

# Evaluación de la Estrategia de Diabetes Mellitus del Sistema Nacional de Salud en Asturias 2019

## Resumen

Este es un resumen muy abreviado del documento completo que aborda aspectos muy amplios y, a su vez, muy concretos sobre los determinantes de la diabetes así su magnitud y los resultados en salud de la presencia de esta enfermedad.

En el año 2012, en Asturias, se había hecho una evaluación anterior atendiendo a los indicadores existentes en aquel momento que fueron cambiados en el mismo año 2012.

La Diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que causa la muerte prematura y supone un deterioro de la calidad de vida de las personas afectadas y que es altamente prevalente en nuestro entorno. Es la primera causa de ceguera prematura, de necesidad de diálisis o trasplante renal y de amputaciones en miembros inferiores así como de cardiopatía isquémica e ictus.

### DETERMINANTES SOCIALES:

Esta enfermedad, en especial su variante DM tipo 2 está condicionada socialmente tanto en términos de vulnerabilidad, exposición y de acceso diferencial a muchas actividades sociales y en su seguimiento y control posterior. En este documento exponemos todos los determinantes tal y como los recogen la OMS y otras organizaciones.

La **contaminación atmosférica** es un determinante para la DM debido a generación de procesos inflamatorios y de incremento del riesgo de la enfermedad especialmente en DM tipo 2 y en personas no fumadoras, con dieta saludable y no sedentarias. Además, la contaminación genera más vulnerabilidad en personas con DM respecto a las no diabéticas, especialmente eventos cardiovasculares. Los efectos se observan incrementados en personas obesas y están más relacionados con niveles elevados de NOx.

En Asturias en los últimos años se ha observado un marcado descenso de las emisiones anuales de partículas (PM10 y PM2,5), así como de **gases acidificantes y eutrofizantes**, especialmente **NOx y SOx** estando sus niveles muy por debajo de los valores límite para la protección de la salud humana. No obstante en el último año recogido se han incrementado los niveles de NOx.

Las personas con DM no perciben su **entorno ambiental** de manera diferente a las no diabéticas.

No obstante, en su **vivienda**, las personas con DM tienen mayor riesgo de no mantener adecuada la temperatura del hogar en invierno. Esa vivienda, en DM, suele ser ligeramente más amplia y con más dormitorios que en personas no diabéticas, con una mayor probabilidad de vivir en pisos sin ascensor y con una mayor frecuencia de existencia de barreras arquitectónicas en el acceso al edificio, lo que condicionará su movilidad funcional.

Las personas con DM tienen menor frecuencia de **estar expuestas a humo de tabaco** ambiental y cuando sucede es mayoritariamente en el domicilio y, si fuman, exponen menos a las personas con las que comparten el aire.

Una gran proporción de personas con DM, especialmente DM tipo 2, son personas mayores con mayor proporción de **envejecimiento**, con bajos **niveles educativos** siendo escasos los estudios universitarios, procedentes, en su mayor parte, de familias sin estudios tanto de sus padres o sus madres.

Las personas con DM tienen una menor frecuencia de **actividad laboral**, así como las personas con las que conviven en su hogar, si bien debido a que muchas ya están retiradas o jubiladas pocas no han trabajado nunca. De ellas, hay una menor proporción de trabajadores por cuenta ajena, y si lo han hecho, con jornadas a tiempo completo con horarios de jornadas continua y mayor riesgo de stress en su trabajo, y menor satisfacción en su trabajo, y mayor preocupación por perder su trabajo.

En la **posición social** hay una mayor proporción de personas con DM en las clases sociales más desfavorecidas, pero también entre las más acomodadas. No han tenido más riesgo de problemas de pagar determinados servicios, recibos, compras aplazadas, etc. más bien al contrario. No obstante, en **ingresos económicos**, tienen de promedio una mediana de ingresos inferior a las personas no diabéticas con la mayor parte de los ingresos procedentes de jubilaciones, retiro o viudedad.

