



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

Estrategia para un
Nuevo Enfoque de la
Atención Primaria

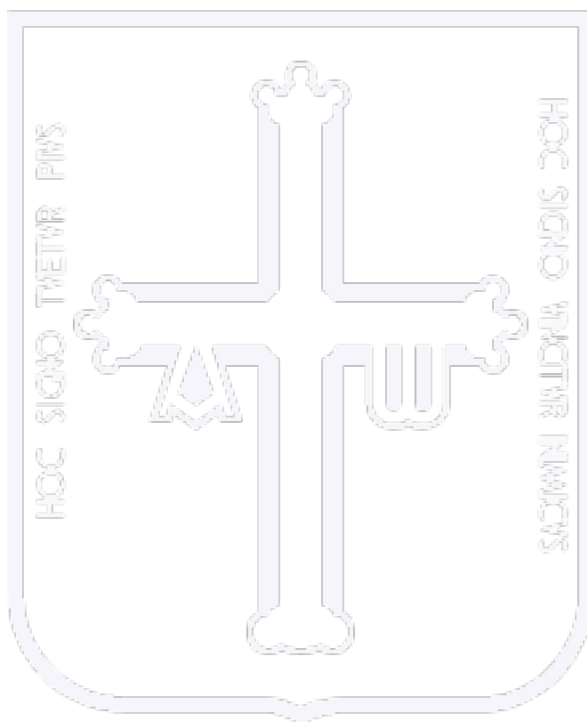
PRINCIPADO DE ASTURIAS 2018-2021

Trabajo en equipo de la Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria

Mapa de roles para los procesos de atención a pacientes con enfermedad crónica o factores de riesgo cardiovascular

Actividades compartidas en el seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

V.1.0. Julio de 2021



Mapa de roles de la Unidad Básica Asistencial de los Equipos de Atención Primaria para los procesos de atención a pacientes con enfermedad crónica o factores de riesgo cardiovascular

Introducción

En este documento se presenta un mapa de roles de las categorías de Medicina Familiar y Enfermería Familiar de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en la atención a los pacientes que precisan seguimiento, especialmente prevención primaria ante factores de riesgo, y enfermedad crónica.

Desde un enfoque asistencial, el planteamiento se centra en los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud, al tener una población asignada y constituir la Unidad Básica Asistencial clásica, aunque en los procesos de atención centrados en el/la paciente también intervienen otras categorías profesionales. Dada su integración en los procesos de cronicidad, se incorpora el papel del trabajo social sanitario.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, marca en su artículo 9 los principios generales del trabajo en equipo, y cómo se articulan las actuaciones sanitarias realizadas por un equipo de profesionales, ya sea de forma jerarquizada o colegiada.

Este documento especifica acciones que son competencias propias de cada profesión y **acciones compartidas. En estas últimas se hace una propuesta del profesional en el que “pivota” esa acción (aunque el otro profesional tenga su campo de acción).** En algunos casos se establece que pivota en ambos profesionales.

En esta línea de trabajo se tiene en cuenta:

- El principio de subsidiariedad, que procura que ambas categorías profesionales desarrollen al máximo sus competencias.
- Aprovechar el gran potencial de la profesión enfermera en el seguimiento del paciente con enfermedad crónica o en las actividades de prevención primaria, donde aporta un gran valor añadido por su formación específica.
- La necesidad de reducir aquellas actividades que no aportan valor a la atención y sin embargo generan una importante presión asistencial en ambas profesiones y dificulta desarrollar las competencias y la capacidad de resolución de la Atención Primaria.
- Aportar una línea de trabajo para la organización de los Equipos de Atención Primaria y la Unidad Básica Asistencial en los mismos.

Objetivo

El objetivo de este mapa de roles es servir de herramienta para articular el trabajo en equipo de los profesionales de medicina y enfermería de los equipos de atención primaria (EAP) en los procesos de atención al paciente crónico o con factores de riesgo cardiovascular. No es, por tanto, una guía con recomendaciones clínicas de actuación para esos procesos asistenciales, o un sustituto de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) vigentes.

Metodología

Para elaborar este documento se ha revisado bibliografía que regula funciones y competencias de las categorías profesionales, documentos de consenso o de procesos asistenciales o algunas guías de práctica clínica. Un documento clave es el *“Mapa de los roles entre médicos y enfermeras de los equipos de*

atención primaria”(2019)¹, elaborado por el Fòrum de Diàleg Professional del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, con la participación de Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Sindicatos y otras instituciones.

