



CARTAS CIENTÍFICAS

Apoyo telefónico, control glucémico y visitas a la unidad de diabetes en pacientes insulinizados



Phone coaching, glycemic control and diabetes unit visits in patients treated with insulin

La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica de prevalencia creciente a escala mundial que requiere de atención permanente de los profesionales sanitarios y autocuidados por parte del paciente, con la finalidad de prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de las tardías¹. En este sentido, la mayoría de los pacientes con DM2 en tratamiento insulínico se benefician de una autonomía supervisada por el profesional sanitario que evite la toma de decisiones incorrectas en el ajuste de dosis de insulina y que permita, por un lado, ser lo más independiente posible y, por otro, tener la seguridad de que las decisiones que toma el paciente son validadas. Este apoyo es especialmente importante en los períodos de peor control metabólico (por ejemplo al inicio de la insulínización) donde se requieren continuas revisiones de la terapia, lo que no siempre es posible de forma presencial, sobre todo en áreas sanitarias con importante dispersión poblacional y en pacientes con dificultades de traslado por motivos económicos, laborales o de salud^{2,3}. Diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis apoyan la efectividad del seguimiento telefónico sobre el control metabólico en pacientes con diabetes^{3–8}, y así la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía recomienda la utilización de dispositivos de telefonía móvil y mensajería SMS para la monitorización intensiva de pacientes con diabetes, estableciendo la necesidad de realizar estudios sobre la efectividad clínica que demuestren que esta modalidad de seguimiento sea al menos igual de efectiva que la atención presencial⁹.

En la Unidad de Diabetes del Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz) disponemos de un protocolo de atención compartida entre facultativos y educadoras en diabetes para pacientes con DM2 mal controlados que inician o intensifican el tratamiento insulínico, en el cual se ofertan visitas presenciales intermedias en el Hospital de día de Diabetes o contactos telefónicos concertados cada 15-30 días por parte de la educadora hasta optimización del control glucémico, siendo el paciente el que elige la modalidad de seguimiento

en función de sus necesidades. Independientemente de este programa de seguimiento presencial o telefónico, todos los pacientes atendidos en nuestra unidad pueden contactar telefónicamente con nuestro Hospital de día si lo necesitan. Con el objetivo de evaluar la efectividad sobre el control metabólico y el número de visitas y contactos con la Unidad de Diabetes en función de la modalidad de seguimiento se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo realizado en 154 pacientes (edad media: 64,7 ± 11,6 años; 53% mujeres) con DM2 (13,9 ± 10,1 años de evolución media) con mal control metabólico (HbA1c media: 10,4 ± 1,3%) los cuales han iniciado o intensificado el tratamiento insulínico en el último año y han sido seguidos un mínimo de 6 meses. Se han evaluado dos cohortes de pacientes: modalidad de seguimiento presencial (84 pacientes; 55% del total) y modalidad de seguimiento telefónico (70 pacientes; 45% del total), sin diferencias entre grupos de forma basal en ninguna de las variables clínicas analizadas a excepción del hábito tabáquico, que fue mayor en el grupo con seguimiento presencial (22 vs. 9%, p=0,02).

Los pacientes de seguimiento presencial y telefónico presentaron similares niveles de HbA1c al inicio (10,2 ± 1,3 vs. 10,5 ± 1,4%), a los 3 meses (8,8 ± 1,2 vs. 9,1 ± 1,1%) y 6 meses de seguimiento (8,1 ± 1,2 vs. 8,3 ± 1,1%), sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas. Sin embargo, el grupo de seguimiento telefónico realizó un menor número de visitas al facultativo (media de 3,3 ± 1,0 vs. 2,5 ± 0,7 visitas al facultativo durante el seguimiento; p: 0,001) y a la educadora (media de 3,8 ± 1,0 vs. 1,7 ± 1,0 visitas a la educadora durante el seguimiento; p < 0,001), a expensas de un mayor número de contactos telefónicos al Hospital de día de diabetes (media de 1,9 ± 0,9 vs. 0,2 ± 0,3 contactos telefónicos durante el seguimiento; p < 0,001).

En conclusión, nuestros resultados apoyan la idea de que el seguimiento telefónico en pacientes con DM2 mal controlados presenta una similar efectividad para mejorar el control metabólico que el seguimiento presencial^{6–8}, aunque con un menor número de desplazamientos al Centro Sanitario, lo cual posiblemente contribuya a mejorar la satisfacción del paciente y reducir los costes indirectos por desplazamientos innecesarios. Por último, la atención telefónica al paciente con diabetes probablemente pueda contribuir a mejorar la autogestión del tratamiento insulínico y la educación diabetológica del paciente, promoviendo una mayor implicación en el autocuidado de la diabetes con el apoyo y supervisión de profesionales sanitarios¹⁰.

