

---

# imagine



**Estudio IMAGINE: “La organización del sistema sanitario, la asistencia y la práctica clínica en la diabetes mellitus tipo 2 con comorbilidad”.**

## ***Informe de resultados***



# ÍNDICE

---

- **PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS..... 3**
- **CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....10**
- **ANÁLISIS DE RESULTADOS.....17**
- **CONCLUSIONES..... 63**

# PRESENTACIÓN y OBJETIVOS

---

El objetivo general del proyecto es conocer, a partir de la opinión de los médicos que atienden a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y comorbilidad<sup>1</sup>, el estado actual de la organización sanitaria en relación a la atención de los pacientes, el manejo de las herramientas asistenciales por parte de los profesionales sanitarios y la aplicación de dichas medidas para el control y seguimiento de esta enfermedad crónica en España.

El estudio tiene dos finalidades de tipo general:

- Conocer en qué medida el sistema sanitario está preparado para atender correctamente a los pacientes con DM2 y comorbilidad.
- Conocer la atención a los pacientes con DM2 pluripatológicos por parte de los médicos internistas, endocrinólogos y de atención primaria en España, con especial referencia a las intervenciones sobre hábitos de vida y deshabituación tabáquica.

(1) Definición del sujeto de estudio: Paciente con DM2 y al menos dos enfermedades crónicas con síntomas continuados, agudizaciones frecuentes, con deterioro funcional progresivo y pérdida de autonomía, con fuertes repercusiones sociales y económicas, así como con un elevado consumo de recursos sanitarios, especializados y comunitarios.

# Dirección del proyecto

---

## INVESTIGADORES, MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO:

- Dra. Sara Artola Menéndez      Coordinadora de la RedGDPS
- Dr. Ricardo Gómez Huelgas      Coordinador del Grupo de Diabetes y Obesidad de la SEMI
- Dr. Edelmiro Menéndez Torre      Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Central de Asturias
- Dr. Fernando Rodríguez Artalejo      Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid

## AUSPICIADO POR:

- Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (redGDPS)
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
- Sociedad Española de Diabetes (SED)

## COORDINADOR DE LA ENCUESTA:

- Alfredo del Campo Martín      *Sociología y Comunicación, S.L*

## PROMOTOR DE LA ENCUESTA:

- Novartis Farmacéutica S.A

# Justificación del estudio

---

La diabetes Mellitus (DM) es un grave problema global que afecta a unos 366 millones de personas en todo el mundo. Cada año, fallecen por diabetes casi cuatro millones de personas, y se estima que el número total de muertes relacionadas con la DM aumentará en más del 50% durante los próximos 20 años.

En España, los resultados del estudio di@bet.es, sitúan la prevalencia total de DM2 en el 13,8%, (más de 5,3 millones de personas) un porcentaje ligeramente superior a los estudios realizados anteriormente. De este porcentaje, un 7,8% corresponde a casos de DM2 conocida (casi 3 millones de personas), mientras que un 6% de la población española desconoce que sufre esta patología (más de 2,3 millones de personas). Este mismo estudio señala que la mayoría de personas con DM2, realizan un escaso seguimiento de los programas de salud, y no modifican sus hábitos de salud en una proporción diferente a las personas no diabéticas.

Cabe recordar que las intervenciones educativas en los pacientes con diabetes pretenden que hagan actividad física, controlen el peso, sigan una dieta adecuada y dejen de fumar.

Es frecuente la asociación entre diabetes y cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia renal, depresión, obesidad, enfermedad osteomuscular, dependencia funcional, etc. Por tanto, el paciente diabético es a menudo pluripatológico, y ello es un gran reto asistencial. Por otra parte el control de las enfermedades crónicas es uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios en todo el mundo.

El abordaje de la cronicidad requiere un enfoque multidimensional, proactivo, continuado, integral y sistémico. Está claro que el modelo de producción de servicios sanitarios necesita adaptarse a las necesidades del paciente crónico. Existen experiencias cada vez más numerosas de implantación de intervenciones de mejora, pero su despliegue es limitado y no se evalúan los resultados.

# JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

---

Este estudio pretende sugerir algunos de los componentes que debiera tener un modelo de atención a la cronicidad, así como las características de la práctica clínica relacionada con la intervención sobre los estilos de vida, el control clínico de la comorbilidad, los factores de riesgo y las complicaciones de la DM2

Hasta ahora no se ha realizado ningún estudio en España que describa la situación de la organización sanitaria en relación a la atención de los pacientes con DM2 y comorbilidad asociada, el conocimiento y manejo de las herramientas asistenciales por parte de los profesionales sanitarios y la aplicación de dichas medidas para el control y seguimiento de esta enfermedad crónica.

# Objetivos específicos

---

## A/ En relación al sistema y organización de la atención sanitaria a la diabetes mellitus tipo 2

### Conocer

- ✓ Los centros en los que el médico desarrolla su actividad profesional
- ✓ Los especialistas que tratan los pacientes DM2 y de forma específica los pacientes con comorbilidad asociada
- ✓ Las características de los pacientes DM2 y comorbilidad, vistos en consulta
- ✓ Las rutas asistenciales y las derivaciones más frecuentes
- ✓ Los criterios para las derivaciones a otros niveles.
- ✓ Conciliación farmacológica en las transiciones.
- ✓ Los circuitos o derivaciones (no urgencias) en situaciones de dificultad o agudización.
- ✓ La existencia de procesos de atención integrada y multidisciplinar de pacientes DM2 y comorbilidad.
- ✓ El control multidisciplinar y los especialistas que deciden cambios o ajustes terapéuticos
- ✓ Los recursos de enfermería con competencias en la gestión y seguimiento de DM2
- ✓ El grado de coordinación entre especialistas y Atención Primaria
- ✓ La realización de interconsultas
- ✓ Las Guías utilizadas
- ✓ La disponibilidad de planes integrales definidos para la consecución de objetivos.
- ✓ Los procedimientos de alertas automatizadas para el control inadecuado
- ✓ La revisión sistemática de la medicación (comprobación de la efectividad, seguridad o adherencia).
- ✓ Los mecanismos de comunicación con el paciente.

## Objetivos específicos (2)

---

### B/ En relación con la práctica clínica habitual en especial sobre los hábitos de vida, las complicaciones y los objetivos de control

- ✓ La educación diabetológica del paciente: Disponibilidad, características y responsables.
- ✓ Educación nutricional; verificación de resultados. Consecución de objetivos.
- ✓ Actividad física y ejercicio; verificación de resultados. Consecución de objetivos.
- ✓ Deshabitación tabáquica:
  - Frecuencia de intervenciones de deshabitación tabáquica
  - Estimaciones del nivel de consumo y grado de adicción.
  - ¿Se caracterizan los estadios de cambio para dejar de fumar en los pacientes?
  - Criterios de selección de pacientes para deshabitación tabáquica
  - Características de las intervenciones de deshabitación tabáquica (Consejo mínimo, educación, tratamientos farmacológicos, psicológicos...)
  - Tipos de tratamientos farmacológicos utilizados.
  - Especialistas que realizan las intervenciones de deshabitación tabáquica.
  - Estimación de las tasas de cesación tabáquica a 6 meses o un año de los pacientes intervenidos.
- ✓ Tratamientos farmacológicos; medicación, pauta y consecución de objetivos.
- ✓ Instrumentos de valoración geriátrica funcional en pacientes de edad avanzada.
- ✓ Complicaciones y su manejo terapéutico.
- ✓ Abordaje terapéutico del paciente anciano con DM2 y comorbilidad.
- ✓ Patologías tratadas de forma independiente o integrada.
- ✓ Opinión sobre los recursos necesarios y las barreras existentes para mejorar el control y el seguimiento de la DM2.

# METODOLOGÍA

---

**Estudio transversal que recoge información mediante técnicas de encuesta través de una plataforma “on line”.  
Participantes del estudio, con las siguientes características técnicas:**

- ✓ **Población de estudio** (criterio de inclusión): Médicos que habitualmente atienden pacientes con DM2 pluripatológicos, concretamente médicos de atención primaria, médicos internistas y endocrinólogos pertenecientes a las sociedades científicas participantes (≈3.600).
- ✓ **Muestra:** han participado un total de 302 médicos que cumplían el criterio de inclusión.
- ✓ **Margen de error:** sobre una población finita, se asume un error máximo para el total de la muestra de  $\pm 5,2\%$ , con un nivel de confianza del 95,5% ( $k=2$ ).
- ✓ **Variables de estudio:** Las variables de estudio se han recogido en un cuestionario, que se incluye en el anexo del protocolo. El cuestionario fue cumplimentado por el médico participante vía “on line” accediendo a una plataforma creada ex profeso para el estudio.
- ✓ **Distribución y selección:** A partir de bases de datos disponibles por las sociedades médicas. Invitación a participar a todo el colectivo incluido en la población de estudio: Presentación del protocolo, cuestionario e instrucciones de acceso. Grabación de respuestas y depuración de inconsistencias.
- ✓ **Análisis estadístico:** Distribución de frecuencias y efectivos absolutos en una tabulación cruzada de todas las preguntas del cuestionario con las variables de clasificación (especialidad, sexo, experiencia profesional, tipo de centro asistencial, nº de pacientes DM2 vistos). Tabulación completa en anexo 2.
- ✓ **Redacción** de un informe con cuadros, gráficos y conclusiones.

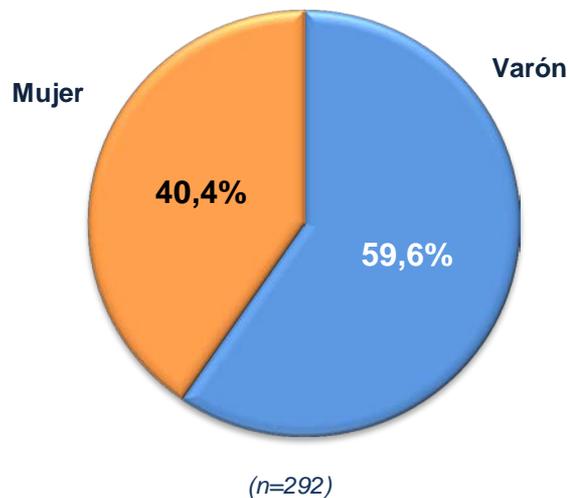
---

# CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

# Características de la muestra (sexo, edad y experiencia profesional)

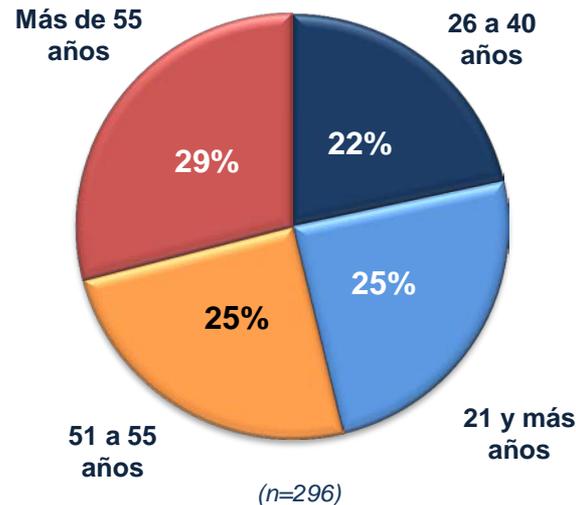
En la muestra se han distribuido de forma bastante equitativa las distintas variables sociodemográficas. Han participado médicos de ambos sexos, con una edad media de 49 años y 23 de experiencia profesional, predominando la práctica profesional en los ámbitos urbanos.

## SEXO

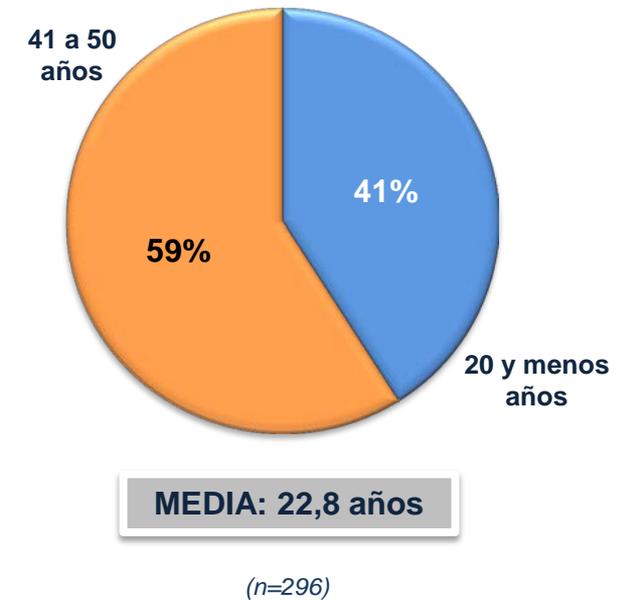


## EDAD

MEDIA: 48,8 años



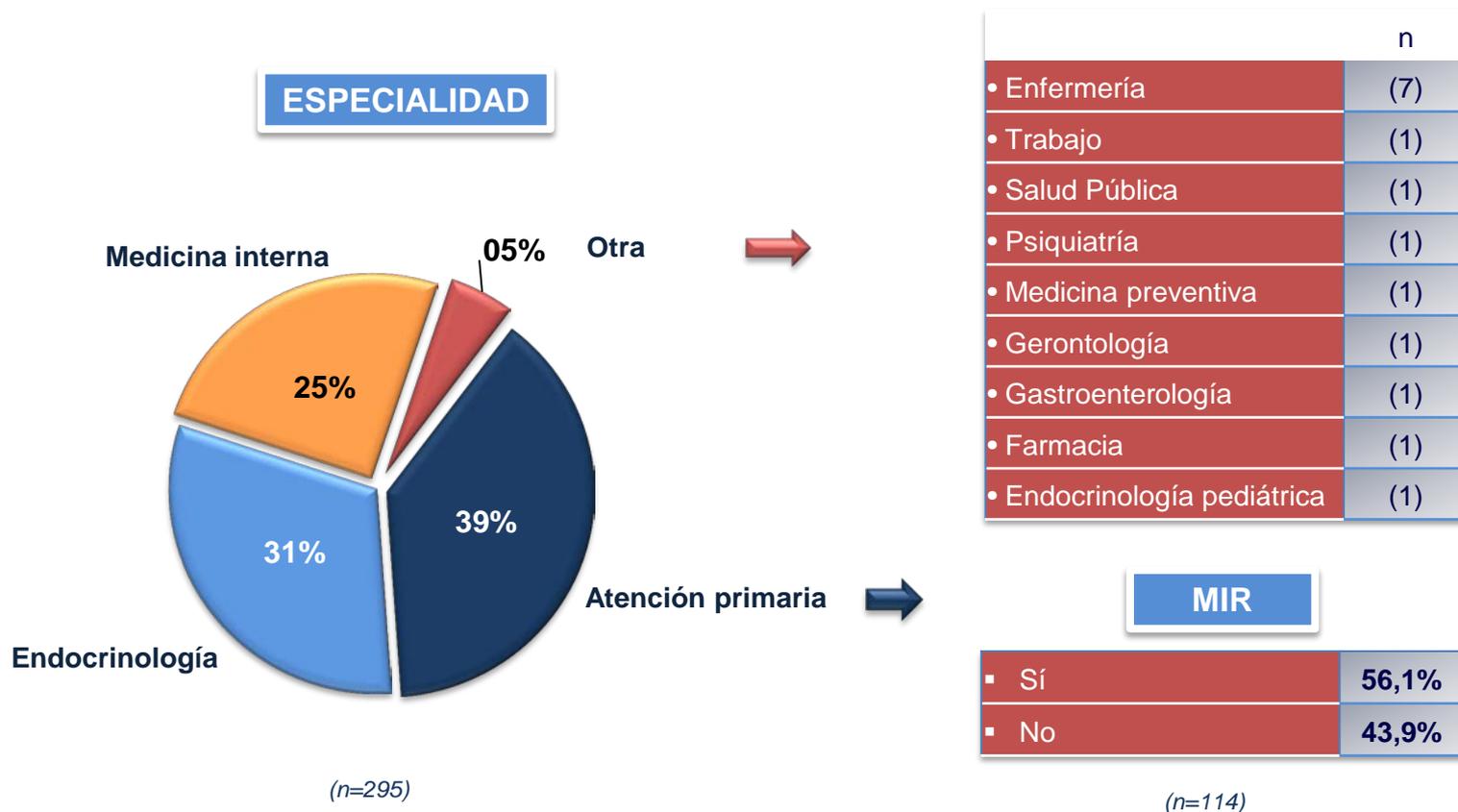
## EXPERIENCIA PROFESIONAL



Ámbitos urbanos: 77,2%  
Ámbitos rurales: 22,8%

# Características de la muestra (especialidad)

Los médicos de atención primaria han sido los más representados (39%, n= 114) -de los que más de la mitad tenían realizado el MIR-. Los médicos internistas han sido el 25% (n=74) y los endocrinólogos el 31% (n=92), lo que supone una sobrerrepresentación de ésta última especialidad (\*).

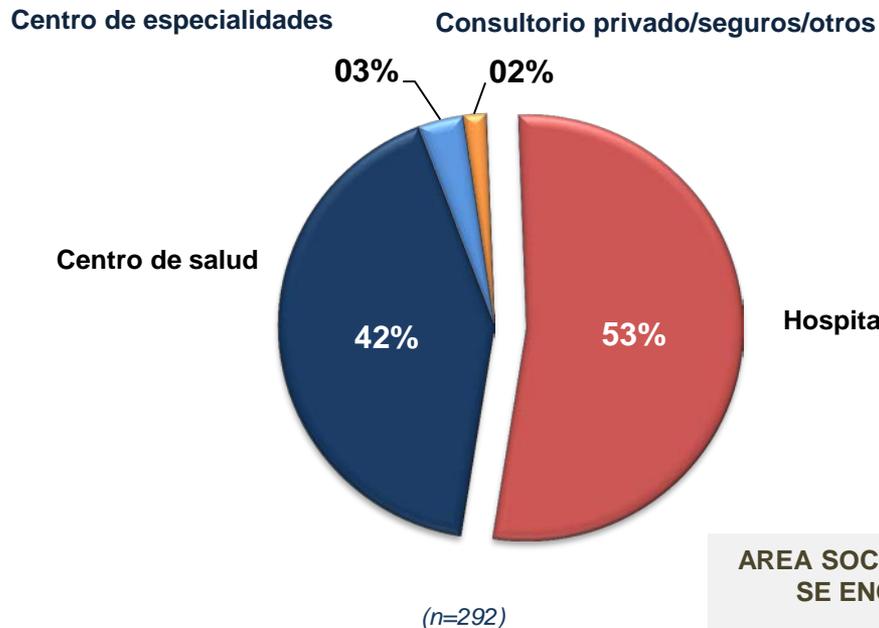


(\*) 14 de los 92 endocrinólogos han contestado como especialidad adicional la medicina interna  
 3 de los 74 internistas han contestado como especialidad adicional la endocrinología

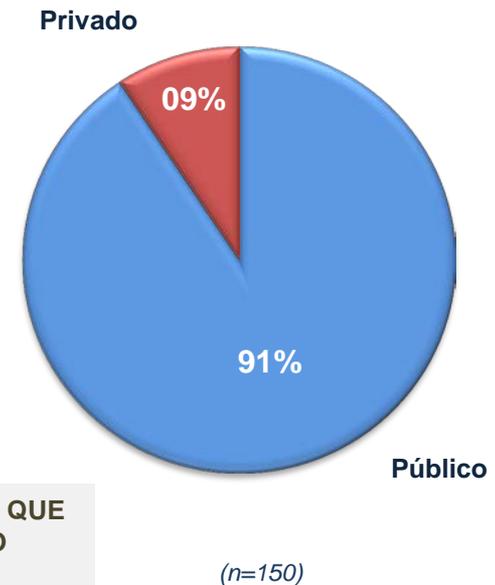
# Características de la muestra (datos del centro)

Algo más de la mitad de los participantes desarrolla su trabajo en el hospital -en su mayoría, hospitales públicos-, y el resto en centros de salud. Una pequeña parte trabaja en centros de especialidades o ambulatorios. La mayoría se sitúan en áreas socioeconómica de clases medias y medias-altas.

## TIPO DE CENTRO



## HOSPITAL



### AREA SOCIOECONOMICA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL CENTRO

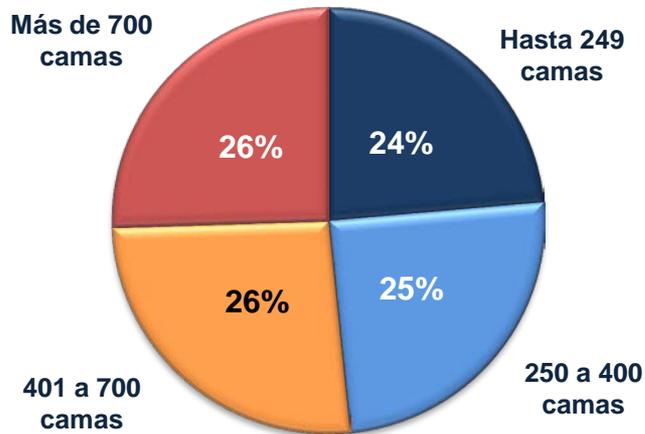
✓ Alta	4,8%
✓ Media-alta	41,4%
✓ Media:	39,4%
✓ Media-baja	11,0%
✓ Baja	3,4%

# Características de la muestra (datos del hospital)

Los tamaños del hospital están muy repartidos; desde hospitales pequeños a los más grandes, universitarios o de referencia, con un promedio de 511 camas/hospital. Los servicios de medicina interna y endocrinología son, lógicamente los servicios que más han participado.

