

Central de Resultats

Revisió de 20 anys d'atenció a la diabetis a Catalunya

Resum executiu

- Catalunya es troba entre els països de la Unió Europea amb una menor hospitalització per complicacions de la diabetis. Destaca especialment la baixa hospitalització per amputacions.
- L'any 1993 es va iniciar a Catalunya el primer programa de "Millora Contínua de la Qualitat assistencial (MCQ)" a partir dels indicadors i de les avaluacions periòdiques realitzades pel "Grup d'estudi de la diabetis a l'atenció primària" (GEDAPS).
- Des de la primera avaluació feta al 1993 s'ha anat observant una progressiva millora en la major part dels indicadors, no només dels de procés assistencial sinó també dels de resultat.
- Els bons resultats es deuen al lideratge dels professionals de l'atenció primària, l'establiment de les rutes assistencials, la coordinació dels diferents nivells i serveis assistencials, i la implicació dels pacients en el coneixement i control de la malaltia i de l'Administració.

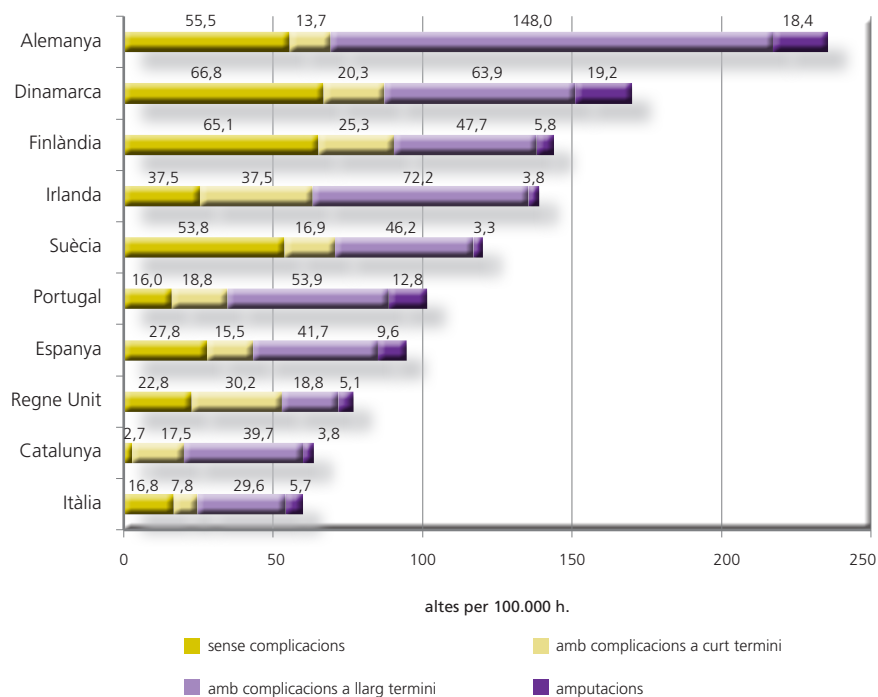


Introducció

Encara que la diabetis mellitus inclou diferents malalties, el tipus més prevalent és la diabetis mellitus tipus 2 (DM2). Aquesta malaltia s'ha convertit en una de les patologies cròniques més prevalents en el món, i està adquirint proporcions de caire epidèmic. La condició que ha afavorit aquest fet ha estat la presència cada cop més elevada d'obesitat i sedentarisme a la comunitat. Però la importància de la malaltia ve donada per les seves complicacions, especialment les de caire cardiovascular, que incrementen la morbimortalitat i empitjoren la qualitat de vida de les persones que la pateixen. D'altra banda, s'ha demostrat que un control estricte de la glucèmia i dels altres factors de risc associats a la malaltia permet reduir significativament la possibilitat de presentar complicacions i, per tant, garantir una qualitat de vida similar a la de la població no diabètica.

Catalunya es troba entre els països de la Unió Europea amb una menor hospitalització per complicacions de la diabetis; destaca, especialment, la baixa hospitalització per amputacions. Els bons resultats en l'atenció als pacients diabètics a Catalunya poden atribuir-se a les actuacions que des de fa anys s'estan duent a terme per millorar el control dels pacients amb aquesta malaltia.

Hospitalitzacions per diabetis per països europeus (per 100.000 h.)



Font: OCDE 2009-2011 i CMBD-HA 2012.