Financiación

Este estudio ha sido parcialmente financiado por la Beca «Innovando en la atención a pacientes crónicos» concedida por Laboratorios Esteve.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2016;39 Supplement 1:S39–46.
- Carral F, Ayala C, Jiménez AI, Piñero A, García C, Prieto M. Página Web DiabeTIC: Estudio piloto de la satisfacción e impacto sobre el control metabólico. *Endocrinol Nutr*. 2013;60:441–6.
- Zhai YK, Zhu WJ, Cai YL, Sun DX, Zhao J. Clinical and cost-effectiveness of telemedicine in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2014;93:1–11.
- Liang X, Wang Q, Yang X, Cao J, Chen J, Mo X, et al. Effect of mobile phone intervention for diabetes on glycaemic control: a meta-analysis. *Diabet Med*. 2011;28:455–63.
- Huang Z, Tao H, Meng Q, Jing L. Management of endocrine disease. Effects of telecare intervention on glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Endocrinol*. 2015;172:R93–101.
- Naeti Suksomboon, Nalinee Poolsup, Yuu Lay Nge. Impact of phone call intervention on glycemic control in diabetes patients: A systematic review and metaanalysis of randomized, controlled trials. *PLoS One*. 2014 19;9:1–7.
- Holtz B, Lauckner C. Diabetes management via mobile phones: a systematic review. *Telemed J E Health*. 2012;18:175–84.
- Peterson A. Improving type 1 diabetes management with mobile tools: a systematic review. *J Diabetes Sci Technol*. 2014;8:859–64.
- Márquez S, Canto R. Telemedicina en el seguimiento de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus. Revisión sistemática y evaluación económica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Klonoff DC. Using telemedicine to improve outcomes in diabetes-an emerging technology. *J Diabetes Sci Technol*. 2009;3:624–8.

Begoña Sánchez Lechuga^{a,*},
Florentino Carral San Laureano^b,
Carmen Ayala Ortega^b, Antonia Piñero Zaldivar^b
y Coral Expósito Carbal^b

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bsanchezle@gmail.com
(B. Sánchez Lechuga).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2017.03.002>
2530-0164/

© 2017 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Endocrinología y nutrición: evolución de la elección de la especialidad en los últimos años



Endocrinology and nutrition: Evolution of the choice of specialty in the last years

El ejercicio de la especialidad de Endocrinología y Nutrición en España requiere el Grado en Medicina así como el desarrollo de la formación sanitaria especializada en dicha área¹. Para acceder a dicha formación es indispensable la realización de un examen de acceso nacional, convocado anualmente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) denominado MIR. Tras el examen, a los aspirantes se les asigna un número de orden con el que se convierten en potenciales electores de una de las plazas de formación especializada². Cuanto más alta es la puntuación, menor es el número de orden, correspondiendo el número uno al elector o la electora de máxima nota y el primero en escoger plaza de formación especializada. El acto de elección y asignación de plazas es convocado por el MSSSI y sus datos son públicos. Endocrinología y Nutrición supone una de las especialidades ofertadas anualmente. La presente comunicación pretende analizar la oferta y la demanda de la especialidad en los últimos años y presentar el mapa de las comunidades autónomas y centros solicitados con mejores

puntuaciones de número de orden. Para ello se han analizado los datos oficiales de asignación de plazas del MSSSI desde la convocatoria del MIR 2006 hasta la del 2015, que correspondió a los actos de asignación de plaza celebrados en 2016. En el análisis se aporta el dato de media, valor máximo y mínimo, así como mediana y percentiles 25 y 75 de número de orden. Dada la asimetría de la distribución de los números de orden se han utilizado las medianas para realizar las comparaciones.

Desde el año 2006 hasta el 2015 el número de plazas ofertadas de Endocrinología y Nutrición ha oscilado entre el mínimo de 56 en 2006, al máximo de 76 en 2012. El número de plazas ofertadas fue creciendo progresivamente hasta 2012. Desde entonces sufrió un mínimo descenso, paralelo al descenso de las plazas totales con un total de 72 plazas ofertadas en 2015.

En el periodo entre 2006 y 2015 el número de orden mínimo con el que se cogió la especialidad ha sido 3 y el máximo 4143, suponiendo esta, la plaza que se ha elegido en última instancia en el periodo considerado. La mediana de número de orden para la elección de la especialidad en ese periodo fue de 1394, y la media de 1503,7. Restringiendo el análisis a los últimos cinco años, la mediana fue de 1624,5 y la media de 1696,1. En su evolución anual la mediana ha experimentado leves variaciones, influidas en parte, por el número de plazas ofertadas en Endocrinología y Nutrición cada año. La mediana máxima o más alta fue en el año 2012