

II JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN ENDOCRINOLOGIA

**Un pas més enllà de l'assistència:
Recerca en DM-2**



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra



Les Corts
Casanova
Rosselló



Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Litoral-Esquerra de Barcelona

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

Programa d' Atenció i Educació Terapèutica. Debut DM2

Mertxe Liroz Navarro, Infermera CAP Carles Ribas

Emilio Ortega Martínez de Victoria, Servicio Endocrinología, HCP

Margarita Jansà (Serv. Endocrinòloga HCP)

Esther Blat (CAPSE. CAP les Corts)

Cristina Colungo (CAPSE. CAP Comte Borrell)

Barcelona, 30 de Novembre de 2012
Seu de L' Institut Català de la Salut (Sala d'actes)



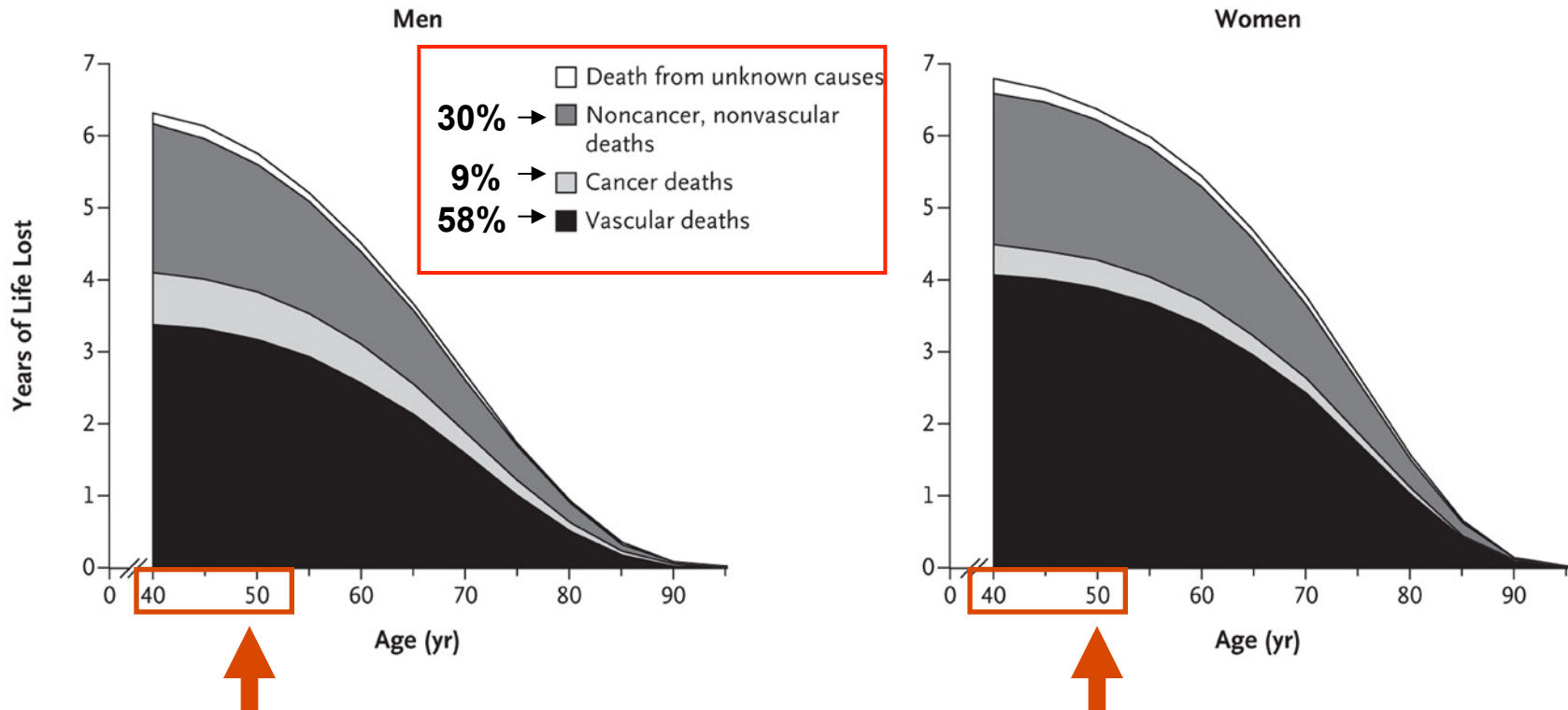
	Media (%)
Diabetes conocida	7.8%
Diabetes no conocida	6%
Glucosa de ayuno alterada (GBA, > 110 mg/dl)	3.4%
Intolerancia glucosa (TAG, 140-200 en la SOG mg/dl)	9.2%
GBA + TAG	2.2%
Total alteraciones del metabolismo de los HC	28.6%

CODE-2 Study

- **Cost sanitari mig 1.306 euros/persona/any. Depèn de las complicacions: 883, 1.403, 2.022, 2.133** sense complicacions, amb micro, amb macro, o amb les dues.
- Cost total (per a un 8% DM coneguda): 5.000 milions d'euros



Años de vida perdidos por la “diabetes”