Primer període (1993-2007): el programa de “Millora Contínua de la Qualitat” del GEDAPS

En consonància amb la Declaració de Saint Vincent, l’any 1993 es va constituir en el si de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària el “Grup d’estudi de la diabetis a l’atenció primària de salut” (GEDAPS), compost majoritàriament per professionals (de medicina i infermeria) de l’atenció primària.

Els objectius del GEDAPS són millorar la qualitat de l’atenció i el control dels factors de risc d’aquests pacients, promoure la formació continuada i la recerca per part dels professionals de l’atenció primària que els atenen, i reforçar l’avaluació interna i externa dels equips mitjançant el desenvolupament de sistemes d’informació i l’aprofitament de les dades assistencials.

Per a l’assoliment d’aquests objectius es van desenvolupar una sèrie d’iniciatives i estratègies:

- **La Guia GEDAPS per al tractament de la DM2 a l’atenció primària:** la guia conté recomanacions per homogeneïtzar l’atenció al pacient diabètic des de l’atenció primària i propiciar un enfocament integral del pacient amb DM2 com un pacient de risc multifactorial, que requereix un abordatge global i per al qual les intervencions sobre el tabaquisme, la pressió

Evolució dels indicadors de procés assistencial, 1993-2007

	1993	1995	1998	2000	2002	2007	Variació 1993/2007*
Organitzatius (% pacients diabètics)							
Cap visita relacionada amb la diabetis	5,1	3	1,7	2,1	2,2	2	↓ ↓
Menys de 3 visites/any d’infermeria	27,3	27,6	28,4	32,8	35,9	31,5	↓
Menys de 3 intervencions educatives anuals amb continguts diferents	74,6	56,3	61,2	67,2	64,6	58,3	↓
Laboratori (% pacients diabètics)							
Determinació d’HbA1c	51,7	70,2	77,6	82,8	85,3	88,9	↑ ↑
Determinació 2 vegades HbA1c	30	41,1	40,6	42,2	55,5	40,4	↑
Determinació de colesterol total	75,9	80,5	83,1	84,4	86,5	90,9	↑
Determinació de microalbuminúria	33,9	49	62,5	68,7	72,8	59,4	↑ ↑
Exploracions (% pacients diabètics)							
Control del pes 3 vegades/any	44,9	32,7	31,3	33,5	40,5	40,2	↓
Fons d’ull realitzat per l’oftalmòleg (o no indicat)	52,2	48,4	52,6	52,2	54,3	49	↓
Revisió dels peus realitzada	48,9	58,3	54,3	54,1	56,6	64,2	↑

↑ 0 ↓ Variació favorable inferior al 50%

↓ Variació desfavorable inferior al 50%

↑ ↑ Variació favorable superior al 50%

arterial, la dislipèmia i la hiperglucèmia han de tenir la mateixa prioritats.

- Programa de millora contínua de la qualitat (MCQ): el programa incloïa indicadors de procés i de resultats intermedis i finals, i recomanacions organitzatives per millorar el registre i la implementació de les activitats assistencials d'atenció al pacient diabètic incloses a les diferents edicions de la Guia GEDAPS. Els resultats de les avaluacions del programa han permès conèixer l'evolució dels indicadors de procés i de resultats durant un període de 15 anys (1993-2007).

Segon període (2008-2011): l'ús de les bases de dades i l'estudi eControlDM

L'estudi eControlDM va analitzar prop de 300.000 pacients amb DM2 majors de 30 anys atesos durant l'any 2009. L'estudi es va repetir al 2011. Els resultats dels dos anys oferien un reflex fidel de la realitat de l'atenció a la diabetis a Catalunya. Les dades sobre el grau de control glucèmic i altres factors de risc són coherents amb els resultats obtinguts en altres estudis del nostre país i, especialment, amb l'avaluació GEDAPS de 2007.