En las personas con diabetes, hay menor proporción de personas que consideran su **vida social satisfactoria** o muy satisfactoria, hay mayor proporción de personas que **necesitando ayuda** la han tenido siempre o frecuentemente, hay menor proporción de personas que nunca o casi nunca tienen tiempo libre para dedicar a sí misma (**tiempo de asueto...**). Además, no tienen un peor **apoyo social** que las no diabéticas en términos cualitativos y cuantitativos. Tienen una menor proporción de participar en **actividades solidarias**.

La mayoría de las personas con DM han **nacido** en España, con menor proporción de personas con **nacionalidad** extranjera.

Las personas con DM tienen un **hogar promedio** más pequeño que las no diabéticas, conviviendo con menos personas, aunque viven más frecuentemente con su cónyuge y menos con parejas. Hay una mayor frecuencia de **soledad** en personas con DM.

La pérdida de **Calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS) en las personas con DM es considerable, alterando ampliamente su actividad cotidiana. Los niveles indican progresión en la enfermedad hasta su fallecimiento. La diferencia de CVRS obtenida no es debida a una mayor prevalencia en edades más altas, pero sí se observa que se acentúa aún más con la edad en mujeres que en hombres. La pérdida de CVRS sucede en las cinco grandes dimensiones de EQ-5D (caminar, lavarse, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión).

Respecto a los **estilos de vida**, en las personas con DM hay una mayor proporción de personas que tienen **vida sedentaria** tanto en su actividad principal como en tiempo libre. Solo 2/3 de personas con DM camina al menos 10 minutos diarios, y pocas caminan deprisa o hacen práctica deportiva. A pesar de estar recomendado, en las personas con DM a solo un 70% se le ha **recomendado hacer algún ejercicio**. A un 26% nunca se le recomendó facultativamente. Las personas con DM **duermen** lo mismo y **descansan** lo mismo que las no diabéticas.

En la **alimentación**, desayunan más frecuentemente las personas con DM, siendo en comidas principales el consumo de fruta superior (más veces y más cantidades) lo mismo que el pescado, las verduras y hortalizas (más veces y más cantidades), las legumbres. Hay en personas con diabetes un menor consumo de huevos, embutidos y fiambres, dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales, caramelos), de bebidas azucaradas o con gas, de comida rápida y precocinada. Aún, habiendo menor consumo que en personas sin diabetes todavía hay un 3% de personas con ella que consumen tres o más veces por semana chucherías. El consumo de zumo de frutas o verduras es muy inferior en personas con DM. Las comidas se hacen, principalmente, en el domicilio, tanto desayuno como principales. Hay mayor recuerdo de haber hecho una dieta alimentaria en personas con DM.

Las personas con DM **fuman** solo un poco menos que la población general, y un 56% de ellas son fumadoras intensas y aunque se han iniciado en el hábito un poco más tarde su historial tabáquico se extiende muchos años. De las personas fumadoras con DM un 86% ya ha intentado dejar de fumar y solo a un 80% le ha recomendado un médico/a dejar de fumar. El consumo diario de **alcohol** es ligeramente superior en personas con DM aunque un 42% dice no haberlo probado nunca. En personas con DM, el **consumo de riesgo crónico** en días laborales es muy superior al de la población no diabéticas. En cambio, en fines de semana las diferencias son inversas. En personas con DM, el **consumo intensivo episódico de alcohol** es muy superior (2x) que en personas no diabéticas.

Las personas con diabetes tienen de promedio un **peso** de 80,1 kg, cifra muy superior a las no diabéticas. La **altura media** declarada de la población diabética adulta asturiana de cualquier edad realizada es de 164,9 cm menor que la de la población no diabética, por consiguiente hay una mayor proporción de personas con **sobrepeso** (39%) y **obesidad** (37%) en la población con DM y tienen una mayor proporción de **opinión de tener un peso por encima** de lo normal.

Las personas con DM han hecho más frecuentemente uso de **medidas preventivas**, pero aún hay proporciones elevadas de personas enfermas que no controlan su tensión arterial, glucosa, colesterol, no se vacuna contra la gripe, no se hace citologías vaginales y nunca se protege del sol al aire libre.

