

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

**BR: BETSY RODRÍGUEZ**  
**CM: CATHERINE MAXWELL**

BR: Les quiero dar la bienvenida a todos al webinar de hoy, "Actualizaciones importantes de las Normas de Cuidado Médico en Diabetes 2016 de la Asociación Americana de la Diabetes, Secretos del éxito para el equipo de cuidado médico y los promotores". El webinar de hoy está auspiciado por el Grupo Hispano/Latino del Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes. Estamos muy contentos de que tantos colaboradores del NDEP y promotores nos acompañen en el día de hoy. Tenemos más de 500 inscritos, lo que muestra el tremendo interés que existe en las Normas de Atención médica de este año.

Mi nombre es Betsy Rodríguez. Soy la subdirectora del Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes en la División de Diabetes Aplicada de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades. Hoy seré su moderadora. Estamos muy entusiasmados de lanzar esta serie de webinarios en 2016 sobre este gran tema, que promete ser muy interesante, ya que, este

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

año, vemos más cambios que nunca en las Normas de Atención para la Diabetes.

Estamos encantados de tener con nosotros a Catherine Maxwell, farmacéutica y educadora certificada en diabetes, quien es parte del Equipo Médico Especializado en Diabetes de Sanofi Aventis, aquí en Georgia. Catherine recibió su bachillerato en química de Salem College, su título en farmacia de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, y completó una residencia en atención ambulatoria en UNC Health Care. Recibió su certificación como CDE en el 2004 cuando trabajaba en las Clínicas de Diabetes y Medicina Interna del Sistema de Salud Grady en Atlanta, Georgia. Actualmente, Catherine es miembro de la Asociación Americana de la Diabetes, la Asociación Americana de Educadores en Diabetes, y el Atlanta Local Networking Group. Ella ha ejercido el cargo de directora de estos grupos desde 2006.

En su vida personal, Catherine disfruta su tiempo libre con su familia, esposo, hijos y labrador en

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

Peachtree Corners, Georgia. Es voluntaria de la Asociación de Padres y Maestros de la escuela primaria local, da clases de formación en la fe en su iglesia y participa como voluntaria en varias actividades comunitarias y religiosas. Estamos muy contentos de tener a Catherine como nuestra oradora principal hoy. Catherine, bienvenida y muchas gracias por acompañarnos hoy. Sin más preámbulos, por favor Catherine, todo tuyo.

CM: Muchas gracias, Betsy. Es un honor ser su presentadora hoy. Así que, bienvenidos.

Desde el 1989, la Asociación Americana de la Diabetes ha brindado un suplemento conocido como Normas de Atención que se basa en evidencia. Esta información sobre las Normas de Atención es la base de mi presentación de hoy, y voy a resaltar algunas secciones particulares que son relevantes para los promotores, entre otros. Entonces, en esta diapositiva, verán una imagen del sitio web de la ADA con la portada del suplemento de la publicación del 2016, con enlaces URL en letra más pequeña. Esta

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

imagen es solo para que vean la cantidad de recursos adicionales a los que pueden acceder libre de cargos visitando el sitio web <http://professional.diabetes.org>.

Esta diapositiva muestra el formato de la sección de las normas 2016 que se publican cada enero. En el suplemento de las Normas de Atención existen 14 secciones, S1 a la S14. Ellas contienen más de 235 recomendaciones. No voy a cubrir la totalidad de este material, pero si alguno de ustedes tiene un interés particular en cualquiera de estas secciones que yo no cubra o que no cubra de manera exhaustiva, les sugiero que visiten el sitio web para consultar la información más exhaustiva sobre el tema.

A medida que nos adentremos en esta presentación, ustedes verán calificaciones junto a algunas de las recomendaciones. Esas calificaciones son A, B, C, y E. Y no las nombraré cada vez. Están ahí para su referencia. Básicamente, durante los años en los que esta publicación estuvo en circulación, existió un aumento en el número de recomendaciones, pero también

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

en la calidad basada en evidencia. Este año, 2016, más de la mitad de las recomendaciones de las Normas de Atención recibieron la calificación A, que es la de mayor nivel. Y, como pueden ver, se basa en evidencia clara de ensayos controlados y al azar, por ejemplo. Los niveles más bajos de evidencia se minimizan, como es el caso de las calificaciones C y E.

La mayoría de nosotros, y me incluyo, estamos tratando de satisfacer necesidades educativas insatisfechas para la comunidad de la diabetes. Y ya que la diabetes es una enfermedad de proporciones epidémicas, la mayoría de las personas que tienen diabetes tipo 2 en particular consultan a sus proveedores de atención primaria para controlar su enfermedad. Usualmente, el equipo de cuidado médico y su personal, y los especialistas como los endocrinólogos y los educadores certificados en diabetes, son los que más necesitan consultar estos tipos de normas. Por eso, la ADA ha realizado un esfuerzo concertado durante los últimos 5 a 10 años

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

para hacer que la información para el control de la diabetes sea más simplificada y accesible para el equipo de cuidado médico. Esta diapositiva simplemente resalta que no hay una versión de las Normas de Atención derivada del suplemento completo.

La versión resumida solo tiene 21 páginas, contra las 111 páginas del suplemento completo. Por eso pienso que es una de las mejores versiones. Es imprescindible leerla, y resalta muchas de las cifras y tablas más importantes.

Esta es nuestra primera pregunta, o lo que llamaremos una prueba de conocimiento. Básicamente, lo que acabo de presentar. Así que si pueden, por favor participen. En 2016, la ADA publicó sus Normas Completas Anuales de Atención Médica y unas Normas de Atención Resumidas para el Proveedor de Atención Primaria. Ambas se basan en el modelo de cuidados crónicos, y ya llegan las respuestas. Y ahora pareciera que la mayoría de ustedes están eligiendo la respuesta correcta, que es que se basa en un

sistema de calificación de los niveles de la evidencia.

Entonces, nuevamente, estas Normas de Atención pasan por un proceso estricto que controla que no existan conflictos de interés. Y que la industria (farmacéutica) no influya. Podría sonar obvio que una publicación anual se actualiza todos los años, pero es importante resaltarlo. Entonces, las actualizaciones que se incluyen en las Normas de Atención están basadas en cambios y adiciones en el material desde el 1<sup>ro</sup> de enero del año anterior. En las Normas de Atención, hay un resumen de dos páginas de las actualizaciones que está dividido en las diferentes secciones. Durante este webinar, repasaré con ustedes algunas de las actualizaciones que me parecieron más relevantes.

Verdaderamente vale la pena resaltar este cambio. Este es un cambio general, y no está relacionado específicamente con una sola sección. La Asociación Americana de la Diabetes hizo una aclaración este año

que esperan que adopten los clínicos, promotores, periodistas, y el público en general. Así que, en línea con su política de siempre, las Normas de Atención dejarán de utilizar el término "diabético" para referirse a pacientes con diabetes. Aquellos que tienen diabetes son personas con diabetes, no "diabéticos". Y la ADA continuará utilizando el término "diabético" solo como adjetivo para referirse a complicaciones relacionadas con la diabetes. Por ejemplo, la retinopatía diabética.

Ahora, pasando a las secciones, cubriré los materiales en la Sección 1, Estrategias para mejorar el cuidado. En esta primera sección, analizaré las recomendaciones principales, los conceptos de atención de la diabetes, y los sistemas de prestación de atención médica con tres objetivos principales, y luego, hablaré de dos actualizaciones que se hicieron en esta sección, como qué hacer cuando los objetivos de tratamiento no se cumplen y cómo personalizar el tratamiento para poblaciones vulnerables. Y ahora es cuando conocemos a la señora Arias.

Así que dentro de las estrategias para mejorar el cuidado, las recomendaciones principales realmente cubren todas las secciones del suplemento completo de normas. Primero, en todo el webinar, escucharán que utilizamos un enfoque de estilo de comunicación centrado en el paciente. Este incorpora las preferencias del paciente, evalúa sus competencias de lectura, escritura y matemáticas y aborda las barreras culturales del cuidado médico.

Segundo, las decisiones de tratamiento deben ser oportunas y estar basadas en pautas basadas en la evidencia que estén personalizadas para las preferencias del paciente. Y, tercero, el cuidado debe estar alineado con los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos para asegurar interacciones productivas entre un equipo proactivo y preparado y un paciente activado e informado.

Por último, los sistemas de atención médica factibles deberían apoyar el cuidado basado en equipos, la

participación de la comunidad (y eso significa ustedes, los promotores), los registros de pacientes y las herramientas de apoyo de decisiones para satisfacer las necesidades del paciente.