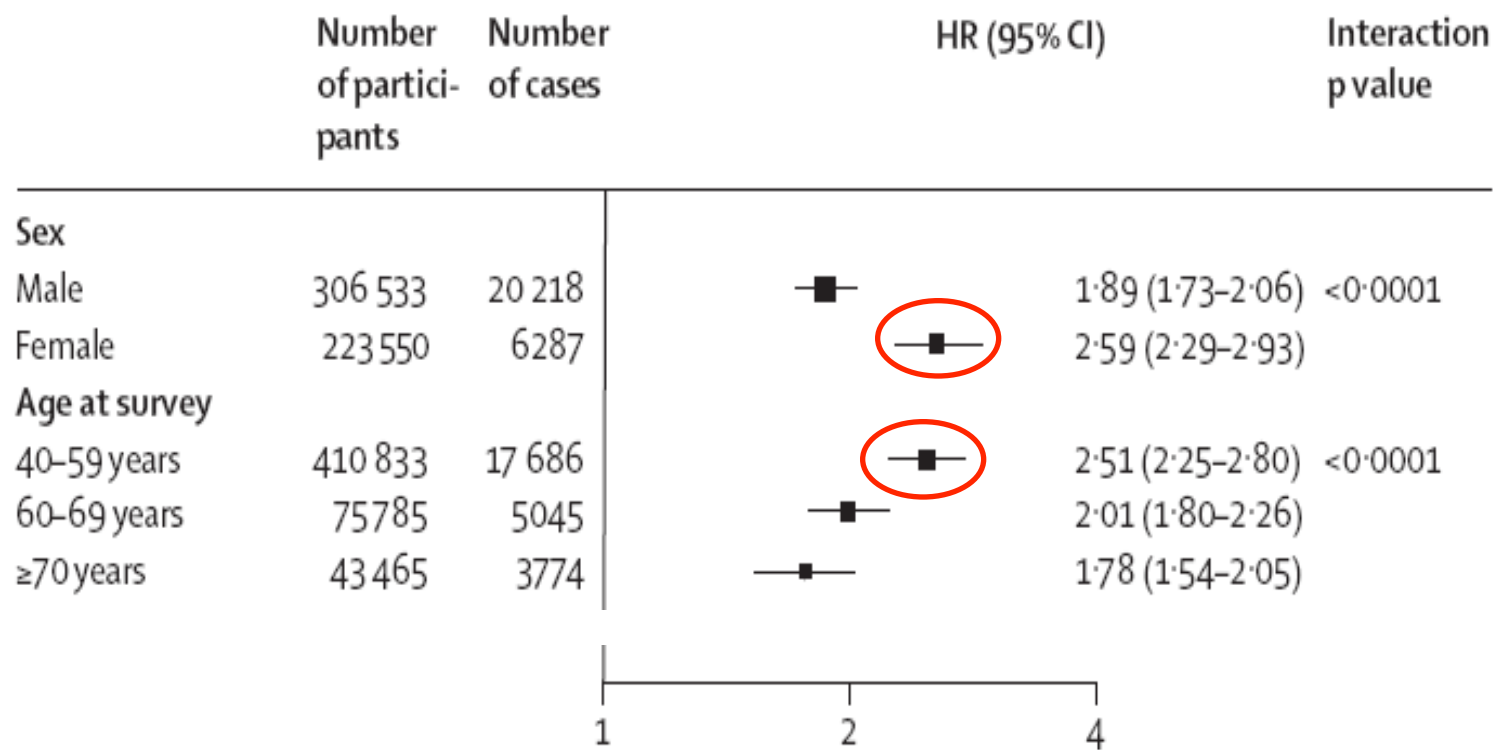
The Emerging Risk Factors Collaboration. N Engl J Med 2011;364:829-841.



DIABETES = doble riesgo cardiovascular

Riesgo relativo mayor en mujeres y en sujetos más jóvenes a pesar de tener un menor riesgo absoluto que hombres y sujetos mayores, respectivamente

A Coronary heart disease



DIABETIS: ¿Què hem de fer?