Posteriormente se ha convocado a un grupo de trabajo con esta composición:

- 1 persona de cada sociedad científica de Medicina Familiar y Comunitaria de Asturias (SEMERGEN, SEMG, SAMFYC)
- 3 personas de profesión enfermera, de la Sociedad de Enfermería de Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA).
- 2 representantes de Consejería de Salud, de la Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria (María Jesús Rodríguez Nachón y Pablo Pérez Solís), en la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias.
- 2 representantes del Servicio de coordinación asistencial y cuidados (SESPA).

El documento, antes de su versión definitiva, se envió para información y revisión al Colegio de Médicos de Asturias (COMAS), Colegio de Enfermería (CODEPA), a la Comisión de Seguimiento de la Estrategia para un Nuevo Enfoque de Atención Primaria (con representación de Trabajo Social) y las Direcciones Asistenciales y Salud Pública y Direcciones de Gestión de Cuidados y Enfermería de las Áreas Sanitarias.

¹ Accesible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/lineas-estrategiques/1r_forum_diale_g_professional/documents/conclusions-forum-diale_g_professional.pdf

Mapa de roles, funciones o competencias

Esta tabla pretende ser una herramienta de apoyo al trabajo en equipo de medicina y enfermería de familia. En ella se muestran **actividades compartidas** en los procesos de **paciente crónico o factores de riesgo cardiovascular** por ambas profesiones sanitarias, y se señala aquella en la que **pivota** la correspondiente actividad, según los criterios establecidos en la introducción.

En este se recogen las actividades de la **Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria**. Además, se hace referencia a las actividades que pivotan o en las que participa **Trabajo Social Sanitario**, por su importancia en la atención a la población con multimorbilidad o fragilidad. No se hace referencia al importante papel en el proceso de cronicidad de otras profesiones que constituyen las **Unidades de Apoyo**, aspecto que correspondería a otro tipo de documento.

Actividad	Médico/a	Enfermera
Fomentar la autonomía del paciente ^{TS}		◆
Promover estilos de vida saludables ^{TS}		◆
Actividades grupales, preventivas y de educación para la salud ^{TS}		◆
Plan de atención integral y plan de decisiones anticipadas	◆	◆
Valoración multidimensional (psicosocial, determinantes sociales) ^{TS}	◆	◆
Activación de recursos sociales/sociosanitarios con participación/derivación a trabajo social ^{ATS}		◆
Coordinación (gestión de caso) con recursos sociales, intermedios y sanitarios, incluyendo las transiciones asistenciales ^{ATS}		◆
Revisión de informes al alta hospitalaria ^{TS (informes de TS)}	◆	◆
Seguimiento en el proceso del paciente crónico estable o de factores de riesgo cardiovascular		◆
Programación de revisiones según protocolo de seguimiento		◆
Solicitud o realización de pruebas protocolizadas (fondo de ojo o retinografía en diabetes, ECG, ITB, espirometría, MAPA)		◆
Peticiones de pruebas analíticas protocolizadas en pacientes crónicos o factores de riesgo cardiovascular		◆
Valoración y comunicación de resultados de pruebas protocolizadas que sean normales o dentro de los objetivos predeterminados		◆
Seguimiento de patología crónica de alta complejidad o personas con complejidad muy alta (pe: alto riesgo de descompensación u hospitalización)	◆	◆
Atención de descompensación de enfermedad crónica (estableciendo criterios de derivación de enfermería a medicina)	◆	
Peticiones de pruebas fuera de protocolo establecido, para estudio diagnóstico o valoración de descompensaciones	◆	
Conciliación y revisión de tratamiento farmacológico de prescripción facultativa	◆	
Seguimiento de cumplimiento terapéutico y adherencia		◆
Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de enfermería, según criterios establecidos		◆

TS: acción en la que participa Trabajo Social

ATS: Acción que pivota en Trabajo Social

Actividades propias	
Medicina de Familia	Enfermería de Familia
Solicitud de pruebas diagnósticas de mayor complejidad o no incluidas en protocolo/proceso asistencial correspondiente.	Realización de pruebas diagnósticas o técnicas como extracciones, espirometrías, MAPA, ECG, <i>doppler</i> para ITB, etc.
Hacer diagnósticos médicos e instauración de tratamientos de prescripción facultativa	Valoración geriátrica integral y de la fragilidad y dependencia en el ámbito de la Atención Primaria.
	Diagnósticos de enfermería y planes de cuidados.