Pasando a la sección de conceptos del cuidado de la diabetes, hay tres temas que se entrelazan en las Normas de Atención. Nuevamente, esto se trata de un enfoque centrado en el paciente; un enfoque universal no es para todos. Y estas normas brindan pautas para cuándo y cómo adaptar las recomendaciones a planes individualizados, de cuya creación ustedes pueden formar parte junto con sus pacientes.

Segundo, diabetes durante toda la vida, esto significa que nuestros pacientes atraviesan diferentes etapas durante su vida, por ejemplo, desde atención pediátrica a la adulta. ¿Cómo podemos mejorar la coordinación de su atención entre los equipos clínicos?

Y, finalmente, la defensa de los pacientes con diabetes. Esto podría referirse a muchas cosas. Pero, en este caso, sabemos que la obesidad, la inactividad física y fumar tienen un efecto tremendo en la salud de nuestros pacientes. Y nuestros esfuerzos son necesarios para abordar y cambiar los determinantes sociales que son la raíz de estos problemas.

Durante los últimos 10 años, hemos observado mejoras constantes en la proporción de pacientes con diabetes que son tratados con estatinas que reducen los lípidos y aquellos que están logrando los niveles recomendados de A1c, presión arterial y LDL. Sin embargo, entre un tercio y la mitad, 33 a 49 por ciento de los pacientes, todavía no cumplen con los objetivos de control de la glucemia, de la presión arterial o del colesterol. Y solo un 14 por ciento cumple con todas las tres medidas, además de ser no fumador.

Ahora, también sabemos que la progresión a la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) se

está desacelerando. Estas son buenas noticias. Pero todavía podemos mejorar mucho en todas las áreas. E incluso luego de realizar ajustes por factores de pacientes, la variación persistente en la calidad del cuidado de la diabetes entre los entornos de las prácticas de los proveedores indican que se pueden lograr mejoras a nivel sistema, y todos sabemos esto porque hemos sido pacientes en nuestro propio sistema de salud ya sea por diabetes o por algún otro problema. Una barrera principal para el cuidado óptimo es un sistema de prestación que a menudo está fragmentado. Carece de capacidades de información clínica. Es un sistema que duplica servicios y está mal diseñado para coordinar la prestación de productos de cuidados.

Ahora, a nuestra segunda pregunta. ¿Cuántos pacientes con diabetes no cumplen con los objetivos de Alc, presión arterial o lípidos? Excelente, todos ustedes han estado prestando atención. Hasta ahora vamos bien. Todos sabemos que este es un lugar en el que podemos ayudar como parte del equipo de salud

comunitario. Entender estas normas nos ayudará aún más.

Como mencioné hace algunos minutos, se ha demostrado que el modelo de cuidados crónicos es un marco efectivo para mejorar la calidad del cuidado médico de la diabetes. Y tener un enfoque de equipo es importante para una enfermedad crónica compleja como lo es la diabetes. El modelo de cuidados crónicos incluye seis elementos centrales para la prestación de una atención médica óptima para pacientes con enfermedades crónicas. El primer componente es el diseño del sistema de prestación. Y definitivamente queremos pasar de un modelo de cuidados agudos reactivo a un sistema de cuidados preventivos proactivo en el que las visitas planificadas sean coordinadas con un enfoque basado en el equipo.

Segundo, una persona con diabetes tiene que vivir con la enfermedad todo el tiempo. Y realmente tienen que convertirse en sus propios proveedores de atención primaria en el sentido de que ellos son los que deben

auto controlar su enfermedad. Entonces, el autocontrol y el apoyo son una parte clave del modelo de cuidados crónicos.

Número tres, apoyo a las decisiones, basar el cuidado en pautas de atención efectivas y basadas en la evidencia, y esta afirmación lo hace.

Número cuatro, sistemas de información clínica que usen registros que puedan ayudarnos con información y apoyo en base a la población.

Número cinco, recursos comunitarios y políticas.

Número seis, sistemas de salud que creen una cultura orientada a la calidad.

Ahora, el Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes, del que todos ustedes son parte aquí hoy, tiene un sitio web genial que tiene muchísimos recursos que específicamente indican cómo ser

proactivo en el apoyo comunitario y utilizar eso para tener éxito.

En estas estrategias, ¿cuáles son los objetivos de ayudar a los profesionales de cuidado médico a diseñar e implementar sistemas de prestación más eficientes para pacientes con diabetes para apoyar el cambio en la conducta del paciente?

Estas estrategias están en armonía directa para aquellos de ustedes que estén familiarizados con los comportamientos de autocontrol AADE7. Entonces, el primero incluye un estilo de vida saludable. Eso significa ser activo físicamente, comer de manera saludable, dejar de fumar, controlar el peso y enfrentar la enfermedad de manera efectiva. Para el autocontrol de la enfermedad, usualmente se le relaciona con tomar y controlar los medicamentos, autocontrolar el nivel de azúcar en sangre y la presión arterial. Y luego, en tercer lugar, tenemos la prevención de las complicaciones que puede generar la diabetes. Esto también podría incluir el

autocontrol de la salud de los pies, pruebas de detección de complicaciones en los ojos, complicaciones renales, y recibir inmunizaciones de manera adecuada.

Creo que en septiembre, Betsy llevó a cabo un webinar sobre la Declaración de Postura Conjunta 2015 que fue lanzada no solo por la ADA sino en colaboración con la Asociación Americana de Educadores en Diabetes y la Academia de Nutrición y Dietética. Como una nación de proveedores comunitarios de atención médica, estamos tomando un enfoque holístico con respecto al cuidado del paciente y existe una necesidad de brindar una educación integral al paciente y apoyo para su autocontrol continuo. Pero es importante saber que, según la declaración de postura y la información a primera vista, los pacientes que reciben educación y apoyo continuo en el autocontrol de su diabetes pueden mejorar sus niveles de A1c en hasta un punto porcentual en pacientes con diabetes tipo 2. Eso es impresionante y no todos lo saben. Y pienso que es

nuestro trabajo ser los propios defensores de lo que sabemos que podemos hacer que los pacientes obtengan más eficientemente. Una disminución de un punto porcentual en Alc es más que lo que pueden lograr la mayoría de los medicamentos.

Así que abajo de este punto hay un enlace a la Declaración de postura conjunta, que pienso que se une muy bien a las Normas de Atención. En esta Sección 1, voy a resumir a los sistemas de prestación de atención diciendo que el modelo de cuidados crónicos es un marco efectivo para mejorar la calidad del cuidado. Y, nuevamente, el Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes mantiene recursos en línea para ayudarnos a diseñar e implementar sistemas de salud más efectivos utilizando un enfoque basado en el equipo para aquellas personas que tienen diabetes.

Ahora, quiero presentarles a la señora Arias. Les daré algunos detalles sobre este caso simulado en la próxima diapositiva. Por favor, utilicen el cuadro de

chat para enviarme sus opiniones y estrategias sobre cómo un trabajador comunitario de la salud podría ayudarlo a alcanzar sus objetivos de tratamiento y comportamiento de una manera más exitosa.

La Sra. Arias es una abuela de 60 años que tiene una historia de 12 años de diabetes tipo 2, que está complicada por sufrir de presión arterial alta y sobrepeso. Ella tiene un IMC de 36 y ha tenido problemas para controlar su peso desde su juventud. En una consulta de seguimiento, registró un Alc de 8,9 por ciento, y una presión arterial de 148/88. Ha faltado a sus citas médicas del último año. Además, programó una cita hoy quejándose de que no se ha estado sintiendo bien durante las últimas 3 semanas. La enfermera le mide su glucosa y el resultado es de 450 miligramos por decilitro. La Sra. Arias le informa a la enfermera que vive sola y que ha estado teniendo dificultades para comprar comida, cocinar y adquirir sus medicamentos. Ella admitió que durante los últimos 4 días no ha recibido sus inyecciones de insulina. Un vecino la trajo a su cita de hoy. El

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

médico de la Sra. Arias le recomendó no irse de su consultorio sin programar una cita para que la vean en 1 semana. El recepcionista trabajó con la Sra. Arias para programar una cita para la semana próxima.