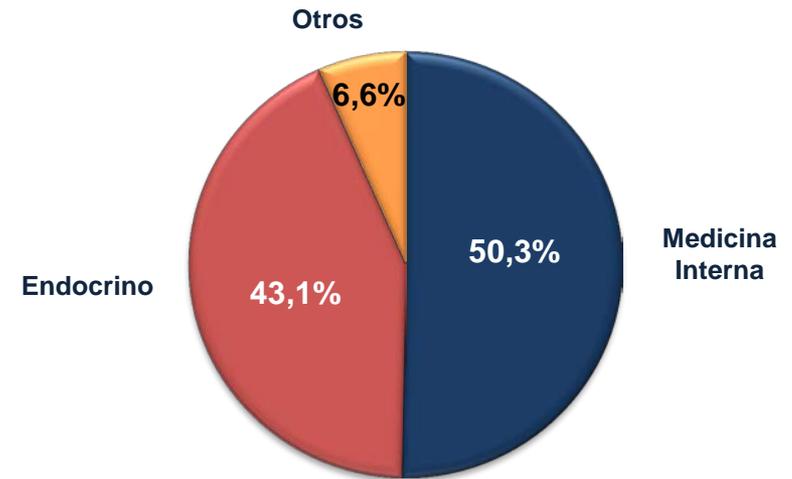
## NUMERO DE CAMAS DEL HOSPITAL

MEDIA: 511,1 camas



(n=161)

## SERVICIO (\*)



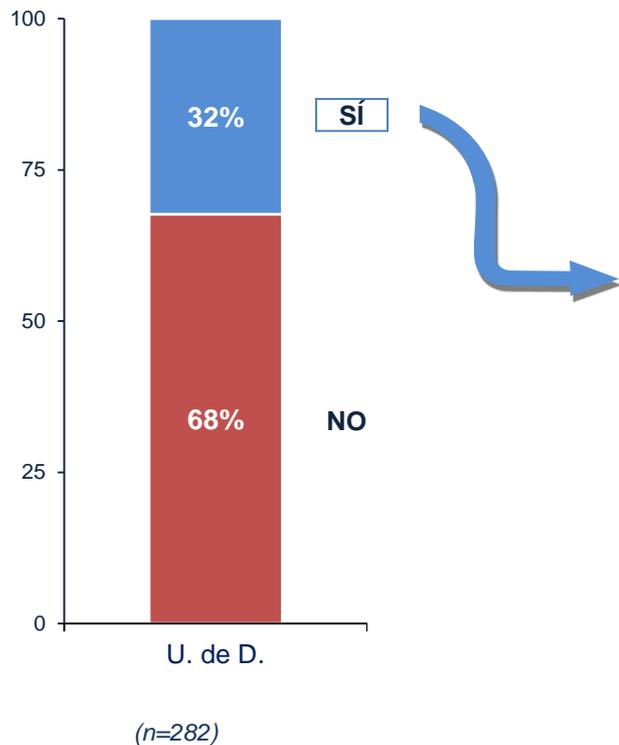
(n=153)

(\*) 14 de los 92 endocrinólogos han contestado que trabajan en el servicio de medicina interna  
3 de los 74 internistas han contestado que trabajan en el servicio de endocrinología

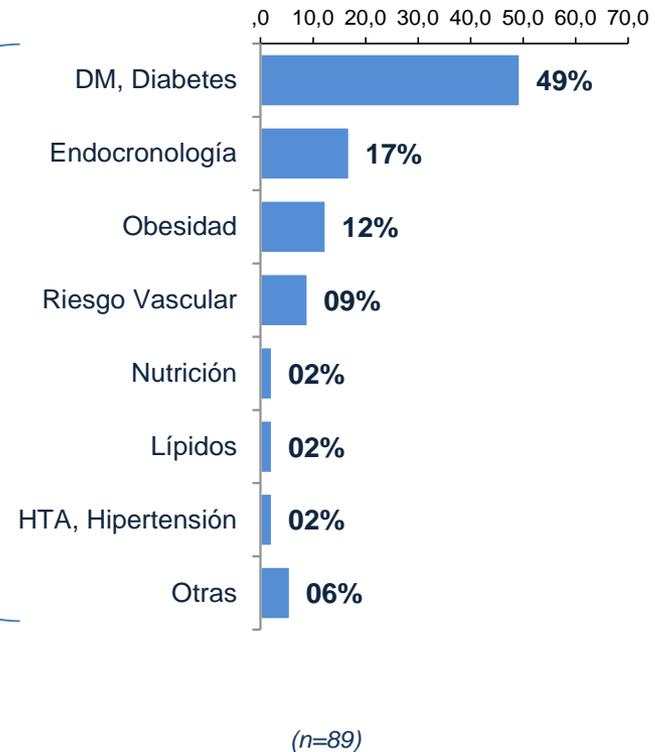
# Características de la muestra (datos del hospital)

Tan sólo en la tercera parte de los centros existe una unidad de diabetes, que adquiere básicamente esa denominación. El 68% de los médicos trabajan en centros sin ninguna unidad específica de diabetes, obesidad o similares.

¿EXISTE UNIDAD DE DIABETES, OBESIDAD O SIMILARES?



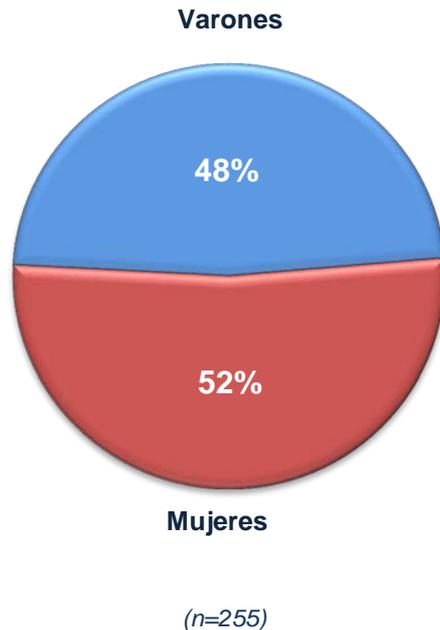
Denominación específica



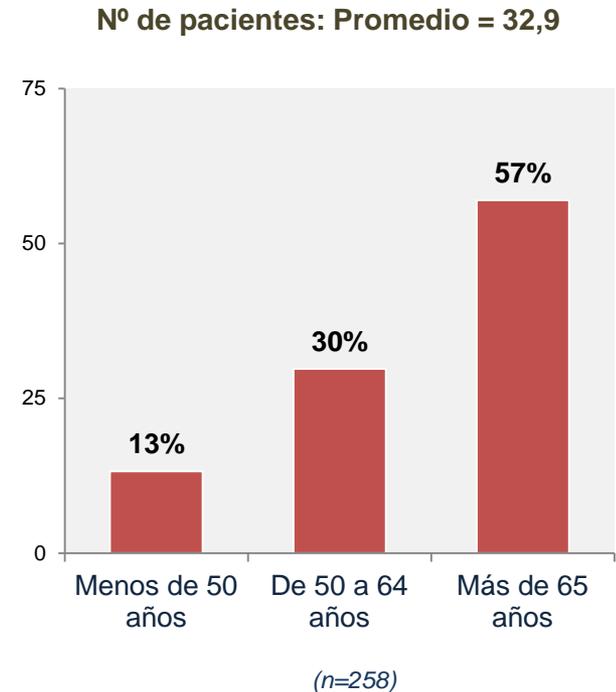
# Características de la muestra (edad y sexo de los pacientes)

Se estima que los médicos participantes ven un promedio mensual de 33 pacientes DM2 y comorbilidad asociada, de los que algo más de la mitad son mujeres (52,2%). La distribución por edades, varía del 13% que suponen los pacientes menores de 50 años al 57% los de 65 y más años.

## DISTRIBUCION POR SEXO DE SUS PACIENTES CON DM2 Y COMORBILIDAD



## DISTRIBUCION POR EDADES DE SUS PACIENTES CON DM2 Y COMORBILIDAD



**P.2.** ¿Cuál es la distribución por edades de sus pacientes con DM2 y comorbilidad? (Según su base de datos. Si no es posible, estime un %)

**P.3.** ¿Cuál es la distribución por sexo de sus pacientes con DM2 y comorbilidad. (Según su base de datos. Si no es posible, estime un %)

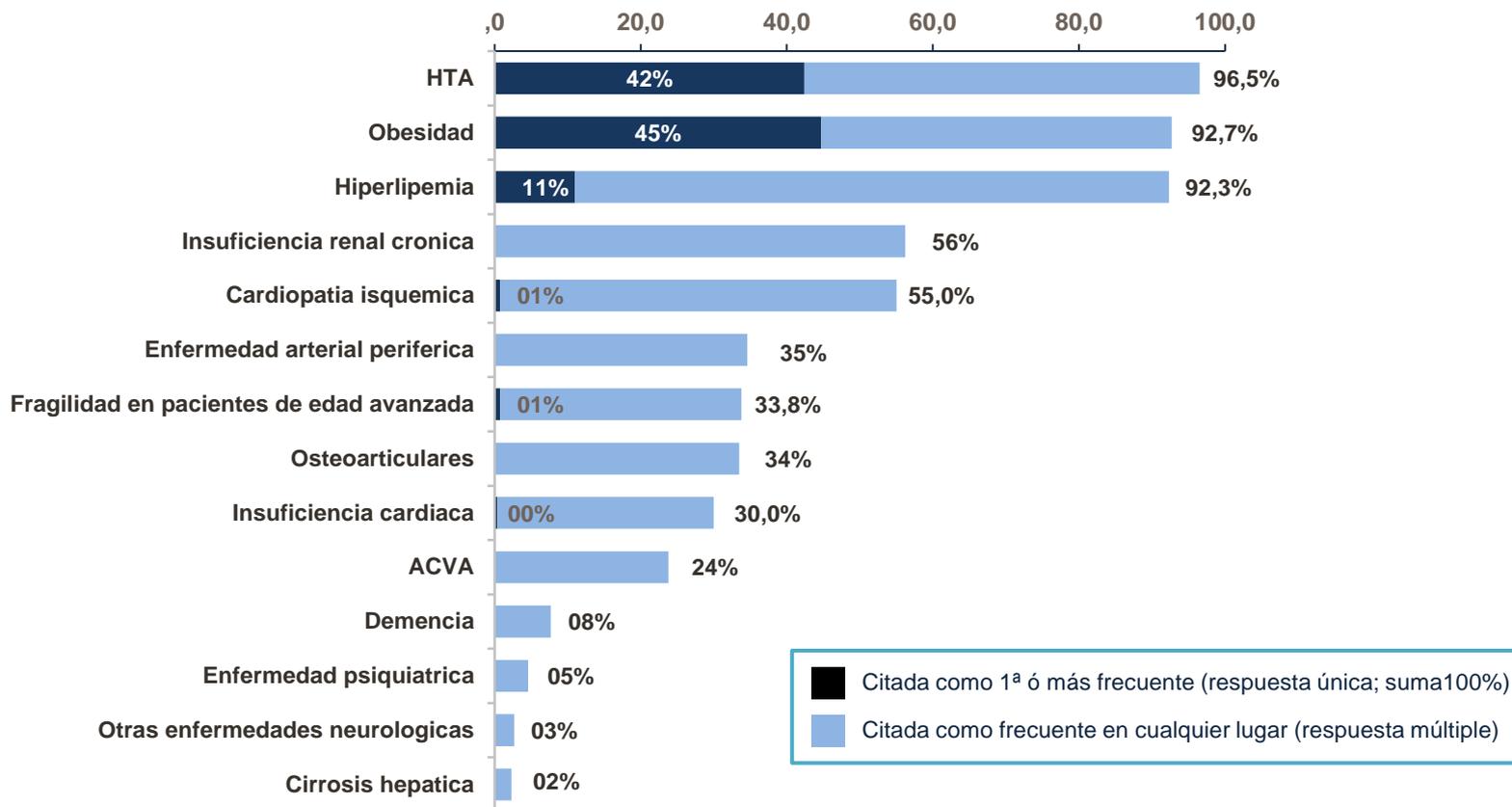
---

# ANÁLISIS DE RESULTADOS

# Patología asociada

La obesidad (45%) y la HTA (42%) son las patologías asociadas más frecuentes que se citan en 1er. lugar. A ellas hay que añadir las hiperlipemias (11%). Las tres patologías se distancian significativamente del resto, entre las que destacan insuficiencia renal y cardiopatía isquémica.

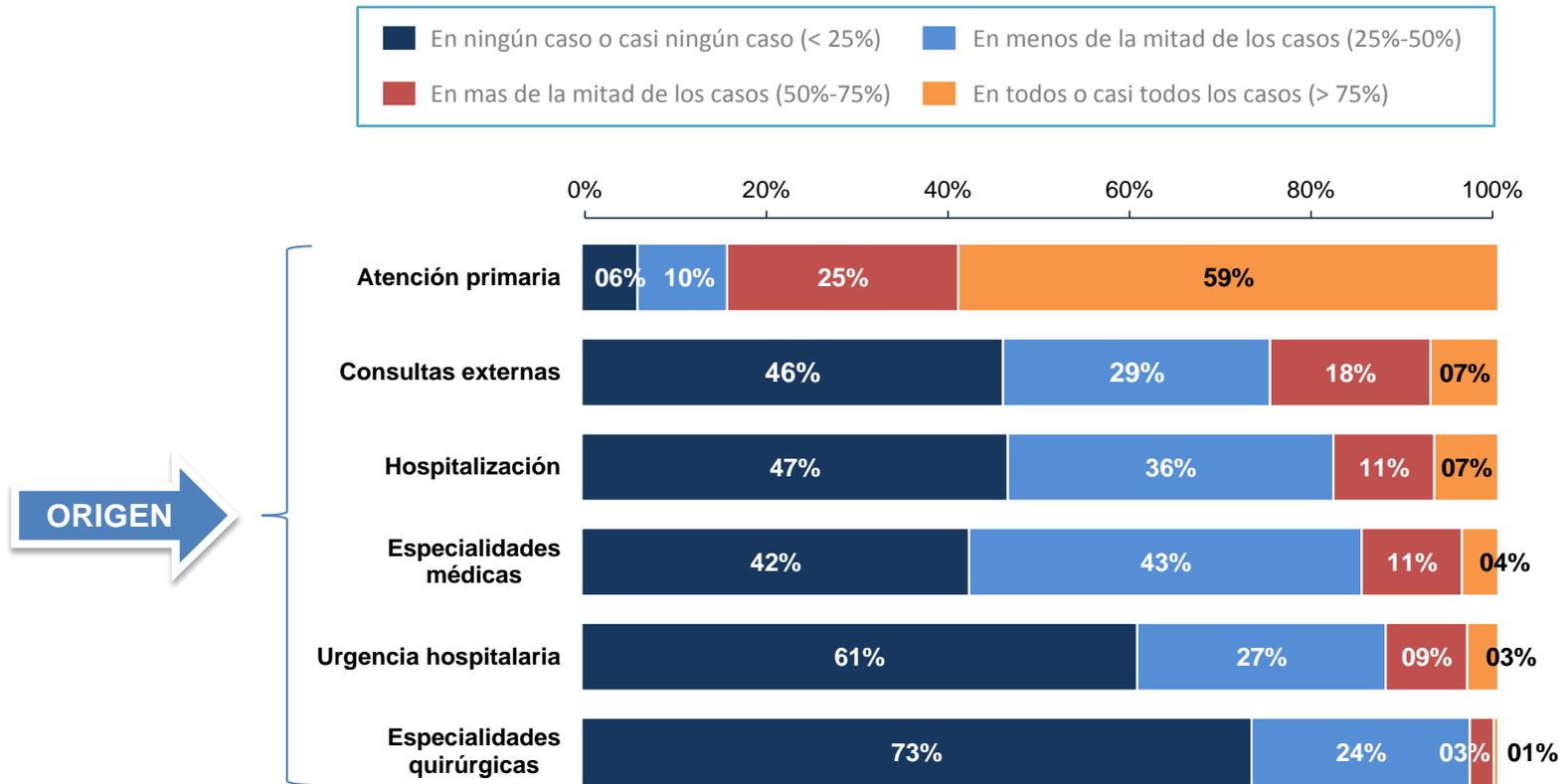
## PATOLOGIAS ASOCIADAS MAS FRECUENTES EN SUS PACIENTES CON DM2



P.4. ¿Cuáles son las patologías asociadas más frecuentes en sus pacientes con DM2?

# Origen o procedencia de sus pacientes con DM2 y comorbilidad

La mayoría de los casos vistos por los entrevistados proceden de atención primaria. El resto de ámbitos asistenciales “originan” muchas menos procedencias. Estas cifras varían lógicamente según sea el especialista que atiende. Así, los pacientes que ve el médico internista provienen significativamente más del propio hospital (51%) o de consultas externas (41%). Los médicos de atención primaria tienen más su origen en el centro de salud (87%). Los endocrinólogos tienen una procedencia más repartida entre los distintos ámbitos. Sin embargo es predominante siempre el origen en atención primaria.



P.5. Origen o procedencia mayoritaria de sus pacientes con DM2 y comorbilidad. (Añote una respuesta por fila)

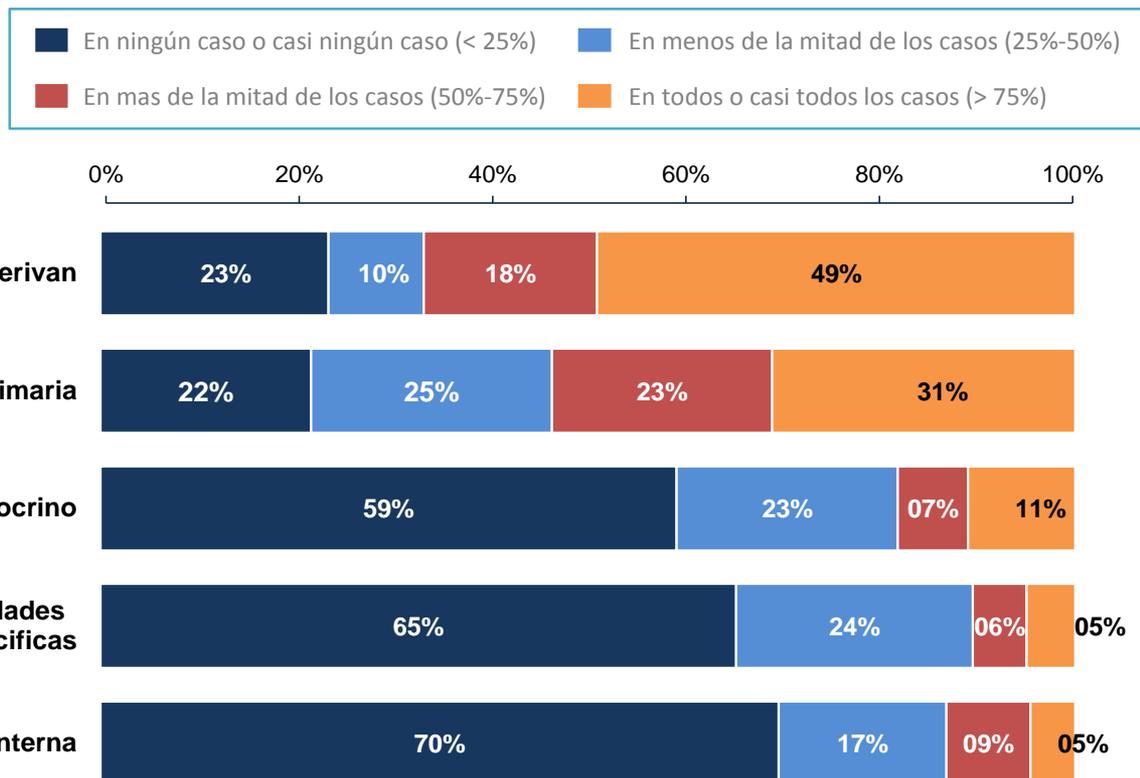
# Origen o procedencia de sus pacientes con DM2 (según especialidades)

ORIGEN o PROCEDENCIA	FRECUENCIA	TOTAL	SEGÚN ESPECIALIDAD DEL MÉDICO		
			ATENC. PRIMARIA	MED. INTERNA	ENDOCRINOL.
➤ DE ATENCIÓN PRIMARIA	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	6,1	-	<b>20,0</b>	3,9
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	9,8	-	<b>28,3</b>	9,2
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	25,2	3,0	33,3	<b>46,1</b>
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	58,9	<b>97,0</b>	18,3	40,8
➤ DE URGENCIAS	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	60,6	<b>74,3</b>	38,3	<b>64,2</b>
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	27,1	24,3	30,0	28,4
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	8,9	1,4	<b>20,0</b>	7,5
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	3,4	-	<b>11,7</b>	-
➤ DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	42,3	<b>60,6</b>	40,0	27,0
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	42,8	35,2	40,0	<b>51,4</b>
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	10,9	2,8	14,0	17,6
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	4,0	1,4	6,0	4,1
➤ DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	73,0	<b>95,7</b>	60,4	57,6
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	23,8	4,3	<b>35,4</b>	<b>36,4</b>
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	2,6	-	4,2	4,5
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	0,5	-	-	1,5
➤ DE CONSULTA EXTERNA	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	46,0	<b>73,5</b>	29,4	30,2
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	29,1	17,6	37,3	33,3
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	17,5	8,8	21,6	23,8
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	7,4	-	11,8	12,7
➤ DE HOSPITALIZACIÓN	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	46,5	<b>69,6</b>	19,6	42,0
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	35,5	29,0	28,6	49,3
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	11,0	1,4	28,6	7,2
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	7,0	-	23,2	1,4

En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

# Derivación mayoritaria de sus pacientes con DM2 y comorbilidad

Las derivaciones siguen el mismo patrón, con la diferencia de que casi la mitad de los médicos (49%), no derivan casi ningún caso. Se estima que el 60% de los pacientes DM2 no son derivados. El ámbito asistencial al que más se deriva es atención primaria (53% de los casos) y en mucha menor medida el resto de ámbitos asistenciales. Las variaciones por especialidad son notorias; los médicos de AP, cuando derivan, lo hacen significativamente más al hospital (79%) .



P.6. Derivación mayoritaria de sus pacientes con DM2 con comorbilidad. (Anotar una respuesta por fila)

# Derivación mayoritaria de sus pacientes con DM2 (según especialidades)

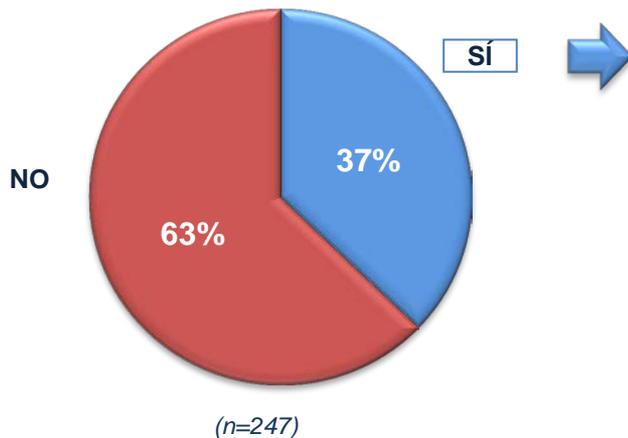
DERIVACIONES	FRECUENCIA	TOTAL	SEGÚN ESPECIALIDAD DEL MÉDICO		
			ATENC. PRIMARIA	MED. INTERNA	ENDOCRINOL.
➤ NO SE DERIVAN	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	23,4	20,5	17,6	<b>29,2</b>
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	9,8	5,7	5,9	16,9
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	17,8	13,6	19,6	23,1
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	49,1	<b>60,2</b>	<b>56,9</b>	30,8
➤ DERIVAN A ATENCIÓN PRIMARIA	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	21,6	26,6	20,4	16,9
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	24,7	3,1	31,5	<b>41,5</b>
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	22,6	14,1	25,9	27,7
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	31,1	<b>56,3</b>	22,2	13,8
➤ DERIVAN A MEDICINA INTERNA	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	69,5	<b>79,0</b>	46,8	77,6
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	17,2	17,7	21,3	13,8
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	8,6	1,6	17,0	8,6
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	4,6	1,6	<b>14,9</b>	-
➤ DERIVAN A ENDOCRINOLOGÍA	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	59,1	60,8	<b>70,8</b>	45,7
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	22,7	30,4	25,0	4,3
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	7,2	5,1	2,1	<b>15,2</b>
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	11,0	3,8	2,1	<b>34,8</b>
➤ DERIVAN A UNIDADES ESPECÍF.	• En ningún o casi ningún caso (< 25%)	65,2	<b>76,6</b>	<b>73,9</b>	48,4
	• En menos de la mitad de los casos (25% a 50%)	24,3	15,6	19,6	35,9
	• En más de la mitad de los casos (50% a 75%)	5,5	3,1	-	10,9
	• En todos o casi todos los casos (> 75%)	5,0	4,7	6,5	4,7

En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

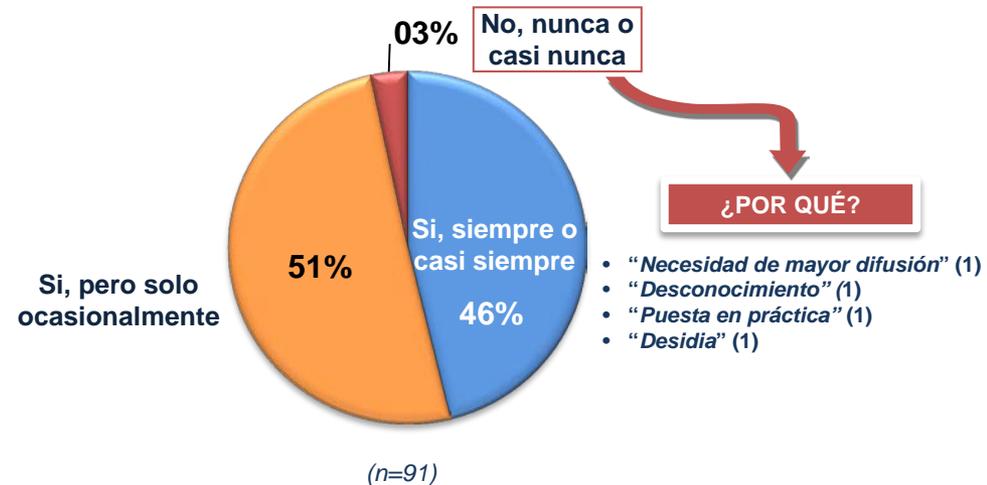
# Rutas asistenciales para las derivaciones

Tan sólo en el 37% de los participantes declara que en sus centros se han elaborado rutas asistenciales entre AP y especializada para derivar a los pacientes DM2 con comorbilidad. En los centros de especialidades es significativamente mayor, llegando a 77,8%. Sin embargo, estas rutas se aplican sólo de forma ocasional, no siempre (51%).

