

Estrategias para Mejorar la Atención

En la atención de sujetos con diabetes se sugiere utilizar un estilo de comunicación centrado en el paciente, que incorpore sus preferencias, evalúe la alfabetización y los conocimientos aritméticos y aborde las barreras culturales.

Fuente: Diabetes Care 38(51):5-7, 2015
 Autores: Grant R, Donner T, Wexler D y colaboradores
 Institución: American Diabetes Association, EE.UU.

Título: Standards of Medical Care in Diabetes-2015
 Traducción textual: Normas para el Cuidado Médico en la Diabetes-2015

En la atención de los sujetos con diabetes (DBT) se sugiere utilizar un estilo de comunicación centrada en el paciente, que incorpore sus preferencias, evalúe la alfabetización y los conocimientos aritméticos y aborde las barreras culturales (recomendación grado B).

Se debe apoyar la atención en equipo, con participación de la comunidad, los registros de pacientes y favorecer el uso de herramientas para satisfacer las necesidades del paciente (recomendación grado B).

Conceptos de atención en DBT

En las siguientes secciones se mencionarán los diferentes componentes de la atención clínica de pacientes con DBT o riesgo de presentarla.

1. Enfoque centrado en el paciente: recomendaciones de atención, ya sea sobre la base de pruebas u opinión de los especialistas que tienen la intención de guiar a una estrategia global de atención. Dado que los individuos con DBT tienen un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), un enfoque centrado en el paciente debe incluir un plan integral para reducir el riesgo cardiovascular, abordar tanto la presión arterial como el control de los lípidos, la cesación tabáquica y la reducción del peso mediante cambios en el estilo de vida.

2. Diabetes a lo largo de la vida: una creciente proporción de los pacientes con diabetes tipo 1 (DBT1) son adultos. A su vez, la incidencia de DBT tipo 2 (DBT2) está en aumento en niños y adultos jóvenes. Asimismo, tanto sujetos con DBT1 como con DBT2 viven hasta una edad avanzada en la cual existen pocos datos de ensayos clínicos para guiar la terapia. Esto implica la necesidad de mejorar la coordinación entre los equipos clínicos, para la atención de las personas durante las diferentes etapas de su vida.

3. Apoyo a los sujetos con DBT: se debe apoyar en forma activa las causas y las políticas que favorezcan a los individuos con DBT.

Sistemas de atención

Ha habido una mejora constante en los últimos 10 años en la proporción de personas con DBT que logran los niveles recomendados de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), presión arterial y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad

(LDLc). Esto ha dado lugar a importantes reducciones en las complicaciones microvasculares. Sin embargo, entre el 33% y el 49% de los pacientes no alcanzan los valores objetivos de glucemia, presión arterial o colesterol y sólo el 14% cumple los objetivos para las tres mediciones y no son fumadores.

Modelo de atención crónica

Una barrera para la atención óptima es la presencia de un sistema que se encuentra, a menudo, demasiado fragmentado, carece de capacidades de información clínica, presenta servicios duplicados y está mal diseñado para la prestación coordinada de la atención crónica de los pacientes. El modelo de atención crónica incluye seis elementos fundamentales para la prestación de una atención óptima de los pacientes con enfermedades crónicas: 1) el diseño del sistema que se mueve de un esquema reactivo a un sistema de atención proactiva donde las consultas se coordinan a través de un equipo basado en una estrategia; 2) apoyo para el autocontrol; 3) soporte para la toma de decisiones (sobre la base de directrices que sugieren medidas eficaces basadas en prueba científica); 4) sistemas de información clínica (utilización de registros que pueden proporcionar información específica del paciente y de la población); 5) recursos de la comunidad y leyes (identificación o generación de recursos que apoyen un estilo de vida saludable); 6) sistemas de salud (para crear una cultura orientada a la calidad).

Cuando no se alcanzan las metas de tratamiento

Algunos pacientes no pueden lograr los objetivos de tratamiento deseados. Se debe reevaluar el esquema terapéutico para identificar barreras, como el nivel de ingresos, la alfabetización en salud, la angustia relacionada con la diabetes, la depresión, la pobreza y las exigencias entre las que se incluyen las responsabilidades familiares y la dinámica familiar. Otras estrategias pueden ser reforzar la educación para el autocuidado, la evaluación por un trabajador social, la evaluación de la conducta o el cambio en la terapia farmacológica. A su vez se podría iniciar o incrementar la frecuencia de autocontrol de la glucemia capilar (ACG) o incorporar un dispositivo de control continuo de la glucosa intersticial, mantener un contacto frecuente con el paciente o derivarlo a un profesional de salud mental.