Ahora, comencemos y déjenme darles una oportunidad para priorizar. ¿Qué sería lo primero que coordinarían con la Señora Arias para ella como su trabajador de salud designado? Muchos de sus problemas, incluso su diabetes tipo 2, tener un nivel alto de Alc y esos problemas psicosociales son muy comunes. Y estoy segura de que ustedes han tenido experiencia trabajando con gente como ella. Bueno, estoy viendo ayudarla a obtener sus medicamentos, ¿los vecinos pueden ayudar? Transporte adecuado. Asistencia para el transporte. ¿Cuál es su situación de seguro médico? Excelente. Parece que ustedes saben que hay muchos lugares por donde podrían empezar. Y creo que en todos los casos sería ayudarla a mejorar el cuidado que está recibiendo actualmente.

Las próximas diapositivas tienen que ver en medida con lo estamos discutiendo con respecto a la Señora Arias. De hecho, esta es una nueva sección que habla sobre cuando los objetivos de tratamiento no se cumplen. Y esto proviene de la Sección 1. Entonces, cuando no se cumplen los objetivos de tratamiento, se debería abordar como primera prioridad la adhesión del paciente a los medicamentos. Podemos ayudarla a explorar las barreras de la adhesión a los medicamentos, como recordar obtener o tomar los medicamentos, sus miedos, la posible depresión que ocurre a menudo cuando las personas envejecen con enfermedades crónicas. Y sus propias creencias de salud sobre los medicamentos que se le han recetado.

También, existen factores propios de los medicamentos, como la complejidad de su régimen de insulina, las dosis diarias múltiples, el costo, que sé que ustedes ya conocen, y los posibles efectos colaterales que ella podría tener/haber experimentado. También están los factores del sistema, como un seguimiento y apoyo inadecuados. Y

es nuestro trabajo recoger esta información y ayudar a simplificar regímenes de tratamiento complejos que pueden ayudar a los pacientes a mejorar su adhesión a las recetas.

Otra adición, que creo que es oportuna para este caso, a las Normas de Atención de este año es personalizar los tratamientos para las poblaciones vulnerables, y se la incluye en disparidades en salud. Entonces, la Asociación Americana (ADA, por sus siglas en inglés) resalta dos áreas principales que afectan el cuidado de la diabetes. Primero, no poseer un seguro médico. Y, a pesar de que la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio ha mejorado el acceso al cuidado médico, muchos todavía no tienen cobertura. En el caso de la Sra. Arias, no sabemos cuál es su situación. Segundo, alimentación y seguridad. Se trata de la disponibilidad poco fiable de alimentos nutritivos y la incapacidad de obtener comida consistentemente. Y aproximadamente una de cada siete personas en los EE. UU. sufre de inseguridad alimentaria.

La ADA ofrece dos recomendaciones principales para enfrentar la inseguridad alimentaria. Primero, deberíamos evaluar tanto los niveles altos como los bajos de azúcar en sangre en el contexto de la inseguridad alimentaria. Y, segundo, reconocer que no tener un hogar, tener un nivel bajo de alfabetización y del manejo de las matemáticas a menudo van de la mano de la inseguridad alimentaria. Y los recursos adecuados se pueden y deberían ponerse a disposición de aquellos pacientes que sufran de diabetes e inseguridad alimentaria, y sabemos que este es el caso de la Sra. Arias.

En esta sección sobre poblaciones vulnerables se menciona específicamente a los promotores. Esto es lo que dicen sobre ello. El control de la diabetes requiere de estrategias individualizadas, centradas en el paciente y culturalmente apropiadas para superar las disparidades, los promotores, colegas y líderes comunitarios podrían asistir con la prestación de educación y apoyo para el autocontrol

de la diabetes. Y cada vez es más clara la función de los profesionales comunitarios de la salud para brindar apoyo continuo. Esto es alentador.

Entonces, ¿qué pasó con la señora Arias? Bueno, gente, mientras ustedes estaban discutiendo la situación, yo revisaba algo de información en las diapositivas. Y esto es lo que yo opino. Se debería activar una remisión para que la señora Arias reciba educación sobre autocontrol y apoyo, ya que ella sufre de nuevos factores que complican su situación y ellos influyen en su autocontrol, como los problemas de transporte y la inseguridad alimentaria. La señora Arias debería trabajar con un promotor de salud para recibir asistencia con el transporte y para ayudarla a entender la importancia de una nutrición adecuada particularmente cuando recibe insulina; ayudarla a obtener información sobre cómo la ingesta de alimentos afecta a su insulina y viceversa y ayudarla a gestionar su transporte para asistir a sus citas médicas programadas y no esperar hasta sentirse mal para ir al médico.

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

Betsy, ¿hay algo más que te gustaría agregar de la información del chat?

BR: Bueno, he leído muchísimos comentarios excelentes, como, por ejemplo, todos están diciendo que hay que conseguir transporte coordinado para la señora Arias, que hay que coordinar atención domiciliaria para ella, comentan que hay que comprar comida y medicamentos, que hay que encontrar un enlace comunitario que la pueda ayudar con la inseguridad alimentaria. Hay un comentario aquí que dice: "¿Puede un vecino ayudarla con parte de sus cuidados?" Y, como puedes ver, estas no son solo respuestas clínicas tradicionales, sino que buscan soluciones para el determinante social de salud al que la señora Arias se enfrenta. Es genial ver que la mayoría de los comentarios que estamos recibiendo hablan de tratar de ayudar a la señora Arias a ser determinante social de su salud. Por ejemplo, Vicky Carners dice, "Necesitamos evaluar la situación de seguro médico de la señora Arias". Joyce quiere un sistema que le

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

facilite medicamentos e insulina diariamente. Donna dice, "¿Ella tiene dinero para comprar la insulina? ¿Ayuda para los medicamentos? ¿Para el transporte?"

Entonces, todas hablan de determinantes sociales de la salud, que es lo que me está gustando mucho de los comentarios. Hay otro aquí, de Sheila que dice, "Asistencia con la insulina. Asistencia con los alimentos y para cocinar. Acceso a medicamentos, comida y transporte". Sammy dice, "Trabajadores sociales que la ayuden con recursos financieros".

CM: Muy bien.

BR: Sí.

CM: Y como dijiste, estos no son los tipos de cosas que generalmente aparecen en los planes clínicos, sino en los planes sociales, sus planes comunitarios pueden incluir y deberían incluir estas menciones, y esto debería ser evaluado. Y a eso nos referimos con el

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

modelo de cuidado crónico y el enfoque basado en un equipo utilizando soluciones de apoyo comunitario.

BR: Mary dice, "Establecer por qué ella no está tomando su insulina. Si es por el costo o si es porque necesita educación al respecto". Carol dice, "Yo asistiría con la planificación y preparación de alimentos".

CM: Muy bien. Parece que tienes muchas personas que saben de lo que están hablando.

BR: Sí, efectivamente. Algunos me están preguntando sobre el sitio web que acabas de mencionar. Y el sitio es [www.betterdiabetescare.nih.gov](http://www.betterdiabetescare.nih.gov).

CM: Correcto, déjame tratar de volver a eso. Este es el sitio web de NDEP que Betsy acaba de describir en esta nota. [Betterdiabetescare.nih.gov](http://www.betterdiabetescare.nih.gov). Lleno de recursos y referencias.

Voy a pasar a otra prueba de conocimiento. Vamos a detenernos un minuto y evaluar lo que acabamos de aprender. Entonces, el manejo de la diabetes requiere de estrategias individualizadas, centradas en el paciente y apropiadas para la cultura del paciente. Para superar las disparidades, ¿quién puede asistir con la prestación de EACD y de servicios de apoyo? Muy bien. La mayoría de ustedes ha seleccionado A y C, que es líderes legos y promotores. Los oficiales de libertad condicional no están incluidos en las recomendaciones de las Normas de Atención.

Bueno, ahora avanzamos a la Sección 2, que se llama Clasificación y diagnóstico de la diabetes. En esta sección, voy a darle énfasis a la diabetes tipo 2. No tocaremos el tema de la clasificación, pero utilizaremos el tiempo para repasar algunos criterios de diagnóstico. Aquí, tenemos cuatro maneras o pruebas diferentes utilizadas para detectar o diagnosticar la diabetes y detectar la prediabetes en las personas. Estos indicadores incluyen un nivel de glucosa plasmática en ayunas mayor a 126 miligramos

por decilitro, o se puede utilizar un nivel de glucosa plasmática a las 2 horas mayor a 200 miligramos por decilitro durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral o oral glucose tolerance test (OGTT, por sus siglas en inglés), o una prueba de A1c, si es mayor o igual a 6,5, cumple con los criterios. O en un paciente con síntomas clásicos, tener una glucosa plasmática al azar mayor o igual a 200 miligramos por decilitro. Si no hay síntomas, los resultados de las primeras tres pruebas se deben confirmar repitiendo el análisis.

