



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

DIABETES

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PERSONA DIABETICA

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: HOSPITAL DONOSTIA
- Domicilio social: AV. Dr. BEGUIRISTAIN sn. 20013. Donostia San Sebastián.
- CCAA: PAIS VASCO
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:
Nombre y apellidos: Alfredo Yoldi Arrieta
E-mail: alfredo.yoldiarrieta@osakidetza.net
Teléfonos: 629935116

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 01/09/2013
- Actualmente en activo: Si, en activo.
- Prevista su finalización: Proyecto asistencial continuado

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Asistencia integrada de las personas con diabetes
	Abordaje de las complicaciones
	Formación, investigación e innovación

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La diabetes mellitus (DM) constituye en nuestros días un reto para el modelo asistencial, por tratarse de una enfermedad crónica de alta prevalencia, asociada a complicaciones vasculares importantes que disminuyen la salud y la calidad de vida de las personas afectas, y una elevada utilización de los recursos sanitarios. La prevalencia global de diabetes en la población general española, ajustada por edad y sexo es del 13,8 %, asociada a un 6,8 % de diabetes desconocida. En nuestro medio la DM declarada es del 6,4 % (7,2 % en varones y 6,5 % en mujeres), frente a una prevalencia confirmada del 6-12 % según los estudios. Si sumamos la prevalencia de glucemia alterada en ayunas (4 %), la intolerancia hidrocarbonada (9 %) y DM (14 %) un 28 % de la población presenta una alteración del metabolismo hidrocarbonado.

Es necesario destacar que nos enfrentamos a una patología cuya prevalencia se incrementa de forma exponencial con la edad. En la población entre 30-60 años la prevalencia es del 6,5 % mientras que en la franja de edad de 60-75 años el 15 % de las personas son diabéticas, con un salto de hasta el 42 % de las personas mayores de 75 años (1).

Esta alta prevalencia se asocia a complicaciones vasculares que suponen una importante disminución de la calidad de vida de las personas diabéticas y la utilización frecuente de los recursos sanitarios.

La DM es la primera causa de ceguera en nuestro medio y el 60 % de los diabéticos de 20 años de evolución manifiesta afectación ocular secundaria a la diabetes. El despistaje de la retinopatía diabética mediante la cámara no midriática es una intervención validada (2) y permite realizar de forma ambulatoria una exploración del fondo de ojo sin dilatación, enviando por vía telemática esta imagen al oftalmólogo, quien realiza el despistaje de los casos afectos de lesiones.

La presencia de DM multiplica por 25 el riesgo de desarrollo de insuficiencia renal terminal, y sigue siendo la primera causa de inclusión en programas de tratamiento sustitutivo renal. No obstante la incidencia de insuficiencia renal terminal ha disminuido en la última década (3). El mejor control

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



glucémico, tensional y de los lípidos, factores determinantes de su progresión, ha mejorado la evolución de la nefropatía diabética.

La incidencia acumulada de cardiopatía isquémica a los 10 años de evolución de la DM es de 14,7-17 %. Las del ictus entre 3,3 % - 11,8 % (4).

El pie diabético se define por la presencia de lesiones o úlceras, resultado de la interacción de la neuropatía, la isquemia y la infección, que pueden precisar amputaciones. Los últimos datos disponibles referentes a amputaciones de miembros inferiores de 2009 muestran una tasa (por 1000 personas diabéticas), de 4,7 para hombres y de 1,7 para mujeres. La tendencia en los últimos años es ascendente para los hombres.

La DM tiene un gran coste social y un gran impacto sanitario. A nivel mundial se calcula que los gastos sanitarios en DM representan el 11 % del gasto sanitario de 2011. A nivel estatal esta cifra se reduce al 6,3 %-7,4 %. Las personas diabéticas tienen un mayor número de hospitalizaciones, mayor tasa de reingresos y aumento de la duración de la estancia hospitalaria (+3 días), con respecto a la población sin diabetes.

El 47 % del coste en la atención de la DM se atribuye a las complicaciones cardiovasculares.

Mejorar el pronóstico de las personas con diabetes y disminuir esta elevada morbilidad, precisaría no solo de una actitud terapéutica concreta sino también de una adecuada organización en la atención y coordinación de los niveles asistenciales. El documento de estrategia en diabetes del sistema nacional de salud afirma de forma textual. **“Los sistemas de salud deberán abordar intervenciones conjuntas y multidisciplinares dirigidas a la mejor planificación y tratamiento, con especial atención a la prevención”.**

La DM es una enfermedad crónica que precisa actuaciones desde antes de que sea detectada, mediante actividades preventivas y de promoción de la salud, hasta después de que surjan las complicaciones, para evitar lesiones irreversibles y de alto coste en la calidad de vida, como la ceguera, la diálisis y las amputaciones.

En resumen, nos enfrentamos a una enfermedad crónica, con alta prevalencia asociada a complicaciones micro y macrovasculares, elevada morbilidad y dependencia y con alta expectativa de vida por la disminución de su mortalidad. Un reto para los sistemas sanitarios y especialmente para la atención primaria.