Evitar complicacions cròniques: PREVENCIÓ

Complicacions microvasculars

HbA1c

1 de cada 2 persones amb diabetis < 65 anys fora de objectius

Complicacions macrovasculars

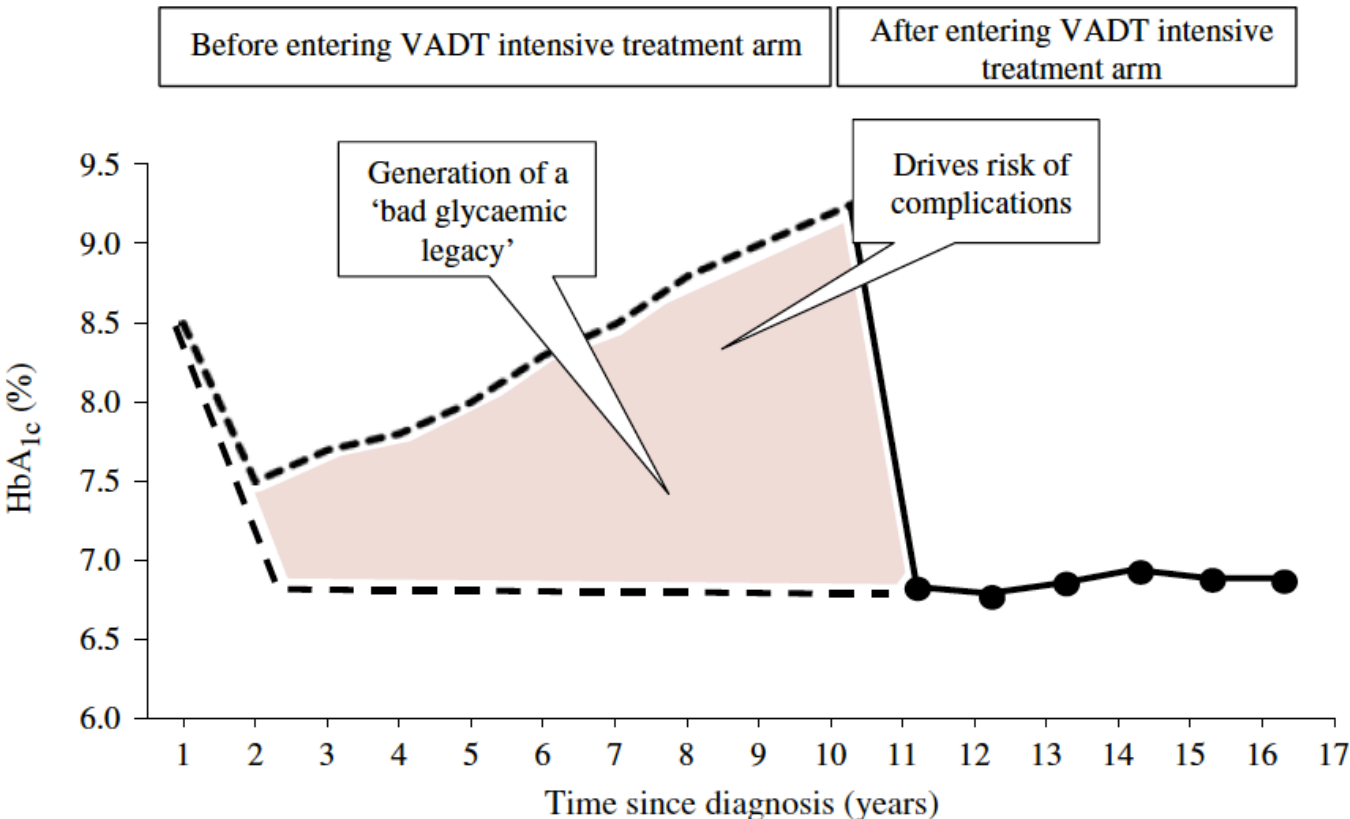
HbA1c + FRCV

12% de pacients < 65 anys tenen HbA1c, pressió arterial, y colesterol en objectius

Vinagre I, Catalunya 2012, Diabetes Care



PER A REFLEXIONAR: la memòria de la diabetis



Diabetologia 2009;52:1219-26

ACCORD, ADVANCE, VADT.

El control intensiu de la glicèmia NO sembla ser beneficiós (MCV i mortalitat) en persones grans, amb diabetis de llarga evolució, i amb complicacions cròniques associades

UKPDS.

Las persones relativament joves, amb diabetis de curta evolució, i sense complicacions associades es beneficien del control intensiu i precoç

STENO-2. MULTIFACTORIAL



Model d'Atenció tradicional al pacient amb DM2. Protagonista Nivell assistencial

Especialista Hospital

Diabetis amb c. micro i macrovasculars
TTO con TC y TCI
Educadora en diabetis
Educació grupal
Professionals molt especialitzats

Especialista de zona

Diabetis tot tipus
TTO tot tipus
Educació individual
Infermera especialitzada
Professionals aïllats
Saturat amb patologia banal

Atenció Primària

Diabetis "fàcils"
TTO oral o insulina TC
Educació individual
Infermeria no especialitzada
Heterogeneïtat professionals
↑ Carga assistencial



COMPARTIDA EN
s enllà de l'assistè
A

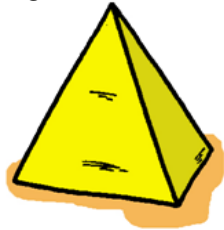
RINC
ca
na Esquerra

Model d'Atenció tradicional al pacient amb DM2

Evitar complicacions cròniques: ¿PREVENCIÓ?