¿SE HAN ELABORADO EN SU CENTRO RUTAS ASISTENCIALES?



¿SE APLICAN CUANDO PROCEDE?



SEGÚN CENTRO

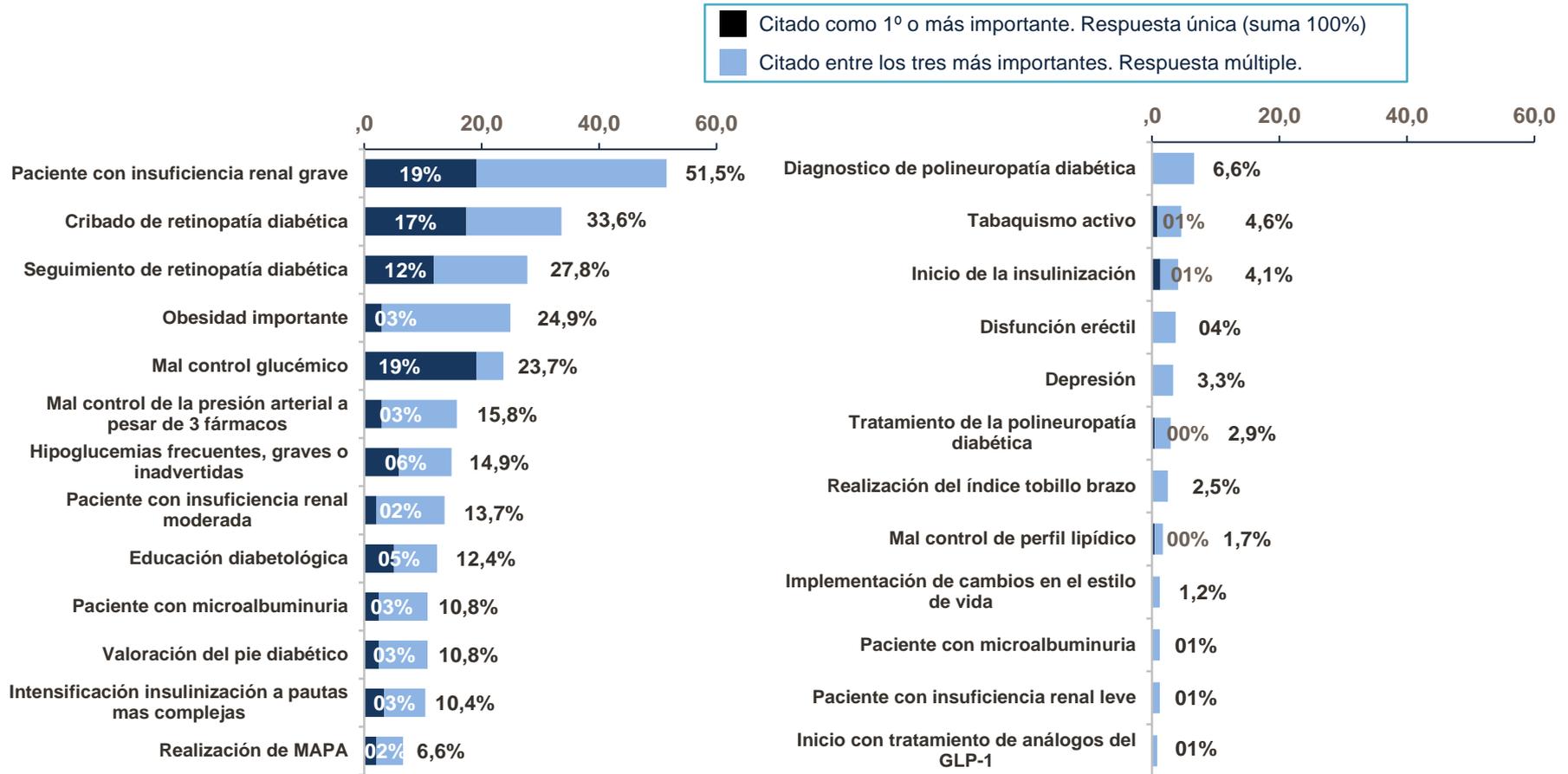
	Centro de salud	Centro especialidades	Hospital
SÍ	29,7%	77,8%	40,3%
NO	70,3%	22,2%	59,7%

P.7. ¿Se han elaborado en su centro, rutas asistenciales entre atención primaria y especializada para las derivaciones en pacientes DM2 con comorbilidad?

P.7.a. ¿Se aplican cuando procede? P.7.a1. ¿Por qué razones?

# Crterios que utiliza para derivar a otro especialista u otro centro asistencial

Se han citado un total de 25 criterios de derivación. La presencia de insuficiencia renal grave y el mal control glucémico (HbA1c fuera de objetivos), ambos citados como “más importantes” son los criterios que más se consideran a la hora de derivar a sus pacientes a otro especialista o nivel asistencial. A estos criterios habría que añadir las situaciones de cribado o seguimiento de la retinopatía diabética.

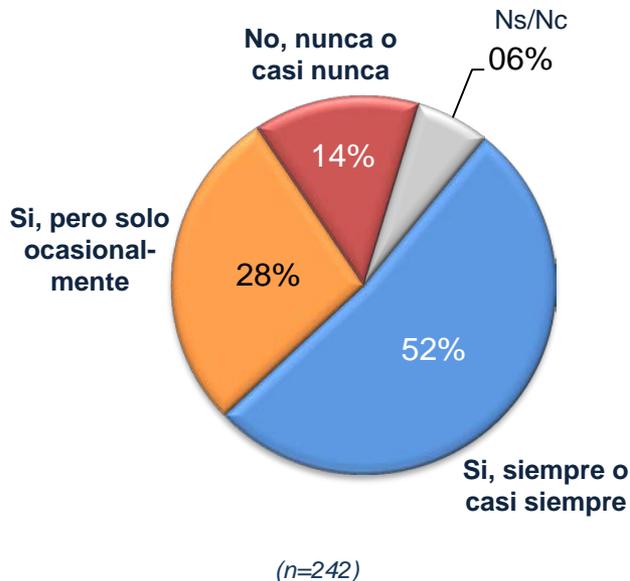


**P.8.** Indique, los tres criterios más importantes que utiliza generalmente para derivar a sus pacientes DM2 con comorbilidad a otro especialista u otro centro asistencial?

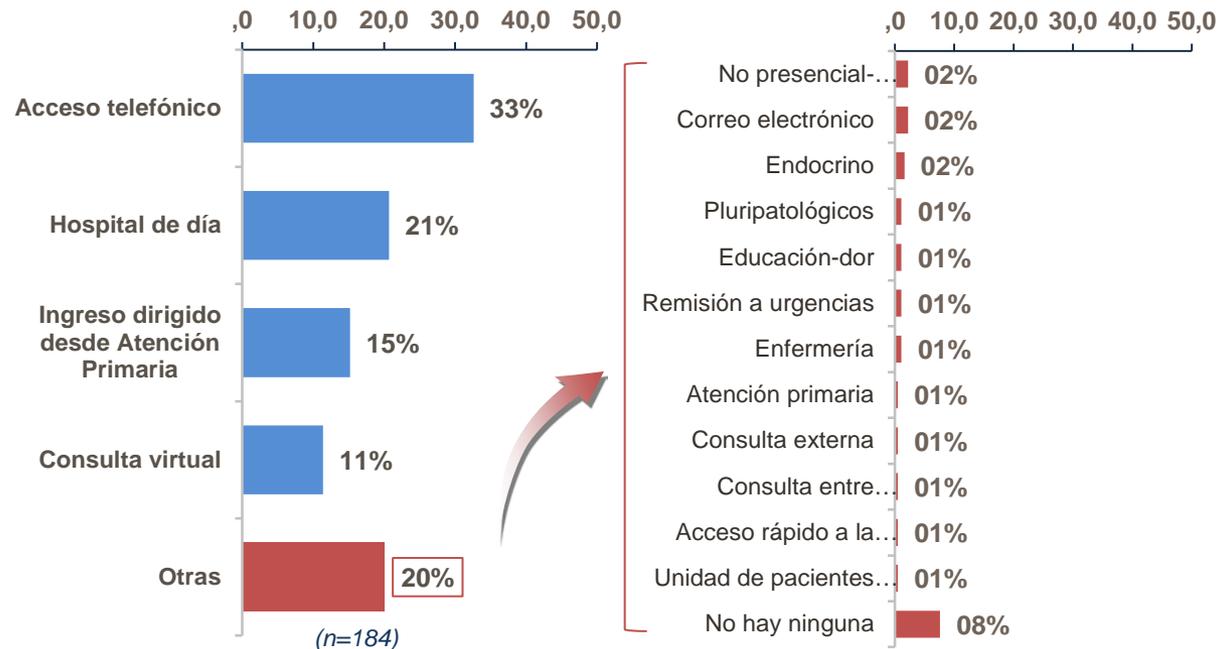
# Conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales. Circuito alternativo a urgencias

Se produce la conciliación farmacológica en las transiciones entre distintos ámbitos asistenciales en un 52% de los casos. Para un 27% sólo se realiza ocasionalmente y no se produce nunca o casi nunca para el 14% de los médicos participantes. Por otra parte, los circuitos alternativos a las urgencias en el caso de pacientes con dificultad de manejo o agudizaciones, es todavía escaso, salvo el acceso telefónico implantado en la tercera parte de los centros.

## CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA EN LAS TRANSICIONES ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES



## CIRCUITO - ALTERNATIVO A URGENCIAS -



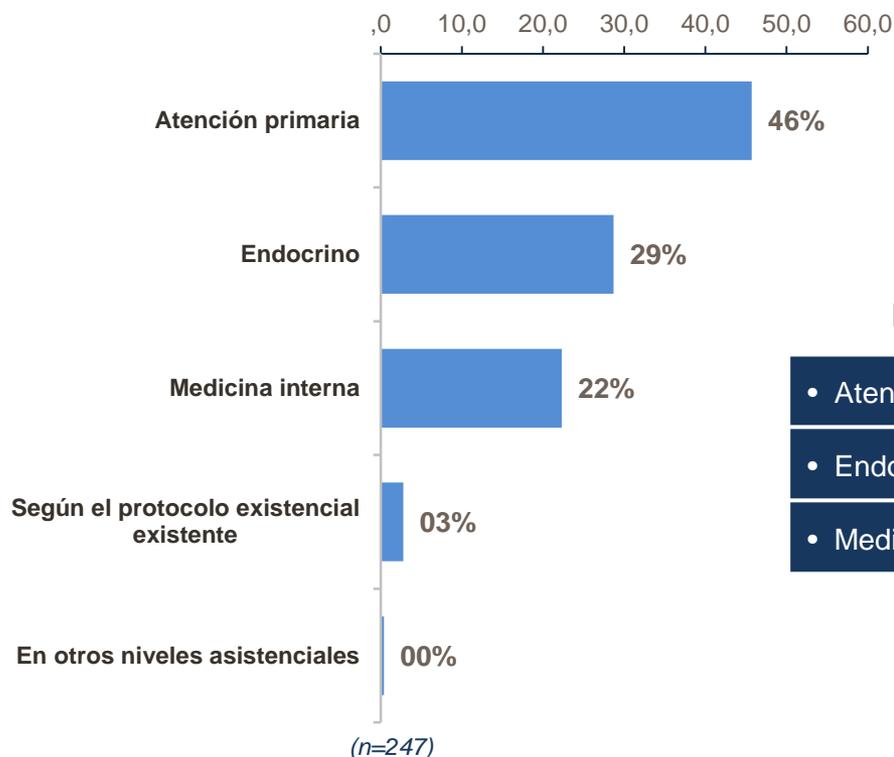
P.9. ¿Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales?

P.10. ¿Se ha implantado algún otro circuito (alternativo a Urgencias) para pacientes en situación de dificultad de manejo y/o agudización?

# ¿Quién decide la mayoría de los cambios o ajustes terapéuticos?

Cada especialista es protagonista y dirige los cambios y ajustes terapéuticos de sus pacientes DM2 con comorbilidad. Aún así, atención primaria mantiene cierta preeminencia en el control terapéutico de los pacientes.

## ¿QUIEN DECIDE LA MAYORIA DE CAMBIOS O AJUSTES TERAPEUTICOS?



Decide...	TOTAL	SEGÚN ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Atención primaria	45,7%	93,8%	7,9%	11,7%
• Endocrino	28,7%	2,1%	1,6%	87,0%
• Medicina interna	22,3%	1,0%	85,7%	-
	(n=247)	(n=97)	(n=63)	(n=77)

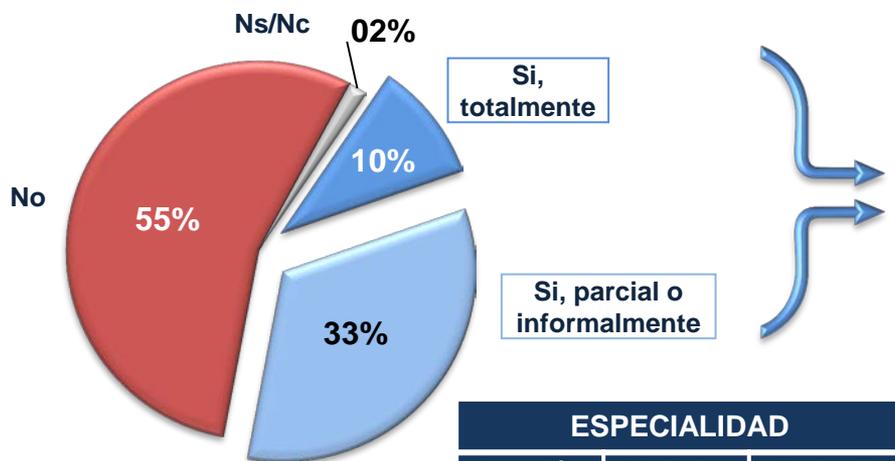
En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

P.11. En general -y en condiciones normales- ¿quién decide la mayoría de los cambios o ajustes terapéuticos de sus pacientes DM2 con comorbilidad? (Solo una respuesta)

# Procesos de atención integrada y multidisciplinar del paciente DM2 con comorbilidad

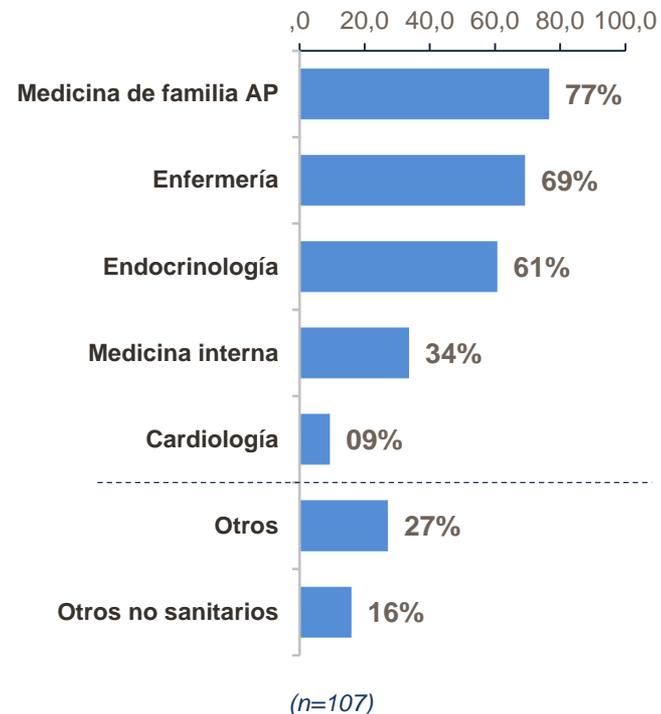
Tan sólo en el 10% de los centros está implantado un proceso de atención integral y multidisciplinar del paciente DM2 con comorbilidad, participando en el proceso los médicos de atención primaria, enfermería, endocrinología y el internista. En la tercera parte se implementa sólo de forma parcial.

## ¿SE HA IMPLANTADO ALGÚN PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y MULTIDISCIPLINAR



	ESPECIALIDAD		
	Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Si, totalmente	11,5%	6,3%	10,4%
• Si, parcial o informalmente	22,9%	<b>39,7%</b>	37,7%
• No	<b>65,6%</b>	50,8%	49,4%
• Ns/Nc	-	3,2%	2,6%
	(n=96)	(n=63)	(n=77)

## ESPECIALIDADES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO



P.12. ¿Se ha implantado en su centro algún proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente DM2 con comorbilidad?

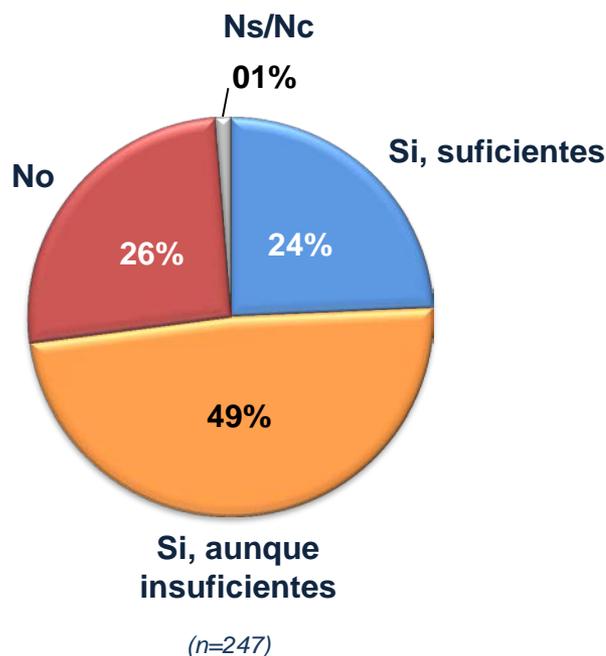
P.12.a. ¿Qué especialidades participan en él?

En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

# Profesionales de enfermería en la gestión y el seguimiento de casos de DM2

Hay una clara insuficiencia de profesionales de enfermería con las suficientes competencias en la gestión y el seguimiento de los casos de DM2 con comorbilidad, opinión que es significativamente mayor cuando responden los médicos internistas.

¿DISPONEN DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA CON SUFICIENTES COMPETENCIAS?



	SEGÚN ESPECIALIDAD			
	TOTAL	Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Si, suficientes	<b>24,3%</b>	25,8%	11,1%	<b>33,8%</b>
• Si, aunque insuficientes	<b>48,6%</b>	47,4%	52,4%	45,5%
• No	<b>25,9%</b>	25,8%	<b>36,5%</b>	19,5%
• Ns/Nc	<b>1,2%</b>	1,0%	-	1,3%
	(n=247)	(n=97)	(n=63)	(n=77)

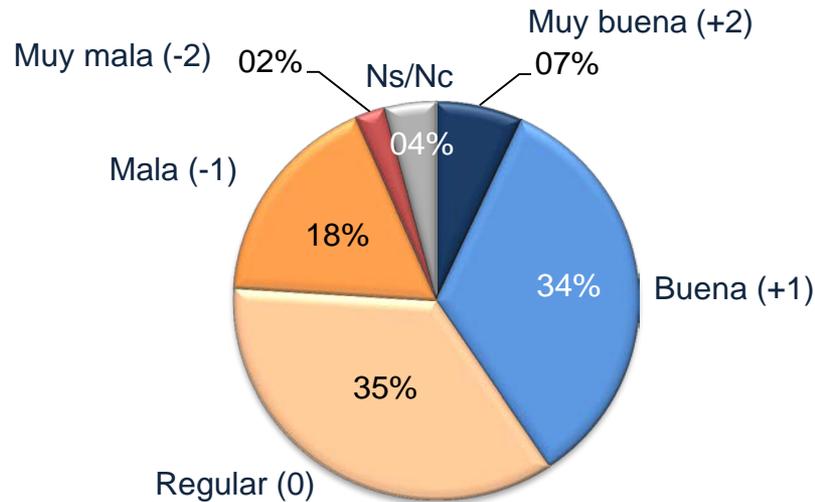
En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

**P.13.** ¿En concreto -y aunque no forme parte de un programa definido- disponen de profesionales de enfermería con suficientes competencias en la gestión y el seguimiento de casos de DM2 con comorbilidad?

# Coordinación entre los distintos especialistas que ven pacientes con DM2 y comorbilidad

La calificación del grado de coordinación entre los distintos especialistas que ven pacientes con DM2 y comorbilidad, es muy variada. Así, mientras el 41% la califica de “buena” o “muy buena”, el 20% la califica de “mala” o “muy mala”, y un 35% de “regular”. El balance general es, sin embargo, ligeramente positivo. Datos muy similares se dan cuando nos referimos de forma concreta a la coordinación entre AP y especializada.

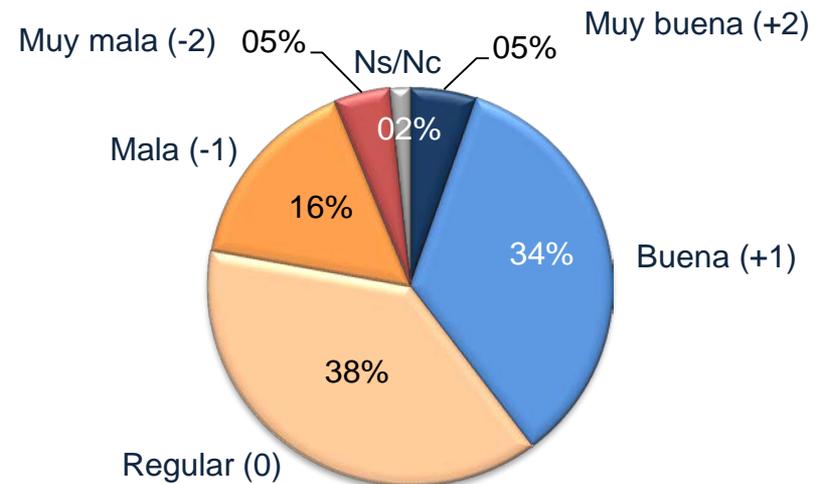
## CALIFICACION DE LA COORDINACION ENTRE LOS DISTINTOS ESPECIALISTAS



**MEDIA: +0,3**  
(Escala +2 a -2)

(n=246)

## CALIFICACION DE LA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA



**MEDIA: +0,2**  
(Escala +2 a -2)

(n=244)

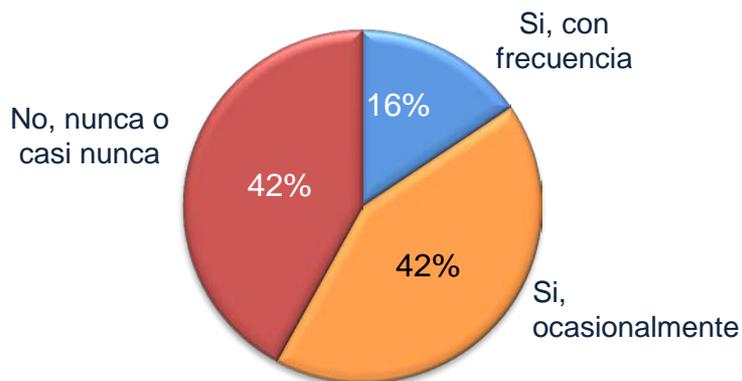
**P.14.** ¿Cómo calificaría la coordinación entre los distintos especialistas que ven pacientes DM2 con comorbilidad en su centro?

**P.15.** Y en concreto, ¿cómo calificaría la coordinación entre Atención Primaria y especializada en el caso de sus pacientes de DM2 con comorbilidad?

