

Manejo de la diabetes tras el alta hospitalaria

Management of diabetes after hospital discharge

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0924>

C. Silva Froján, M. García Goñi, C. Perdomo Zelaya

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado por Sainz de los Terreros y col que trata la evaluación de un protocolo de seguimiento para diabetes tras el alta hospitalaria¹. En el trabajo se detallan los resultados derivados de la optimización –fundamentalmente a través de contacto telefónico– del tratamiento antidiabético. La disminución media global de HbA1c fue significativa (de 8,62 a 7,19%), con un muy bajo porcentaje de efectos adversos en forma de hipoglucemias graves.

El trabajo pone de manifiesto dos aspectos de la atención al paciente diabético que nos gustaría subrayar por su importancia actual. En primer lugar, la necesidad de un cuidado especializado y multidisciplinar durante la evolución de la enfermedad, unido a la implementación de protocolos terapéuticos adaptados a distintos escenarios clínicos. En segundo lugar, la exigencia de desarrollar los recursos de la telemedicina buscando una mejor atención de los pacientes y optimizando los recursos asistenciales.

El manejo de la diabetes ha experimentado una espectacular evolución a lo largo de la última década. La introducción de fármacos como los agonistas del receptor de GLP-1 (péptido similar al glucagón tipo 1), las nuevas insulinas, los inhibidores del cotransportador sodio- glucosa tipo 2 (SGLT-2) o de la enzima dipeptidil peptidasa-4 (DPP-IV), así como el desarrollo de la cirugía bariátrica-metabólica, han añadido un novedoso grupo de terapias tan extenso como seguro y efectivo. Estos avances se unen a los recursos terapéuticos previamente disponibles, entre los que debe destacarse la educación diabetológica o terapéutica, añadiendo una mayor complejidad al tratamiento del paciente diabético. El manejo de esta enfermedad debe ser individualizado y tiene que contemplar necesariamente el riesgo cardiovascular y las comorbilidades asociadas (obesidad, hipertensión arterial, insuficiencia renal y cardíaca, retinopatía, etc.)².

El periodo de hospitalización de un paciente diabético requiere un adecuado manejo del control glucémico, ya que su deterioro en forma de hiper o hipoglucemia se

An. Sist. Sanit. Navar. 2020; 43 (3): 435-437

Departamento de Endocrinología y Nutrición.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Recepción: 16/11/2020
Aceptación definitiva: 19/11/2020

Correspondencia:

Camilo Silva Froján
Departamento de Endocrinología y Nutrición
Clínica Universidad de Navarra
Avda/ Pío XII, 36
31008 Pamplona (Navarra)
E-mail: csilvafr@unav.es

asocia con resultados adversos e, incluso, con una mayor mortalidad. Además, la tasa de reingreso de pacientes diabéticos es superior a la de los no diabéticos (14,4-22,7 vs 8,5-13,5%), lo que genera, entre muchas otras cuestiones, un incremento del gasto sanitario³. En este sentido, los hospitales deben garantizar una atención de la diabetes dirigida tanto al transcurso del ingreso como a la transición tras el alta, que realizada precariamente aumenta la tasa de complicaciones y reingresos⁴.

La transición del paciente diabético tras el alta hospitalaria puede ser un proceso muy complejo. Existe un buen número de factores que pueden entorpecer este proceso como los problemas de comunicación, la escasa educación terapéutica o la complejidad derivada de la pluripatología y la polimedicación. Además, en el contexto descrito de gran heterogeneidad clínica, debe recordarse la ausencia de guías clínicas que aborden específicamente el tratamiento farmacológico antidiabético –en todas sus dimensiones– durante este periodo concreto. Por todo lo expuesto es indudable la necesidad de un equipo terapéutico especializado y multidisciplinar (enfermeras, nutricionistas, médicos, educadores, etc.), además de una fluida coordinación entre sus componentes, para conseguir los objetivos de mejora del control glucémico, baja tasa de reingresos y disminución de la morbimortalidad⁵.

Los avances tecnológicos acontecidos en las últimas décadas se han incorporado progresivamente a incontables actividades de multitud de ámbitos, también el de la salud. Así, emergen nuevos conceptos para definir innovadoras formas de asistencia sanitaria. Existen diversas definiciones de telemedicina, aunque todas tienen en común la práctica de una Medicina a distancia a través de alguna plataforma-medio de comunicación. La Organización Mundial de la Salud la define como “la dispensación de servicios de atención sanitaria, donde la distancia es un factor crítico, por profesionales sanitarios que usan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para hacer el diagnóstico, tratamiento y preven-

ción de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la formación continuada de profesionales de la salud, todo con el objetivo de mejorar la salud de los individuos y de sus comunidades”⁶.