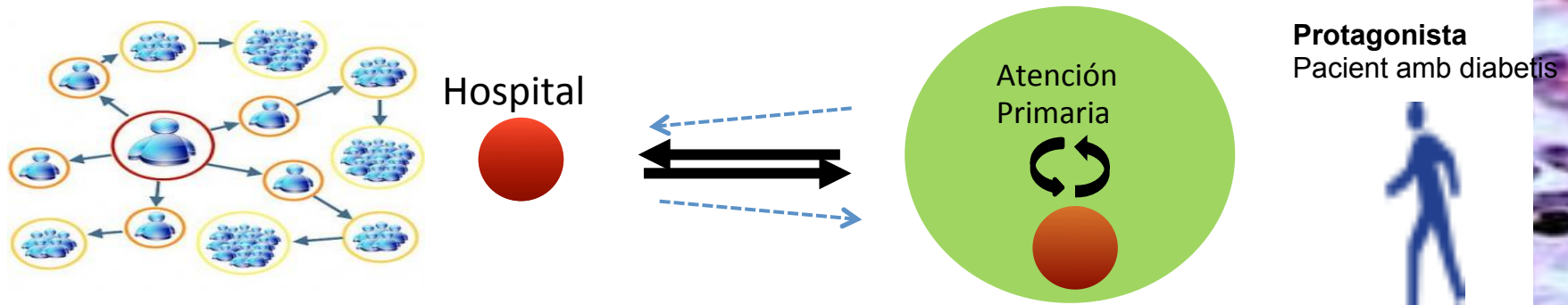
1. Sistema molt centrat en cures d'aguts, pacients d'avançada edat amb **complicacions cròniques**, o que **reacciona** davant esdeveniments.
2. Anàlisi subjectiu del problema del tipus:
 - El seu metge hagués pogut fer més
 - L'especialista no vol veure al pacient, no pot millorar el control, o només el veu un cop l'any
 - És un pacient no complidor, coneix poc la seva malaltia



Enfortir el model d'atenció a la persona amb DM2



Implantació model Asistència Integral de Salut Barcelona Esquerra (AISBE)

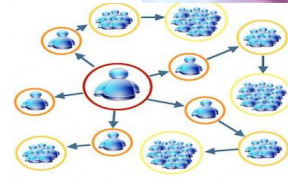


1. Aproximar nivells d'atenció (canvi en equips)
2. Influenciar l'actitud del metge (guies-evidència, objectius i incentius, etc)
3. Identificar i millorar el maneig dels pacients amb risc
4. Millorar la capacitat del pacient per la seva pròpia cura mèdica
5. Millorar els sistemes d'informació i comunicació
6. Aprofitar millor als professionals sanitaris no-mèdics

Redisseny del Model d'Atenció a la Malaltia Crònica



2007: Reorganització de l'Atenció Especialitzada-AIS-BE. HCP, juntament amb altres hospitals de la zona BE, responsable de la cura del pacient amb diabetis



Alguns problemes detectats en l'àrea de dependència de l'HCP:

1. Gran **heterogeneïtat** en la **formació** en diabetis dels professionals sanitaris (MF/INF) i en la **educació diabetològica** (individualitzada) dels pacients
2. Problema d'inèrcia **terapèutica** especialment sorprenent en:
 1. Persones amb diabetis "**fàcil i asimptomàtica**" i de curta evolució
 2. L'inici d'**insulinitzacions senzilles i molt eficaces i efectives**
3. **Model d'assistència**: percentatge significatiu de visites presencials de l'endocrí a pacients insulinitzats, amb múltiples complicacions cròniques macro/micro vasculars, y ancians. Possible **benefici individual**, **absència d'impacte** sobre la salut global de la població diabètica
4. Gran dificultat per a l'explotació útil i àgil dels sistemes d'informació

¿On continuar canvi de model?



Programa d'Atenció i Educació Terapèutica. Adreçat a persones amb Diabetis Tipus 2 de recent diagnòstic a l' AIS-BE

Aproximació
cost/benefici

4 ABS:
ICS, CAPSE,
Hospital Clínic

Bases/objetius

Programa pilot

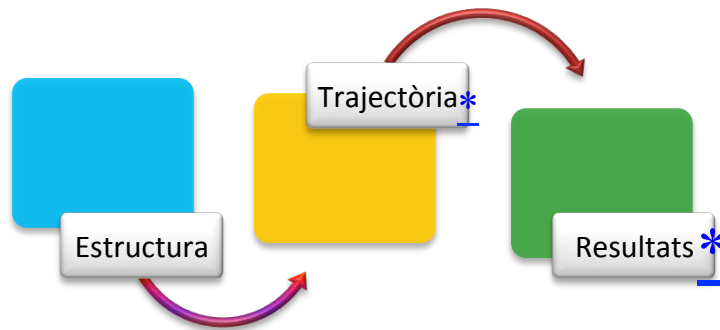
- ✓ Ordenació eficient de recursos (reducció cost mig per pacient)
- ✓ Increment cost global inicial
- ✓ Estalvi estimat fonamentat en retard de complicacions

- ✓ Incrementar diagnòstic de diabetis
- ✓ **Homogeneïtzar** i millorar l'atenció
- ✓ Anticipar/retardar complicacions
- ✓ **Educació terapèutica (grupal)**
- ✓ Extrapolable a tot l' AIS-BE



Objectius

- **Identificar** a tots els pacients amb Debut de Diabetis Mellitus Tipus 2, **disminuir el percentatge de diabetis desconeguda**, i **tenir dades de la incidència** de Diabetis Mellitus Tipus 2 en la població atesa en **el nostre territori**.
- **Millorar el tractament i el control** dels pacients amb diabetis en els primers anys de la malaltia amb la finalitat de **disminuir les complicacions cròniques** i especialment el risc de malaltia cardiovascular.
- **Que tots els debuts de Diabetis M. Tipus 2 quedin inclosos dins del programa**





Estructura

*Fase 0
diagnòstic*

*Fase 1
Alta i inclusió*

*Fase 2
Formació Grupal*

*Fase 3
Seguiment
i Alta*

Inclusió seguiment
malaltia crònica
segons
protocol del centre



Estructura

Fase 0: Visita mèdica.