Roles de medicina y enfermería de familia en el seguimiento del Protocolo Cardiometabólico: Diabetes tipo 2 e hipertensión (HTA)

Este documento es una continuación de la línea de trabajo establecida en el grupo de sociedades científicas de medicina y enfermería familiar convocado desde la Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria, en la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias.

Sigue los objetivos de establecer roles profesionales en los procesos con seguimiento compartido en la Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria (denominado así, de forma clásica, al equipo de enfermería y medicina de familia). En este caso, se mantiene la metodología de determinar en quién pivota cada elemento del proceso asistencial (según los principios establecidos en el consenso de *“Mapa de roles de la Unidad Básica Asistencial de los Equipos de Atención Primaria para los procesos de atención a pacientes con enfermedad crónica o factores de riesgo cardiovascular”*, y se añade una propuesta de periodicidad de las actividades, realizada tras revisar protocolos y guías clínicas de referencia.

Por tanto, se sigue un modelo de colaboración de la unidad básica asistencial, donde el seguimiento es compartido, con algunas funciones claramente definidas y específicas de un profesional, y otras compartidas, pero que pivotan en uno de los dos profesionales².

Las directrices detalladas de actuación en el proceso diagnóstico y el abordaje asistencial de la diabetes y la hipertensión arterial se recogen, en nuestra comunidad autónoma, en los Programas Clave de Atención Multidisciplinar (PCAI). También son fundamentales las guías clínicas publicadas por sociedades científicas de referencia, en este caso más actualizadas. Este documento no sustituye a los PCAI o a guías clínicas, que especifican los contenidos de las visitas, objetivos terapéuticos, etc, sino que especifica los roles profesionales en los procesos de diabetes e hipertensión.

Fuentes consultadas

- PCAI de Hipertensión (2013)
- PCAI de Diabetes (2013)
- Guía clínica de diabetes Fisterra (2021)
- Guía clínica de hipertensión Fisterra (2020)
- Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. Recomendaciones redGDPS (2018)
- Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community, ASH (2014)
- 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines
- Hypertension Canada Guidelines (2016)
- Hypertension in adults: diagnosis and management (2019)
- Guías de Intervención de Enfermería en Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular (2019).

² En algunos casos se asigna a ambos componentes del equipo.

Seguimiento de hipertensión arterial y diabetes. Medicina y enfermería de familia

Marco general				
	Pivota en	Hipertensión arterial	Diabetes	Comentarios
Controles de enfermería	E	6-12 meses	3-6 meses	HTA: Revisiones más frecuentes en: Inicio de tratamiento o fuera de rango, HTA grado 3, pluripatología, alto riesgo o LOD, complejidad del tratamiento, cambios de medicación, no se consiguen los objetivos, etc. DIABETES: Revisiones más frecuentes tras el diagnóstico (<i>educación diabetológica</i>). Se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo (mayores en un debut diabético o tras descompensaciones) y el tiempo de evolución de la diabetes.
Controles de medicina (con exploración física, evaluación de riesgo cardiovascular, revisión de objetivos)	M	12 meses	6-12 meses	
<p>Para el control de la tensión arterial promoverá AMPA (salvo pacientes dependientes o problemas de acceso a dispositivos)/MAPA (según disponibilidad) con pautas y objetivos terapéuticos claros.</p> <p>E: Enfermería; M: Medicina MAPA: monitorización ambulatoria de presión arterial; AMPA: automedida de presión arterial. LOD: Lesión de órgano diana</p>				