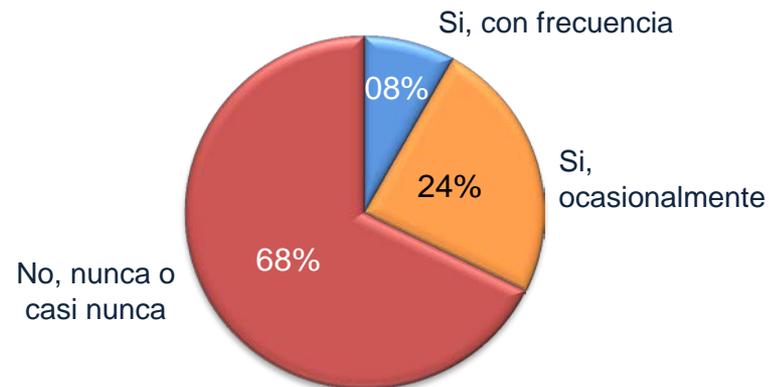
# Interconsulta, sesiones clínicas o consultoría

Casi el 58% manifiesta realizar interconsultas, sesiones clínicas o consultoría para tratar casos específicos, aunque sea de forma ocasional y en mayor medida los endocrinólogos. Por el contrario, el 42% dice no realizarlas nunca o casi nunca, sobre todo los médicos de atención primaria. La consultoría no presencial, vía internet, es menos común (32%).

## ¿SE REALIZAN ACCIONES DE INTERCONSULTA?



## ¿SE REALIZA CONSULTORIA NO PRESENCIAL?



### SEGÚN ESPECIALIDAD

	TOTAL	Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Si, con frecuencia	15,5%	10,3%	9,8%	27,3%
• Si, ocasionalmente	42,4%	39,2%	44,3%	42,9%
• No, nunca o casi nunca	42,0%	50,5%	45,9%	29,9%
	(n=245)	(n=97)	(n=61)	(n=77)

### SEGÚN ESPECIALIDAD

	TOTAL	Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Si, con frecuencia	8,2%	5,2%	3,2%	14,5%
• Si, ocasionalmente	24,1%	16,5%	17,7%	39,5%
• No, nunca o casi nunca	67,8%	78,4%	79,0%	46,1%
	(n=245)	(n=97)	(n=61)	(n=77)

P.16. ¿Se realizan acciones de **interconsulta, sesiones clínicas** o consultoría en las que se trate de forma específica los casos de DM2 con comorbilidad?

P.17. ¿Se realiza **consultoría no presencial** interconsultas vía **internet** en las que se trate de forma específica los casos de DM2 con comorbilidad?

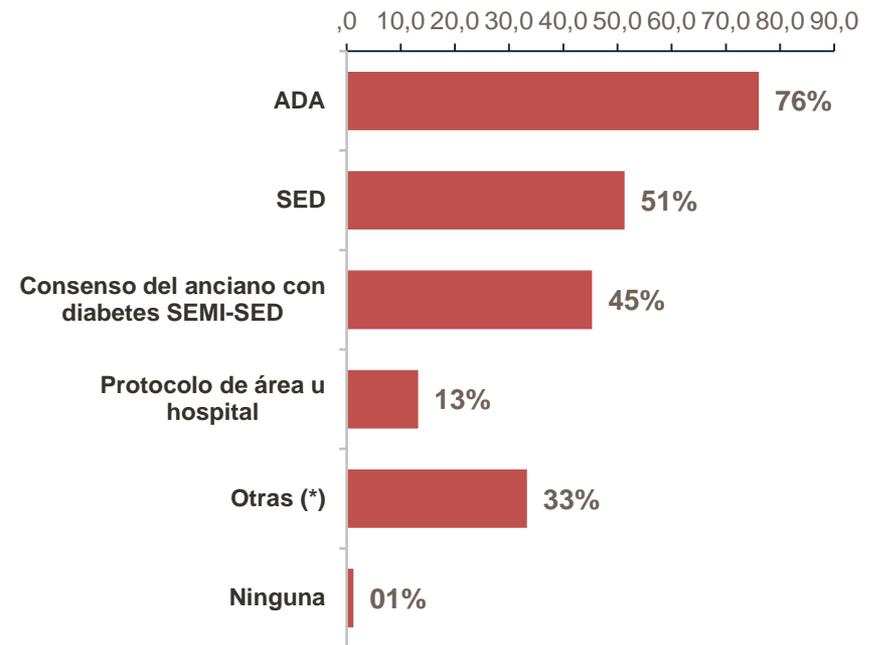
# Guías utilizadas en pacientes DM2 y comorbilidad

## GUIAS QUE SE UTILIZAN



(n=243)

## GUIAS QUE USAN PARA LOS OBJETIVOS DE CONTROL



(n=234)

P.18. ¿Qué guías utiliza en sus pacientes DM2 y comorbilidad?

P.19. ¿Que Guías usa Vd. para los objetivos de Control en el DM2?

(\*) - NICE, canadiense, endocrinos americanos, etc..

# Guías utilizadas en pacientes con DM2 y comorbilidad (Según especialidades)

No hay diferencias significativas según la especialidad, en el uso de las guías que se utilizan, pero sí en aquellas utilizadas para los objetivos de control de la DM2. Las guías ADA son las más utilizadas por todas las especialidades. AP utiliza significativamente más que MI las guías de la SED, mientras que los endocrinólogos aplican mucho más las guías ADA y también otras más específicas. Los médicos internistas por su parte, utilizan significativamente más que los demás, las guías del consenso del anciano con diabetes de la SEMI-SED.

## GUIAS QUE SE UTILIZAN

	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Guías de practica clínica actualizadas que incorpora casos de comorbilidad	<b>52,3%</b>	<b>57,4%</b>	41,9%	53,2%
• Guías de practica clínica actualizadas, solo para DM2	<b>51,0%</b>	53,2%	54,8%	45,5%
• Guía independiente para cada patología	<b>14,4%</b>	19,1%	12,9%	11,7%
• Cada vez unas distintas	<b>7,4%</b>	8,5%	6,5%	7,8%
• No utiliza guías	<b>3,7%</b>	1,1%	4,8%	6,5%
	(n=243)	(n=94)	(n=62)	(n=77)

P.18. ¿Qué guías utiliza en sus pacientes DM2 y comorbilidad?

P.19. ¿Que Guías usa Vd. para los objetivos de Control en el DM2?

## GUIAS QUE USAN PARA LOS OBJETIVOS DE CONTROL

	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• ADA	<b>76,1%</b>	67,7%	72,9%	<b>90,3%</b>
• SED	<b>51,3%</b>	<b>60,2%</b>	25,4%	58,3%
• Consenso del anciano con diabetes SEMI-SED	<b>45,3%</b>	38,7%	<b>71,2%</b>	33,3%
• Protocolo de área u hospital	<b>13,2%</b>	10,8%	16,9%	13,9%
• Otras (*)	<b>33,3%</b>	24,7%	27,1%	<b>51,4%</b>
• Ninguna	<b>1,3%</b>	-	5,1%	-
	(n=234)	(n=93)	(n=59)	(n=72)

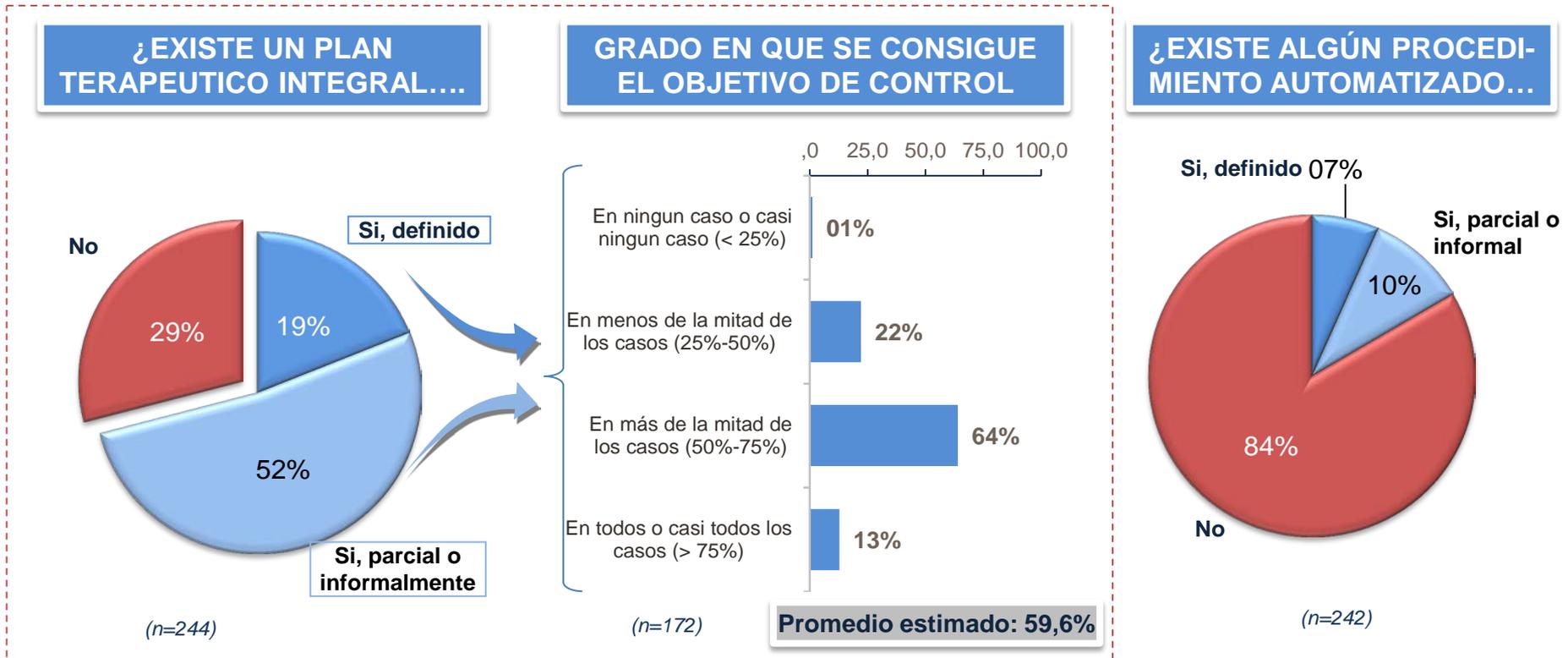
(\*) - NICE, canadiense, endocrinos americanos, etc..

En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

# Plan terapéutico integral para cada paciente.

## Procedimientos automatizados

Tan sólo un 19% dispone de plan terapéutico integral para cada paciente con consecución de objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, incorporado a su historia clínica, aunque de forma parcial o informal esta cifra sube hasta el 52%. En más de la mitad de los casos se consigue el objetivo de control, estimándose un promedio de casi el 60%. Por otra parte, casi nadie dispone de algún procedimiento automatizado (ej. alerta en una historia clínica informatizada) que advierta sobre un control inadecuado del paciente.

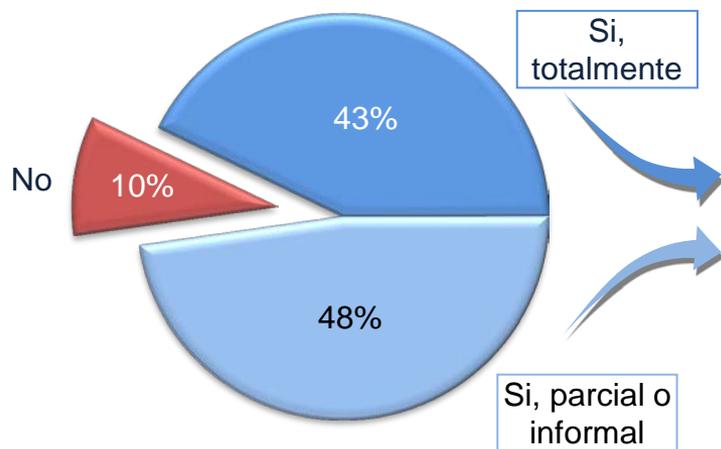


- P.20. ¿Existe un plan terapéutico integral para cada paciente con consecución de objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, incorporado a su historia clínica?
- P.20.a ¿En qué grado se consigue en sus pacientes, el objetivo de control?
- P.21. ¿Existe algún procedimiento automatizado (Ej. Alerta en una historia clínica informatizada) que advierta sobre un control inadecuado del paciente DM2 con comorbilidad?

# Revisión de la medicación con el paciente (para la detección y resolución de problemas de efectividad, seguridad y adherencia)

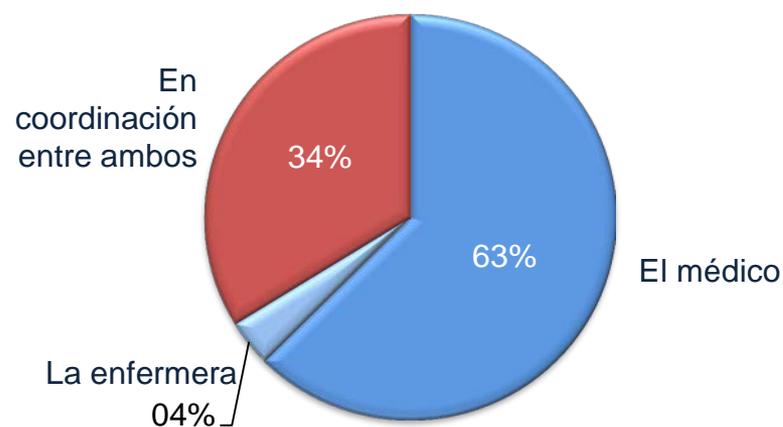
La inmensa mayoría de los médicos revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia, aunque sólo el 43% lo hace de forma sistemática. En general es el médico quien realiza esta actividad. La enfermera también participa, en coordinación con el médico, en un 34% de los casos, y sola en un 4%

¿SE REVISIA SISTEMÁTICAMENTE LA MEDICACION...?



(n=241)

¿QUIEN LO HACE HABITUALMENTE?



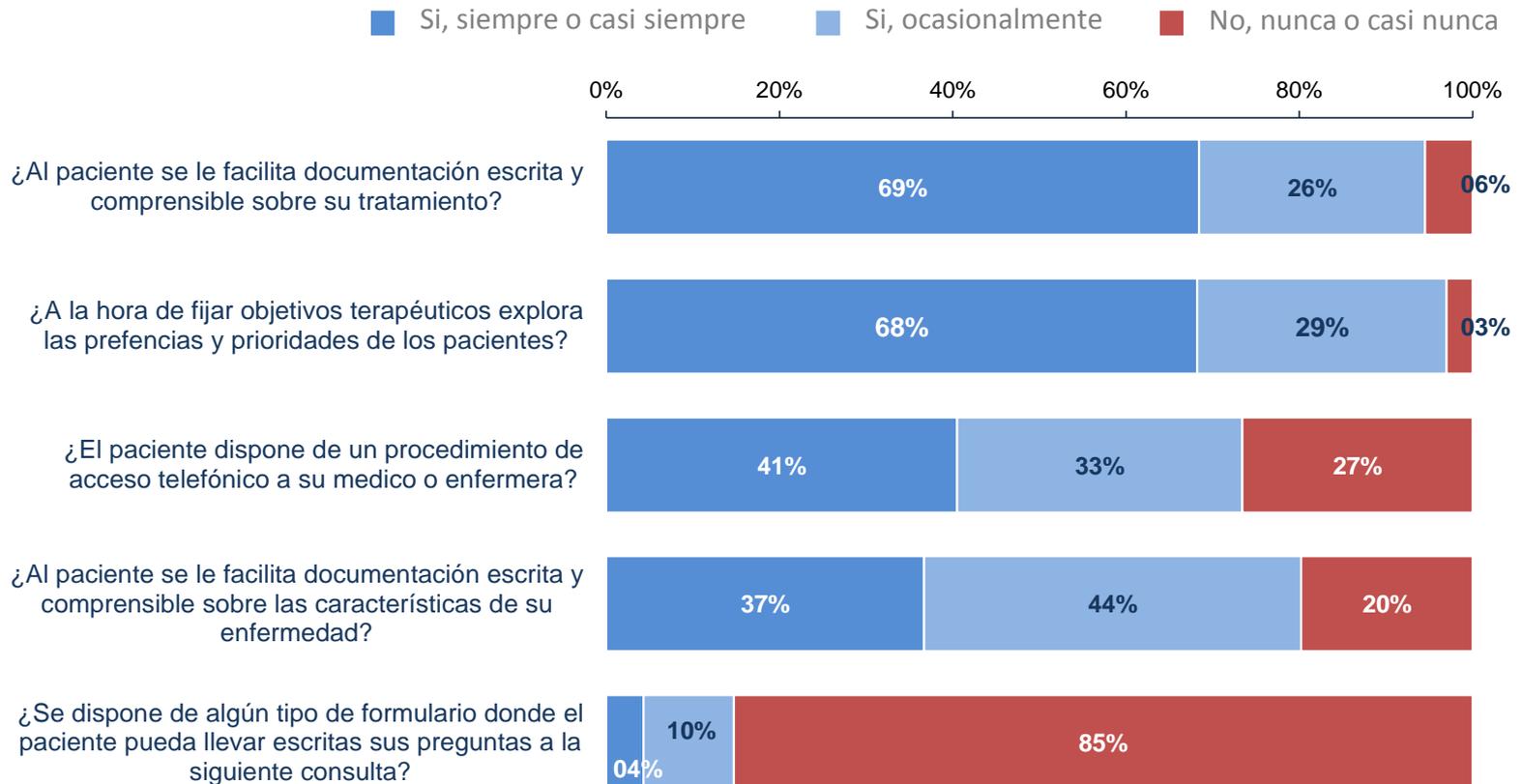
(n=216)

**P.22.** ¿Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia?

**P.22.a.** ¿Quién lo hace habitualmente?

# Comunicación con el paciente

En general existen procedimientos de comunicación con el paciente, aunque son mayoritarios aquellos que parten de la iniciativa del médico. Son menos frecuentes los que se ponen a disposición del paciente y casi nulos cuando nos referimos a formularios para que el paciente pueda realizar preguntas.

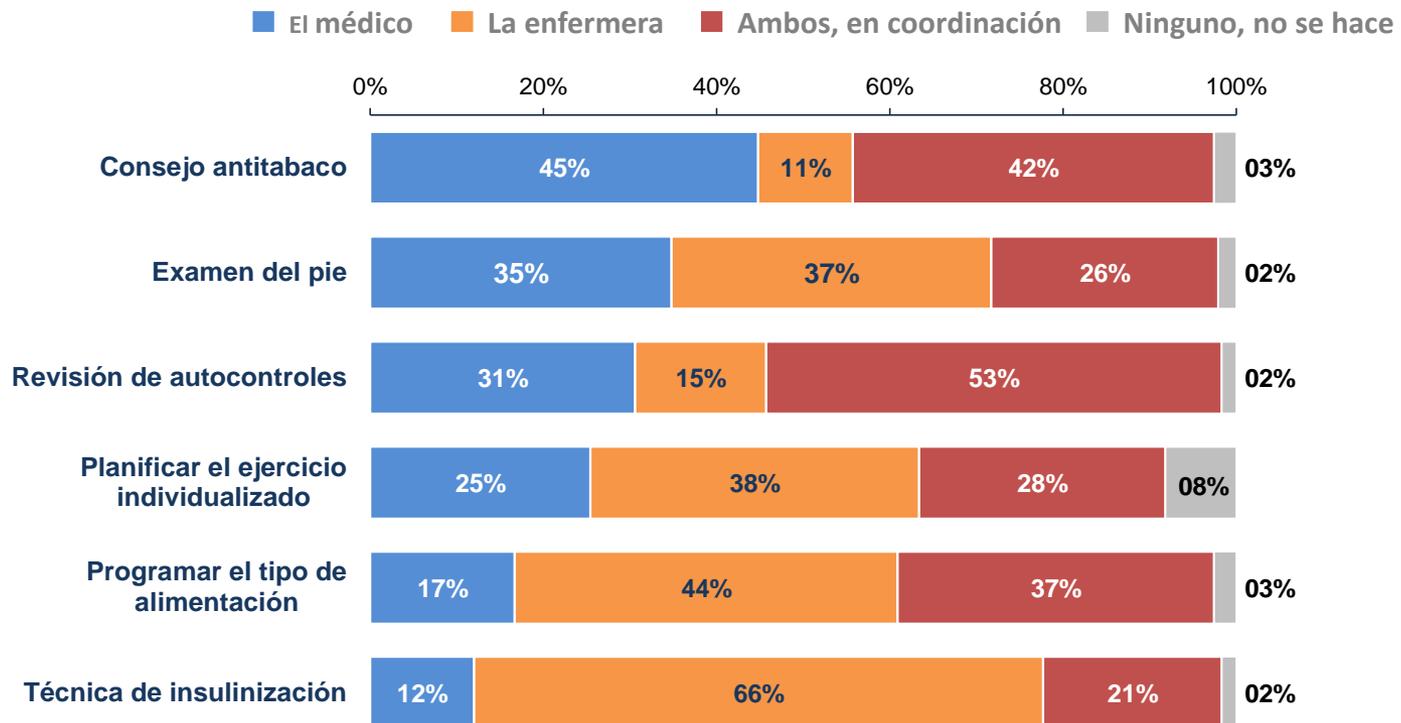


P.23. Comunicación con el paciente: ...

# Educación diabetológica de los pacientes

Las actividades de educación diabetológica del paciente están muy compartidas o repartidas entre el médico y la enfermera. El médico adquiere más preeminencia en el consejo antitabaco y la revisión de autocontroles. La enfermera en las técnicas de insulinización, la planificación de la alimentación y el ejercicio, y el examen de pie.

## ¿QUIEN REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES...?



(n=233)

**P.24.** ¿Quién realiza fundamentalmente las siguientes actividades de educación diabetológica de los pacientes?  
(Señale la opción que más se ajusta a su situación en la clínica)

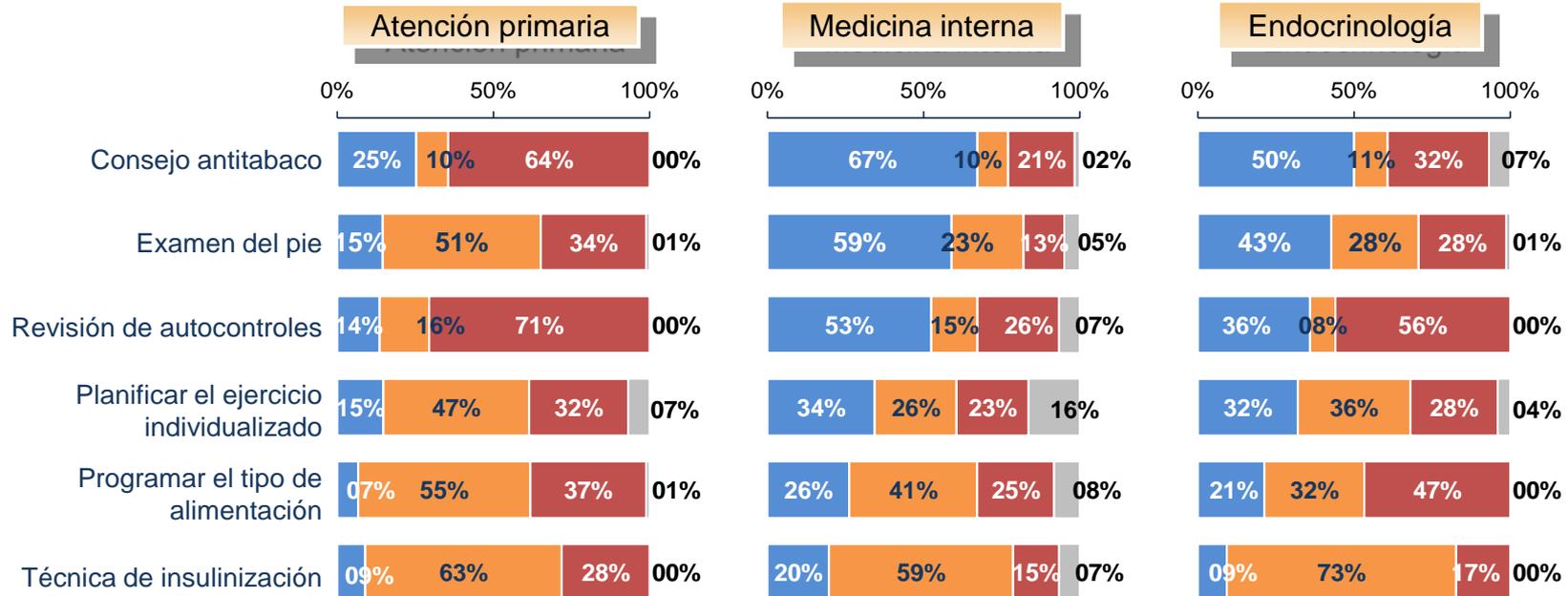
# Educación diabetológica de los pacientes (Según especialidades)

El médico internista tiene un mayor protagonismo en las actividades de educación diabetológica, al igual que el endocrinólogo, (aunque éste en menor medida). El médico de atención primaria, por el contrario, tiende a coordinarse mucho más con la enfermera y a darle más protagonismo.