Algo que es nuevo en la sección de clasificación y diagnóstico de la diabetes es aclarar la relación sobre cuándo realizar las pruebas en adultos. ¿A qué edad? Entonces, para aclarar la relación entre edad, IMC, y el riesgo de diabetes tipo 2 y prediabetes, la ADA modificó las recomendaciones para las pruebas, que ahora son realizar las pruebas a todos los adultos desde los 45 años de edad sin importar el peso; ese es el cambio. También se recomiendan pruebas para los adultos asintomáticos de cualquier

edad que tengan sobrepeso o sean obesos y que tengan uno o más factores de riesgo adicionales de diabetes, como historial familiar, inactividad, raza, como hispanos/latinos, afroamericanos, nativos americanos y estadounidenses de origen asiático. Y también haber tenido diabetes gestacional en mujeres.

Entonces esta es la manera de detectar diabetes tipo 2. Y el tipo 2 representa la mayoría de todos los casos de diabetes, que es de 90 a 95 por ciento, y se caracteriza por la resistencia a la insulina y una deficiencia relativa de insulina.

Esta diapositiva de alguna manera ayuda a reafirmar la diapositiva anterior y darles algunos parámetros específicos sobre el índice de masa corporal o IMC tanto para estadounidense de origen asiático y aquellos que no tienen origen asiático que tengan uno o más factores de riesgo adicionales. Nuevamente, para todos los pacientes, se debe comenzar a realizar las pruebas a los 45 años de edad, sin importar el peso. Y, si las pruebas arrojan resultados normales,

se deberían repetir las pruebas en intervalos mínimos de 3 años.

Para esta diapositiva que continúa con el tema de la clasificación y diagnóstico, ya hemos hablado del primer punto. El segundo punto aborda la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, que es un co-diagnóstico común en las personas que tienen diabetes. Dice que en pacientes con diabetes, deberíamos identificar y, si es apropiado, tratar otros factores de riesgo de ECVA, como ser obeso o tener sobrepeso.

Lamentablemente, cada vez más niños y adolescentes viven con sobrepeso. Y el diagnóstico de diabetes tipo 2 acompaña esto en una tasa alarmante. Entonces, deberíamos considerar realizar pruebas para detectar diabetes tipo 2 en niños y adolescentes con sobrepeso/obesos con dos o más factores de riesgo adicionales de diabetes.

Aquí podemos ver información específica sobre las pruebas de detección de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes. Estas son las listas de factores de riesgo que van de la mano de tener sobrepeso que ameritarían realizar una prueba de detección de diabetes tipo 2. Nuevamente, tener un historial familiar, raza o etnia, signos de resistencia a la insulina, antecedentes de diabetes materna o diabetes gestacional. La edad de inicio de las pruebas de detección es a los 10 años o durante la aparición de la pubertad y la misma frecuencia de cada 3 años. La detección se puede realizar con una prueba de Alc.

Eso da final a la sección de detección y diagnóstico de nuestra presentación del día de hoy. Y ahora voy a pasar a la tercera sección de las Normas de Atención que se llama Bases del cuidado. Esta sección se ha combinado con una sección que anteriormente se había separado, pero en la versión 2016, ambas se encuentran en esta sección.

Las Bases del cuidado incluyen ocho componentes clave. Hemos visto algunos de estos componentes y hemos hablado de ellos en nuestro caso y en otras secciones, pero aquí tenemos a la educación para el autocontrol, nutrición, asesoramiento, actividad física, dejar de fumar, vacunas, atención psicosocial y medicamentos. Todos son importantes, y no hablaremos de todos ellos en profundidad hoy. Pero sé que el cuidado psicosocial para personas con diabetes es realmente algo con lo que podríamos ayudar como promotores.

Como dije antes, para las personas con diabetes, este es un problema que tienen las 24 horas del día, todos los días del año. No tenemos una cura, y las enfermedades crónicas como la diabetes puede causar ansiedad, depresión y trastornos alimentarios. Estas cosas deben evaluarse. Y creo que el cuidado psicosocial es uno de los factores y aspectos más importantes que podemos descubrir si nos ponemos en el papel de detectives y defensores de las necesidades sociales de nuestros pacientes.

Por supuesto, las Bases del cuidado para el autocontrol de la diabetes, la educación y el apoyo son los pilares del control y la base del cuidado inicial, y deberían ser parte del manejo de cuidados continuos. Todas las personas con diabetes deberían participar y recibir EACD y apoyo para que las recomendaciones de cambio de conducta sean efectivas. Nuevamente, el enfoque debe estar centrado en el paciente y ser personalizado, y debe ser respetuoso y responder a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente.

Esos cuatro puntos son los momentos más importantes en los que se debería prestar el apoyo EACD. Bueno, esto es importante y no siempre se hace. Creemos que este es un servicio que no se utiliza lo suficiente y no se lo cubre bien. Pero, si es posible, se debería ofrecer EACD al momento de realizar el diagnóstico, anualmente para evaluar la educación, nutrición y necesidades emocionales, cuando surgen nuevos factores que compliquen el autocontrol, y cuando

ocurren transiciones en el cuidado. Entonces, creo que debemos reforzar lo que necesitamos aprender y los hábitos que tenemos que superar. Estos son todos momentos en los que los conceptos se pueden revisar, reforzar, apoyar y repetir continuamente, por lo que debemos aprender, retener y ejercer lo que debemos aprender y entender cuando el paciente se encuentre en el momento adecuado.

Esta es una prueba de verificación sobre lo que acabamos de discutir y dice que el algoritmo EACD, o Educación para el autocontrol de la diabetes y apoyo, define momentos esenciales para su prestación. Ellos incluyen, y parece que todos están eligiendo la respuesta "todos los anteriores", que es lo que acabamos de discutir. La ADA publica mucha más información detallada sobre qué hacer en cada uno de estos cuatro momentos clave. Y hay una muy buena lista de verificación que no he incluido porque no fue publicada en las Normas de Atención, pero la pueden encontrar en la Declaración de Postura, la Declaración de Postura Conjunta que creo que Betsy

presentó el año pasado. La pueden descargar e imprimir. Y también contiene formularios de remisión o ejemplos de formularios de remisión. Y estaré a su disposición para ayudarlos con eso si no pueden encontrar la información. Así que, buen trabajo.

Ahora estamos pasando a los objetivos glucémicos, Sección 5. Los objetivos glucémicos han evolucionado con los años. Vamos a hablar un poco de las últimas recomendaciones de 2016. Como ustedes saben, el control de la glucosa tiene una relación directa con el desarrollo de complicaciones futuras, como la ceguera, amputación, y la enfermedad renal diabética. Por lo que definitivamente debemos medirla y ayudar a nuestros pacientes a entender la importancia de medir su azúcar en sangre.

Aquí se muestran los objetivos glucémicos recomendados por la ADA para muchas mujeres adultas no embarazadas. Estas recomendaciones se basan en valores de A1C, con niveles registrados de azúcar en sangre que parecen tener una correlación con el logro

de un A1C menor a 7 por ciento. Entonces, la línea superior, A1C menor a 7 por ciento, muestra el promedio anterior de 2 a 3 meses. Nuevamente, este puede ser un objetivo adecuado para muchos adultos no embarazados, y debería medirse dos veces por año en aquellos pacientes que hayan alcanzado el objetivo, pero más frecuentemente, como trimestralmente, para aquellos que no lo hayan alcanzado.

La glucosa plasmática capilar preprandial y la glucosa plasmática capilar posprandial máxima da información diaria relacionada con los efectos de la alimentación y el ejercicio, y además, de la medicación, si el paciente está tomando medicamentos. Para el valor preprandial, nuestro objetivo antes de que el paciente coma ahora es de 80 a 130 para adultos no embarazados con diabetes y el objetivo de glucosa plasmática posprandial o luego de comer máxima es de menos de 180.