## **INDICADORES DE LA ESTRATEGIA:**

### **GLOBALES:**

La **prevalencia** de DM según la Encuesta de Salud es del 8,5% de población adulta (15 y más años) aumentando con la edad y ligeramente superior en hombres. La prevalencia registrada en Atención primaria en 2018 es del 7,1% del total de población (75.556 personas, 40.021 hombres y 35.545 mujeres) aumentando con la edad, llegando a ser del 10,8% en 75-84 años de edad.

Existen problemas para codificar adecuadamente la **mortalidad** por la diabetes, especialmente a la hora de asignar la causa principal de la defunción y dado que la diabetes es una comorbilidad en muchos procesos, algunos de ellos más letales que esta. En 2016 en Asturias han fallecido por DM 288 personas, tasa bruta de 27,8 por cien mil habitantes, tasa ajustada Europa de 9,1, con **una mortalidad prematura** de 264 APVP, y tasa ajustada APVP de 31,1 y un 1% de porcentaje de APVP.

## **LINEAS ESTRATEGICAS**

### **1. Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria**

**Objetivo 1:** hay una prevalencia de **sobrepeso** del 36,2% en personas de 15 y más años de edad. Estos valores son inferiores a los valores objetivo de la propia Estrategia (38% en adultos) y tanto en hombres como en mujeres. La cifra es considerablemente superior en hombres (43%) que en mujeres (30%) y es mayor en las personas con mayor edad. La **obesidad** alcanza el 18,4% en personas de 15 y más años de edad. Estos valores son ligeramente superiores a los valores objetivo de la propia Estrategia (16% en adultos) y solo en mujeres (19,1% vs 15% en mujeres como valor objetivo de la Estrategia). La cifra es considerablemente ligeramente inferior en hombres siendo mayor en las personas con mayor edad.

**Objetivo 2:** El **sedentarismo** en la actividad principal del 36,5% en personas de 15 y más años de edad. Esas cifras son muy superiores a las cifras objetivo de la Estrategia (13,3% en hombres y 10,9% en mujeres). La cifra es superior en hombres que en mujeres y es mayor en los dos extremos etarios.

**Objetivo 3:** hay una prevalencia de **consumo diario de fruta** del 62,4% en personas de 15 y más años de edad. Esas cifras son inferiores a las cifras objetivo de la Estrategia (70%). La cifra es inferior en hombres que en mujeres y es mayor a más edad. El **consumo diario de verduras u hortalizas** del 34,3% en personas de 15 y más años de edad. Esas cifras son inferiores a las cifras objetivo de la Estrategia (62%). La cifra es inferior en hombres que en mujeres y es mayor a más edad.

**Objetivo 4:** En Asturias se realizan múltiples de **acciones sobre promoción de la salud**. En el documento se registran cerca de 700.

**Objetivo 5:** En Asturias hay dos hospitales acreditados y uno en proceso de **acreditación por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)**.

De los niños y niñas menores de 15 años, un 63,8% de ellos y ellas recibió lactancia materna exclusiva durante al menos seis meses. Un 56,3% de ellos y ellas tenía **lactancia materna exclusiva** en el momento del alta del hospital.

## 2. Diagnóstico precoz

**Objetivo 6:** Ningún Area ni hospital asturiano tiene un **sistema de alerta informática de detección sistemática de factores de riesgo**.

**Objetivo 7:** En los últimos tres años, la **cobertura de cribado de DM tipo 2** en poblaciones de riesgo en >45 años fue del 54,5% de la población, siendo mayor la frecuencia en las mujeres con un 58% vs el 42 % de los hombres, existiendo una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad.

## 3: Asistencia integrada de los pacientes

**Objetivo 9:** La **obesidad**, según la Encuesta de salud, 2017, alcanza el 18,4% en personas de 15 y más años de edad. Estos valores son ligeramente superiores a los valores objetivo de la propia Estrategia (16% en adultos) y solo en mujeres (19,1% vs 15% en mujeres como valor objetivo de la Estrategia). La cifra es considerablemente ligeramente inferior en hombres (17,4%) que en mujeres (19,1%). siendo mayor en las personas con mayor edad. Según el Atlas de Diabetes de Asturias de 2019, a partir de datos registrados en los sistemas de información de Atención Primaria, la cifra total es de 42,9% (32.401 personas).