Evolució dels indicadors de MCQ, 1993-2011

Any	1993	1995	1998	2000	2002	2007	2009	2011
Font	GEDAPS						eControlDM	
Mida mostra	2.239	3.532	4.217	4.564	5.819	3.130	286.791	318.020
Edat valor mitjà (anys)	65,2	66,3	67,2	67,1	67,3	68,0	68,2	61,6
Homes / Dones	0,77	0,83	0,89	0,92	0,93	1,06	1,16	1,17
Temps evolució DM2 (anys)	7,5	7,8	8,2	7,6	8,0	7,0	6,5	7,27
HbA1c valor mitjà (%)	8,04	7,95	7,45	7,36	7,45	7,16	7,15	7,20
HbA1c <7 (%)	41,5	42,2	54,7	58,7	56,5	64,2	56,1	54,3
PA <140/90 (mmHg)	45,4	47,4	50,1	54,9	58,8	66,1	63,5	65,8
Colesterol total <200 (mg/dl)	25,5	29,4	31,9	41,3	46,3	65,6	61,3	65,1
IMC <30 (kg/m ²)	63,0	63,0	60,8	56,9	57,4	49,7	54,6	54,5
Fumadors actius (%)	13,4	14,3	15,0	14,4	15,4	13,6	15,4	13,2
Retinopatia (%)	18,8	14,5	13,5	10,3	9,8	8,6	5,8	7,23
Nefropatia (%)	7,1	6,7	7,1	7,0	7,1	9,9	16,7	18,8
Cardiopatia isquèmica (%)	12,9	12,0	12,5	11,2	12,5	11,3	4,5	12,5
AVC (%)	6,8	6,8	6,6	5,9	5,7	6,3	6,5	5,89
Arteriopatia perifèrica (%)	9,5	6,0	4,2	3,5	3,0	3,2	2,9	3,99
Dieta sola (%)	25,7	27,7	29,4	27,9	25,4	22,3	22,0	22,5
Fàrmacs orals (%)	52,2	50,0	49,9	51,7	54,6	60,5	72,6	70,8
Insulina (%)	22,1	22,2	20,6	20,4	19,9	17,3	23,4	18,1

El perquè dels bons resultats

- **Lideratge dels professionals de l'atenció primària.** Els pacients amb DM2 tenen com a referent bàsic els professionals del seu equip d'atenció primària, que són els que tenen la competència per atendre aquest problema de salut. Quan el pacient presenta complicacions avançades o una elevada complexitat en el tractament i cal que hi intervinguin els serveis de referència d'endocrinologia o altres serveis hospitalaris. Garantir la continuïtat assistencial és fonamental per donar la resposta més adequada a cada pacient i a cada moment. Cal destacar, aquí, la tasca, cada cop més important, dels professionals d'infermeria en la capacitació dels pacients en l'automaneig de la diabetis, i també en la gestió global dels casos.
- **L'establiment de les "rutes assistencials"**. El Pla de salut de Catalunya va definir la necessitat d'elaborar i implantar les anomenades "rutes assistencials" per a problemes crònics de salut prevalents, garantint, així, l'adequat flux de malalts entre especialistes i la realització de les proves complementàries necessàries. Una de les rutes prioritzades ha estat la de la DM2. Aquesta ha estat una eina per posar en comú, de manera protocolitzada, la relació, les tasques, la logística i l'organització que, en molts casos, ja s'havia treballat prèviament de manera conjunta entre els professionals de l'atenció primària i l'atenció hospitalària.
- **La coordinació dels diferents nivells i serveis assistencials.** A Catalunya existeix una llarga tradició de col·laboració en el terreny assistencial de la diabetis, cada cop més estreta, entre els professionals de l'atenció primària i els de l'atenció hospitalària, especialment amb els professionals dels serveis d'endocrinologia i nutrició. Aquesta dinàmica es va iniciar als anys 90, a les UDEN (Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició), que es van implantar inicialment en territoris com els de Granollers, Sabadell i Girona. Aquestes experiències i altres semblants han contribuït a la implantació de models similars en altres territoris, com els de Tarragona, Lleida i diferents sectors de Barcelona i l'àrea metropolitana. La seva característica diferencial és la voluntat de resoldre els problemes del pacient al més a prop possible al seu entorn.

També, els serveis d'atenció especialitzada endocrinològica han estat pioners en l'establiment de models organitzatius (hospitals de dia de diabetis, treball conjunt amb primària, etc.) en l'assistència i en la recerca en aquest camp. Cal dir que l'Associació Catalana de Diabetis, en el marc de l'Acadèmia de

Ciències Mèdiques, és un element aglutinador de tota aquesta activitat clínica i de recerca, que està liderada per professionals de medicina, infermeria i altres tant d'atenció primària com hospitalària.

- **La implicació dels pacients en el coneixement i control de la malaltia.** També les associacions de pacients, com l'Associació de Diabètics de Catalunya, han estat especialment actives des de fa més de 30 anys, la qual cosa ha suposat un estímul fonamental que esperona tots aquests aspectes organitzatius, assistencials i de recerca. A més, aquestes associacions han promogut i implantat experiències per afavorir el paper protagonista del pacient en l'autocura i la presa informada de decisions. Cal destacar, en aquest sentit, experiències com la del "pacient expert".
- **La implicació de l'administració.** Un dels elements de què es va dotar l'estructura del Departament de Salut des de fa quasi trenta anys va ser el Consell Assessor sobre la Diabetis. Aquest consell compta amb la representació de professionals de la salut, tècnics, pacients i Administració per tal de donar assessorament en la presa de decisions en l'atenció de salut, específicament en diabetis. El Consell ha donat resposta i opinió en molts dels temes que afecten els pacients.