## ¿QUIEN REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES...?

### ESPECIALIDAD

■ El médico ■ La enfermera ■ Ambos, en coordinación ■ Ninguno, no se hace

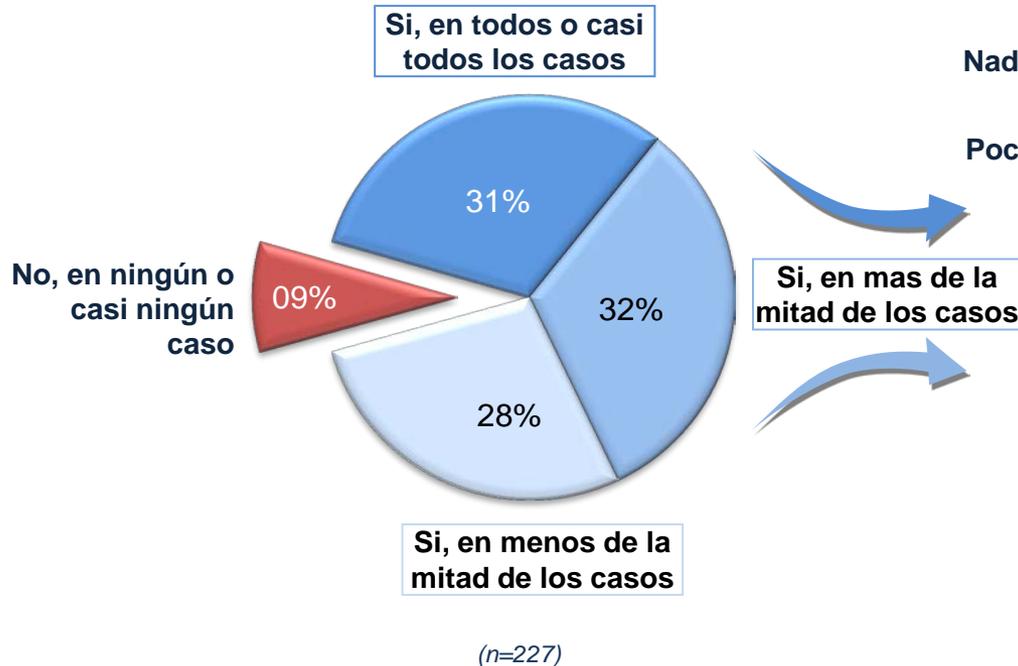


**P.24.** ¿Quién realiza fundamentalmente las siguientes actividades de educación diabetológica de los pacientes? (Señale la opción que más se ajusta a su situación en la clínica)

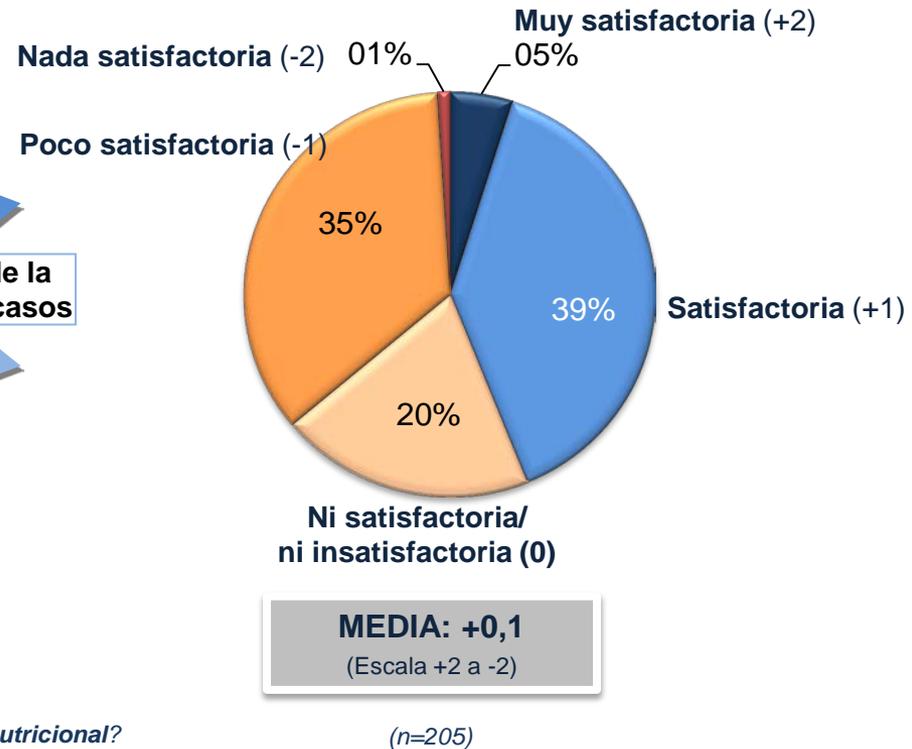
# Educación nutricional: Verificación de resultados y consecución de objetivos

Se suelen verificar los resultados o la consecución de los objetivos en las acciones de educación nutricional, aunque no en todos los casos. Sólo el 31% dice verificar “en todos o casi todos los casos”. Sin embargo en muchas ocasiones no se consiguen objetivos. El 36% de los médicos se muestran “poco o nada satisfechos” con los objetivos conseguidos en las intervenciones de educación nutricional.

## ¿SE VERIFICAN LOS RESULTADOS?



## CALIFICACION DE LA CONSECUCION DE OBJETIVOS



P.25. ¿Se verifican los resultados o la consecución de objetivos de la **educación nutricional**?

P.25.a. ¿Cómo calificaría la consecución de objetivos de estas intervenciones?

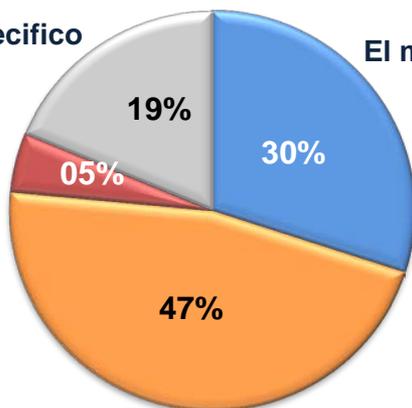
# Responsabilidad en el tratamiento dietético

La enfermera es, en casi la mitad de los casos (47%), la responsable de implementar el tratamiento dietético. Este dato es mayor aún cuando responde el endocrinólogo (57%). También el propio médico se responsabiliza del tratamiento dietético en el 30% de los casos sobre todo en el caso de los médicos internistas (43%). La nutricionista es responsable en muy pocos casos y centrados en los especialistas hospitalarios.

## RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO A SUS PACIENTES

No existe un responsable específico

La nutricionista



La enfermera

(n=230)

El médico

	ESPECIALIDAD			
	TOTAL	Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• El médico	30,0%	26,4%	<b>43,3%</b>	24,0%
• La enfermera	46,5%	51,7%	25,0%	<b>57,3%</b>
• La nutricionista	4,8%	-	<b>8,3%</b>	<b>8,0%</b>
• No existe un responsable específico	18,7%	21,8%	<b>23,3%</b>	10,7%
	(n=230)	(n=87)	(n=60)	(n=75)

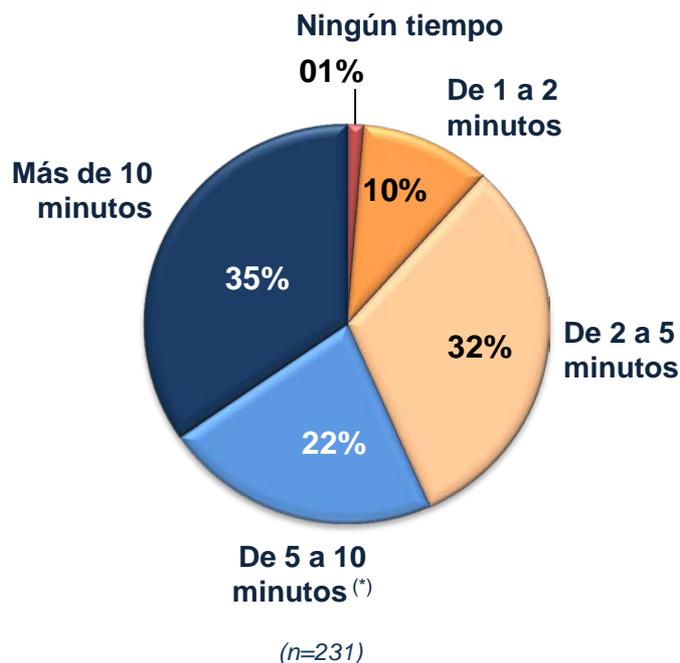
En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

P.26. En su medio de trabajo habitual, ¿quién es el responsable de implementar el tratamiento dietético a sus pacientes?

# Tiempo dedicado a explicar la dieta indicada

Hay una gran variedad de tiempos dedicados a explicar al paciente las dietas que le han sido indicadas. Entre 1-2 minutos y hasta más de 10 minutos, se encuentran la mayoría de las respuestas. Los médicos de atención primaria y los endocrinólogos dicen dedicar un mayor tiempo a estas explicaciones.

## CUANTO TIEMPO SE DEDICA HABITUALMENTE A EXPLICAR A SU PACIENTE LA DIETA INDICADA (\*)



	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Ningún tiempo	1,3%	-	3,4%	-
• De 1 a 2 minutos	10,4%	8,0%	23,7%	4,0%
• De 2 a 5 minutos	31,6%	27,3%	42,4%	30,7%
• De 5 a 10 minutos	22,1%	27,3%	23,7%	17,3%
• Mas de 10 minutos	34,6%	37,5%	6,8%	48,0%
	(n=231)	(n=88)	(n=59)	(n=75)

En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

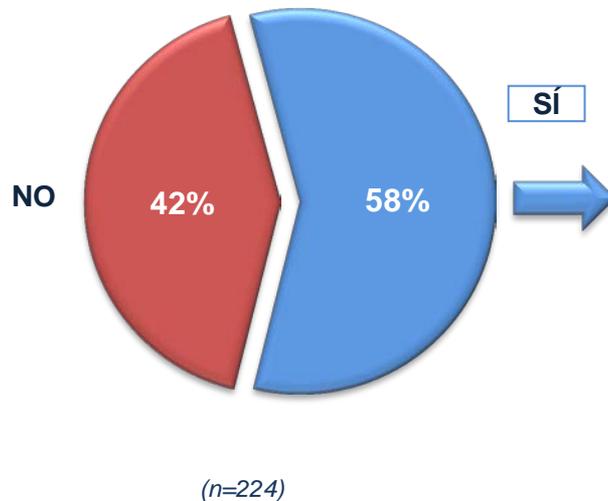
**P.27.** ¿Cuánto tiempo se dedica habitualmente a explicar a su paciente la dieta indicada?

(\*) Estimación del intervalo "De 5 a 10 minutos" por interpolación, debido a un error en el cuestionario.

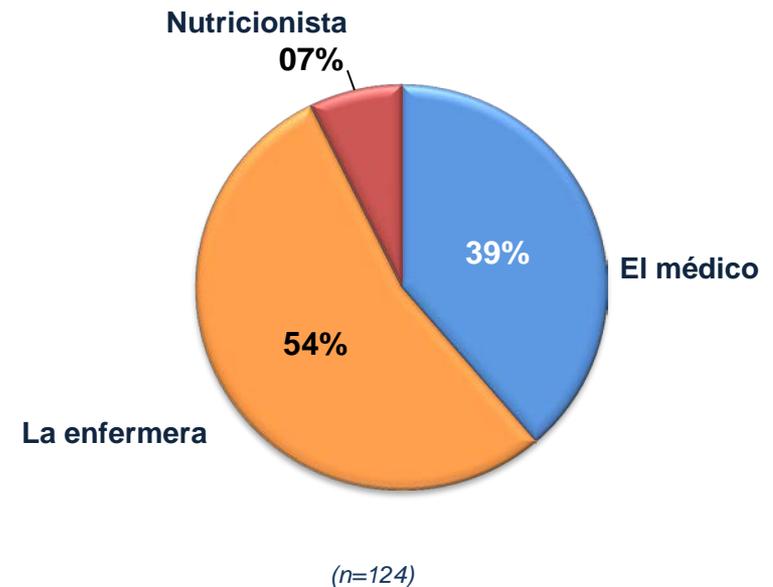
# Historia dietética en pacientes con diabetes y/o obesidad

En el 58% de los casos se realiza historia dietética en pacientes DM2 y obesidad, siendo la enfermera, en la mayoría de las ocasiones (54%) la encargada de realizarla.

¿SE REALIZA HISTORIA DIETÉTICA?



¿QUIEN LA REALIZA?



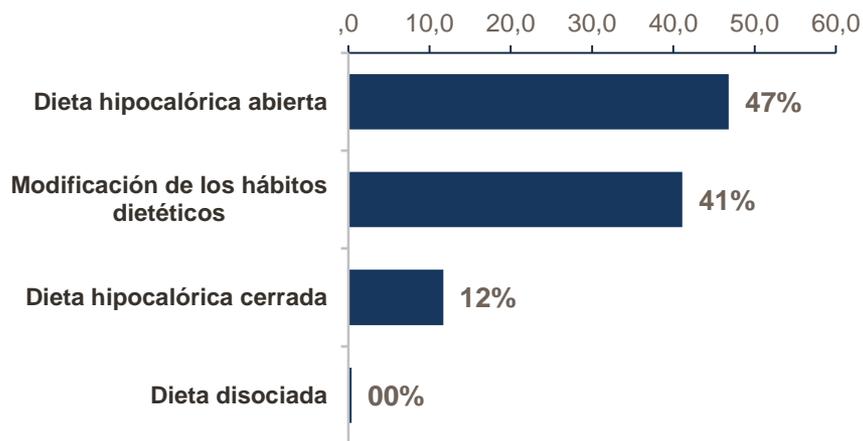
P.28. ¿Se realiza historia dietética a sus pacientes con diabetes y/o obesidad?

P.28.a. En caso afirmativo, ¿quién la realiza?

# Tipo de dietas indicadas. Conocimiento de conceptos

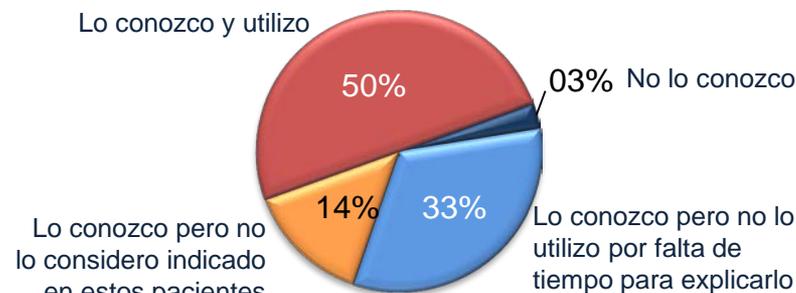
Las dietas hipocalóricas abiertas (47%) son el tipo de dietas más indicados entre los pacientes. También, la simple modificación de los hábitos dietéticos es muy frecuente (41%). Casi todos los médicos consultados conocen el concepto de raciones de hidratos de carbono, aunque sólo la mitad lo utiliza. Quienes más lo aplican son los endocrinólogos (77%)

## TIPO DE DIETA QUE SUELE INDICAR A SUS PACIENTES CON DIABETES



(n=231)

## CONOCE Y UTILIZA EL CONCEPTO DE RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO



(n=232)

	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• No lo conozco	3,0%	-	9,8%	-
• Lo conozco pero no lo utilizo por falta de tiempo para explicarlo	32,8%	42,5%	44,3%	13,3%
• Lo conozco pero no lo considero indicado en estos pacientes	14,2%	17,2%	14,8%	9,3%
• Lo conozco y utilizo	50,0%	40,2%	31,1%	77,3%

En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

(n=232)

(n=87)

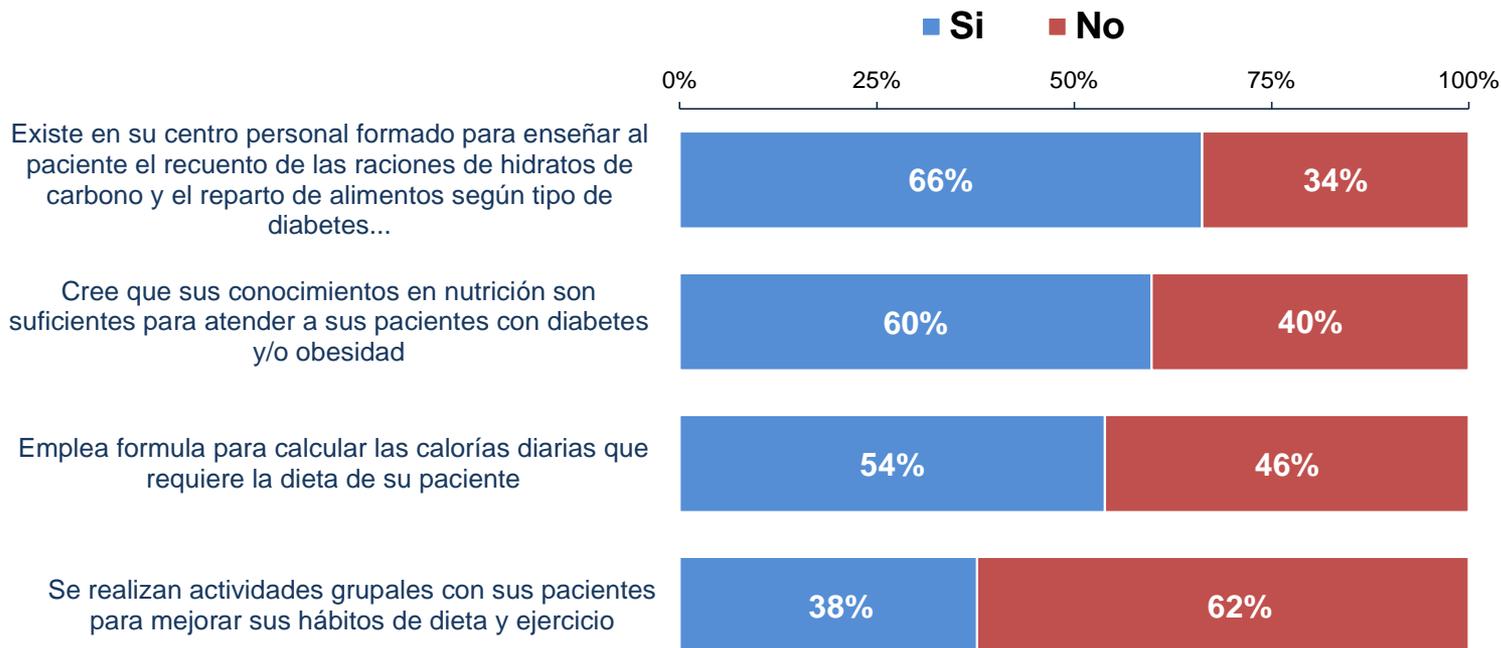
(n=61)

(n=75)

P.29. ¿Qué tipo de dieta suele indicar a sus pacientes con diabetes? P.30. ¿Conoce y utiliza el concepto de raciones de hidratos de carbono?

# Manejo de la nutrición

En general, los recursos de personal formado y especializado en nutrición es bueno. El 66% disponen de personal formado para enseñar al paciente el recuento de las raciones de hidratos de carbono y el reparto de alimentos según los distintos tipos de diabetes y el 60% consideran “suficientes” sus conocimientos en nutrición. Aproximadamente la mitad emplea formulas para el cálculo diario de calorías. En sentido negativo, hay que apuntar que el 62% de los casos no se realizan actividades grupales sobre hábitos dietéticos



**P.31.** ¿Emplea alguna fórmula para calcular las calorías diarias que requiere la dieta de su paciente?

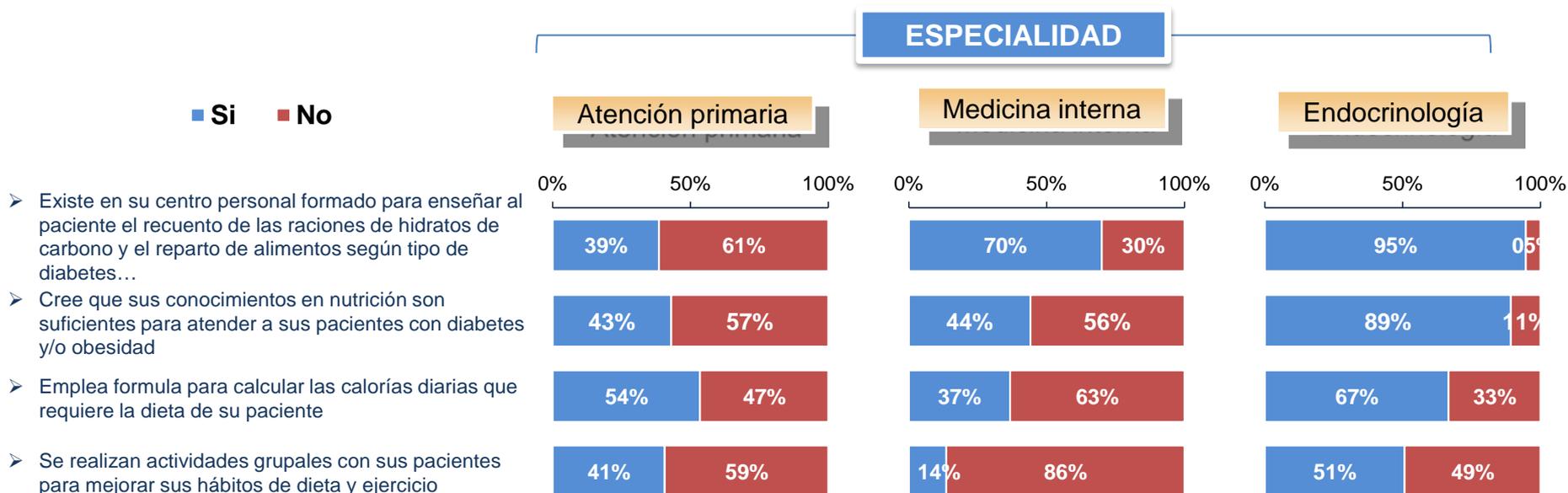
**P.32.** ¿Cree que sus conocimientos en nutrición son suficientes para atender a sus pacientes con diabetes y/o obesidad?

**P.33.** ¿Existe en su centro personal formado para enseñar al paciente el recuento de las raciones de hidratos de carbono y el reparto de alimentos según el tipo de diabetes o el tratamiento farmacológico del paciente?

**P.34.** ¿Se realizan actividades grupales con sus pacientes para mejorar sus hábitos de dieta y ejercicio?

# Manejo de la nutrición (Según especialidades)

Estos recursos de personal formado en nutrición son significativamente mejores en el caso de los internistas y, sobre todo, endocrinólogos. El empleo de formulas de cálculo de calorías diarias es significativamente mayor en el caso de los endocrinólogos, quienes también realizan mucho más actividades grupales con sus pacientes.



**P.31.** ¿Emplea alguna fórmula para calcular las calorías diarias que requiere la dieta de su paciente?

**P.32.** ¿Cree que sus conocimientos en nutrición son suficientes para atender a sus pacientes con diabetes y/o obesidad?