La tecnología ha supuesto tradicionalmente un aliado ineludible en el manejo del paciente diabético. Las peculiaridades de monitorización, educación y tratamiento características de esta enfermedad han sido un estímulo para el desarrollo de nuevos recursos técnicos e informáticos. Las diversas posibilidades que ofrece la telemedicina también han sido objeto de análisis en el ámbito de la diabetes, y las plataformas utilizadas van desde la llamada telefónica o el correo electrónico a las aplicaciones para *smartphone*, dispositivos inteligentes o páginas web. En una revisión sistemática que incluyó 111 estudios, comparado con el manejo habitual de la diabetes, la suma de sistemas de telemedicina demostró mejorar el control glucémico, especialmente con el uso de plataformas que permiten el ajuste del tratamiento farmacológico⁷.

Aunque tradicionalmente se ha asumido que la telemedicina implica un menor coste económico de la atención al paciente diabético, la evidencia de su coste-efectividad no está plenamente asentada. Los estudios realizados con esta finalidad utilizan distintos sistemas de telemedicina y suelen tener un número limitado de pacientes, lo que dificulta la obtención de conclusiones definitivas. No obstante, existen datos económicos favorables para el uso de la telemonitorización y la intervención telefónica⁸. En un estudio randomizado y multicéntrico realizado en España, el uso de un programa estructurado de telemedicina resultó coste-efectivo en pacientes con diabetes tipo 1, por lo que también cabe pensar que este tipo de intervenciones sean más coste-efectivas en algunos tipos concretos de diabetes, o en pacientes con unas determinadas características todavía por definir⁹.

Independientemente de su coste, en ocasiones la telemedicina es una necesidad inquestionable, como se ha comprobado en conflictos bélicos, accidentes, catástrofes naturales o en la atención médica de pacientes que se encuentran en lugares remotos.

La pandemia de COVID-19 está poniendo a prueba todas las estructuras de nuestro sistema sanitario. A la sobrecarga derivada de los efectos directos del SARS-CoV-2 se añade la necesidad de mantener el seguimiento del resto de pacientes en un entorno seguro, tanto para el enfermo como para el profesional sanitario. En estos momentos la telemedicina ha surgido con la fuerza que otorga la necesidad –que derriba barreras que, hace pocos meses, eran infranqueables–, y se está consolidando como una herramienta fundamental en el manejo de múltiples enfermedades. El uso cotidiano de la telemedicina, por su efectividad y demás beneficios, debería prolongarse más allá de este periodo excepcional¹⁰.

Finalmente, las distintas plataformas de telemedicina pueden ser una oportunidad única para la investigación. La menor reticencia a su uso, el potencial número de los datos recabados y su fácil accesibilidad, así como el bajo costo de obtención, configuran un escenario propicio para el desarrollo de proyectos tan interesantes como el que justifica esta carta.

BIBLIOGRAFÍA

1. SAINZ DE LOS TERREROS ERREA A, CHINCHURRETA DIEZ L, IRIGARAY ECHARRI A, GARCÍA MOURIZ M, GOÑI IRIARTE MJ, ZUBIRIA GORTAZAR JM et al. Evaluación de un protocolo de seguimiento para diabetes tras el alta hospitalaria. *An Sist Sanit Navar* 2019; 42: 261-268. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0721>
2. Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Documento de abordaje integral de la diabetes tipo 2. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2019; 66: 443-458. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2018.10.010>
3. GREGORY NS, SELEY JJ, DARGA SK, GALLA N, GERBER LM, LEE JI. Strategies to prevent readmission in high-risk patients with diabetes: the importance of an interdisciplinary approach. *Curr Diab Rep* 2018; 18: 54. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1027-z>
4. American Diabetes Association. Diabetes care in the hospital: Standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes Care* 2020; 43: 193-202. <https://doi.org/10.2337/dc20-s015>
5. BLACK RL, COURTNEY DUVAL C. Diabetes discharge planning and transitions of care: a focused review. *Curr Diabetes Rev* 2019; 15 :111-117. <https://doi.org/10.2174/1573399814666180711120830>
6. World Health Organization. Telemedicine: opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth Series 2009; volume: 2. https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
7. FARUQUE LI, WIEBE N, EHTESHAMI-AFCHAR A, LIU Y, DIANATI-MALEKI N, HEMMELGARN BR et al. Effect of telemedicine on glycated hemoglobin in diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *CMAJ* 2017; 189: 341-364. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150885>
8. LEE JY, LEE SWH. Telemedicine cost-effectiveness for diabetes management: a systematic review. *Diabetes Technol Ther* 2018; 20: 492-500. <https://doi.org/10.1089/dia.2018.0098>
9. The Telemed-Diabetes Group. The efficiency of telemedicine to optimize metabolic control in patients with type 1 diabetes mellitus: Telemed study. *Diabetes Technol Ther* 2014; 16: 435-41. <https://doi.org/10.1089/dia.2013.0313>
10. BASHSHUR R, DOARN CR, FRENK JM, KVEDAR JC, WOOLLISCROFT JO. Telemedicine and the COVID-19 pandemic, lessons for the future. *Telemed J E Health* 2020; 26: 571-573. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.29040.rb>