Entonces, nuevamente, decidir el objetivo de A1C debería ser específico para cada paciente. Esta

diapositiva muestra el enfoque para gestionar la hiperglucemia, y demuestra elementos para la toma de decisiones que pueden utilizarse para determinar los efectos adecuados a lograr y para establecer objetivos glucémicos. Puede que hayan visto esto antes porque ya hace varios años que existe, pero se los voy a explicar rápidamente. En la parte izquierda, verán una serie de características del paciente o la enfermedad que son o modificables o que se considera que no son modificables con una escala de impacto de A1C correspondiente a la derecha. El extremo pequeño de los triángulos se alinean con un objetivo de A1C más estricto, como uno menor de 6,5 por ciento, y el extremo más ancho de los triángulos se alinean con un objetivo de A1C menos estricto, como 8 por ciento o menor.

Entonces, por ejemplo, cuando se quiere definir un objetivo de A1C para un paciente, pueden observar varios de estos riesgos asociados con la hipoglucemia, la duración de la enfermedad, la expectativa de vida, y luego, en los elementos

modificables, pueden ver la actitud del paciente y recursos y sistemas de soporte. Y durante esa evaluación, pueden llegar a un objetivo de A1C adecuado para el paciente. Y esto puede cambiar con el tiempo, obviamente.

Bueno, eso fue mucha información con respecto a establecer un objetivo de A1C. Y quiero asegurarme de que lo expliqué lo suficientemente bien. Entonces, les pido que respondan esta pregunta. Objetivos glucémicos más estrictos pueden ser apropiados para ciertos pacientes. ¿Qué factores de los anteriores apoyan objetivos más estrictos de A1C, como un A1C de menos de 6,5?

Creo que lo puede llegar a ser difícil responder a esta pregunta porque no estaba completa y podrían no haberla entendido. Pero parece que luego de que la leí, la mayoría de las personas estaban eligiendo la respuesta correcta para establecer objetivos más estrictos. Bueno, la respuesta es la B, un paciente altamente motivado y adherente con un buen sistema de apoyo sería un posible candidato para objetivos de

A1C más estrictos; mientras que, una persona que ha tenido diabetes por mucho tiempo o que tiene un riesgo alto de hipoglucemia podría ser un candidato menos probable y tenga un objetivo de A1C menos estricto, tal vez mayor a 7, entre 7 y 8. Muy bien. Parece que la mayoría eligió la respuesta adecuada.

Entonces, a base de sus respuestas y las discusiones que hemos tenido, pienso que deberíamos continuar. Esta es una diapositiva resumen sobre lo que acabamos de hablar, establecer objetivos de A1C. Voy a continuar aquí con la sección de objetivos glucémicos y le daré énfasis a la información sobre resultados de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Hay evidencia que indica que existe un beneficio cardiovascular con los controles intensivos de azúcar en sangre luego de seguimientos a largo plazo, y hemos visto esto en estudios de seguimiento que se han estado realizando por décadas. Uno en particular es el Ensayo sobre el control y las complicaciones de la diabetes, que fue un ensayo clínico muy importante

para pacientes con diabetes tipo 1, en el que se encontró una tendencia hacia un riesgo menor de eventos de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica en los pacientes que fueron colocados al azar en controles intensivos, lo que significa que estaban tratando de lograr un A1C próximo a lo normal de 6 por ciento o menor.

Ahora, el ensayo empezó en 1983, y desde ese entonces, somos menos estrictos con nuestros objetivos de controles intensivos. Pero, sin embargo, cuando el estudio finalizó en 1993, la investigación siguió estudiando a los participantes. Y el estudio de seguimiento se llama EDIC, o Epidemiología de las intervenciones y complicaciones de la diabetes. Y este evaluó la incidencia e indicadores de eventos de la enfermedad cardiovascular como ataques cardíacos, accidente cerebrovascular, necesidad de realizar una cirugía cardíaca, como también complicaciones diabéticas relacionadas con factores microvasculares: complicaciones con los ojos, los riñones y los nervios.

Bueno, en este estudio de seguimiento de 9 años de duración del DCCT, llamado EDIC, demostraron una reducción significativa del 57 por ciento en el riesgo de ataques cardíacos no fatales o infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares, y/o muerte por enfermedad cardiovascular aterosclerótica, en comparación con aquellos que previamente estaban en la rama estándar. Entonces, se promueve este beneficio del control intensivo. Ahora, no pretendo que recuerden toda esta información luego del estudio o con sus pacientes, pero espero que hayan entendido la importancia del control glucémico, cómo debería estar presente en sus mentes cuando trabajan con gente que tiene diabetes que no esté controlada, la importancia de prevenir las complicaciones, tanto microvasculares y macrovasculares relacionadas con la enfermedad aterosclerótica.

Otra sección nueva con respecto a los objetivos glucémicos se enfoca en adultos mayores. Y se los define como adultos mayores de 65 años de edad. Hay

toda una sección separada para adultos mayores, la Sección 10, que no vamos a analizar. Pero incluí esta declaración que se relaciona de alguna manera con el control de los objetivos glucémicos en adultos mayores. Esta es una nueva adición este año en las Normas de Atención. Y dice: "Debido al aumento en la cantidad de adultos mayores con diabetes dependientes de la insulina, la ADA agregó la recomendación de que la gente que utilice el monitoreo continuo de glucosa, también llamada CGM, y bombas de insulina debería tener un acceso continuo luego de cumplir los 65 años de edad". Es un buen momento para resaltar el aumento en el uso de tecnología con esta información en todos los grupos etarios.

Entonces, el monitoreo continuo de glucosa y el uso de tecnología de bombas debería seguir utilizándose en adultos mayores de 65 años, particularmente en aquellos que se consideren ancianos jóvenes, que significa que su capacidad funcional y cognitiva es alta. Caracterizar a las personas según su capacidad funcional y cognitiva a menudo es más apropiado que

usar la edad cronológica. Pero en este caso, han usado la edad cronológica para los pacientes que todavía podrían necesitar depender de esta tecnología.

Ahora, veo, ¿Medicare cubre bombas? Y Gustavo dice, "Medicare cubre bombas para personas mayores de 65. ¿Cubre CDM?" Y no estoy segura, pero esto podría variar, y podría ser diferente en diferentes áreas y en diferentes planes.

Entonces, hablando de edad, volvamos al caso de la señora Arias una última vez. ¿Qué pasó durante su primera visita que analizamos anteriormente? Dice que la señora Arias volvió a su cita de seguimiento de 1 semana usando un boleto de transporte que le consiguió su promotor. Ella dice que se siente mejor y está aliviada de que su promotor esté dispuesto a ayudarla a coordinar su transporte a través de su red social para futuras visitas. Ella volvió a tomar su insulina, y el nivel de glucosa en sangre medido por la punción de su dedo antes del almuerzo fue de 175.

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

Esto es mucho mejor que 450 hace una semana. Ella pregunta la necesidad de tomar algunos de sus medicamentos. Siente que tiene que elegir entre tomar sus medicamentos y comprar comida. Por lo tanto, obviamente todavía quedan asuntos pendientes con el acceso a la comida y a los medicamentos.

Durante su visita médica, se le ofrece a la Sra. Arias la opción de recibir un descuento en un programa de envío de comidas a domicilio. Aquí, se me ocurre algo como el programa "Meals on Wheels". Hay tantos programas de envío de comidas saludables a domicilio que pueden subsidiarse hoy en día. ¿Pero cuáles son otros posibles pasos a seguir para nosotros como promotores? Oh, veo que la gente ya está compartiendo a través del chat algunas de sus recomendaciones e ideas acerca de conectar los recursos alimenticios, ayudar con el presupuesto, asistencia para los medicamentos. Se sugirió el análisis de un programa de descuentos para medicamentos. Y luego una revisión de la medicación por parte del médico. ¿Él o ella califican para

Medicaid? De nuevo, no sabemos su situación de cobertura médica, pero estas son oportunidades maravillosas para que hagamos esas preguntas y nos involucremos un poco y compartamos los recursos que tenemos.

Por lo que creo que también podemos discutir con ella la importancia de mantener sus niveles de azúcar en sangre en el rango determinado por el médico. Digamos que es alrededor del 7,5 por ciento. Porque sabemos que mantener el nivel de azúcar en sangre bien controlado ayuda a prevenir más problemas de salud en su futuro y más gastos. Ella también tiene nietos, por lo que tenemos que hacer uso de eso y decirle lo importante que es para ella reducir el riesgo de tener niveles de azúcar no controlados y controles inconsistentes de azúcar en sangre.