Las características de la DM que la señalan como enfermedad genuinamente crónica son:

- La comorbilidad y la dependencia.
- El deterioro progresivo del estado de salud, que se puede frenar pero raramente remitir.
- Se trata de una enfermedad de larga evolución que requiere tratamiento durante décadas.
- Contribuye a una mortalidad prematura.



Estas diferencias hacen que las intervenciones óptimas se diferencien de las que tradicionalmente hemos empleado con los enfermos agudos. Las características diferenciales de los cuidados en enfermedades crónicas serían:

- Diagnóstico sobre el individuo ampliado a su situación familiar y social.
- Enfoque proactivo y preventivo frente a una visión curativa.
- El paciente adquiere el rol de cuidador sobre su propia enfermedad frente al paciente agudo que solo recibe cuidados.
- Necesitan una atención coordinada de todos los proveedores de salud (atención primaria, especializada, salud mental, servicios sociales, salud laboral), frente a la enfermedad aguda que requiere la atención rápida y especializada de pocos agentes.

Son necesarios cambios en el modelo asistencial que permitan atender a estas personas a lo largo del tiempo y a diferentes niveles. Los conceptos actuales de la asistencia a agudos deben modificarse para que las personas con una diabetes crónica, su entorno y necesidades, sean el principal objetivo de la asistencia. Deberíamos aproximarnos a un modelo proactivo para asegurar que los enfermos tengan la formación y las habilidades que les permitan llevar el control de su enfermedad, la prevención de complicaciones y que exista un seguimiento continuo, tanto presencial como a distancia.

Los pacientes deben disponer de un plan pactado con su profesional de la salud, para liderar el despistaje de las complicaciones, reconocer los síntomas de alerta, modificar el tratamiento y conocer los motivos de consulta con el primer nivel de asistencial, que debería dar una rápida respuesta. Para plasmar ese cambio se han puesto en marcha nuevos modelos de gestión de crónicos. Los expertos coinciden que es preferible gestionar las enfermedades crónicas desde la atención primaria.

En este escenario nace la unidad de atención al paciente diabético de la OSI Donostia, como equipo multidisciplinar de segundo nivel, para mejorar su atención en coordinación con la atención primaria, de los pacientes diabéticos de alto riesgo. Nos planteamos implantar un modelo de gestión de patología crónica en la población diabética de nuestra área de asistencia sanitaria, y revisar su efectividad en el tiempo.

8. OBJETIVOS

Coordinar la asistencia de la persona con diabetes, desde su médico especialista de Atención Primaria, hasta la asistencia especializada, mediante rutas actualizadas y flexibles, que permitan una intercomunicación entre los diferentes escalones de asistencia.

- Ayudar en la formación continua de los diferentes profesionales implicados en los procesos de atención de la persona diabética.



- Mejorar la calidad asistencial del paciente con diabetes, para mantener la salud y conseguir una expectativa de vida normal, tanto en calidad como en duración.
- En colaboración con la asistencia primaria, reducir la frecuencia de la enfermedad y de las secuelas crónicas que ocasiona. Aumentar el diagnóstico de diabetes para reducir la diabetes desconocida.
- Diseñar protocolos actualizados para el diagnóstico, tratamiento y control metabólico de la diabetes a corto y largo plazo, así como la prevención de las complicaciones agudas y crónicas.
- Disponer de consultas interdisciplinares que asuman el control de la diabética embarazada, retinopatía diabética, nefropatía diabética, y pie diabético. Coordinar la comunicación entre las personas responsables de cada especialidad, y actualizar las rutas de acceso a las consultas monográficas.
- Disponer de un sistema adecuado que garantice la educación diabetológica.
- Como parámetros clínicos, reducir las tasas de amputación, retardar la aparición insuficiencia renal funcional, lograr una mejoría del control glucémico, perfil lipídico y control tensional, reducir el consumo de tabaco, evitar la afectación ocular, mejorar la educación diabetológica, y aumentar la calidad de asistencia percibida por parte del usuario.
- Identificar los procesos asistenciales más frecuentes y organizar su estructura con un responsable de proceso.
- Adoptar las recomendaciones y líneas básicas de la estrategia de cronicidad del departamento de Sanidad.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La unidad multidisciplinar de atención a la persona diabética presta servicio a todos los especialistas de atención primaria de la OSI Donostia, área metropolitana de la ciudad de San Sebastián con una población aproximada de 250000 personas y unos 38000 diabéticos.

En el momento actual la unidad está integrada por endocrinólogos, educadores en diabetes, nefrólogos, oftalmólogos, podólogo, cirujano vascular, rehabilitador y traumatólogo.

Se han planteado consultas de endocrinología, nefropatía diabética, despistaje de la retinopatía diabética mediante cámara no midriática, consulta de pie diabético y consulta de educación diabetológica, todo ello en el mismo área asistencial y con la coordinación del enfermero de enlace con la atención primaria.

