 24 horas en el Hospital de Día para control intensivo.
- Se realizará valoración de riesgo de diabetes gestacional en toda mujer embarazada:
 - En las de bajo riesgo (edad < 25 años, no obesidad, no embarazo, y no pertenencia a grupo étnico con alta prevalencia de diabetes), no se requiere la realización de cribado.
 - En las de moderado riesgo (las que no cumplen todos los requisitos del apartado anterior), el test de cribado se realizará entre las semanas 24 y 28.
 - En las mujeres de alto riesgo (antecedentes familiares de DM2, antecedentes de DG o tolerancia alterada a la glucosa, presencia de glucosuria, malos antecedentes obstétricos), se realizará en la primera visita. Si en la estrategia de cribado/ diagnóstico



[diabetes mellitus tipo 2]

no se confirma la diabetes gestacional, se repetirá el cribado en las semanas 24-28.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería SAS 2002

- Realización de cribado oportunista anual en las personas con los factores de riesgo recogidos en el proceso.
- A todos los pacientes con DM2 se les realizará al menos una determinación de HbA1c con carácter anual.
- Los pacientes con DM2 y sobrepeso u obesidad seguirán tratamiento con metformina.
- A los pacientes con DM2 se les realizará exploración de pies con carácter anual.
- Todos los pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular recibirán tratamiento con ácido acetilsalicílico a bajas dosis.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1

Atención al paciente con DM2