No estoy segura porque es difícil para mí; todos hicieron muy bien en participar. Pero como farmacéutica, creo que sería bueno arreglar una sesión, con el o los farmacéuticos que la Sra. Arias

tiene en su tienda comunitaria. Porque probablemente ella tenga que ir a la farmacia varias veces al mes y esos viajes no necesariamente cuesten un copago. Entonces, mientras ella obtiene sus recetas, quizás el farmacéutico podría revisar sus medicamentos y recomendarle y/o llamar a su médico de cabecera para ver cómo combinar o eliminar algunos de sus medicamentos. Quizás incluso ayudarla a conservar sus suministros o conseguirlos a un mejor precio.

Veo que hay que abordar las barreras del lenguaje. También, el promotor podría escuchar la opinión de la Sra. Arias con respecto a los programas de envío de comidas a domicilio. Quizás incluso conectarla con alguien que se haya beneficiado de un servicio como este o el mismo servicio para que le dé su opinión sobre su experiencia con el mismo. También veo en el cuadro de chat, "Proveer un servicio gratuito de acompañamiento de personas mayores". Betsy, ¿Te gustaría decir algo sobre lo que leíste en la ventanita del chat en este punto?

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

BR: Sheila dice seguimiento continuo con un nutricionista, asistencia para los medicamentos. También dice sobre los programas de asistencia, buscar programas de asistencia para medicamentos recetados. Esa es otra alternativa que se ha dado. Los promotores pueden capacitar a la Sra. Arias sobre la salud, medicamentos, programas disponibles en la comunidad. Existen almuerzos de bajo costo o gratuitos en los centros de cuidado de adultos mayores. Eso es básicamente lo que he visto aquí. En su mayoría, las opiniones que estamos recibiendo aquí hablan de buscar programas de descuentos para medicamentos.

CM: Está bien. Creo que ella está en buenas manos si ella está conectada en esta línea. Y me gusta que todavía estén compartiendo sus opiniones. Sigán así. Así que la gente se debe estar enterando de cosas por sus ideas. Estoy recibiendo buenas ideas sobre cómo se podrían mejorar las conexiones de su comunidad.

Voy a pasar a la Sección 6 sobre el manejo de la obesidad para el tratamiento de la diabetes tipo 2. No tengo mucho para decir sobre esto, pero, por supuesto, es un componente muy importante de esta enfermedad crónica en particular. Se ha agregado esta nueva sección sobre el manejo de la obesidad e incorpora recomendaciones previas relacionadas con la cirugía bariátrica. También tiene nuevas recomendaciones relacionadas con la evaluación integral del peso en la diabetes y con el tratamiento del sobrepeso/obesidad con modificaciones en el comportamiento y farmacoterapia.

¿Y por qué? ¿Por qué es esto tan importante? Bueno, existe evidencia importante y consistente de que el manejo de la obesidad puede retrasar la progresión de prediabetes a diabetes tipo 2, y puede retrasar la progresión de la enfermedad misma cuando se la diagnostica. La pérdida de peso no solo baja el nivel de glucosa en sangre sino que además ayuda a controlar la presión arterial y revertir la resistencia a la insulina cuando la capacidad

secretora de insulina aún se encuentra preservada en las etapas tempranas de la enfermedad. Muchos estudios también documentan otros beneficios de la pérdida de peso en pacientes con diabetes tipo 2, incluso mejoras en la movilidad, el funcionamiento tanto físico y sexual y la calidad de vida relacionada con la salud.

Ahora esta última página podría hablar o resonar más con los pacientes mismos porque estos son los tipos de cosas que los motiva a hacer cambios en el comportamiento cuando entienden que la pérdida de peso puede hacer más que reducir el peso.

Cuando los pacientes les preguntan, "¿Qué debería estar haciendo? ¿Cómo puedo —" y ustedes se preguntan, "¿Cómo puedo alentarlos a dar pequeños pasos para perder peso?" Bueno, hay algunas recomendaciones sobre actividad física de las Normas de Atención Médica. Y estas, otra vez, son recomendaciones. Y no creo que ninguno de nosotros aquí estamos en una posición para decir, "Esto es lo

que tienes que hacer, en resumidas cuentas".

Realmente hay muchas cosas por hacer y creo que empezar con pasos pequeños, trabajando hacia estas recomendaciones es realmente lo que deberíamos recomendarle que hagan a los pacientes con diabetes.

Los primeros son los niños con diabetes y prediabetes. Y para alguien que lleva un estilo de vida sedentario se recomiendan al menos 60 minutos al día de actividad física. Esto no tiene que ser todo de una vez. Puede hacerse en partes y poco a poco.

Para adultos con diabetes, la recomendación es por lo menos 150 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada al menos 3 días por semana sin que pasen más de 2 días consecutivos sin hacer ejercicio. Eso es mucho pedir, pero creo que entienden que lo esencial es ser consistentes en si son 10 minutos en días alternos, trabajar sobre esta recomendación general. Todos los individuos, incluso aquellos con diabetes, deberían limitar los tiempos de sedentarismo, que es exactamente lo que no estamos haciendo esta tarde en este webinar. Espero que

todos nos pongamos de acuerdo y nos levantemos luego de esta sesión y nos movamos un poco porque tenemos que cortar periodos largos de sedentarismo, es decir más de 90 minutos de estar sentados. Los adultos con diabetes tipo 2 deberían realizar pesas de resistencia por lo menos dos veces por semana si no existen contraindicaciones. Así que, en resumen, estas son las recomendaciones de actividad física.

La sección 7 es una de nuestras últimas secciones y la siento muy de cerca como farmacéutica porque hay muchas opciones para gestionar el control glucémico de los pacientes. Este es un Enfoque en el tratamiento glucémico. Esta diapositiva tiene una imagen que la gente puede consultar en la práctica clínica o quizás hasta un promotor para comprender los niveles de riesgo, problemas de costos, y combinaciones de cosas en un nivel general. La base de la terapia está en el color aguamarina, como una especie de marco de las recomendaciones para la terapia antihiperglucémica en diabetes tipo 2. Y dice, "Comer saludable, control del peso, aumento de

la actividad física, y educación sobre la diabetes". Así que estos obviamente son los conceptos básicos.

Pero la terapia farmacológica recomendada en la primera línea es la metformina. Y cada uno de estos agentes o clases de agentes que se enumeran debajo de estas como recomendaciones de terapia dual y opciones de terapia triple están delineados por su eficacia, riesgo de hipoglucemia, el efecto de la medicación o clase sobre el peso, los efectos secundarios, y luego el costo relativo para un paciente sin seguro médico. Y en tamaño de letra súper pequeño, entre la primera, segunda y tercera línea— ahora voy a tratar de usar mi puntero aquí— hay una declaración que dice, "Si no se alcanzan los niveles deseados de A1C luego de tres meses de monoterapia con metformina, proceda a la combinación de dos medicamentos". Y no hay un orden específico y estas son las dos combinaciones de medicamentos con metformina. Entonces, hay seis clases diferentes de agentes. De nuevo, pueden agregarse en combinación con metformina sin seguir un orden específico. Pero una vez que notan que— veamos

aquí, va a combinar metformina con sulfonilurea porque ese paciente está buscando una opción de bajo costo que sea altamente efectiva. Así es más o menos como se lee esta tabla o esta figura.

Y porque no tenemos mucho tiempo, creo que voy a seguir con otro tema. Entonces para esta persona que toma múltiples agentes con el tiempo y su nivel de A1C aún no es el deseado, las Normas de Atención médica de la ADA incluyen unas tablas y recuadros sobre el manejo de la terapia de insulina, que a primera vista parecen ser bastante complejas y podrían parecer intimidantes para pacientes a los que se les indica la insulina. Hay información y apoyos muy buenos para mostrar la eficacia de la insulina. Y este es solo un ejemplo de un algoritmo que los médicos y clínicos pueden consultar y las diferentes formas en las que pueden agregar más insulina con el paso del tiempo para controlar la glucosa en ayunas y posprandial. De nuevo, esta es solo una ayuda visual que pueden tener en cuenta y consultarla cuando

intentan ayudar a entender un poco más el manejo de medicamentos.

Ahora, todavía estamos en febrero, y estamos en el Mes Nacional del Corazón, entonces, de nuevo, la enfermedad cardiovascular aterosclerótica es algo que hemos mencionado antes brevemente, pero es la principal causa de muerte para aquellas personas con diabetes. De hecho, la diabetes confiere su propio factor de riesgo independiente a la enfermedad cardiovascular. No voy a detenerme mucho tiempo en esto tampoco, pero sí quería llamarles la atención a este nuevo término que reemplaza a ECV, y que he estado utilizando a lo largo de toda la presentación. La "enfermedad cardiovascular aterosclerótica" (ECVA) ha reemplazado al término anterior "enfermedad cardiovascular" (ECV), porque ECVA es un término más específico. Y esta sección se explica en más detalle en las Normas de Atención Médica. Incluye información sobre el control de la presión arterial y objetivos, control de lípidos y objetivos de colesterol LDL y

recomendaciones de lípidos. De nuevo, si les interesa esto, pueden consultar la Sección 8.