De esta forma, y en contacto continuo con el especialista de atención primaria responsable del paciente, se coordina una asistencia multidisciplinar a los pacientes que los especialistas del primer nivel asistencial remitan para una valoración y ajuste de su tratamiento, reenviando al paciente una vez enfocado el problema por el que fue remitido y con un algoritmo de seguimiento



en los casos que es posible. Las experiencias previas de la literatura de unidades multidisciplinares de segundo o tercer nivel asistencial avalan la eficacia de estas intervenciones, tanto en el control de los factores de riesgo cardiovascular, la educación diabetológica, la enfermedad renal y el pie diabético (5-6).

10. METODOLOGÍA

Se propone una intervención del equipo multidisciplinar sobre los procesos antes definidos y que suponen las consultas más frecuentes, encaminadas a disminuir las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes. La actuación sobre estos procesos se sustenta en las mejores evidencias existentes en la literatura. Se define en la asistencia especializada la figura del facultativo referente de los procesos.

La continuidad de la comunicación con atención primaria se realiza mediante la enfermera de enlace-caso, que se encargará de asegurar el continuo asistencial y los plazos marcados para la asistencia. Esta comunicación se realiza mediante la utilización de herramientas para el enlace a través de teléfono, correo y hojas de consulta presencial y no presencial.

Para valorar los resultados de la intervención existen indicadores en cada proceso asistencial. La recogida de datos de cada proceso y su posterior análisis, permitirán valorar los resultados de la intervención y establecer conclusiones y áreas de mejora.

El diseño de esta intervención ha tenido las siguientes fases previas:

- Diseño de las rutas asistenciales de cada proceso, concretando los criterios de derivación.
- Diseño de las rutas administrativas desde la atención primaria a la enfermera de enlace para la evaluación del caso y proponer el tipo de consulta, presencial o no presencial y los plazos de la asistencia.
- Diseño de los indicadores de cada proceso para su medida posterior.
- Diseño de las bases de datos de cada proceso.
- Diseño de los criterios de asistencia propios de cada proceso, tras la revisión de la literatura.
- Puesta en común del funcionamiento de la unidad con las personas responsables de atención primaria y reuniones informativas en los centros de salud de referencia.
- Compromiso de reuniones de seguimiento de la intervención para continuar con el proceso de mejora.
- Posterior evaluación de los resultados.



11. EVALUACIÓN

INDICADORES.

Los indicadores clínicos propuestos para valorar la intervención realizada desde la **consulta de endocrinología** de la unidad de diabetes son:

- Evolución del control metabólico de la población en seguimiento mediante la determinación de HbA1c.
- Evolución de los factores de riesgo cardiovascular clásicos: tensión arterial, perfil lipídico, IMC, tabaquismo.
- Número de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por hipoglucemia/Número de pacientes incluidos en el programa.
- Número de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por descompensación hiperglucémica cetósica/Número de pacientes incluidos en el programa.
- Número de pacientes que han sufrido un evento cardiovascular (IAM-Ictus)/Número de pacientes incluidos en el programa.

Indicadores de la consulta de educación diabetológica:

- Porcentaje de personas que recibieron educación diabetológica de los pacientes remitidos a la unidad.
- Mejoría en los conocimientos teóricos y prácticos tras la finalización del programa de educación.

Indicadores de la consulta de nefropatía diabética:

- Estabilización o mejora de la función renal y proteinuria en los pacientes atendidos en la consulta.



- Tiempo de inicio en terapia renal sustitutiva (TRS) tras consulta en la unidad de diabetes.
- Número de personas con diabetes incorporadas a TRS x 1.000.000/población total anualmente.
- Número de personas con diabetes en TRS x 1.000.000/población total.

Indicadores de la consulta de retinopatía diabética:

- Modificaciones en la incidencia y prevalencia de ceguera:
- Número de diagnósticos de retinopatía diabética/exploraciones realizadas con cámara no midriática.
- Número de personas con nuevo diagnóstico ceguera por diabetes x 100000/población total.

Indicadores de la consulta de pie diabético:

- Disminución del número de amputaciones mayores y menores.

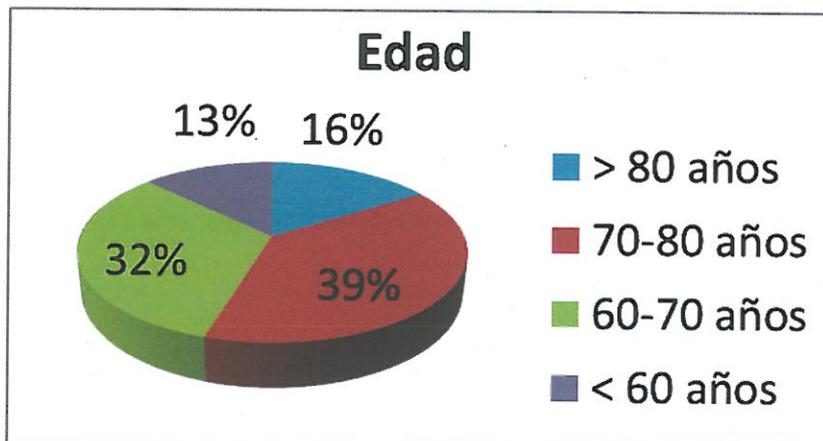
● RESULTADOS.

1- Tabla de actividad asistencial de la unidad de consultas presenciales.