Fase 1: Alta i inclusió :

- 1^a visita Infermeria
 - Adaptació pauta de tractament. Pacte
 - Valoració educativa.

Fase 2: Curs d'educació Grupal

- 3 sessions/1,5h-2h

Fase 3: Seguiment individual. Alta.

- visites Infermera: 15 dies, 3, 6, 9 i 12 mesos;
- si HbA1C > 7% control telefònic al mes
- visites mèdiques: 6 i 12 mesos

Durant tot el procés suport



1ª visita: Valoració inicial

(1 visita individual. 1h aprox.)

➤ Pacients derivats pel metge de família

- **Anamnesis complementària a la Hª Clínica:**

Es valoren i registren les necessitats educatives, de personalització de tractament en funció dels hàbits alimentàries, exercici, tabac, alcohol, medicació. A la vegada es valora:

- Vacunacions (Td, PNC, Grip),...
- Control de constants vitals: TA, FC,P, T, IMC, perímetre abdominal, RCV.
- Proves complementàries: analítica si calgués (HbA1C≥7,5%).
- **Registre de nou diagnòstic de Diabetis tipus 2**

- **Context sociofamiliar i cultural**

- convivència, nivell estudis, professió ètnia, barreres,...



1ª visita: Valoració inicial

(1 visita individual. 1h aprox.)

- **Adaptació del pla d'alimentació.**

S'individualitzarà i pactarà el pla d'alimentació:

- necessitats nutritives i metabòliques, horaris, activitat física i pauta farmacològica, i registres dietètics,
- repartiment dels hidrats de carboni HC (volums adaptats a racions de 10gr d'HC, metodologia CLINIC got mesurador)
- **Qüestionaris:** Enq. Sociodemogràfica, hàbits alimentaris (dieta mediterrànea), Euroqol (qualitat de vida)
- **Adaptació del pla d'activitat física.**
Qüestionari IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*)
- **Explicació programa** i visites de seguiment.
 - possibilitat de consultar via telefònica,
 - **tríptic del Programa d'Atenció i Educació Terapèutica,**
 - valoració i cita per a curs d'educació grupal i visites de seguiment



2a visita: valoració post educació inicial. (als 15 dies)

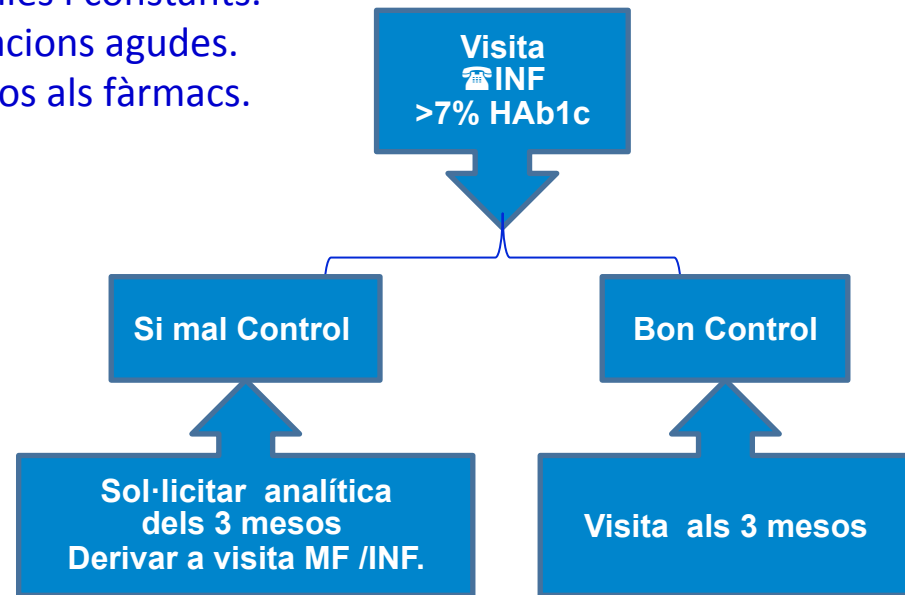
- Valoració del estat anímic del pacient i família:
 - preocupacions, dubtes, pors respecte el debut de la diabetis
- Valoració de compressió realitzada per el pacient i adequació de les indicacions del professional:
 - Respecte el pla d'alimentació i exercici.
 - Adherència terapèutica i compliment
- Explicació de la Técnica de mesura de glucèmia si $>7\%$ HbA1c o per indicació del tractament.
 - La informació del control glucèmic, tècnica i objectius a aconseguir
- Si calgués realitzaríem les proves complementàries pendents: analítica si calgués, ECG, FO.

Registre en el diari del pacient del pactes per la propera visita.