La Sección 9 habla de las complicaciones microvasculares; mientras que ECVA es una sección macrovascular. Estas son las complicaciones microvasculares en la Sección 9, que incluyen el cuidado de los pies. Las complicaciones microvasculares, si no conocen este término o no lo utilizan con frecuencia, son nefropatías, que se relacionan con la enfermedad renal, neuropatía o los nervios, y la retinopatía o de los ojos. Entonces el término "nefropatía" se cambió por "enfermedad renal diabética" para resaltar que, a pesar de que una nefropatía puede originarse de una variedad de causas, el cuidado se pone en la enfermedad renal que está directamente relacionada con la diabetes. Entonces, esto es solo una nueva terminología que quizás quieran comenzar a utilizar o compartir con las personas que no hayan leído las Normas de Atención Médica este año. Enfermedad renal diabética es el término que utilizaremos de ahora en adelante.

Y como la diabetes es la principal causa de insuficiencia renal, estos son dos puntos breves relacionados con la enfermedad renal diabética sobre las recomendaciones del tratamiento. Entonces lo primero es optimizar el control de la glucosa para reducir el riesgo o desacelerar la progresión de la enfermedad renal diabética. Y luego, lo segundo es optimizar el control de la presión arterial para reducir el riesgo o desacelerar la progresión de la enfermedad renal diabética. ¿Está bien? Entonces, de nuevo, no vamos a detenernos demasiado en las recomendaciones de la presión arterial o en la enfermedad renal diabética, pero esta es la sección donde pueden encontrar dicha información.

Y finalmente, la última sección de la que voy a hablar hoy es la defensa de la diabetes. La gente con diabetes no tendría por qué sufrir discriminación y por lo tanto, en defensa de sus derechos, la ADA ayuda a asegurarse de que puedan tener una vida larga, saludable y productiva. Una táctica para

alcanzar este objetivo de defensa de la diabetes es implementar las Normas de Atención Médica de la ADA a través de declaraciones de posturas orientadas a su defensa. Por eso, la ADA publica declaraciones basadas en evidencia, revisadas por colegas y expertos sobre temas como la diabetes y empleo, diabetes y manejo de vehículos, y control de la diabetes en ciertos ambientes como escuelas, programas de atención para niños, e instituciones penales.

Además de las declaraciones de postura clínicas de la ADA, estas declaraciones de postura sobre la promoción son herramientas importantes para educar a las escuelas, patronos, entes reguladores, legisladores y otros sobre la intersección de la medicina de la diabetes y la ley. Estas declaraciones pueden descargarse del sitio web de la ADA en [professional.diabetes.org/soc](http://professional.diabetes.org/soc).

Con esto termino mi presentación de hoy del análisis de las Normas de Atención Médica de 2016 con un énfasis particular en los promotores de salud y la

educación y el apoyo del autocontrol de la diabetes. En resumen, estas Normas de Atención Médica de la ADA son un recurso importante para aquellos que se ocupan de las personas con diabetes. Esta publicación anual contiene modificaciones que incluyen terminología y recomendaciones sobre prácticas clínicas. La educación y el apoyo para el autocontrol de la diabetes son fundamentales para poner en práctica estas recomendaciones y ayudar a los profesionales y trabajadores comunitarios de salud o promotores a empoderar a las personas con diabetes o aquellos en riesgo para que puedan recibir el cuidado que necesitan.

Muchas gracias y voy a tomar preguntas Ana y Betsy, en este momento.

BR: Muchas gracias Catherine, por otro webinar genial. Los invito a todos a visitar nuestro nuevo sitio web de NDEP. Vamos a mostrar esa diapositiva allí.

Y ahora tenemos algunas preguntas. Vamos a ver, Catherine. La primera pregunta que tenemos dice: "¿Hay alguna lista de promotores de salud para Wisconsin?" Creo que hay una lista oficial de redes de promotores. Usualmente antes solían publicarse en la sección de promotores de APHA. No recuerdo si es precisamente Wisconsin— tenemos una asociación de redes de promotores allí. Pero voy a investigar bien esa información. Voy a poner algunas de estas preguntas en un correo electrónico de seguimiento después de este webinar. Tan pronto encuentre una lista específica en ese estado, compartiré esa información con todos ustedes.

Y siempre recomiendo a la gente que vaya al Departamento de Salud del Estado porque ellos han estado trabajando con promotores y seguramente saben qué redes de promotores hay en el estado.

Entonces hay otra pregunta aquí, Catherine. Dice, "Tú mencionaste el cese del hábito del tabaco para minimizar los desafíos de la diabetes. ¿Te refieres a

fumar o todas las formas de utilización de tabaco?"

¿Qué tienes para decir sobre esto, Catherine?

CM: Sería todas las formas de uso del tabaco, aunque existen grados relativos de riesgo. Depende del método de uso del tabaco que el paciente esté utilizando. Ahora el cese del tabaco está directamente relacionado con factores múltiples que pueden afectar negativamente la salud en general, incluso, creo, como dije antes, la presión arterial, la enfermedad cardiovascular e incluso la resistencia a la insulina pueden empeorar con el hábito de fumar. Pero se debería recomendar y aconsejar a los pacientes que eviten otros tipos de uso del tabaco debido a los otros problemas que pueden ocurrir. Se me ocurren cánceres bucales y cosas que también pueden coexistir. El cáncer y la diabetes, aunque no hayamos discutido esto hoy, normalmente están ligados. Y, a menudo, una persona con diabetes tiene un riesgo mayor de desarrollar ciertos tipos de cáncer. Entonces tener un comportamiento riesgoso como el uso del tabaco puede agravar ese riesgo.

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

BR: Está bien. Gracias, Catherine. Mary Jane Christian pregunta si para la glucosa en ayuna todavía se necesitan dos resultados de laboratorio de más de 126?

CM: Solo si no hay síntomas notables de diabetes. Entonces la poliuria, la polidipsia, y la polifagia, o quizás como una infección por cándida o algo así. Si esos síntomas no están presentes, y solo están notando un alto nivel de glucosa en ayunas, entonces en ese caso es necesario repetir.

BR: Está bien, gracias. Aquí hay otra pregunta. Dice, "¿Qué índices ves de niños con diabetes tipo 2?"

CM: Oh, eso depende. Está creciendo y depende de la raza del niño. Creo que los niños hispanos/latinos son los de mayor riesgo. Y si no me equivoco en lo último que leí, se hablaba de casi un 30 por ciento para ese grupo. Otras etnias, quizás menos.

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

BR: Lo que me acuerdo es que en algún estudio se ha reportado entre 8 y 45 por ciento de niños que han sido diagnosticados con diabetes tienen el tipo 2. Eso es lo que me acuerdo. Quizás me equivoque. Así que no te fíes de eso pero como bien dijiste, este es un problema creciente ahora, principalmente en la población hispano/latina.

BR: Entonces, "¿Qué vacunas buscarías?"

CM: Bueno, de nuevo, no soy experta en el tema. De hecho, hace tiempo que no leo las recomendaciones sobre las vacunas. Pero sí sé que la vacuna de la gripe y la del neumococo tienen recomendaciones específicas para personas con diabetes.

No estoy segura, puede haber otras que me estoy olvidando.

BR: Sí, esas son las dos más importantes en personas con diabetes: la vacuna de la gripe y del neumococo.

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

Hay otra pregunta común aquí, "¿No son las mismas recomendaciones desde el 2010 o por ahí?" Bueno, en realidad, no. El propósito de nuestro webinar de hoy es darles las actualizaciones. Creo que la que más me gusta, Catherine, es algo que ya sabemos hace muchos años, pero ahora está en un documento oficial como norma de atención médica. Es llamar a las personas con diabetes, "personas con diabetes" en lugar de "diabéticos". Y también, creo se ha puesto un gran énfasis en mirar al determinante social de salud como parte del cumplimiento del régimen de diabetes. Creo que eso también es asombroso. ¿Hay algún otro comentario que quieras hacer sobre esto, Catherine?