Consultas	Primeras Consultas	Sucesivas	Porcentaje de altas
Endocrinología	403	387	68%
Educación Diabetológica	189	248	65%
Pie diabético	583	1513	65%
Nefropatía diabética	368	728	41%
Despistaje Retinopatía	3158		87%

2- Indicadores de las consultas

Edades de los pacientes remitidos:

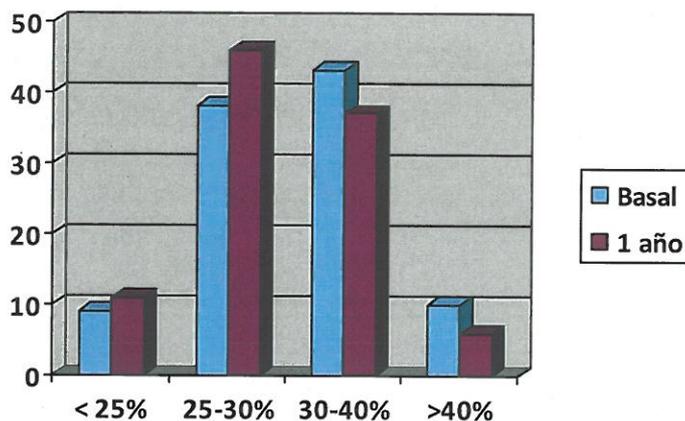


Se trata de una población de edad avanzada con la mayoría de los pacientes mayores de 70 años.

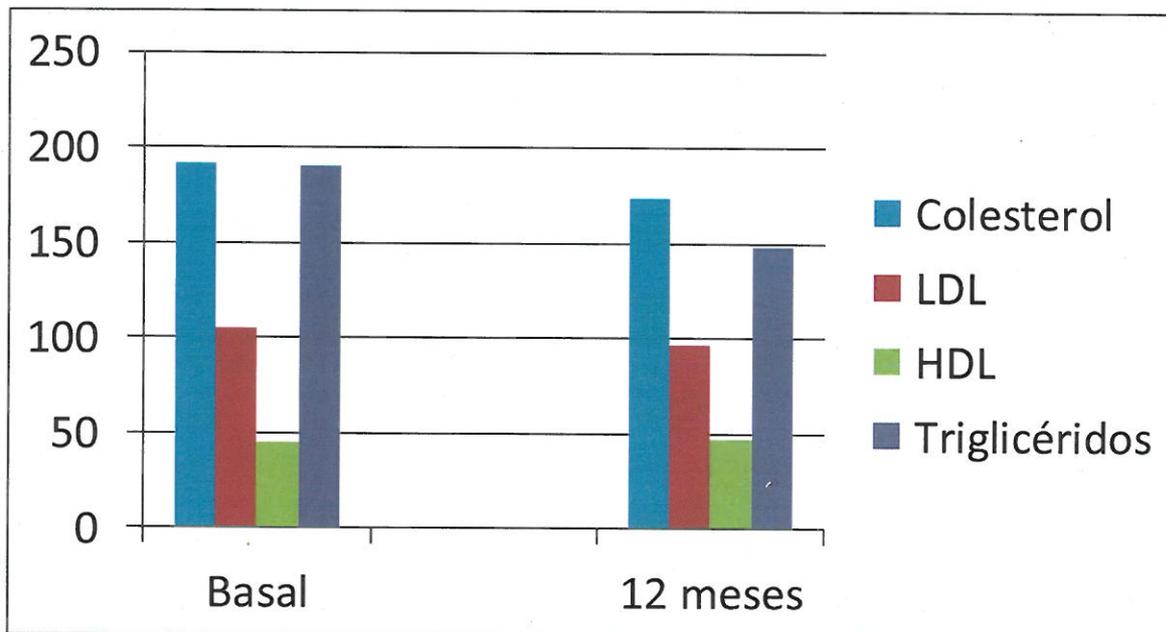
Evolución de los factores de riesgo clásicos en situación inicial y a los 12 meses:

En relación al **IMC**, se trata de una muestra con sobrepeso y obesidad, tal como muestra la gráfica inicial. Se insistió en la mejoría de la dieta y la realización de ejercicio físico al menos tres días por semana, consiguiéndose una mejoría en los índices, tal como muestra la segunda gráfica, si bien no alcanzó significación estadística. La media de bajada ponderal del grupo fue de 3 kg.