3a visita: valoració Telefònica. (al mes)

- Valoració del estat anímic del pacient i família:
 - preocupacions, dubtes, pors respecte el debut de la diabetis.
- Valoració de compressió realitzada per el pacient i adequació de les indicacions del professional:
 - Respecte el pla d'alimentació i exercici.
 - Adherència terapèutica i compliment
- Comprovació: de valors glucèmies i constants.
- Comprovació: de descompensacions agudes.
- Comprovació: d'efectes adversos als fàrmacs.



Visites de seguiment i alta del programa (als 3, 6, 9 i 12 mesos)

Es treballaran els diferents objectius educatius pactats i l'adaptació del tractament d'acord a les necessitats individuals.

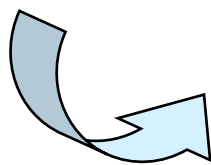
- **Pla dietètic:** pes, equivalències glucídiques; adaptació en cas d'HTA i hipercolesterolèmia; dificultats
- **Activitat física** (freqüència i dificultats)
- **Tractament farmacològic** (adherència i dificultats).
- **Complicacions agudes:** hiperglucèmia; hipoglucèmia (freqüència , prevenció i tractament)
- **Glucèmia capil·lar:** tècnica , freqüència i valoració de resultats .
- **Factors de risc cardiovasculars:** TA, FC, IMC, perímetre abdominal i càlcul RCV si procedeix. Si tabac i alcohol suport específic per a deshabitució.
- **Peu:** Exploració i classificació del grau de risc (si no s'ha fet a la primera visita).
 - Grau d'autonomia visual i articular per l'autocura profilàctica
 - Objectius educatius segons risc baix o alt.
 - En cas de consulta interdisciplinària consultar guia peu [si cirurgia vascular de referència en HCP] .
- **Revisió boca**



Visites de seguiment i alta del programa (als 3, 6, 9 i 12 mesos)

- A la visita dels **3 mesos** es valorarà **si cal demanar nova analítica** (si HbA1C $\geq 7,5\%$) per la visita mèdica (visita mèdica 6 mesos) per valoració i si calgués sol·licitarem les proves complementàries pendents: **FO**.
- A la visita dels **6 mesos**:
 - **Avaluació dels coneixements** sobre la malaltia a través del qüestionari **ECODI**
 - **Test d'adherència al tractament SCI-R**
- A la visita dels **9 mesos**: es passar el **test de qualitat de vida Euro Qol** i es demanarà **visita metge** (visita 12 mesos) i proves (analítica, ECG i Fons d'ull si no s'han realitzat prèviament)
- Visita als **12 mesos** (visita individual d'1h aprox.):
 - Avaluació conjunta Equip Sanitari: pla terapèutic seguit i a seguir pel pacient i sortida del programa.
 - **Tests d'activitat física IPAQ**
 - Recollida de **dades alimentàries** (dieta mediterrània).

Quan es valora que el pacient va progressant en ***l'adquisició de competències*** i s'han assegurat les més bàsiques en cada cas, es donarà ***d'alta de programa a la visita dels 12 mesos***



***Inclusió seguiment
malaltia crònica
segons
protocol del centre***



Educació terapèutica



Fonamental si volem optimitzar els resultats del tractament perquè

- els **programes d'educació estructurats** fomentin el “empowerment” de la pròpia persona i tenen més probabilitat de modificar en sentit favorable els comportaments de salut de les persones, últim objectiu de l'educació.

Amb el **Curs d'Educació Grupal** es pretenen dos **objectius**:

- complementar l'educació individualitzada que rep el pacient i/o familiar a la consulta
- crear un foro on el pacient pugui reflexionar sobre la malaltia per desmitificar-la i integrar-la a la seva quotidianitat.



Continguts

1^a sessió:

- **Presentació** dels participants i objectius del curs.
- **Diabetis, tipus, bases del tractament** no farmacològic i farmacològic.
- **L'automesura**
- **Factors de risc** cardiovascular, de forma especial el tabaquisme.
- **Viure amb la diabetis**

2^a sessió:

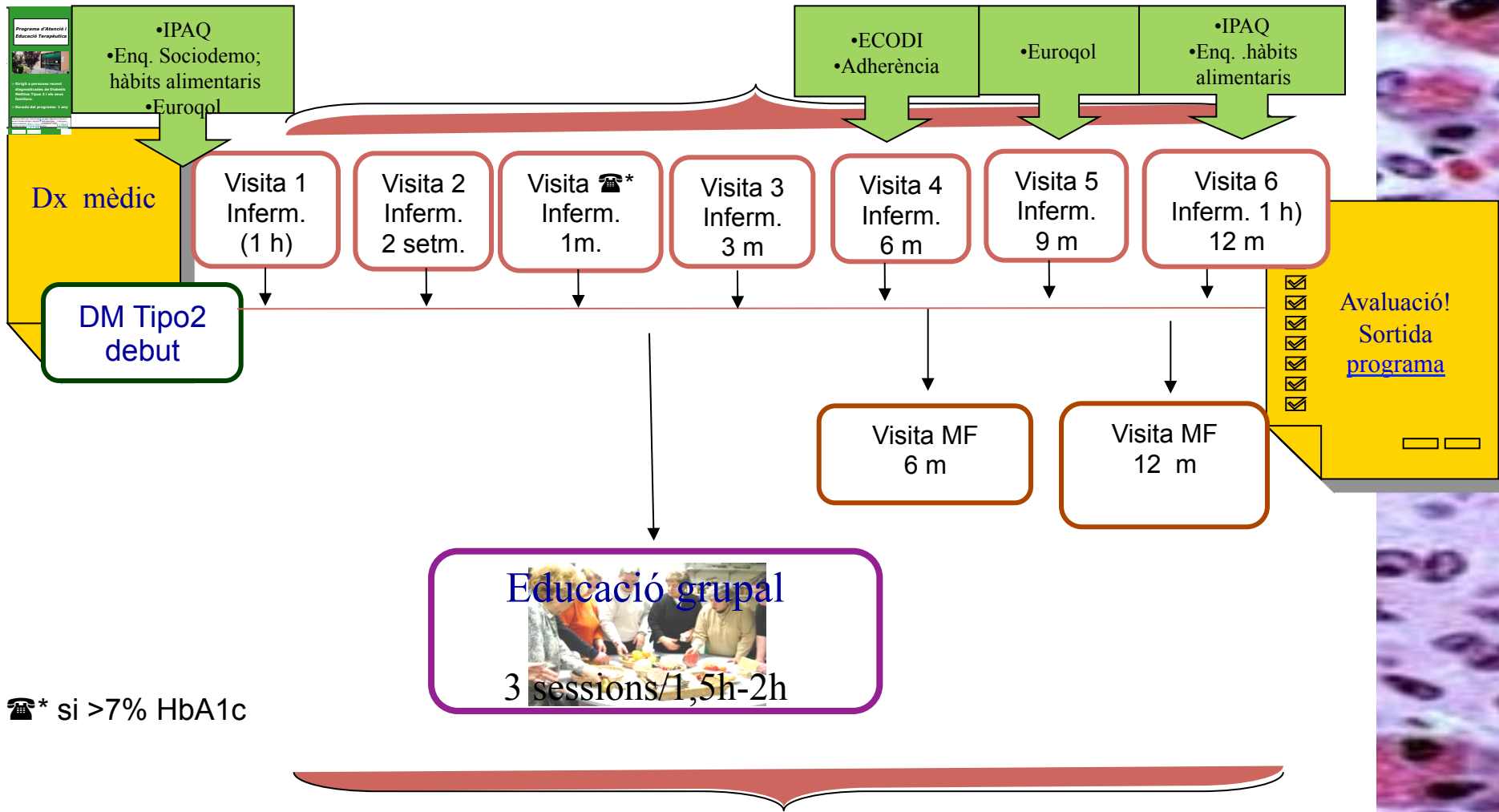
- **Alimentació** saludable.
- **Exercici físic**

3^a sessió:

- **Complicacions agudes:** hiper- hipoglucèmia i situacions especials
- **Complicacions cròniques:** estratègies de prevenció i detecció precoç.
- **Profilaxis de lesions al peu** segons risc.
- **Posada en comú de l'experiència i valoració** de la intervenció grupal



Trajectòria



Avaluació Resultats Pacient



Qüestionaris validats

Resultats

4.1 Avaluació pacient	Inici	V2 15 dies	V ☎ 1mes	Curs Grupal	V3m	V6m	V9m	V12m
Control metabòlic HBA1c * si>7.5% HbA1c	X				X *	X		X
•Nº de consultes agudes per Complicacions agudes	X	X	X		X	X	X	X
•Alimentació Pes i equivalències	X							
•Si glucèmia capil·lar; *>7% HbA1c tècnica d'automesura		X*	X*		X*	X*		
•Registre dieta mediterrània★	x							x
•Registre d'hàbits alimentaris 4dies previs	x							
•Registre sociodemogràfic	x							
•Activitat física test IPAQ★	x							x
•Qualitat de vida EuroQoL★	x						x	
•Adherència a l'autocura SCI-R★						x		
•Coneixements ECODI★						x		
•Valoració de Grupal				X 3a Sessió				
•ECG		X						
•Revisió oftalmològica					X			
•Segons guia del peu: revisió i educació Risc Baix Risc Alt							X	
•Barreres, actitud, suport familiar entrevista estructurada	X	X		X	X	X	X	X
•Realització del grup				X				

Avaluació Resultats del programa



Resultats

Nº de pacients que han :

- Nº de registres de DM2 DEBUT.
- Aconseguit HbA1c < 7% ; 7%- 7,9% ; 8%- 9,9%; >10%
- Realitzat seguiment fins al t12 mesos
- Realitzat curs en grup .
- Ingressat per complicacions agudes.
- Nº de consultes telefòniques
- Nº de visites urgents (CAP o Hospital Dia) o no programades per motiu de la seva diabetis



Documentació de suport

- Tríptic informació al pacient/família del programa
- Guia pràctica pels professionals
- Diari del pacient
- Material educatiu
- Registre informàtic unificat
- Formació als referents del programa



DOCUMENTACIÓ DE SUPORT *

Justificació

- La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la forma más común de diabetes. En nuestro entorno, más del 10% de la población tiene DM2.
- La colaboración entre la persona con diabetes y su familia y el equipo de salud es imprescindible.