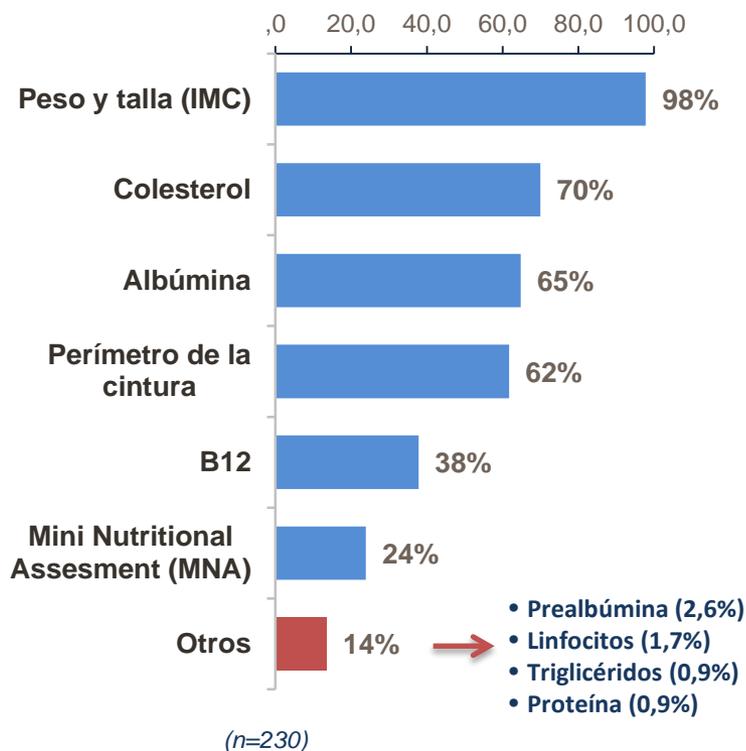
**P.33.** ¿Existe en su centro personal formado para enseñar al paciente el recuento de las raciones de hidratos de carbono y el reparto de alimentos según el tipo de diabetes o el tratamiento farmacológico del paciente?

**P.34.** ¿Se realizan actividades grupales con sus pacientes para mejorar sus hábitos de dieta y ejercicio?

# Parámetros para la valoración nutricional

Medición de peso y talla es, con diferencia el parámetro más utilizado para realizar una valoración nutricional, aunque también se mide con frecuencia colesterol (sobre todo por médicos internistas), albúmina y perímetro de cintura, sobre todo por médicos de AP.

## ¿QUE PARAMETROS EMPLEA PARA REALIZAR UNA VALORACION NUTRICIONAL?



	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Peso y talla (IMC)	<b>97,8%</b>	97,7%	98,4%	97,3%
• Colesterol	<b>70,0%</b>	62,8%	<b>83,6%</b>	66,2%
• Albúmina	<b>64,8%</b>	54,7%	<b>83,6%</b>	62,2%
• Perímetro de la cintura	<b>61,7%</b>	<b>70,9%</b>	63,9%	48,6%
• B12	<b>37,8%</b>	40,7%	42,6%	29,7%
• Mini Nutritional Assesment (MNA)	<b>23,9%</b>	22,1%	21,3%	27,0%
• Otros	<b>13,5%</b>	2,3%	19,7%	<b>18,9%</b>
	(n=230)	(n=86)	(n=61)	(n=74)

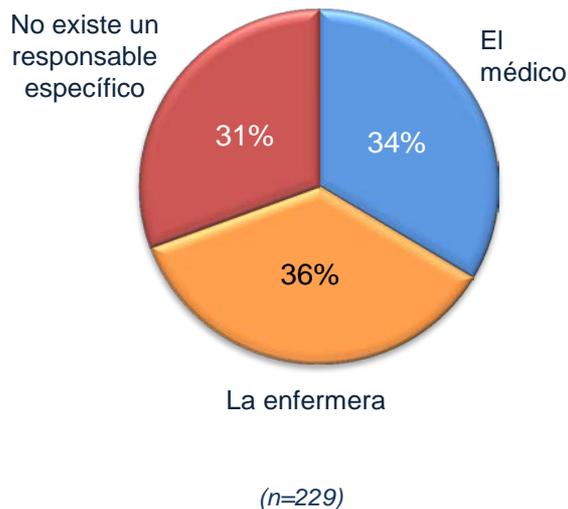
En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

P.35. En sus pacientes ancianos con diabetes, ¿qué parámetros emplea habitualmente para realizar una valoración nutricional? (marque todos los utilizados)

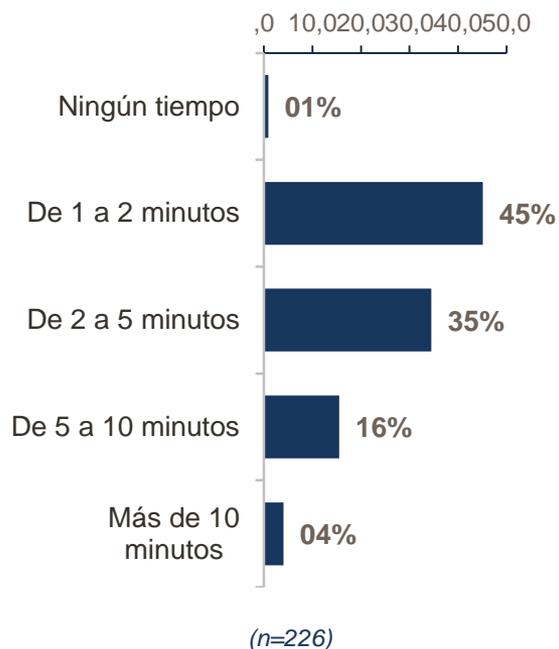
# Recomendaciones de actividad física

El médico y la enfermera se reparten casi a partes iguales la responsabilidad sobre las recomendaciones de actividad física, que mayoritariamente consisten en la recomendación de ejercicios aeróbicos de tipo cardiosaludables y a la que dedican entre uno y cinco minutos por paciente.

## RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FISICA



## CUANTO TIEMPO DEDICA A EXPLICAR A SU PACIENTE LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FISICA



## TIPO DE ACTIVIDAD FISICA SUELE INDICAR A SUS PACIENTES ANCIANOS CON DIABETES



**P.36.** En su medio de trabajo habitual, ¿quién es el responsable de implementar las recomendaciones de actividad física a sus pacientes?

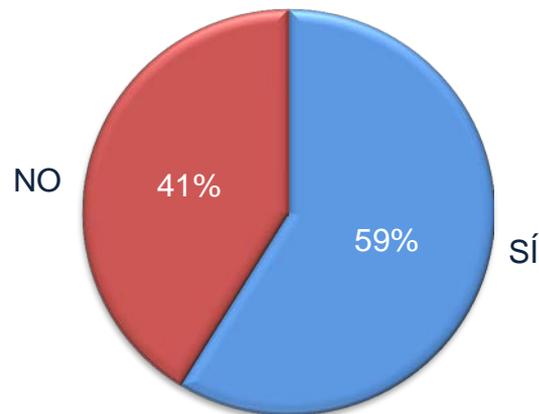
**P.37.** ¿Cuánto tiempo dedica habitualmente a explicar a su paciente las recomendaciones de actividad física indicada?

**P.38.** ¿Qué tipo de actividad física suele indicar a sus pacientes ancianos con diabetes?

# Valoración de los conocimientos sobre la actividad física. Sistema para el despistaje de la sarcopenia

Aunque la mayoría (59%) considera que sus conocimientos sobre la prescripción de actividad física son suficientes para atender a sus pacientes con diabetes y/o obesidad, existe un 41% que declara lo contrario. Por otra parte, la inmensa mayoría (90%) no utiliza ningún sistema para el despistaje de la sarcopenia.

¿SUS CONOCIMIENTOS SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA SON SUFICIENTES PARA ATENDER A SUS PACIENTES CON DIABETES Y/O OBESIDAD?



(n=226)

UTILIZA ALGUN SISTEMA PARA EL DESPISTAJE DE LA SARCOPENIA EN SUS PACIENTES ANCIANOS



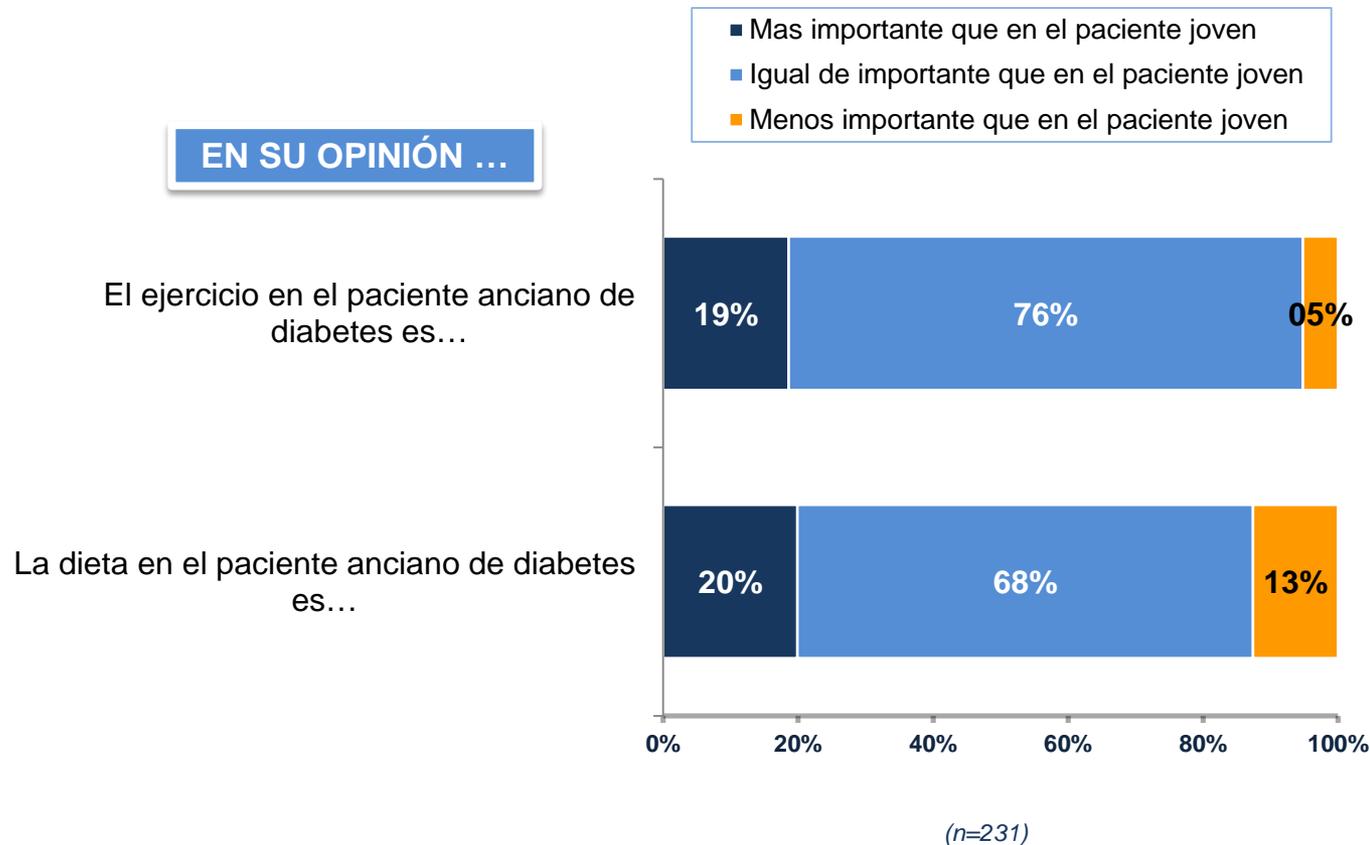
(n=221)

**P.39.** Cree que sus conocimientos sobre la prescripción de actividad física son suficientes para atender a sus pacientes con diabetes y/o obesidad?

**P.40.** ¿Utiliza habitualmente algún sistema para el despistaje de la sarcopenia en sus pacientes ancianos? p.ej. medidas antropométricas (circunferencia del brazo o del muslo) o medidas de la fuerza muscular (fuerza de prensión, time up to go, velocidad de la marcha)

# Valoración de la importancia de la dieta y el ejercicio en ancianos.

Tanto la dieta como el ejercicio físico se consideran igual de importantes en el anciano que en el paciente joven, incluso entre un 19% y un 20% las consideran más importantes que en el paciente joven.

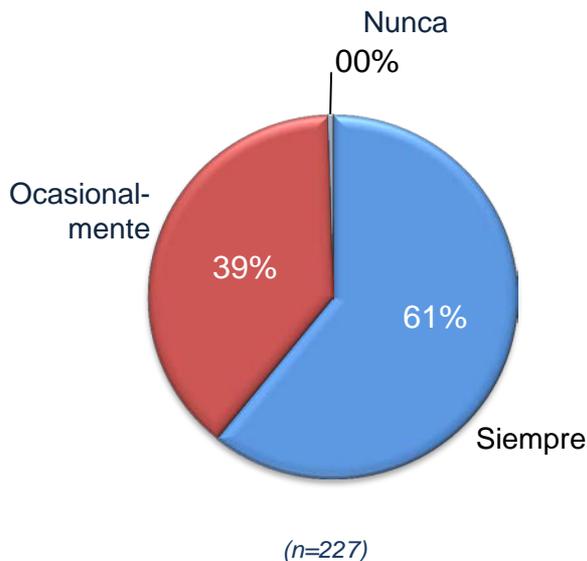


P.41. En su opinión: La dieta en el paciente anciano de diabetes es... / El ejercicio en el paciente anciano de diabetes es...

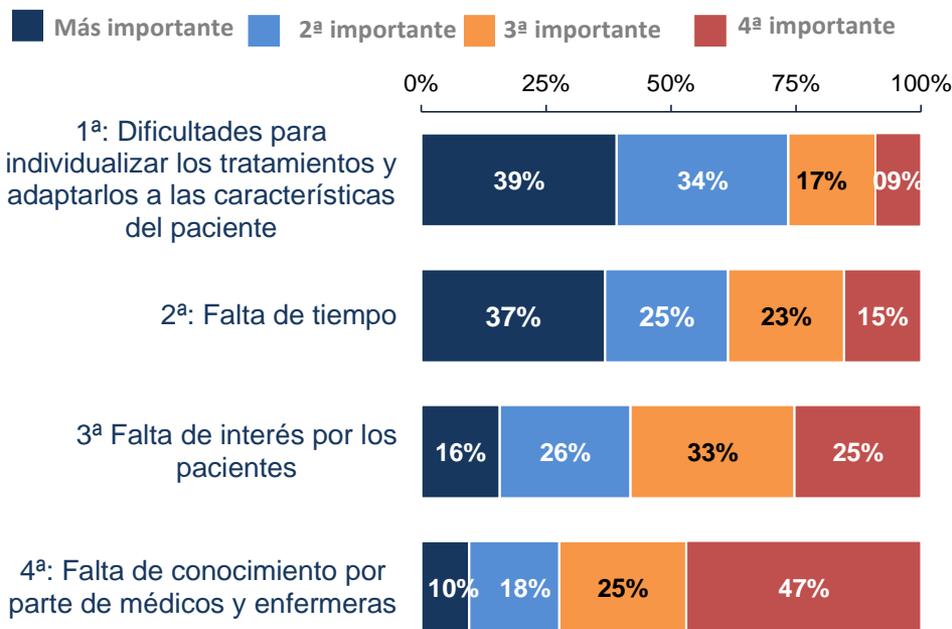
# Dificultades para seguir recomendaciones de modificación del estilo de vida.

La mayoría (61%) pregunta al paciente si tiene o no dificultades para cambiar hábitos de vida. Los principales obstáculos que se tienen se refieren a la dificultad de individualizar los tratamientos y la falta de tiempo para explicarlos; en mucha menor medida se alude a la falta de interés del paciente o el desconocimiento del médico o enfermera.

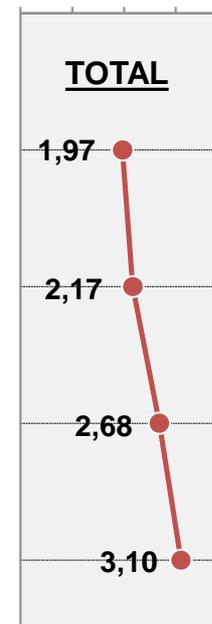
¿INTERROGA SOBRE LAS DIFICULTADES PARA SEGUIR LAS RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA?



BARRERAS PARA CONSEGUIR QUE LOS PACIENTES ANCIANOS CON DIABETES SIGAN LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA MODIFICACION DE LOS ESTILOS DE VIDA



← Importancia (Escala "1" - "4")  
0,0 1,0 2,0 3,0 4,0



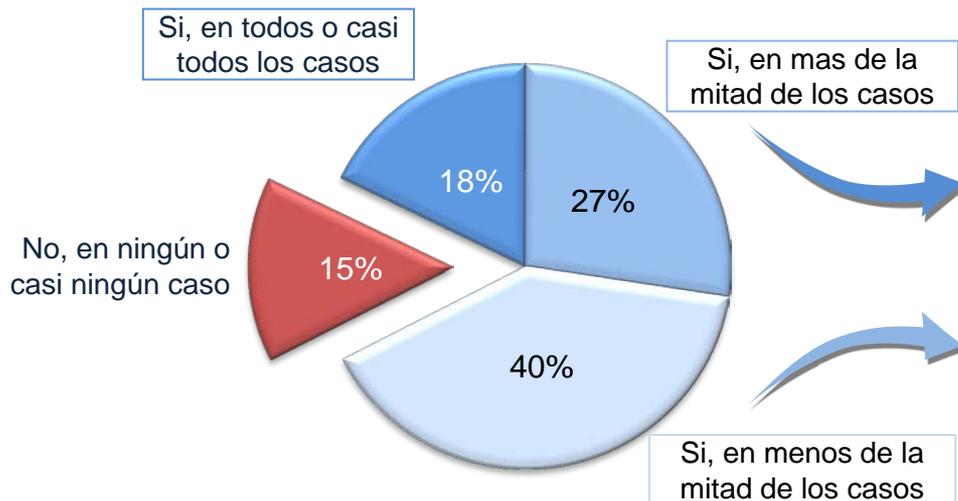
**P.42.** Cuando revisa a sus pacientes, ¿les interroga sobre el **grado de seguimiento o las dificultades** que tienen para seguir las recomendaciones de modificación del estilo de vida?

**P.43.** Ordene de más importante (1), a menos importante (4), las siguientes barreras para conseguir que los pacientes ancianos con diabetes sigan las recomendaciones sobre la modificación de los estilos de vida.

# Verificación de resultados o consecución de objetivos de la planificación de ejercicio

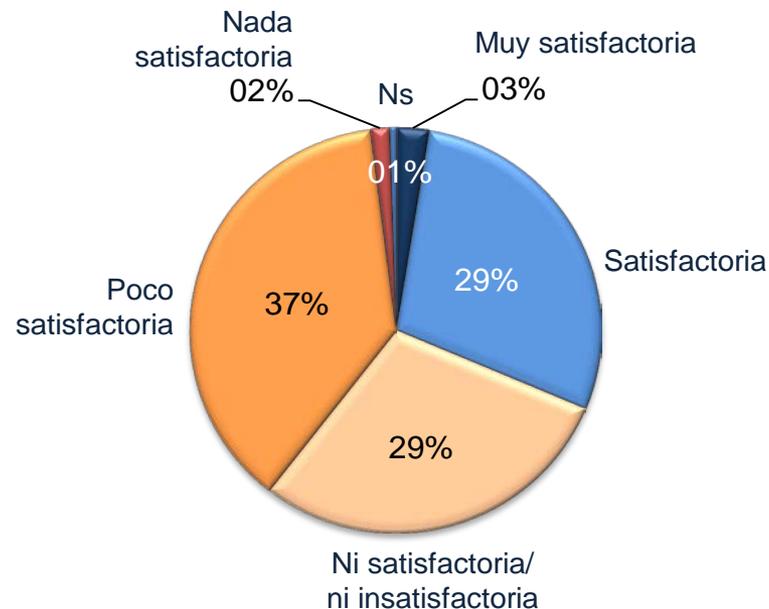
Sólo un 14% de los médicos dejan de verificar los resultados de la planificación del ejercicio. Quienes sí lo hacen, no se muestran muy satisfechos con la consecución de los objetivos ya que el 39% se muestra “poco” o “nada satisfechos” y un 29% la califican como “regular”.

## ¿SE VERIFICAN LOS RESULTADOS?



Base: Contesta (n=230)

## CALIFICACION DE LA CONSECUENCION DE OBJETIVOS



**MEDIA: -0,07**

Base: Contesta sí (n=195)

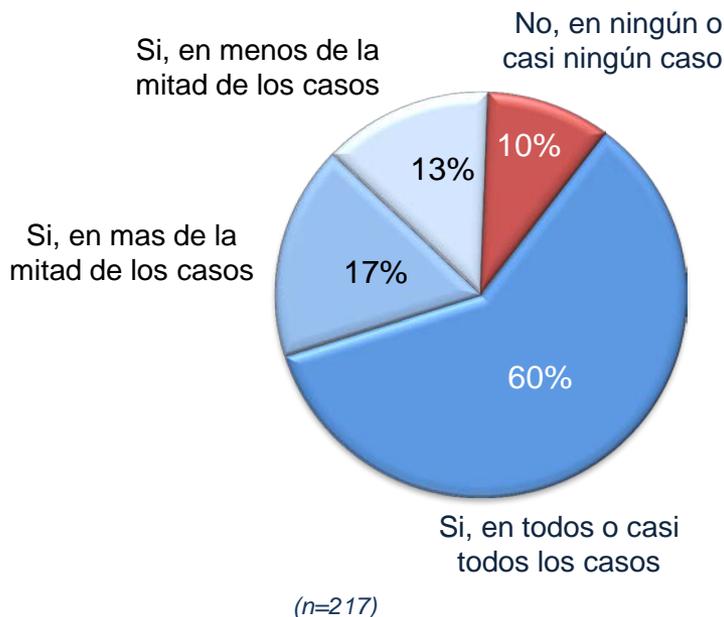
P.44. ¿Se verifican los resultados o la consecución de objetivos de la planificación del ejercicio?

P.44.a. ¿Cómo **calificaría** la consecución de objetivos de estas intervenciones?

# Intervenciones de deshabituación tabáquica en pacientes fumadores con DM2 y comorbilidad

Tan sólo el 10% deja de realizar algún tipo de intervención de deshabituación tabáquica en pacientes DM2 fumadores. Los médicos de AP son los que, de forma significativa, realizan más intervenciones, y los endocrinólogos los que menos.

## ¿REALIZA ALGUN TIPO DE INTERVENCION DE DESHABITUACION TABAQUICA EN SUS PACIENTES FUMADORES?



	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Si, en todos o casi todos los casos	59,9%	74,1%	63,2%	43,7%
• Si, en mas de la mitad de los casos	17,1%	18,5%	12,3%	19,7%
• Si, en menos de la mitad de los casos	13,4%	7,4%	14,0%	16,9%
• No, en ningún o casi ningún caso	9,7%	-	10,5%	19,7%
	(n=217)	(n=81)	(n=57)	(n=71)

**P.45.** ¿Realiza Vd. algún tipo de intervención de deshabituación tabáquica (incluyendo el consejo antitabáquico) en sus pacientes fumadores con DM2 y comorbilidad?

# Profundización en las características del tabaquismo de sus pacientes

Se indaga sobre el nivel del consumo de tabaco (82% “siempre”) y las motivaciones para dejar de fumar (56%). En mucha menor medida se trata de estimar el grado de adicción. El 22% caracteriza “siempre”, los diferentes estadios de cambio en los programas de deshabituación tabáquica. El resto no lo hace “nunca” o solo ocasionalmente.

¿REALIZA UNA ESTIMACIÓN ENTRE SUS PACIENTES DM2...?

¿SE CARACTERIZAN LOS ESTADIOS DE CAMBIO EN LOS PROGRAMAS DE DESHABITUACION TABAQUICA?