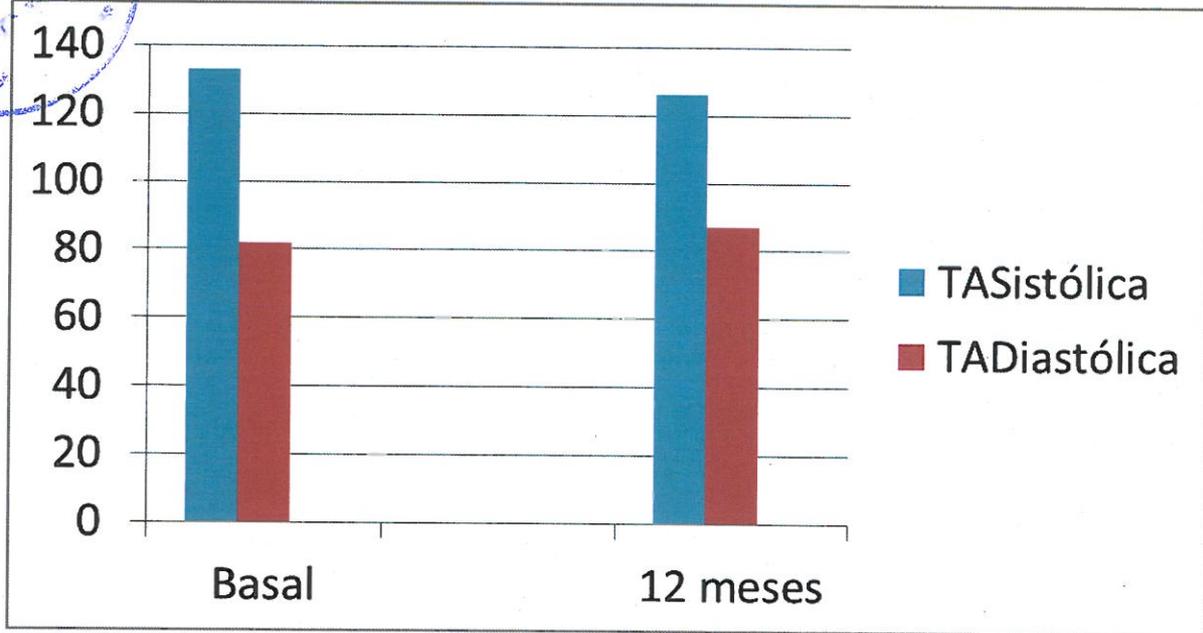
IMC



El **perfil lipídico** de los pacientes a su llegada a la unidad se encontraba dentro de objetivos. Un 73% de los pacientes estaban en tratamiento con estatinas y el 57% a dosis de prevención secundaria. No encontramos modificaciones de las concentraciones de las fracciones de colesterol y triglicéridos a lo largo del seguimiento.

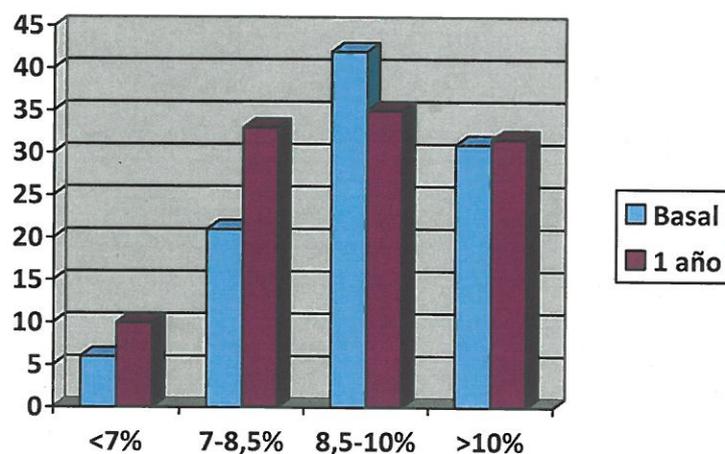


De igual forma la **presión arterial** permaneció controlada y sin cambios a lo largo del primer año de seguimiento. El 62% de los pacientes recibían terapia hipotensora.



Los dos motivos más frecuentes de remisión a la consulta de endocrinología fueron la necesidad de insulinización y el mal control metabólico. Nuestra intervención mejoró de forma significativa el control metabólico ya a los 3 meses de la intensificación del tratamiento ($HbA1c$ $9,4 \pm 0,6$ vs $8,1 \pm 0,4$, $p < 0,05$). La intensificación con insulina basal asociada a doble terapia oral fue la estrategia más utilizada seguida de la suspensión de la terapia oral e inicio de la insulinoterapia con multidosis.

HbA1c

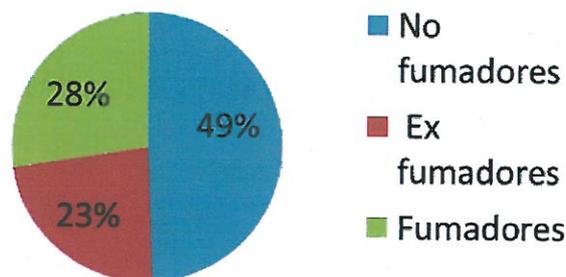


La **consulta de educación diabetológica** es de gran importancia para intensificar a los pacientes diabéticos. En general, se desarrolla el programa básico de educación dirigido a

diabéticos tipo 2 que incluye, dieta, técnica de inyección de insulina y autocontrol. Se encuentra pendiente de analizar los resultados para medir el grado de aprendizaje tras la realización de un test de conocimientos. Las educadoras están coordinadas con enfermeras de referencia en diabetes de los centros de salud para una educación continuada.

En nuestra muestra el 49% de las personas diabéticas siguen siendo **fumadores activos**. En coordinación con el servicio de neumología y consultas de deshabituación tabáquica de los centros de salud se remite a los paciente para ayudarles abandonar este hábito. En el momento actual no disponemos de resultados d esta intervención.