Elementos del seguimiento				
	Pivota en	Hipertensión arterial	Diabetes	Comentarios y circunstancias modificantes (más frecuencia de visitas)
Control de autoanálisis	E		Visitas control	Revisar apartado <i>Situaciones Especiales</i>
Control AMPA/MAPA	E	Visitas control		Revisar apartado <i>Situaciones Especiales</i>
Intervenciones educativas	E	Visitas control	Visitas control	
Anamnesis de síntomas de complicaciones ¹	E/M	12 meses	6 meses	Síntomas de complicaciones: alteraciones visuales, dolor torácico con esfuerzo y en reposo, claudicación intermitente, alteraciones de sensibilidad en miembros, disnea. Diabetes: Preguntar además si hipoglucemias en visitas de control (E)
Cumplimiento ejercicio y dieta	E	Visitas control	Visitas control	
Cumplimiento farmacológico	E	Visitas control	Visitas control	
Establecer objetivos terapéuticos	E/M	Visitas control	Visitas control	El establecimiento de objetivos y su evaluación es una actividad compartida, que pivotará en un profesional u otro según cada caso.
Evaluar objetivos terapéuticos	E/M	Visitas control	Visitas control	
Proponer plan terapéutico de tratamiento farmacológico	M	12 meses	12 meses	
TA, FC y ritmo, perímetro abdominal e IMC	E	Visitas control	Visitas control	
Revisión de pies	E	12 meses	12 meses	HTA: pulsos distales Diabetes: pulsos y monofilamento, con intervención educativa específica. Si pie de riesgo, cada 3-6 meses si riesgo moderado y cada 1-2 meses en los de riesgo alto.
Realización según protocolo de ECG ¹	E	1-4 años (según riesgo)	1-2 años (según riesgo)	Modificantes: Arritmia, ECV, >70 a, HTA mal controlada, <u>toma de betabloqueantes o calcioantagonistas no DHP</u>
Realización según protocolo de índice tobillo-brazo ¹	E	Si exploración alterada o claudicación	Si exploración alterada o claudicación	Algunas guías proponen cribado con ITB en diabéticos asintomáticos.
Solicitud de fondo de ojo (FO) o realización de retinografía ¹	E	Al diagnóstico	2-3 años	Si retinopatía, modificar periodicidad según criterio médico.
Solicitud de análisis de sangre / orina ¹	E	Perfil HTA anual	Perfil DB anual HbA1c 6 meses	HbA1c en diabetes trimestral si mal control o en ajustes de tratamiento.
Exploración física completa ¹	M	12 meses (medicina)	12 meses (medicina)	Auscultación cardiopulmonar, soplos carotídeos y abdominales.

¹La exploración física completa y la **valoración del resultado** de ECG, índice tobillo brazo, y resultado de fondo de ojo corresponde a el/la profesional de medicina.
La valoración inicial del resultado de la **analítica** de sangre y orina de seguimiento, pivotará en ambos profesionales. Enfermería realizará su valoración en las determinaciones en las que se hayan establecido de forma clara unos rangos de normalidad u objetivos terapéuticos (en el informe de laboratorio o por el/la médico/a responsable, en la historia clínica).

Seguimiento por Enfermería

Registro en *Plantilla OMI/ECAP seguimiento cardiometabólico*, conveniente realizar *Protocolo de polimedcado*, de forma anual.

Hipertensión arterial. Situaciones especiales

En situaciones especiales que requieren valoración por médico/a de familia, con cambios de tratamiento o intensificación de seguimiento, puede ser necesario establecer una mayor periodicidad de visitas.

Visitas de control recomendadas por enfermería en situaciones especiales en HTA

Situación	Seguimiento	Comentarios
Inicio de tratamiento farmacológico	c/2-4 semanas	visitas y ajustes del tratamiento hasta control de presión arterial (PA) ajustes hasta lograr 2 medidas dentro de objetivos, en 1-3 meses, según cifras y riesgo cardiovascular (RCV) Inicio de diuréticos, IECA o ARA II: determinación de potasio en sangre. Después periódicamente.
Cambios en el tratamiento	a las 2-3 semanas	comprobar la tolerancia y adherencia
Aumento de dosis	a las 2-3 semanas	
Tratamiento de urgencia-crisis hipertensiva	24-48h	control de PA
No se logra control de PA en 3 meses en objetivos establecidos		remitir a consulta de médico/a de familia para evaluación

Fuentes

PCAI Hipertensión (Asturias, 2013)

Guía clínica Hipertensión Arterial, Fisterra 2020.

Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community, ASH (2014)

2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines

Diabetes Mellitus tipo 2. Situaciones especiales

Tras el diagnóstico, visitas a consulta de enfermería hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. Esta fase requiere un régimen de visitas más intensivo.