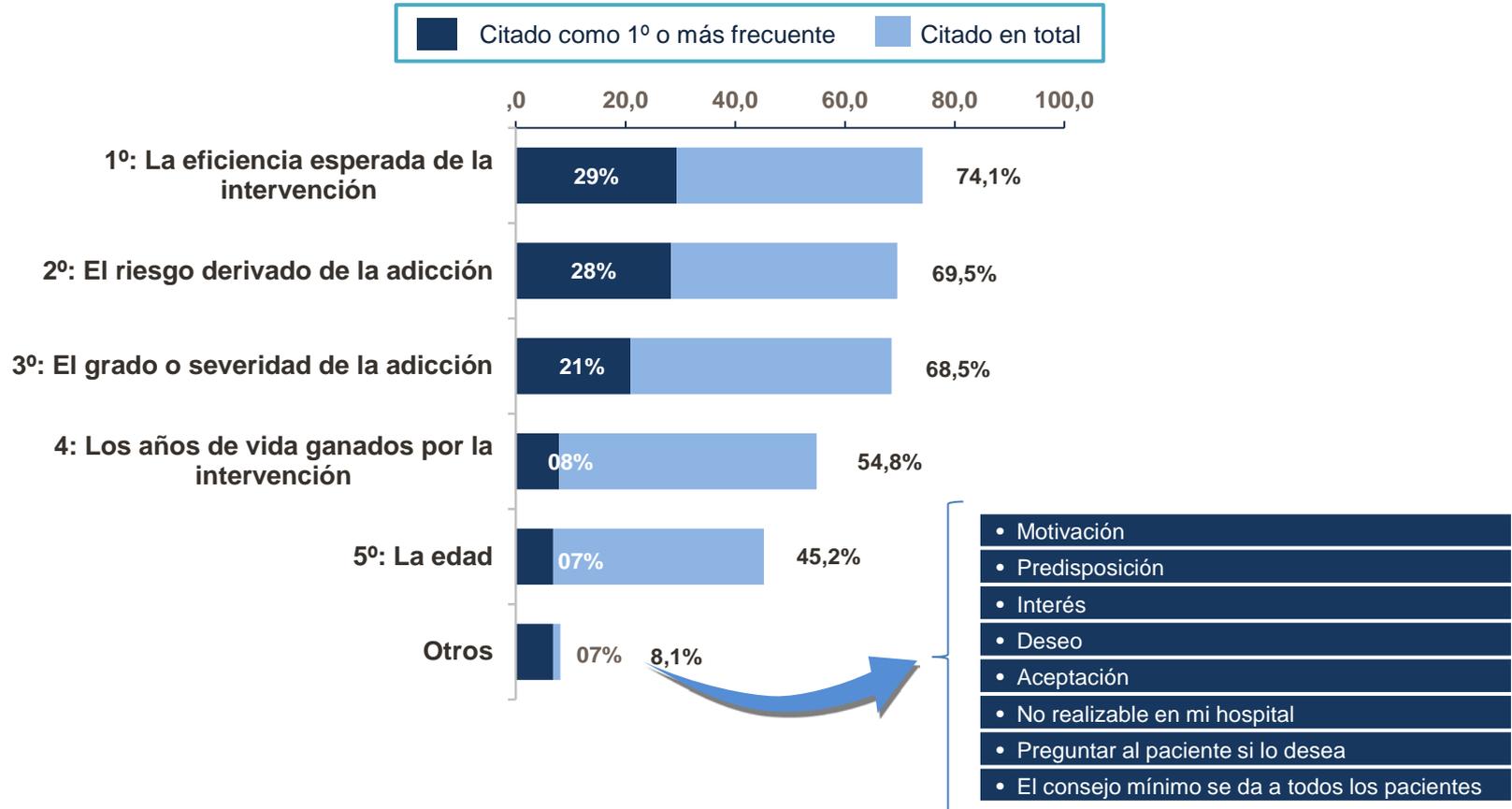
(n= 214)

P.46. ¿Realiza una estimación entre sus pacientes DM2...?

P.47. ¿Se caracterizan los estadios de cambio de los pacientes en los programas de deshabituación tabáquica?

# Crterios de seleccin de pacientes para incluir en programas de deshabituacin tabquica

La eficacia de la intervencin, el riesgo derivado de la adiccin o la severidad de la misma son los tres criterios ms utilizados para incluir pacientes en programas de deshabituacin tabquica.



P.48. ¿Cuáles son los criterios de seleccin de pacientes para incluir en programas de deshabituacin tabquica?

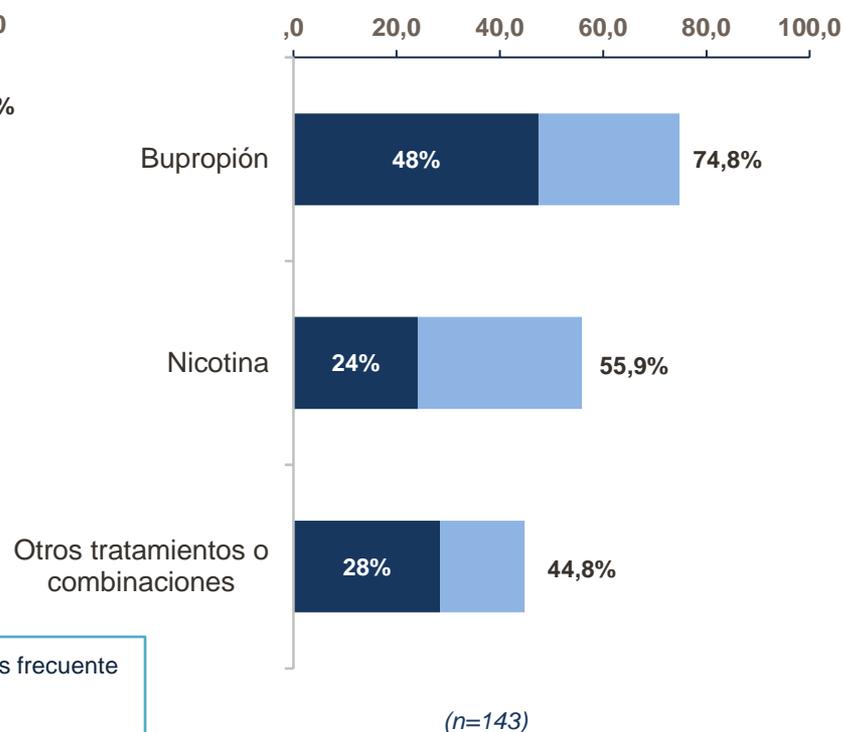
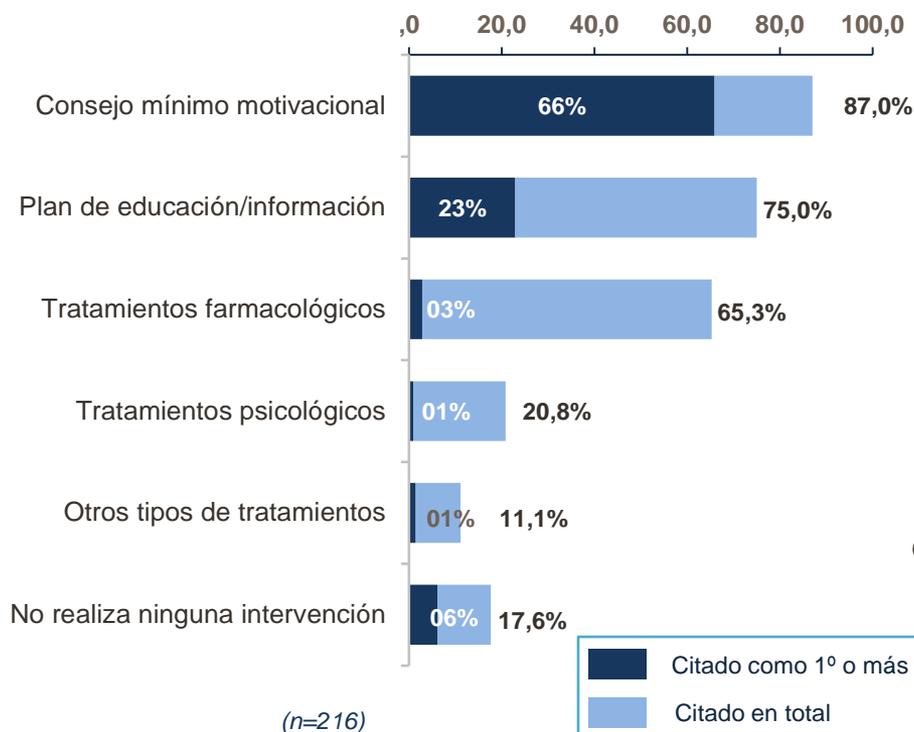
# Tipo de intervención de cesación o deshabituación tabáquica.

## Tipo de tratamientos

El consejo mínimo motivacional, es con diferencia, el tipo de intervención antitabáquica más frecuente, junto con un plan de educación y formación del paciente. Los tratamientos farmacológicos o de otro tipo son ya mucho menos frecuentes. Los tratamiento farmacológicos que se utilizan son bupropión (75%), nicotina (56%) y otras combinaciones.

### TIPO DE INTERVENCIÓN DE CESACION O DESHABITUACION TABAQUICA REALIZA EN SUS PACIENTES DM2 CON COMORBILIDAD Y FUMADORES

### TIPO DE TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS QUE UTILIZA PARA LA DESHABITUACION O CESACION TABAQUICA

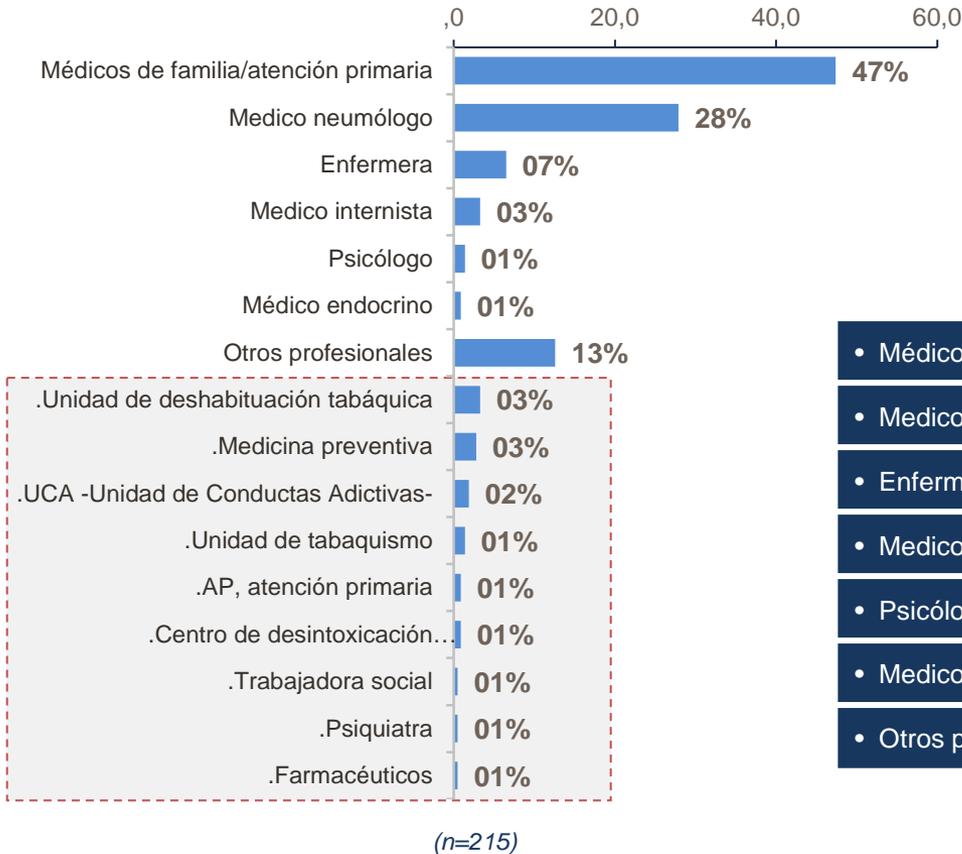


P.49. ¿Qué tipo de intervención de cesación o deshabituación tabáquica realiza en sus pacientes DM2 con comorbilidad y fumadores?

P.50. ¿Qué tipo de tratamientos farmacológicos utiliza para la deshabituación o cesación tabáquica?

# Especialistas que realizan las intervenciones de deshabituación tabáquica

Médicos de atención primaria y neumólogos son los especialistas que lideran las intervenciones de deshabituación tabáquica. También enfermería tiene un cierto protagonismo. Medicina interna y endocrinología dan un papel significativamente más importante al médico neumólogo.



	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Médicos familia/atención primaria	47,4%	66,3%	26,8%	42,3%
• Médico neumólogo	27,9%	3,8%	51,8%	36,6%
• Enfermera	6,5%	12,5%	-	4,2%
• Médico internista	3,3%	-	10,7%	1,4%
• Psicólogo	1,4%	2,5%	-	1,4%
• Médico endocrino	0,9%	-	-	2,8%
• Otros profesionales	12,6%	15,0%	10,7%	11,3%

(n=215)    (n=80)    (n=56)    (n=71)

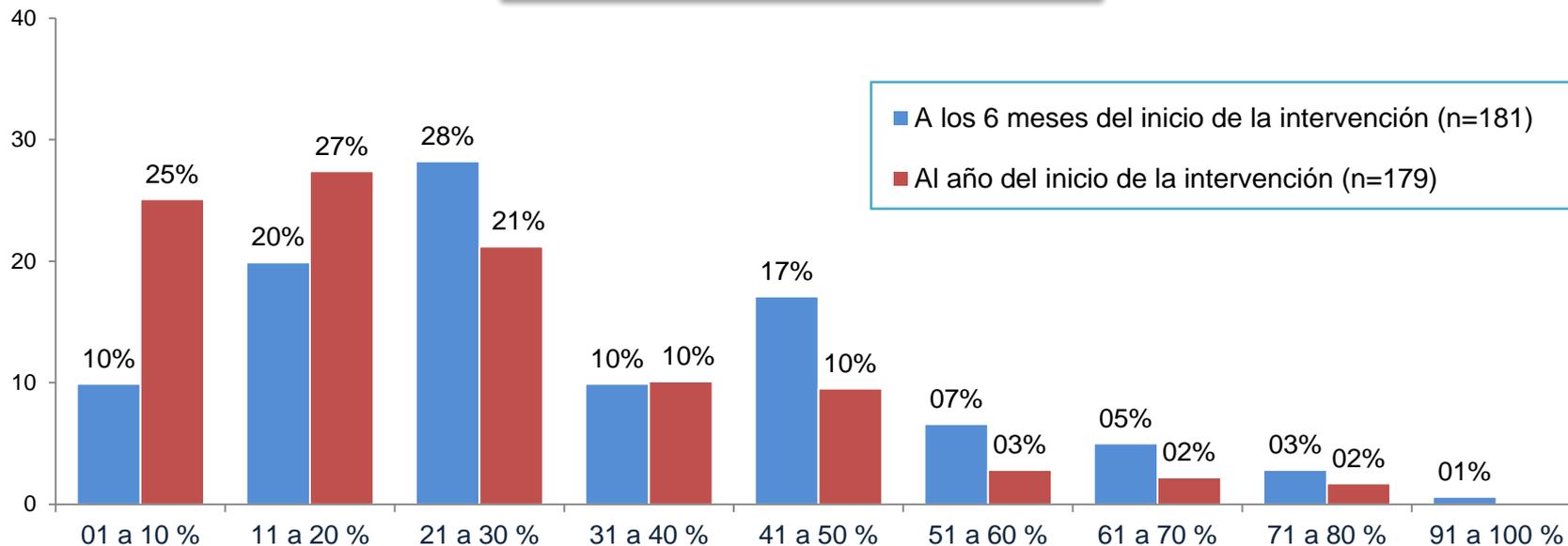
En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

P.51. ¿Qué especialistas realizan las intervenciones de deshabituación tabáquica en su medio asistencial?

# Tasa de cesación tabáquica en pacientes intervenidos

Los pacientes que han recibido una intervención específica de deshabituación tabáquica han conseguido una tasa de cesación promedio del 35% a los 6 meses del inicio de la intervención, que baja hasta el 26% cuando ha transcurrido un año de la intervención

## TASA DE CESACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES INTERVENIDOS



A los 6 meses:

• Media	35,4%
• Desviación Típica	18,7%
• Mediana	29,6%

A l año:

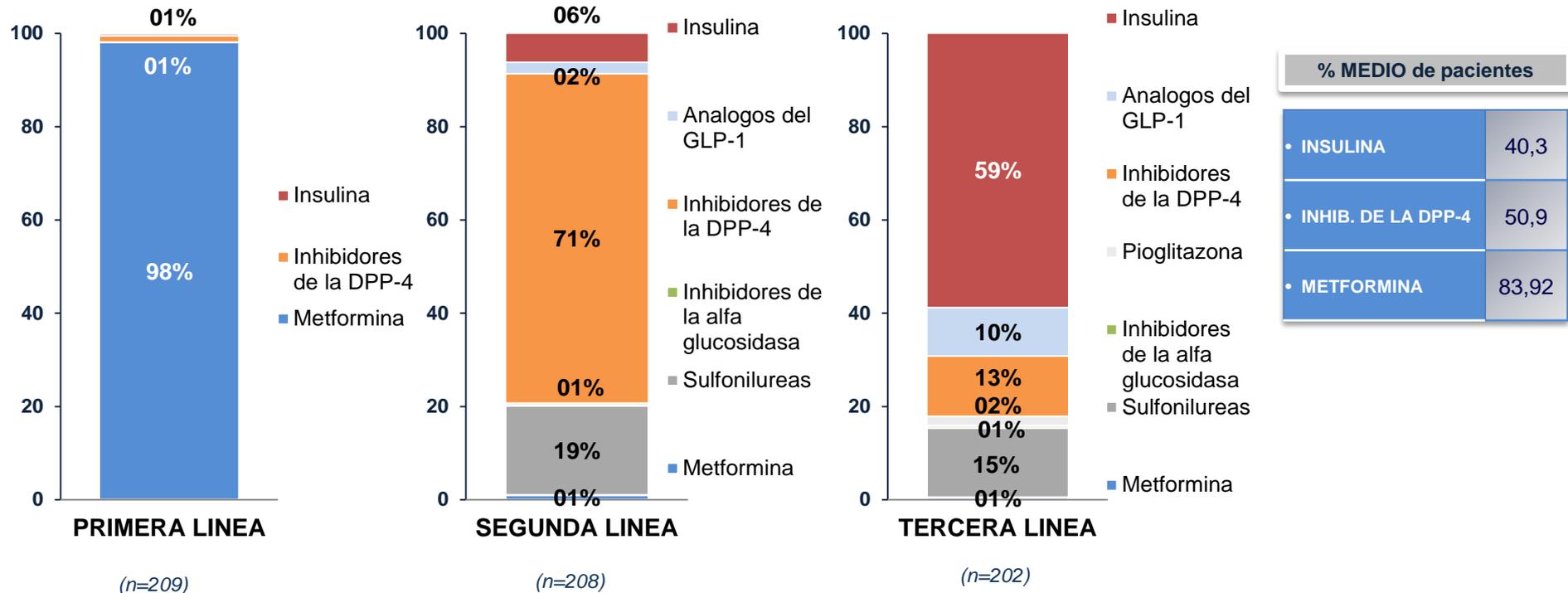
• Media	26,2%
• Desviación Típica	17,2%
• Mediana	19,9%

**P.52.** ¿En cuánto estima la tasa de cesación o deshabituación tabáquica entre los pacientes que han recibido intervención específica (tratamiento, plan, etc.)?

# Tratamientos farmacológicos

El 84% de los pacientes DM2 con comorbilidad reciben metformina, en general, como tratamiento de 1ª línea. El 51% reciben inhibidores de la DPP4, en general añadido como tto. de 2ª línea. El 40,3% es tratado con insulina, que se añade en 3ª línea.

## TIPO DE MEDICACION ANTIDIABETICA QUE SE UTILIZA EN PACIENTES CON DM2 ANCIANOS CON COMORBILIDAD (% de médicos que utilizan)

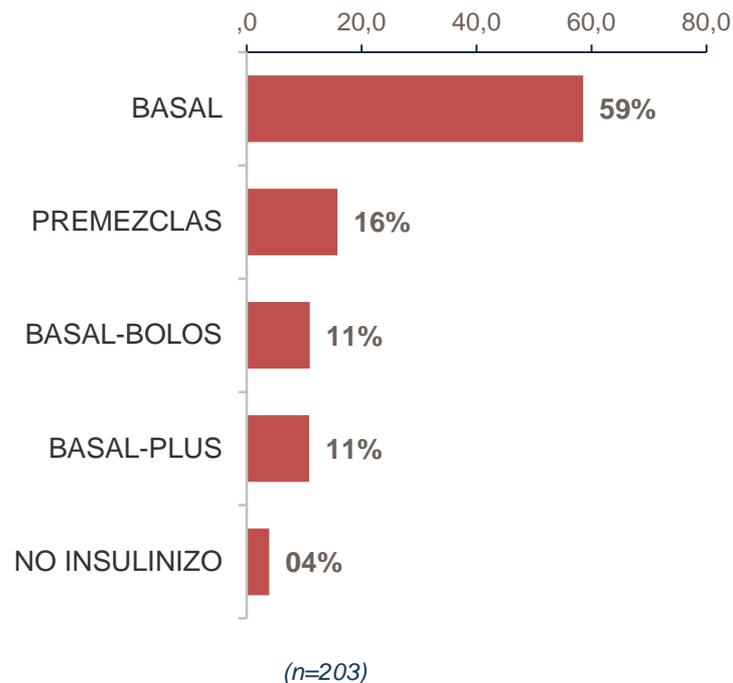


P.53. Indique qué tipo de medicación antidiabética que utiliza más frecuentemente como 1°, 2° y 3° escalón en sus pacientes con DM2 ancianos con comorbilidad. (Indicación adicional del % de pacientes tratados)

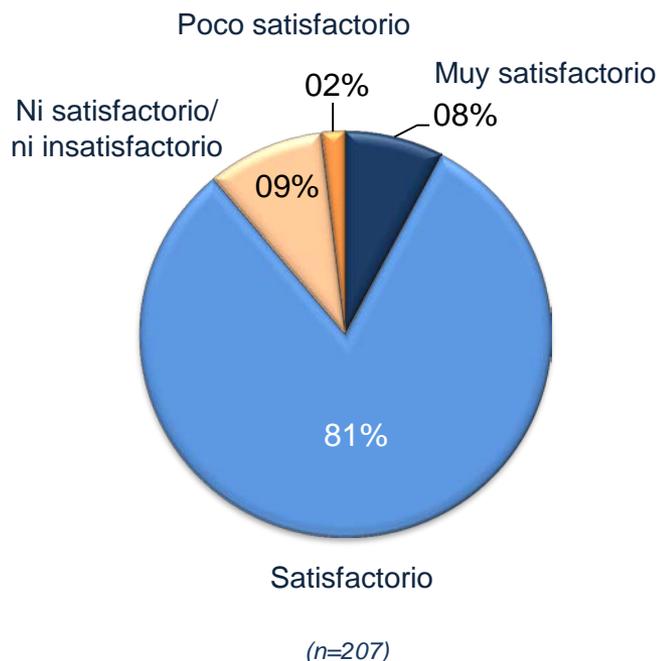
# Pautas de insulinización

La pauta basal de insulinización es utilizada como promedio en un 59% de los pacientes DM2 ancianos y con comorbilidad. El resto de pautas (premezclas, basal-bolos y basal-plus), tienen una aplicación mucho menor. Por otra parte, el grado de consecución de objetivos obtenidos con los tratamientos farmacológicos es bastante satisfactorio. Sólo un 11% los califica de poco o moderadamente satisfactorios.