Tabaquismo



El **despistaje de la retinopatía diabética** se realiza con la cámara no midriática, método perfectamente validado (2). La tabla presenta la actividad realizada en el primer año de funcionamiento y los casos de retinopatía establecida diagnosticados, que salen del circuito de despistaje y se integran en las consultas de oftalmología.

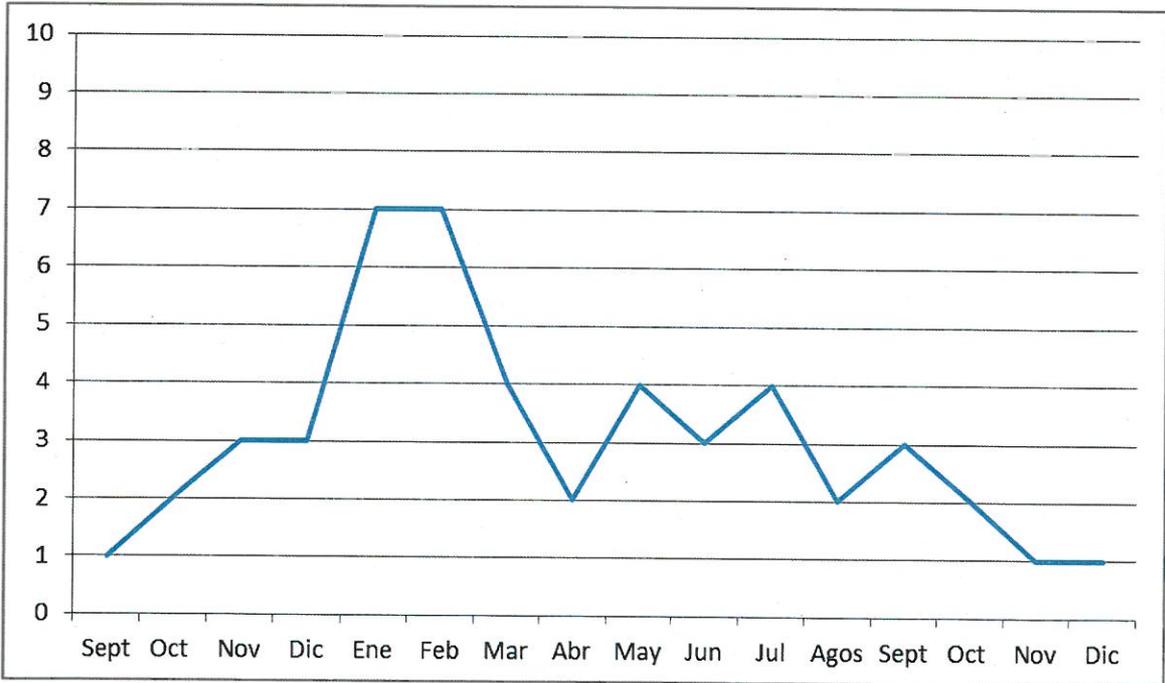
	n	
	3158	
Sin Retinopatía	2747	(87 %)
RDNP leve	141	(4,4 %)
RDNP moderada	53	(1,6 %)



RDNP severa	18	(0,5 %)
Edema macular	3	(0,09 %)
Hipertensión ocular	235	(7,4 %)
PIO > 21 mmHG		

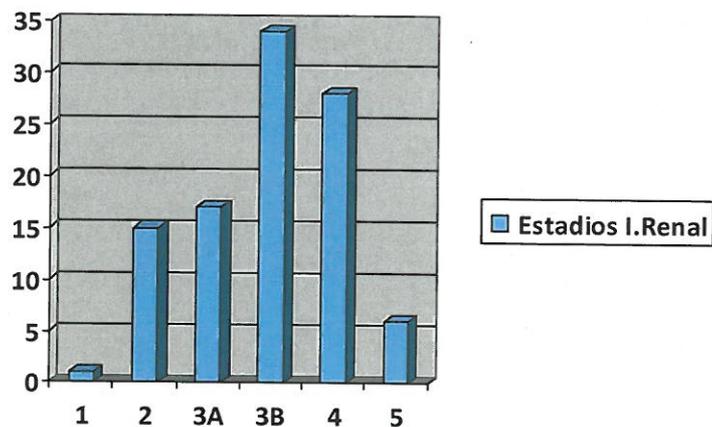
En la **consulta de pie diabético** se atendieron un total de 297 úlceras, la mayoría de ellas de causa vascular. La apertura de la unidad supuso inicialmente un efecto llamada, ya que se difundió la oferta a los especialistas de atención primaria organizando los circuitos de asistencia. Al comparar las amputaciones mayores durante el año de actividad que se presenta se contabilizaron 49 amputaciones mayores y 152 menores, sin cambios respecto a los datos hospitalarios previos. Sin embargo la gráfica que se adjunta muestra una disminución en los trimestres del año, que invita al optimismo, constatado un mejor tratamiento de las úlceras al aplicar el protocolo de la unidad.

