

13. Organización de la consulta con el paciente DM2

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuáles son los criterios de derivación a consulta especializada que se proponen?
- ¿Cuál es el estudio inicial de personas adultas con DM 2?
- ¿Cuáles son los criterios aceptables de control que se proponen en pacientes con diabetes?
- ¿Cuál es el contenido del control periódico en consulta médica y de enfermería?

La unidad básica asistencial en el manejo del paciente diabético está formada por el profesional médico y de enfermería. Ambos deben participar de manera coordinada en la formulación de objetivos y organización de actividades. El paciente diabético debe percibir claramente el concepto de equipo, en el que cada profesional tiene asignadas unas tareas con el fin de garantizarle una atención integral.

Opinión de expertos
4

13.1. Contenido de las visitas de enfermería

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el control y en la educación de la persona diabética.

El contenido de la consulta de enfermería se resume en la tabla 13.

Tabla 13. Contenido de la consulta de enfermería

Anamnesis <ul style="list-style-type: none">• Hipoglucemias (número y circunstancias)• Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia)• Calambres y parestesias• Claudicación intermitente. Dolor torácico• Lesiones en los pies• Consumo de tabaco
Evaluación del cumplimiento <ul style="list-style-type: none">• Alimentación• Ejercicio• Tratamiento farmacológico• Higiene y cuidado de los pies• Objetivos terapéuticos (tratamiento y educación)

Exploración <ul style="list-style-type: none"> • Peso (IMC) • Examen de los pies • Presión arterial (decúbito y ortostatismo) • Glucemia capilar (sólo cuando sea preciso) • Examen de las zonas de punción
Evaluación de la libreta de autocontrol <ul style="list-style-type: none"> • Glucemias capilares • Frecuencia y técnica de autoanálisis • Registro de hipoglucemias • Peso
Educación diabetológica <ul style="list-style-type: none"> • Programa educativo inicial • Consejo mínimo para dejar de fumar • Intervenciones anuales de refuerzo

13.2. Contenido de la consulta médica

Anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones (ver tabla 14).

Opinión de expertos
4

Cada seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso.

La periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético se reseña en la tabla 14.

Tabla 14. Periodicidad de las actividades en consulta (modificado de GEDAPS) (6)

	Visita inicial Diagnóstico	Visitas control	Semestral	Anual
Peso/IMC	⊗	⊗	⊗	⊗
PA/ Frecuencia cardíaca (FC)	⊗	⊗	⊗	⊗
HbA _{1c}	⊗		⊗	⊗
Perfil lipídico	⊗			⊗
Cociente albúmina/creatinina	⊗			⊗
Creatinina (plasma)	⊗			⊗
Fondo de ojo	⊗			1
Exploración pies (Inspección, monofilamento o vibratoria y pulso pedio)	⊗			⊗

	Visita inicial Diagnóstico	Visitas control	Semestral	Anual
Electrocardiograma (ECG)	⊗			2
Cumplimiento dieta		⊗	⊗	⊗
Cumplimiento ejercicio		⊗	⊗	⊗
Cumplimiento farmacológico		⊗	⊗	⊗
Revisar libreta autoanálisis		⊗	⊗	⊗
Investigar hipoglucemias		⊗	⊗	⊗
Intervenciones educativas		⊗	⊗	⊗
Diagnóstico y clasificación DM	⊗			
Detección y valoración de complicaciones crónicas	⊗			⊗
Establecer/evaluar objetivos terapéuticos	⊗	⊗	⊗	⊗
Proponer plan terapéutico y de educación	⊗			⊗
Anamnesis de complicaciones	⊗			⊗
Cálculo de RCV	⊗			⊗
Consejo antitabaco	⊗	⊗		⊗
Vacuna antigripal				⊗

1. Según protocolo sobre retinopatía. Cada tres años si no existe retinopatía y cada dos años en presencia de retinopatía no proliferativa.
2. En caso de cardiopatía isquémica o trastornos del ritmo cardiaco.

13.3. Frecuencia de visitas

Las visitas se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes.

Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. La insulinización requiere una frecuencia diaria de visitas durante la primera semana. Después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la frecuencia siguiente:

Opinión de
expertos
4

- Una o dos visitas médicas al año (tabla 14).
- Tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa (tabla 14).

13.4. Criterios de remisión a consulta médica

Deben determinarse entre el médico y el profesional de enfermería las situaciones en las que debe remitirse al paciente a consulta médica. Entre esas situaciones pueden estar las siguientes:

Opinión de
expertos
4

- Tres glucemias sucesivas entre 200-300 mg/dl o una >300 mg/dl, o cetosis o algún proceso intercurrente.
- Episodios frecuentes de hipoglucemia.
- Efectos adversos de los medicamentos o interacciones medicamentosas.
- Cada seis meses o un año, según protocolo y organización del centro, con solicitud de pruebas de analítica o ECG o solicitud de fondo de ojo.

13.5. Criterios de derivación a atención especializada

Los criterios de consulta con otros niveles especializados deben preservar el contacto continuo con el paciente diabético. Deben considerarse los niveles de formación y capacitación de los distintos equipos, los medios disponibles en cada centro y la existencia de protocolos conjuntos con los niveles especializados. En líneas generales podemos establecer los siguientes criterios:

Opinión de
expertos
4

Endocrinología

- Sospecha de DM específicos (genéticos, enfermedades del páncreas exocrino y endocrinopatías).
- Embarazo en mujer diabética.
- Cualquier diabético con mal control metabólico crónico a pesar de modificaciones terapéuticas.
- Pacientes menores de 40 años con posible DM 1 en el momento del diagnóstico.

Nefrología

- Proteinuria clínica persistente (>200 mcg/min o 300 mg/día).
- Creatinina >2 mg/dl o aclaramiento de creatinina <50 ml/min/1,73 m².

Cirugía vascular

- Arteriopatía periférica con dolor en reposo o dolor nocturno en miembros inferiores.

- Aumento de la claudicación intermitente.
- Úlceras que no curan.

Cardiología

- Sospecha o presencia de cardiopatía isquémica.

Neurología

- Accidentes isquémicos transitorios.

Oftalmología

- Si no existe retinógrafo (cámara digital no midriática) en atención primaria, enviar en la visita inicial. Después, si no hay retinopatía, cada tres años; si existe retinopatía no proliferativa, cada dos años.

Urgencias hospitalarias

- Clínica sugestiva de coma hiperglucémico-hiperosmolar o de cetoacidosis diabética.
- Hipoglucemia grave o coma hipoglucémico, sobre todo si es secundario a tratamiento con antidiabéticos orales (sulfonilureas).
- Hiperglucemia grave que necesite tratamiento inicial con insulina y que en atención primaria no pueda realizarse.

13.6. Sistemas de registro

Se considera que las intervenciones que utilizan sistemas recordatorios o bases de datos, diagramas de flujo y *feedback* de la información son más eficaces para mejorar la calidad del proceso asistencial (290; 291).

RS de ECA
1+

Se aconseja la monitorización, preferiblemente informática, de los resultados, tanto de proceso como de resultados, para recordar y registrar la realización de exploraciones y cara a la mejora de la calidad de la asistencia a los pacientes diabéticos.

Es conveniente tener un sistema de registro de los pacientes diabéticos para tener una estimación de su prevalencia en la comunidad, así como sistemas recordatorios de cribado oportunista para su realización en las consultas.