## PAUTAS DE INSULINIZACION EN SUS PACIENTES CON DM2 ANCIANOS Y/O CON MORBILIDAD



## COMO CALIFICARIA EL RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS



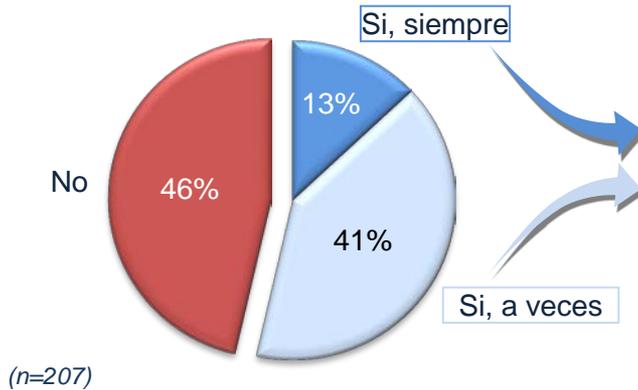
**P.54.** Señale con qué frecuencia (porcentaje) emplea las siguientes pautas de insulinización en sus pacientes con DM2 ancianos y/o con comorbilidad.

**P.55.** ¿Y cómo calificaría el resultado (consecución de objetivos) de los tratamientos farmacológicos?

# Instrumentos de valoración geriátrica funcional

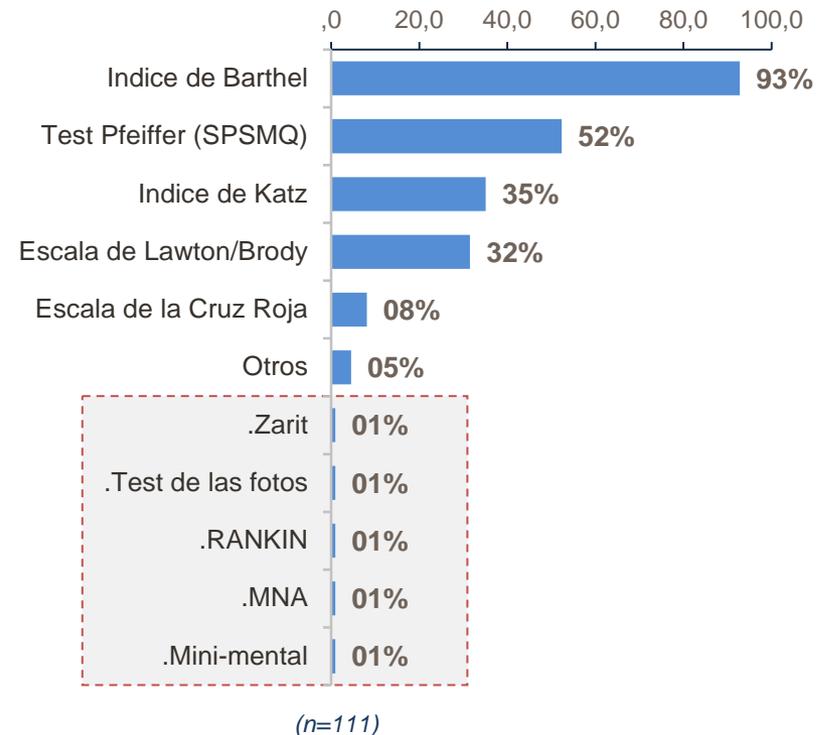
El 54% utiliza instrumentos de valoración geriátrica funcional, aunque sea en ocasiones. En mayor medida lo hacen los médicos internistas y en menor medida los endocrinólogos. El instrumento más utilizado es el índice de Barthel, seguido del test Pfeiffer y el índice de Katz.

## UTILIZA INSTRUMENTO DE VALORACION GERIATRICA FUNCIONAL



	TOTAL	ESPECIALIDAD		
		Atención primaria	Medicina interna	Endocrinología
• Si, siempre	13,0%	18,2%	21,8%	1,5%
• Si, a veces	40,6%	57,1%	43,6%	11,9%
• No	46,4%	24,7%	34,5%	86,6%
	(n=207)	(n=77)	(n=55)	(n=67)

## INSTRUMENTOS QUE UTILIZA



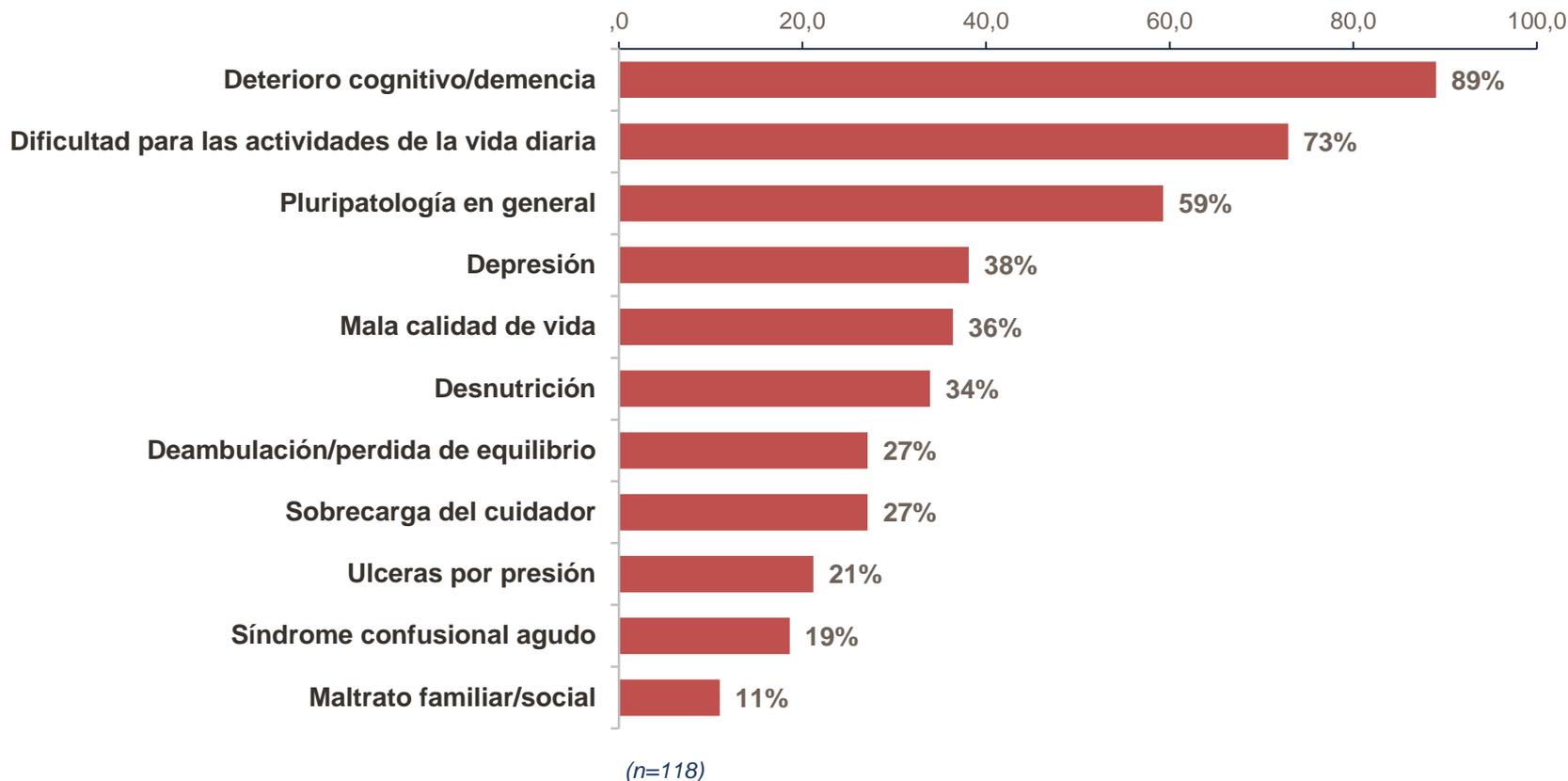
En negrita: Diferencias significativas: Test-T de Proporciones. Significación al 95% (Nivel de Riesgo 5%).

**P.56.** En el caso del paciente d DM2 de edad avanzada y con comorbilidad, ¿Utiliza algún instrumento de valoración geriátrica funcional?

**P.56.a.** ¿Puede indicar cuál o cuáles?

# Situaciones en que se utilizan los instrumentos de valoración geriátrica

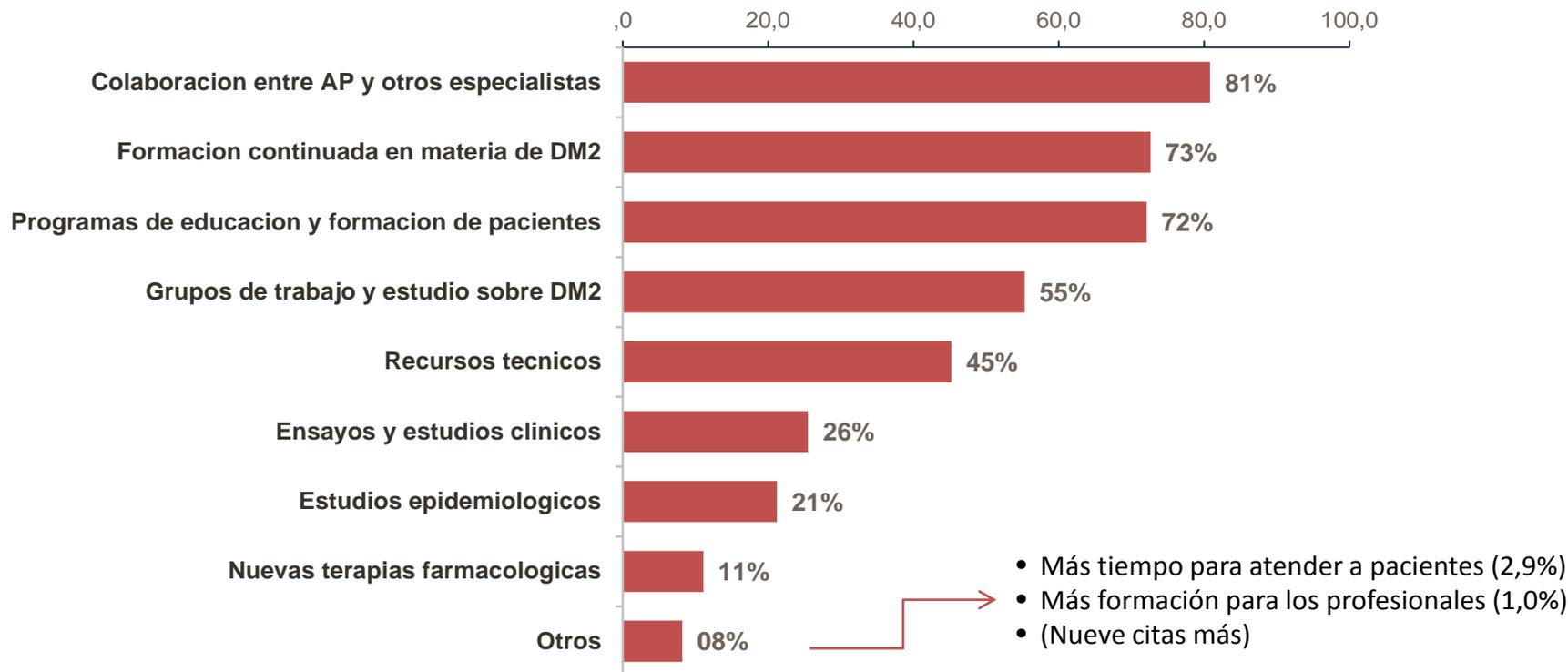
Los instrumentos de valoración geriátrica se utilizan en múltiples situaciones. La más frecuente es en los casos de deterioro cognitivo o demencia, o en casos de dificultad para realizar actividades de la vida diaria y en general en casos de comorbilidad.



P.57. En concreto, ¿en qué situaciones utiliza más los Instrumentos de Valoración Geriátrica?

# Recursos mas necesarios para la mejora del tratamiento y control de la DM2 con comorbilidad en España

Trabajo multidisciplinar, formación continuada y educación de pacientes son los tres recursos más citados para mejorar el tratamiento y el control de la DM2 con comorbilidad en España. Tras ellos se sitúan recursos relacionados con el estudio y la investigación científica.

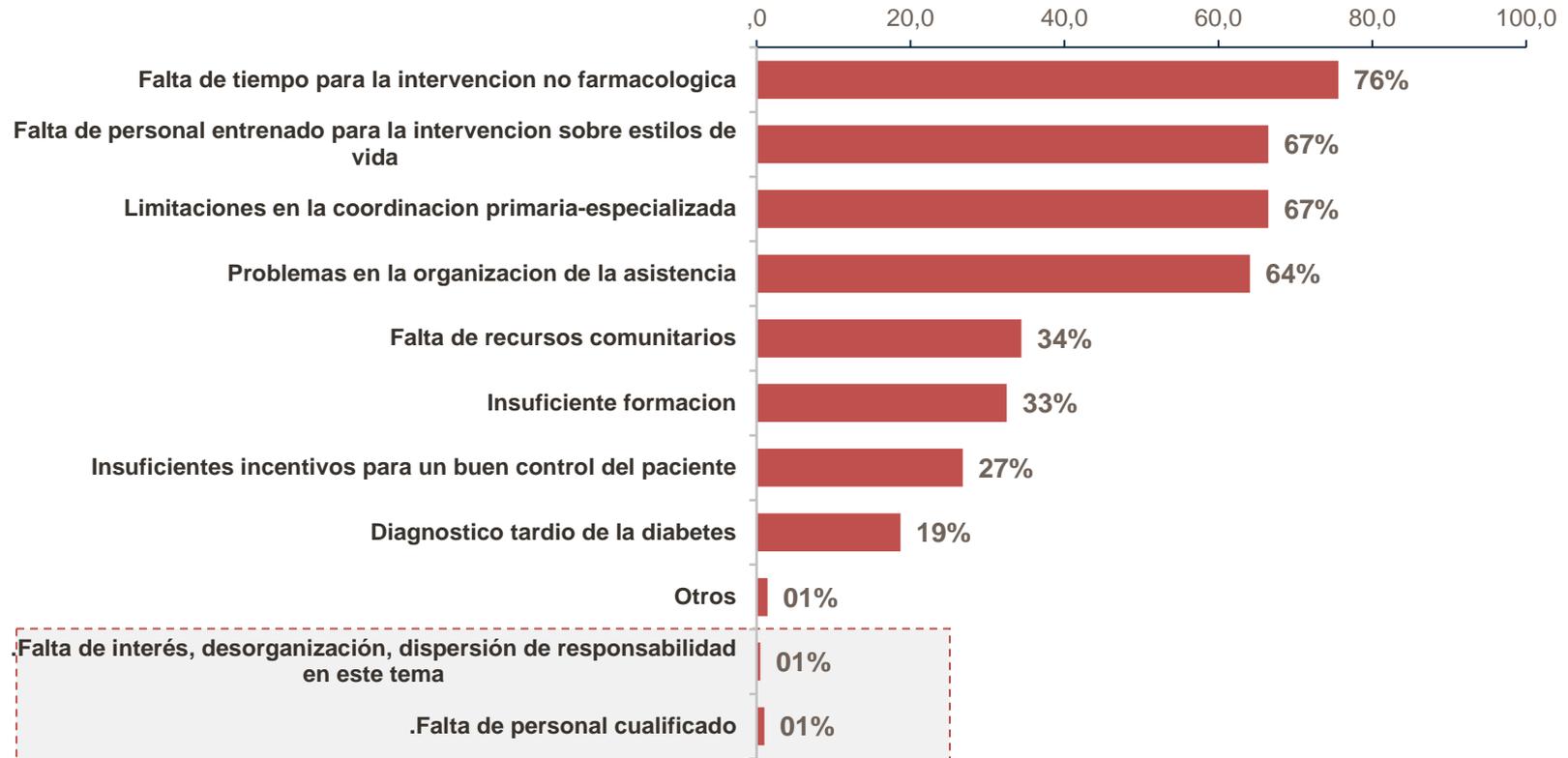


Base: Contesta (208)

**P.58.** En su opinión, ¿cuáles son los recursos más necesarios para la mejora del tratamiento y control de la DM2 con comorbilidad en España?

# Problemas o barreras para disponer de una mejor atención al paciente con DM2 y comorbilidad en España

Escasez de tiempo y falta de personal cualificado en modificación de estilos de vida, falta de coordinación AP-especializada y problemas de organización, son las barreras más citadas que impiden mejorar la atención al paciente DM2 y comorbilidad en España.



(n=209)

P.59. En su opinión, ¿cuáles son los problemas o barreras para disponer de una mejor atención al paciente con DM2 y comorbilidad en España?

---

# CONCLUSIONES

# Conclusiones

---

- ✓ Han participado en el estudio 302 médicos especialistas en el tratamiento de la DM2 con comorbilidad, con una edad media de 49 años y 23 años de experiencia profesional. Han participado casi a partes iguales médicos internistas, endocrinólogos y médicos de atención primaria, aunque con un mayor peso de estos últimos (39%).
- ✓ Las patologías asociadas a DM2 en ancianos más frecuentes, han sido HTA (97%), obesidad (93%) e hiperlipemias (92%), aunque se ha citado hasta 14 patologías asociadas.
- ✓ El circuito asistencial que siguen los pacientes se inicia en atención primaria de donde proceden la mayoría de los pacientes. Aunque una gran parte no se derivan posteriormente, cuando se hace, es a endocrinología, a unidades de diabetes específicas o a medicina interna hospitalaria. Este circuito varía lógicamente dependiendo del especialista que derive, aunque atención primaria mantiene la preeminencia .
- ✓ Solo en el 37% de los casos se han elaborado rutas asistenciales para derivar entre AP y especialistas, sobre todo en los centros de especialidades, aunque no siempre se aplican. El criterio de derivación más usual es la insuficiencia renal grave, el mal control glucémico (HbA1c fuera de objetivos) a los que hay que añadir el cribado o seguimiento de retinopatía diabética.

# Conclusiones (2)

---

- ✓ La conciliación farmacológica en las transiciones se produce sólo en algo más de la mitad de los casos y en un 14% no se produce “nunca” o “casi nunca”. En situaciones de dificultad de manejo o agudización sólo existe, como alternativa a las urgencias en algunos casos, el acceso telefónico, el hospital de día o el ingreso dirigido desde AP.
- ✓ Cada especialista “dirige” la estrategia terapéutica de sus pacientes, aunque se produce cierta preeminencia de AP a la hora de decidir cambios o ajustes terapéuticos. Los procesos de atención integrada y multidisciplinar son aún muy escasos y cuando se dan participan en ellos el médico de atención primaria, enfermería, endocrinólogos e internistas. Se hace preciso mejorar los recursos de enfermería formada específicamente en el seguimiento de DM2 y comorbilidad.
- ✓ La coordinación entre los distintos especialistas es todavía escaso, aunque la valoración empieza a ser positiva. Se realizan pocas acciones de interconsulta (16%) y menos consultoría no presencial (8%), más entre los endocrinólogos y menos entre AP.
- ✓ En el manejo terapéutico se utilizan guías para la práctica clínica que incorporan casos de comorbilidad y específicas para DM2. Las guías más utilizadas para objetivos de control por todas las especialidades son las guías de ADA (en mayor medida entre los endocrinólogos). Después las de la SED (sobre todo AP) y el consenso del anciano con diabetes de la SEMI (sobre todo internistas).

# Conclusiones (3)

---

- ✓ La existencia de planes terapéuticos integrales para cada paciente es un hecho también muy relativo (sólo para el 19% están plenamente definidos). Cuando se aplican, se consiguen objetivos de control del 60%. También es minoritaria la existencia de procedimientos automatizados que alerten sobre el control inadecuado del paciente (7%). La medicación se suele revisar sistemáticamente, y es el médico el profesional que lo hace.
- ✓ La comunicación médico- paciente es habitual; documentación escrita sobre el tratamiento (no tanto sobre su enfermedad), interrogan sobre preferencias y prioridades del paciente, disponen de acceso telefónico...
- ✓ Las actividades de educación diabetológica del paciente están muy compartidas o repartidas entre el médico y la enfermera. El médico adquiere más preeminencia en el consejo antitabaco y la revisión de autocontroles. La enfermera en las técnicas de insulinización, la planificación de la alimentación y el ejercicio, y el examen de pie.
- ✓ La verificación de objetivos en educación nutricional es habitual aunque en muchos casos insuficiente. La consecución de objetivos se califica de moderada. Implementar el tratamiento dietético es una responsabilidad compartida entre médico y enfermera. En más de la mitad de los casos se realiza historia dietética, siendo la enfermera quien la realiza.

# Conclusiones (4)

---

- ✓ La dieta más indicada es hipocalórica abierta (47%), aunque la simple modificación de hábitos es también muy habitual (41%). Casi todos los médicos conocen el concepto de raciones de hidratos de carbono, aunque sólo la mitad lo utiliza. Los endocrinólogos los aplican significativamente más (77%).
- ✓ Los recursos de personal formado y especializado en nutrición es bueno, Aunque hay que apuntar que el 62% de los casos no se realizan actividades grupales con sus pacientes sobre hábitos dietéticos o de ejercicio.
- ✓ El médico y la enfermera se reparten casi a partes iguales la responsabilidad sobre las recomendaciones de actividad física, que mayoritariamente consisten en la recomendación de ejercicios aeróbicos de tipo cardiosaludables y a la que dedican entre uno y cinco minutos por paciente. Tanto la dieta como el ejercicio físico se consideran igual de importantes, incluso más, en el anciano que en el paciente joven. La mayoría se siente suficiente formado para prescripción de actividad física.
- ✓ Se verifican también los resultados del ejercicio físico, aunque con una moderada consecución de objetivos. Se suele interrogar al paciente sobre sus dificultades para llevar a cabo cambios de estilos de vida y las principales barreras que tienen los médicos se refieren a la dificultad de individualizar tratamientos y a la falta de tiempo.

# Conclusiones (5)

---

- ✓ Casi todos los médicos realizan algún tipo de intervención de deshabituación tabáquica en pacientes DM2 fumadores. Los médicos de AP son los que, de forma significativa, realizan más intervenciones, y los endocrinólogos los que menos. Fundamentalmente se hace consejo mínimo motivacional, planes de educación/formación y tratamientos farmacológicos (bupropion, nicotina...).
- ✓ Se indaga sobre el nivel de consumo de tabaco y las motivaciones para abandonarlo. Sólo un 22% caracteriza los estadios de cambio en los pacientes sometidos a deshabituación tabáquica.
- ✓ La inclusión de pacientes en programas de deshabituación tabáquica se rige por criterios de eficiencia esperada de la intervención, el riesgo que se deriva de la adicción y la severidad de la misma. La deshabituación tabáquica son intervenciones llevadas a cabo por el médico de atención primaria el neumólogo y la enfermera. La tasa de cesación tabáquica promedio del 35% a los 6 meses del inicio de la intervención. Baja al 26% cuando ha transcurrido un año de la intervención.

# Conclusiones (6)

---

- ✓ Los resultados de los tratamientos farmacológico de la DM2 en pacientes ancianos con comorbilidad, se califican de “*satisfactorios*” por la inmensa mayoría de los médicos. El 98% utiliza metmorfina, como tratamiento de 1ª línea. En 2ª línea el fármaco más frecuente son los inhibidores de la DPP-4, y en 3ª línea insulina. La pauta de insulinización más frecuente es la Basal (59%).
- ✓ El 54% utiliza instrumentos de valoración geriátrica funcional, aunque sea ocasionalmente, sobre todo en situaciones de deterioro cognitivo/demencia, dificultades para actividades cotidianas o comorbilidad. El instrumento más utilizado es el índice de Barthel, seguido del test Pfeiffer y el índice de Katz.
- ✓ Los recursos para mejorar el tratamiento y el control de la DM2 con comorbilidad en España son: Trabajo multidisciplinar, formación continuada y educación de pacientes. Además se citan recursos relacionados con el estudio y la investigación científica.
- ✓ Las barreras que impiden mejorar la atención al paciente DM2 y comorbilidad en España son: Escasez de tiempo y falta de personal cualificado en modificación de estilos de vida, falta de coordinación AP- especializada y problemas de organización.