Amputaciones mayores mensuales



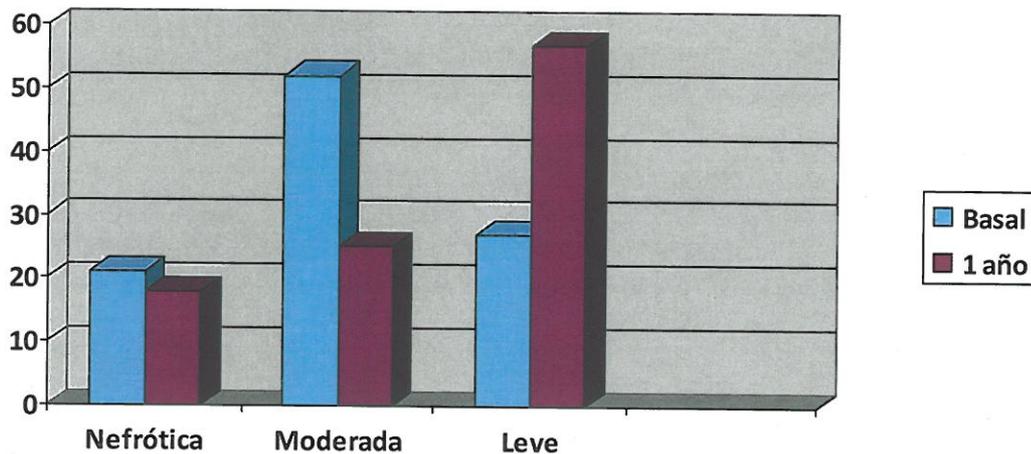
El gráfico adjunto muestra los estadios de insuficiencia renal de los pacientes que acudieron a la **consulta de nefropatía diabética**. La intervención realizada tuvo como objeto el control tensional, aspectos dietéticos y de control glucémico.

Se ha conseguido una estabilización del GFR en la práctica totalidad de los pacientes y sólo 4 pacientes evolucionaron a diálisis.



La intervención también ha sido eficaz en la reducción como grupo de la **proteinuria**:

- Disminución de proteinuria nefrótica a moderada $<3,5$ g/24h en el 18,6% de los pacientes
- Estabilización de proteinuria moderada 1-3 g /24h en el 42,3% de los pacientes ($p > 0,01$) y
- Disminución de proteinuria moderada a leve /microalbuminuria $<0,5$ g/24h en el 38,7% de los pacientes.



Porcentaje de distribución de los grados de proteinuria.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el primer año de actividad de la **unidad multidisciplinaria de atención al paciente diabético**, ésta se ha mostrado como una herramienta eficaz, para de forma coordinada con los especialistas de atención primaria, mejorar la calidad de la atención a las personas diabéticas de nuestra área asistencial.

Consideramos de gran importancia las reuniones previas a la puesta en marcha de la unidad para consensuar protocolos de actuación y criterios de derivación, circunstancias que facilitaron el conocimiento personal, y la mutua confianza, aspectos muy positivos para una relación ágil, de comunicación continua y centrada en el paciente.

Asignar un **responsable de proceso** para cada una de las consultas, también ha sido muy valorado por los pacientes y por los especialistas de atención primaria. De esta forma la interlocución y el seguimiento es siempre por la misma persona. Este aspecto disminuye la variabilidad en la asistencia y permite realizar protocolos con la mejor evidencia científica disponible. Las reuniones de seguimiento de los resultados de la unidad, son una oportunidad para la revisión de protocolos de acuerdo a nuevas evidencias.

El conocimiento de los profesionales de nuestra área de referencia nos permite participar en reuniones de formación en los centros de salud que tratan de dar homogeneidad a la asistencia.



La centralización en una misma área hospitalaria de éstos pacientes junto con la realización de más de una consulta especializada en la misma mañana (34% de las consultas son a más de un especialista) es bien valorado por los pacientes, ya que disminuye los desplazamientos y existe un ahorro de costes. A los especialistas nos permite el trabajo en equipo y la posibilidad de compartir y discutir la situación del paciente de forma conjunta.

Otro aspecto a destacar es la posibilidad de comunicación con la primaria a través de la **consulta no presencial**. La historia electrónica compartida permite la realización de consultas no presenciales para dudas concretas cuya solución no implica una valoración personal del paciente. En este momento suponen un 25 % de la actividad y dan rápida respuesta a las dudas que surgen al primer escalón asistencial.

En relación a los resultados obtenidos en este primer año, destacar que para la mayoría de los indicadores propuestos son todavía resultados preliminares. Consideramos que para la confirmar la tendencia de indicadores relevantes como la disminución de amputaciones mayores o disminución de pacientes que alcanzan los programas de diálisis, es necesario más tiempo, más formación y trabajo en equipo tanto con los especialistas de atención primaria como con los pacientes.

Apostamos por la **prevención** que se basa en un modelo de **paciente bien formado, autónomo** y capaz de reconocer signos y síntomas de alerta de su diabetes que le lleve a consultar y realizar un despistaje precoz de las complicaciones. En este sentido, los grupos de **paciente activo**, desarrollan una importante labor desde los centros de salud. Desde la unidad hemos participado en la elaboración de un manual de apoyo para estos grupos de diabéticos que comparten experiencia y conocimientos, liderado por un diabético bien formado.