La insulinización requiere una frecuencia diaria de controles (presenciales o telemáticos) 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:

- Una o dos visitas médicas al año, según grado de control y comorbilidades.
- Entre dos y cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa, atendiendo a factores modificantes que requieran un seguimiento más intensivo.

Criterios de remisión a consulta médica en diabetes

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

1. Tres glucemias sucesivas entre 200-300 mg/dl o una >300 mg/dl, o cetosis o algún proceso intercurrente.
2. Episodios frecuentes de hipoglucemia.
3. Efectos adversos de los medicamentos o interacciones medicamentosas.

Cronograma: Visitas de seguimiento para diabetes tipo 2 e hipertensión en pacientes sin circunstancias modificantes (buen control)

(en negrita: mínimo deseable)

	1º visita	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	>1-3 años
Visitas enfermería	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Visitas medicina	x		DM		DM / HTA	
Antecedentes	Al diagnóstico; revisar periódicamente (modificante del riesgo cardiovascular)					
Síntomas de complicaciones	x		DM		DM / HTA	
Cumplimiento dieta	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Cumplimiento ejercicio	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Cumplimiento farmacológico	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Establecer/evaluar objetivos terapéuticos	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Proponer plan terapéutico y de educación	x				DM / HTA	
TA, FC y ritmo, perímetro abdominal e IMC	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Pulsos distales (DM: monofilamento)¹	x				DM / HTA	
EKG	x					DM / HTA
ITB¹	¿DM?					¿DM?
FO	x					DM
Análisis de sangre / orina	x		DM (HbA1c)		DM / HTA	
¹ Realizar (en HTA y DM) si alteración de pulsos distales o signos/síntomas sugestivos de isquemia (p.e. claudicación intermitente). Algunas guías proponen cribado con ITB en diabéticos asintomáticos.						



Seguimiento compartido en Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial en Atención Primaria

	Pivota en
Control de autoanálisis	E
Control AMPA/MAPA	E
Intervenciones educativas	E
Anamnesis de síntomas de complicaciones ¹	E/M
Cumplimiento ejercicio y dieta	E
Cumplimiento farmacológico	E
Establecer objetivos terapéuticos	E/M
Evaluar objetivos terapéuticos	E/M
Proponer plan terapéutico de tratamiento farmacológico	M
TA, FC y ritmo, perímetro abdominal e IMC	E
Revisión de pies	E
Realización según protocolo de ECG ¹	E
Realización según protocolo de Índice tobillo-brazo ¹	E
Solicitud de fondo de ojo (FO) o realización de retinografía ¹	E
Solicitud de análisis de sangre / orina ¹	E
Exploración física completa ¹	M

¹La exploración física completa y la valoración del resultado de ECG, índice tobillo brazo, y resultado de fondo de ojo corresponde a el/la profesional de medicina.
La valoración inicial del resultado de la analítica de sangre y orina de seguimiento, pivotará en ambos profesionales. Enfermería realizará su valoración en las determinaciones en las que se hayan establecido de forma clara unos rangos de normalidad u objetivos terapéuticos (en el informe de laboratorio o por el/la médico/a responsable, en la historia clínica).

(Entre paréntesis: visitas optativas según situación clínica/social)

	1º visita	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	>1-3 años
Visitas enfermería	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Visitas medicina	x		DM		DM / HTA	

Antecedentes

Al diagnóstico; revisar periódicamente (modificante del riesgo cardiovascular)

	1º visita	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	>1-3 años
Síntomas de complicaciones	x		DM		DM / HTA	
Cumplimiento dieta	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Cumplimiento ejercicio	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Cumplimiento farmacológico	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Establecer/evaluar objetivos terapéuticos	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Proponer plan terapéutico y de educación	x				DM / HTA	
TA, FC y ritmo, perímetro abdominal e IMC	x	(DM)	DM (HTA)	(DM)	DM / HTA	
Pulsos distales (DM: monofilamento) ¹	x				DM / HTA	
EKG	x					DM / HTA
ITB ¹	¿DM?					¿DM?
FO	x					DM
Análisis de sangre / orina	x		DM HbA1c		DM / HTA	

¹Realizar (en HTA y DM) si alteración de pulsos distales o signos/síntomas sugestivos de isquemia (p.e. claudicación intermitente). Algunas guías proponen cribado con ITB en diabéticos asintomáticos.