Objetivos del Programa

- Garantizar un tratamiento adecuado y optimizar el control de los pacientes disminuyendo posibles complicaciones.
- Facilitar a las personas con diabetes y a sus familiares los conocimientos y habilidades necesarios para poder autogestionar su enfermedad, mejorando su adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

Fases del Programa

- 1. Diagnóstico e inclusión en el programa.** Su médico de familia, después de las pruebas diagnósticas necesarias, le informará de los resultados y de su tratamiento, le facilitará este tríptico junto con una encuesta sobre hábitos de ejercicio físico y alimentación y le derivará a su enfermera, la cita se le gestionará este mismo día en su centro.
- 2. Primera visita de enfermería.** Su enfermera mantendrá con usted una visita (de aprox. 1 h) en la que de forma conjunta y estructurada, se registrará información relativa a sus hábitos de vida y a su actividad física, incluida la encuesta que le entregó su médico de familia. En función de los datos obtenidos, pactarán un plan individual de hábitos diarios, incluidos los dietéticos y se facilitará diverso material formativo.

3. Curso básico de Educación Terapéutica en Grupo.

Unas semanas después participará en 3 sesiones grupales, en grupos reducidos formados por 8 o 10 personas con diabetes y familiares, con una duración media de 1,5 h, en las que se trabajan de forma interactiva nuevos conocimientos y habilidades básicas (qué es la diabetes, tipos y bases del tratamiento, complicaciones agudas, alimentación, factores de riesgo, complicaciones crónicas, etc.) y cualquier duda que le pueda surgir.

- 4. Seguimiento individual.** Además de las 2 visitas previas que habrá tenido con su médico y su enfermera, el programa prevé de 6 a 7 visitas adicionales de seguimiento individual: 5-6 visitas de enfermería y 2 visitas con su facultativo (a los 6 meses y al año).

5. Durante todo el proceso cuenta también con el apoyo siguiente:

- **Soporte telefónico:** Podrá consultar telefónicamente cualquier duda dentro del horario de su centro. **Tel. 93 227 55 90 / 93 227 55 99.**
- **Forum Clínic:** Web sanitaria del Hospital Clínic de Barcelona, en donde puede consultar y encontrar información relacionada con la diabetes.

<http://www.forumclinic.org/enfermedades/la-diabetes>.

Programa d'Atenció i Educació Terapèutica



➤ **Dirigit a persones recent diagnosticades de Diabetis Mellitus Tipus 2 i els seus familiars.**

➤ **Durada del programa: 1 any**

Programa avalat per: Àrea Integral de Salut "Barcelona Esquerra"; Servei d'Endocrinologia i Nutrició de Hospital Clínic de Barcelona; Institut Català de Diagnòstic i Referència Científica; Consorci CAPS Primària de Salut Hospital Clínic.



Programa d'Atenció i Educació Terapèutica. Debut DM2

PROGRAMA DE FORMACIÓ D'EQUIPS METGE - INFERMERA REFERENTS EN DIABETIS (DEBUT A LA DM2)

11-13 de Gener 2012

Unitat de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició
Hospital Clínic de Barcelona



Disseny del programa



Formació dels referents
1 MF+2 inf.

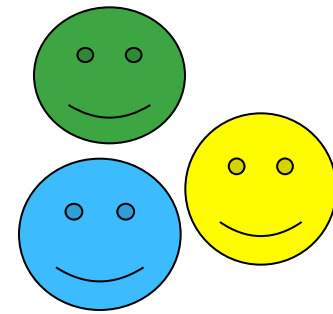


...10 mesos

Difusió i **implantació**
en els equips



Portem 10 mesos...



- Centres participants (C.S Casanoves, C.S. Comte Borrell, C.S.les Corts i C.S Dr. Carles Ribas)
- S'estan fent tallers d'educació grupal en cada centre
- La valoració dels participants és molt positiva
- Explotació de dades a partir de mes del d'abril



Referents del Programa Pilot de DM2



Moltes gràcies!!


Estimació de la població dintre del programa

- **Població estimada 113.538 habitants**
- **Valors anuals actuals.** Es pren com a referència el total de pacients diagnosticats durant els últims 12 mesos. En els 4 EAP inclosos en el pilot, aproximadament, **360**.
- **L'objectiu anual després de l'implantació del programa** (en base a indicadors indirectes de bona praxi en el diagnòstic de la Diabetis Tipus 2 en AP) és arribar a **l'increment del 50%**: en total **540** pacients diagnosticats i inclosos en el programa



Debut de Diabetis Mellitus Tipus 2. Cost i estalvi potencial



-  Cost global .
- **NO** Cost mitjà / pacient ordenació eficient de recursos.
- **NO** Recursos addicionals, almenys en les primeres fases.

	Actuales*		Total	Programa
	Diagnosticados	Sin Diag.		
Pacientes (aprox.)	450	225	675	675
TOTAL COSTES	301.622	62.432	364.053	431.930
TOTAL COSTE POR PACIENTE	670	277	539	640

Hipòtesi:

Per cada any que el pacient es manté al nivell 1 vs nivell 2 de gravetat: estalvi aprox 520 €/pacient i any
estalvi aprox 350.000 € total anual
(5 vegades despesa addicional del programa).

il·lustratiu