CM: Estoy totalmente de acuerdo contigo, Betsy, en que por años he tratado de usar la terminología "persona con diabetes" en lugar de "diabético". Pero aún lo escucho con frecuencia entre mis colegas en la comunidad de cuidado de la diabetes. Por lo que creo que es un cambio general importante que todos deberíamos compartir con nuestros amigos y colegas.

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

BR: Sí. Otra pregunta aquí dice, "¿Cómo se obtiene una copia de las Normas de Atención Médica? ¿A través del sitio de la ADA o de NDEP?"

CM: Sí, permíteme regresar al comienzo— quizás no lo viste. Una de las primeras diapositivas.

BR: Sí, mientras ella busca, puedo decir que es a través del sitio web de ADA.

CM: ¿Pueden ver la Diapositiva 11? Hay un sitio web abajo de todo.

BR: Pero si van al sitio web, busquen la pestaña "Health Care Professional" y hagan clic ahí y podrán encontrar las Normas de Atención Médica en el sitio web de la Asociación Americana de la Diabetes. Tenemos una pregunta interesante aquí, Catherine. Alguien nos pregunta, "¿Cómo se puede abordar a aquellos pacientes bien educados, pero que no cumplen los objetivos?"

CM: Personas bien educadas, pero que no se adhieren.

Bueno, creo que el término bien educado puede ser un término relativo. Pueden parecer bien educados en un aspecto. Podría ser un ejecutivo muy exitoso, en el manejo de negocios, pero aun así puede haber una brecha enorme en su conocimiento y las percepciones sobre los riesgos de padecer diabetes. Pero creo que eso es un poco lo que yo siento, quizás lo que deberíamos decir sobre esa pregunta es que nunca deberíamos asumir que lo que hacen en su vida profesional, por así decirlo, puede transferirse a sus conocimientos y entendimiento de la salud.

BR: Me gustaría agregar algo también, Catherine. Me acuerdo hace 2 o 3 años atrás asistí al Foro sobre Disparidades en la Salud de la ADA que solían organizar, y uno de los oradores justamente era uno de los Secretarios de Salud y casualmente era una persona con diabetes. Y nos contó cómo el médico le dio instrucciones sobre el control diario de la enfermedad. No las entendió. Y finalmente, terminó en

la sala de emergencias con una cetoacidosis. Y él dijo, "Aquí estoy. Soy el ejemplo perfecto. Se supone que debo saber todo de la A a la Z sobre diabetes, y ahí estaba en la sala de emergencias con un caso de cetoacidosis". Por lo que nunca asuman que porque la gente tiene una buena educación, podrán seguir todas esas cosas necesarias para mantener la diabetes bajo control.

CM: Es cierto. Y, como todos sabemos, decir una cosa y recomendar algo, es muy diferente a hacerlo. Y la gente atraviesa muchas etapas de cambio y aceptación y lo que motiva a una persona es específico para esa persona. Por lo que creo que no podemos subestimar la importancia de decir las cosas de diferentes maneras, dar la información de forma repetida.

BR: Hay muchas cosas que se han documentado en libros y una de ellas es capacitarse para hacer una entrevista motivadora. Eso parece ser efectivo para conocer cuáles son los diferentes retos y las cosas que la gente pueda tener. También hay mucha evidencia sobre

el uso de contratos para las personas que puedan estar teniendo problemas en algún área del autocontrol y la educación de la diabetes. Y, por supuesto, una especie de trabajo par-a-par parece estar funcionado con muchas personas que conviven con la diabetes.

Aquí hay otra pregunta: "Medicare cubre las bombas de insulina para las personas mayores de 60 años. ¿Cubre el monitoreo continuo de glucosa?"

CM: Lamentablemente, no sé contestar las preguntas sobre cobertura como debería. No soy una farmacéutica que dispensa y gestiona reclamaciones. Tendría que averiguar. Y, de nuevo, como dije anteriormente, quizás no sea lo mismo de un estado al otro.

BR: Bueno, una de las cosas que recuerdo es que Medicare solía tener conflictos en esta área para personas mayores de 60 porque antes solía cubrir solo a personas con diabetes tipo 1. Y para poder ser considerado, el paciente debía completar la formación

integral para la diabetes y someterse al tratamiento de múltiples inyecciones. Y luego con un A1c de más del 7 por ciento y antecedentes de hipoglucemia y un historial de fluctuaciones en las lecturas de glucosa en sangre o incluso tener el fenómeno del amanecer que es otro problema que sucede en personas con diabetes tipo 1. Entonces, por lo que yo sé, creo que todavía hay un área aquí. Por eso es que creo que uno de los aspectos de la Norma de Atención Médica es esa sección cuando estabas hablando sobre la promoción de la diabetes. Creo que es una de las áreas que requerirá más promoción para esas personas mayores de 65 años y que buscan usar bombas de insulina y sistemas de monitorización continua de glucosa.

CM: Estoy buscando, y no es específico para el monitoreo continuo de glucosa. Aunque el sitio web de ADA tiene muchos recursos sobre todos los diferentes dispositivos relacionados con la tecnología. Pero la declaración de postura de la AADE y ADA habla de cómo el CMS reembolsa por 10 horas de programa de educación inicial sobre diabetes y 2 horas en cada año subsiguiente. Y las remisiones pueden hacerse

como dices para tratamientos específicos, indicadores especificados. Y de nuevo, creo que ya lo mencioné antes, hay muestras de formularios de remisiones para obtener reembolsos por educación. Y a través de esa educación, probablemente haya cosas específicas de la cobertura a las que podrían acceder que estarían dentro de sus comunidades a través de esa educación y servicio.

BR: Bueno, puedo hablar desde mi experiencia, sabes, por ser una persona que vive con diabetes. En lo que respecta a dispositivos y tecnología y bombas y herramientas de monitoreo continuo y cosas por el estilo, todos los seguros médicos exigen mucho trabajo por parte del paciente, y de los proveedores de cuidado médico. Hay una carta que le dicen "carta de necesidad" que tiene que explicar todos los desafíos en el manejo que tienen que enfrentar las personas, como el que mencioné recién, un Alc alto, antecedentes de hipoglucemia, historial de fluctuaciones en los patrones de glucosa en sangre y cosas por el estilo. Y también tenemos este énfasis

para que las personas participen en las clases de educación integral sobre la diabetes, que es una de las cosas exigidas por cualquier seguro médico para cubrir las bombas de insulina. Y así funciona nuestro sistema.

Bueno, aquí hay otra pregunta que dice, "¿Dónde se realizan las evaluaciones de salud oral?" Y creo, de nuevo, esta es una de las desconexiones en las que todavía tenemos que trabajar, que es informar no solo a los pacientes, sino a muchos profesionales del cuidado médico y profesionales de la salud aliados que hay otros profesionales que deberían ser parte del equipo de atención médica. Y estos son dentistas, oftalmólogos, farmacéuticos. Entonces en la jerga de NDEP, los llamamos los proveedores PPOD (PPOD, que en inglés significa podiatra, farmacéutico, optómetra y dentista. Lo que estoy tratando de decir con esto es que tenemos que hacer la conexión con aquellos profesionales del cuidado médico que están tan ligados a este tipo de problemas que padece la gente con diabetes. Y la salud oral es una de esas áreas

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

desatendidas. Y creo que, de nuevo, en lo que se refiere a empoderar a nuestros pacientes es hacerles saber la importancia de hacer esas visitas al dentista. ¿Alguna otra cosa que quieras agregar?

CM: Ojala pudiera, pero creo que no tengo nada interesante para agregar en esta área.

BR: Está bien, hay algunas otras preguntas interesantes, pero como no tenemos más tiempo, tenemos que concluir el webinar de hoy. Ya guardé todas estas preguntas. Haré todo lo posible por contestarles rápidamente las que no pudimos contestar hoy. Hicimos todo lo posible para contestar algunas de ellas.

Quiero agradecerte nuevamente, Catherine, por otro excelente webinar. Los invito a todos a visitar el nuevo sitio web rediseñado de NDEP

[www.cdc.gov/diabetes/ndep](http://www.cdc.gov/diabetes/ndep) y que vean los muchos recursos que pueden ayudarlos en su educación sobre la diabetes, la prevención y las clases de control.

Serie de Webinarios del NDEP  
Normas de atención médica de la ADA del 2016

Si lo desean, pueden enviarnos un correo electrónico  
y con gusto responderemos preguntas específicas.

Así que, gracias a todos, y gracias Catherine. Eso es  
todo. Adiós.