En relación a la mejoría del control metabólico nuestra intervención ha sido positiva, con disminución significativa del valor de HbA1c, similar a otros equipos multidisciplinares (6), alto porcentaje de insulinización, de educación diabetológica y alto porcentaje de altas precoces a primaria una vez enfocado el paciente.

Desde el punto de vista educativo, hemos desarrollado una herramienta en forma de preguntas tipo test para cuantificar la mejoría de los conocimientos tras el curso de educación. Todavía no podemos valorar estos resultados.

Los factores clásicos de riesgo vascular (HTA y dislipemia) están bien controlados y nuestra intervención ha sido mínima.



En relación a la obesidad los datos iniciales apuntan a una disminución de la obesidad y sobrepeso tras reforzar cambio en el estilo de vida.

Todavía es elevado el porcentaje de diabéticos fumadores. Debemos promover una coordinación mejor con neumología y responsables del programa de deshabituación tabáquica de los centros de salud para conseguir mejores resultados.

Un año es un tiempo insuficiente para obtener resultados en términos de disminución de las amputaciones. La consulta de pie diabético ha permitido centralizar la derivación de los pies diabéticos del área, de acuerdo a los criterios de derivación consensuados, homogeneizar el abordaje inicial del estudio y tratamiento del pie, sobre todo en relación a curas y tratamiento antibiótico.

Tras un periodo de efecto llamada, los datos de los últimos meses invitan al optimismo. Estamos convencidos y así lo refleja la literatura (7-10), que este enfoque multidisciplinar de manejo del pie es el más eficaz en la reducción del número de amputaciones.

Los datos de función renal son todavía muy preliminares. Constatamos un buen control de la presión arterial, mejoría de los datos de proteinuria y estabilización del filtrado glomerular. Es necesario más tiempo para chequear estos resultados, ver su tendencia y el retraso en el inicio de diálisis o trasplantes. No obstante nuestro modelo y los resultados iniciales son congruentes con otras experiencias de la literatura (11).

Tras la fase inicial de despegue nos encontramos con un modelo de asistencia asentado. Queremos tras el verano realizar encuestas de satisfacción a pacientes y médicos de atención primaria que sirvan de auditoría para ver qué aspectos son mejorables.

En resumen, la asistencia sanitaria de las personas diabéticas exige una coordinación de todos los niveles asistenciales, priorizando la prevención y la educación de las mismas.

Como prototipo de enfermedad crónica, la asistencia primaria desempeña un papel fundamental en el seguimiento de estos pacientes, si bien, la coordinación con unidades multidisciplinarias hospitalarias, se ha mostrado muy eficaz en la disminución de las complicaciones vasculares de la diabetes. Aportar calidad de vida a nuestros diabéticos es la razón última de nuestro trabajo.



Presentamos los resultados iniciales de una experiencia multidisciplinar basada en estos conceptos, que consideramos positivos e ilusionantes y pudieran ser tenidos en cuenta por otros grupos de trabajo.

13- BIBLIOGRAFIA

- 1-Soriguer F, Godoy A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et. al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucosa regulation in Spain: the Di@bet Study. *Diabetología*. 2012; 55: 88-93.
- 2-Vujosevic S, Benetti E, Massignan F, Pilotto E, Varano M, Cavarzeran F, et al. Screening for diabetic retinopathy: 1 and 3 nonmydriatic 45-degree digital fundus photographs vs 7 standard early treatment diabetic retinopathy study fields. *Am J Ophthalmol* 2009 Jul; 148(1):111-8.
- 3-Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2 Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
- 4-Encuesta de salud de Euskadi (ESCAV-2007). Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2007.
- 5- Community-based care for the management of type 2 diabetes: an evidence-based analysis. *Health Quality Ontario. Ont Health Technol Asses Ser* 2009; 9(23)1-40.
- 6- Impact on diabetes management of general practice management plans, team care arrangements and rewies. *Med J Aust* 2013; 199 (4):261-5.
- 7- Reduction in diabetic amputations over 11 years in a defined U.K. population: benefits of multidisciplinary team work and continous prospective audit, Krishnan S, Nash F, Fowler D. *Diabetes Care* 2008.Jan 31(1):99-101
- 8- The role of interdisciplinary team approach in the management of the diabetic foot: a joint statement from the society for vascular surgery and the American podiatric medica association. Sumpio BE, Amstrong DG, Lavery LA. *J Vasc Surg* 2010 Jun:51(6)1504-6.



9- Declines in lower extremity amputation in the US medicare population 2000-2010. D.Belatti. Foot ankle int. 2013; 34:923-30.

10- Reduced incidence of lower-extremity amputations in a Danish diabetes population from 2000-2011. M.E. Jorgesen. Diabetic Medicine 2013.

11- Effectiveness of medical compared to multidisciplinary models of care for adult persons with pre-dialysis chronic kidney disease: a systematic review. Strand H, Parker D. JBI. Library of systematic reviews 2010;8 (26):1058-87.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.