Tienen **HTA** el 60,6% en personas diabéticas de 15 y más años de edad, según la Encuesta de Salud. La cifra es similar en hombres que en mujeres La prevalencia de HTA es alta en las personas diabéticas. Según el Atlas de Diabetes de Asturias de 2019, a partir de datos registrados en los sistemas de información de Atención Primaria, la cifra total es de 72%. A mayor edad mayor prevalencia de comorbilidad con HTA.

Tienen **hipercolesterolemia** el 42,3% (ESA-2017) en personas diabéticas de 15 y más años de edad. La cifra es menor en hombres que en mujeres y es mayor a mayor edad. Atendiendo a la fuente del OMI-AP, en 2017 de las personas con diabetes que se realizaron la determinación de lípidos en sangre y atendiendo al criterio de normalidad en LDL>100. tienen niveles elevados de lípidos un 44% de la población con DM.

Según la ESA-2017, en personas diabéticas un 24 fuma, siendo muy superior en hombres que en mujeres.. La mayor prevalencia de **consumo de tabaco** en personas con diabetes es más alta en edades medias (30-44 años, 42%).

**Objetivo 10:** El **seguimiento metabólico** con hemoglobina glicosilada (HbA1c),y especialmente sus valores categóricos con umbrales de 7% y 8% nos indica que un 46,7% de la población con diabetes tienen niveles de 7 o superiores y un 27,7% niveles de 8 o superiores. Eso significa decenas de miles de personas con diabetes con un inadecuado seguimiento metabólico, tanto con un umbral u otro. Más frecuente en mujeres. No están implantados sistemas de alerta informática para el control de las personas con DM.

**Objetivo 11:** Todos los laboratorios clínicos de los hospitales asturianos están **acreditados con la estandarización de HbA1c (método NGSP)**.

**Objetivo 12:** Casi todos los hospitales tienen **programas específicos de Educación terapéutica con pacientes y/o familiares** o se realiza educación para la salud o programas específicos para pacientes con diabetes gestacional o pregestacional. No existen programas de educación terapéutica que incorporen la perspectiva de género.

**Objetivo 13:** Se contabilizan en Asturias alrededor de 295 pacientes con DM con **sistemas de infusión continua (ISCI)**.

**Objetivo 14:** Existe un **protocolo realizado de gestión de personas con diabetes en centros educativos**, si bien su difusión está pendiente de su aprobación en la Comisión Consejería de Sanidad-Consejería de Educación.

**Objetivo 15:** Existe un **protocolo de atención a la DM1 con circuito asistencial desde pediatría a AP y a servicios de endocrinología** específicos en algunas áreas. En otras, no hay específicos pero hay una cierta transición. En otros, ya está implantado.

#### **4: Abordaje de las complicaciones**

**Objetivo 16:** En 2017 se hicieron en Asturias en los hospitales públicos un total de 35 **vitrectomías** en personas diabéticas, con proporción similar en hombres que en mujeres. Por tasas, fue de 0,46/mil personas con diabetes. Hay 240 personas diabéticas en **diálisis**, de cualquier tipo, con una mayor frecuencia absoluta en hombres pero una menor tasa por mil habitantes en mujeres. Hubo en 2017 5 **trasplantes renales** en personas diabéticas, cuatro de ellas en hombres. Hay 46 personas trasplantadas, treinta y cinco de ellas hombres. En 2017 no ha habido **trasplante de páncreas** en Asturias en personas diabéticas. No obstante, hay 10 personas diabéticas trasplantadas. La misma proporción en hombres que en mujeres. En el último año de un total de 15.359 personas diabéticas a las que se le **realizó exploración de pie diabético** (20,3% de ellas). La proporción de exploración ha sido ligeramente superior en hombres. En el HUCA existe una Unidad de Pie diabético que permite seguir, evaluar y prevenir las complicaciones derivadas de la diabetes en esta localización.