Els propers passos

Alguns punts de millora que probablement caldria prioritzar en els propers anys en l'àmbit de l'atenció a les persones amb diabetis a Catalunya són:

- Establir programes universals de detecció de risc i de prevenció de la DM2.
- Estandarditzar les tasques de prevenció primària i secundària de les complicacions diabètiques mitjançant un correcte control metabòlic i una exploració periòdica i sistemàtica de la persona amb diabetis.
- Estandarditzar la visita i les cures infermeres.
- Establir programes específics de cribratge universal i detecció precoç de les complicacions diabètiques.
- Continuar el desenvolupament dels programes i circuits d'ús dels retinògrafs no midriàtics per a la detecció precoç de la retinopatia diabètica.
- Definir un model d'atenció integral al pacient amb peu diabètic, incloent-hi equips multidisciplinaris d'alta resolució i pro-



grames territorials conjunts entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària.

- Incrementar la formació i estimular la implicació dels metges d'atenció primària en el maneig i seguiment de la DM2. Potenciar el paper de la infermeria com a gestora de casos.
- Mantenir i potenciar els models que permetin una major coordinació entre diferents nivells assistencials implicats en la cura de les persones amb diabetis.
- Potenciar el paper del pacient com a gestor de la seva malaltia i en la presa de decisions.
- Avaluar i monitorar les dades d'utilització de recursos i de resultats en salut.
- Superar les desigualtats de gènere detectades.
- Implantar estratègies per a la detecció i millora del control en segments de població diabètica mal controlada com els obesos, els més joves o les dones ja que mostren un pitjor control metabòlic i cardiovascular, i els tractaments són menys agressius.
- Potenciar la recerca en DM2, especialment la clínica, epidemiològica i en serveis de salut, amb aplicabilitat a la pràctica assistencial.

Bibliografia

Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of Glycemia and Cardiovascular Risk Factors in Patients With Type 2 Diabetes in Primary Care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care*. 2012; 35(4):774-9.

Mata-Cases M, Roura-Olmeda P, Berengué-Iglesias M, Birulés-Pons M, Mundet-Tuduri X, Franch-Nadal J, et al. Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract*. 2012;66(3):289-98.

Guia per el tractament de la diabetis tipus 2 a l'Atenció Primària. 1ª ed. Barcelona: Grup d'estudi de la diabetis a l'Atenció Primària de Salut (GedapS). Haymarket;1993.

Mata-Cases M, Franch Nadal J, Mauricio D, Bolívar B. Investigar en diabetes desde una base de datos de atención primaria: la experiencia del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP). *Av Diabetol*. 2013;29:169-74.

Mata-Cases M, Mauricio D, Vinagre I, Morros R, Hermosilla E, Fina F, et al. Treatment of hyperglycaemia in type 2 diabetic patients in a primary care population database in a Mediterranean Area (Catalonia, Spain). *Diabetes Metab*. 2014;5:2.

Franch-Nadal J, Mata-Cases M, Vinagre I, Patitucci F, Hermosilla E, Casellas A, et al. Differences in the Cardiometabolic Control in Type 2 Diabetes According to Gender and the Presence of Cardiovascular Disease: Results from the eControl Study. *Int J Endocrinol*. 2014; 2014:131709



Han participat en l'elaboració d'aquest document:

Josep Franch Nadal, Dídac Mauricio Puente, Manel Mata Cases,
del Grup de Recerca Epidemiològica en Diabetis des de l'Atenció Primària – IDIAP J. Gol

**Observatori del Sistema de Salut
de Catalunya (OSSC)**

**Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya (AQuAS)**

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)
08005 Barcelona
Tel.93 551 39 00
Fax.93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), de la Guidelines International Network (G-I-N), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Franch J, Mauricio D, Mata M. Revisió de 20 anys d'atenció a la diabetis a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 12. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona

Tel.: 93 551 3888

Fax: 93 551 7510

<http://observatorisalut.gencat.cat/>

© 2014, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) Primera edició: Barcelona, novembre 2014

Disseny: Joana López-Cordunte

Correcció: AQuAS

Dipòsit legal: B 25657-2014



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autoria, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor.

La llicència completa es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