**Objetivo 17:** Las **amputaciones no traumáticas de MMII** son una de las complicaciones más frecuentes de las personas con diabetes. Solo en el año 2017 ha habido 240 amputaciones de extremidades inferiores a diferentes niveles. Eso significa una tasa de 3,3 amputaciones/mil personas diabéticas/año. Considerando **complicaciones agudas:** el diagnóstico principal de cetoacidosis, el coma hiperosmolar u otro tipo de coma en el paciente con DM, ha habido en el año 2017 un total de 195 altas hospitalarias, con una mayor proporción en mujeres (105/90). Las tasas son 2,6 casos por mil pacientes diabéticos y año. Si analizamos el diagnóstico principal específico de **cetoacidosis** en el paciente con DM, ha habido en el año 2017 un total de 68 altas hospitalarias, con una mayor proporción en hombres (39/29) y un índice de masculinidad de 1,19 (es decir, un riesgo un 20% mayor en hombres). Las tasas son 0,9 casos por mil pacientes diabéticos y año. Otra complicación en DM son los **problemas cardiovasculares**. Si analizamos el **infarto agudo de miocardio**, ha habido en el año 2017 un total de 399 altas hospitalarias, con una mayor proporción en hombres (233/166) y un índice de masculinidad de 1,25 (es decir, un riesgo un 25% mayor en hombres). Las tasas son de 5,3 casos por mil pacientes diabéticos y año (más de 1/200 personas con diabetes). Respecto a los **ictus** ha habido en el año 2017 un total de 794 altas hospitalarias, con una mayor proporción en hombres (434/360) y un índice de masculinidad de 1,07 (es decir, un riesgo un 7% mayor en hombres). Las tasas son de 10,5 casos por mil pacientes diabéticos y año (más de 1/100 personas con diabetes).

#### **5: Diabetes y gestación**

**Objetivo 18:** La **atención pregestacional en personas con diabetes** depende del nivel de atención. Así, donde se siguen las mujeres con diabetes en edad de gestación tienen programas específicos mientras que en los hospitales que hacen ese seguimiento carecen de programas específicos. Existe diversidad en las diferentes Areas.

**Objetivo 19:** El **cribado de diabetes gestacional en mujeres gestantes** es utilizado en todas las Areas con atención a la gestación y de forma universal.

**Objetivo 20:** El **diagnóstico protocolizado de diabetes gestacional** en mujeres gestantes es utilizado en todas las Areas con atención a la gestación y de forma universal. No obstante, se utilizan varios y diferentes protocolos.

**Objetivo 21:** Ha habido en el año 2017 un total de 18 altas por **complicaciones en mujeres diabéticas gestantes**. Eso da una tasa de 0,5 casos/mil mujeres con diabetes. La mayor parte de ellas sucede en edades de 30-44 años (13 casos).

**Objetivo 22:** Tras el parto, todas las Areas mencionan hacer una **reclasificación de la diabetes en las mujeres para confirmar la normalización o el diagnóstico de DM**.

#### **6: Formación, investigación e innovación**

**Objetivo 23:** Existe una amplia y variada actividad de **formación continuada** de carácter general y en educación terapéutica así técnicas de comunicación y entrevista motivacional como en casi todas las Areas sanitarias, salvo alguna y en los SSCC. La formación en gestación diabética es menos frecuente.

En el aspecto de la **innovación** existe escasa implantación del acceso a la **interconsulta on-line**, si bien se están **haciendo iniciativas on-line** mencionables como cribado de retinopatías, y teleoftalmología o la **CVC** con Endocrinología o con Medicina Interna.

**Objetivos 24, 25 y 26:** Hay **proyectos y presupuestos asignados para investigación básica, clínica o sobre prácticas preventivas en diabetes y sus factores financiados públicamente a nivel nacional o regional** en algunos centros. A **nivel internacional** en la Consejería de Sanidad.

**Objetivo 27:** varios autores de diferentes centros han realizado **publicaciones en revistas nacionales o internacionales**. Existe escasa **colaboración entre Atención primaria y Especializada en los proyectos y presupuestos asignados** para investigación en diabetes y sus factores.

**Objetivos 28-29:** hay varios proyectos financiados que incluyen **estudios de desigualdades sociales y de género en DM** que se realizan en la Consejería de Sanidad y que hacen publicaciones sobre sus resultados.