



AVANCES EN DIABETOLOGÍA

www.elsevier.es/avdiabetol



EDITORIAL

Las Unidades de Endocrinología: de la eficiencia a la desaparición Endocrinology Units: From efficiency to disappearance

La Endocrinología y Nutrición es una especialidad médica joven que ha ido adquiriendo relevancia en el transcurso del tiempo, especialmente porque abarca un número de enfermedades crónicas, algunas de ellas muy prevalentes en la sociedad actual como es la diabetes. En España, en el año 1915, Gregorio Marañón realizó el primer curso de Endocrinología, y su amplia dedicación a esta especialidad tanto docente, clínica como investigadora le llevó a ocupar en el año 1931 la primera cátedra de Endocrinología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central¹. En 1922 Rossend Carrasco i Formiguera emprende la obtención de insulina que establecerá las bases del tratamiento de la diabetes en el Estado español. En 1950 con la creación de la Sociedad Española de Endocrinología y en 1954 con la de la Sociedad Española de Diabetes se produce la consolidación clínica y social de la especialidad².

En España, los datos del estudio di@bet.es muestran una prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en el conjunto de las diferentes comunidades autónomas del 12% (un 8% conocida y un 4% desconocida)³. La diabetes es una de las enfermedades crónicas que genera un elevado coste sanitario. Algunos estudios han situado el coste de la diabetes tipo 2 en 4.378 euros por paciente y año. En el caso de pacientes con diabetes mal controlada y con presencia de complicaciones microvasculares, macrovasculares o ambas, esta cifra se multiplica por 3,5 o por 10, respectivamente. Las hospitalizaciones suponen el mayor gasto sanitario de la diabetes (933 millones de euros)^{4,5}.

A partir de los años 70 se publicaron los primeros estudios sobre el impacto de la educación del paciente con diabetes en la disminución de las complicaciones tanto agudas como crónicas, así como en el número de ingresos hospitalarios, repercutiendo en una disminución del coste económico de la diabetes⁶⁻⁸. En este momento no hay duda de que la educación terapéutica, mediante la aplicación de programas estructurados, es un aspecto clave del tratamiento⁹. Los avances en las nuevas terapias para la diabetes y la disponibilidad de técnicas para el autoanálisis que facilitan el autocontrol han contribuido también en la mejora de los resultados de salud y calidad de vida en estos pacientes.

Las sociedades científicas tanto nacionales como internacionales han fomentado la formación de los profesionales de la salud implicados en el tratamiento de los pacientes con diabetes y se han creado grupos de trabajo multidisciplinares¹⁰.

El carácter progresivo de la enfermedad, sus complicaciones y la coexistencia con otras patologías implica la necesidad de un abordaje multidisciplinar y una asistencia de calidad. La calidad en la atención no solo depende de la formación de los profesionales sino también de aspectos organizativos que garanticen la continuidad asistencial¹¹. Para garantizar una atención integral es fundamental la coordinación entre los distintos niveles asistenciales (hospital-atención primaria), entre los profesionales de un mismo nivel (distintas especialidades, como Nefrología, Cardiología, Oftalmología, Cirugía Vascular, Medicina Interna, etc.), así como la coordinación entre los diferentes ámbitos en los que se mueve el paciente¹².

A lo largo de tres décadas, tanto los profesionales de la Endocrinología como las sociedades científicas han trabajado para un modelo de asistencia al paciente crónico de ámbito multidisciplinar intentando coordinar esfuerzos, consensuar protocolos, diseñando estrategias tanto de prevención como de actuación, para conseguir disminuir el impacto de esta patología.

La coordinación entre niveles asistenciales es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud¹³. En Cataluña, una de las prioridades del Pla Estratègic d'Especialitats¹⁴ del año 2005 es la descentralización de las especialidades de alta prevalencia y que no requieren tecnología sofisticada, y entre ellas se encuentra la Endocrinología. Cabe decir en este sentido que en algunos lugares de Cataluña esta descentralización de la atención ya era una realidad a principios de los años 90. Aun así, en el momento actual no podemos aceptar que la Endocrinología y Nutrición sea una especialidad que no requiere tecnología sofisticada. Se está olvidando que en el tratamiento de la diabetes tipo 1 cada vez más niños y adultos son portadores de sistemas de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) y de sensores de glucemia que permiten un control más ajustado de la

diabetes, y que nuevas perspectivas se abren en el tratamiento de la diabetes tipo 2, y para ello se requiere una formación y una dedicación especializadas efectuadas por profesionales expertos en educación terapéutica.

En España y en Cataluña se han desarrollado diferentes iniciativas de coordinación entre la asistencia primaria y especializada, entre ellas las Unidades de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (UDEN), creadas a principios de los 90, de carácter multidisciplinar y atención descentralizada, formadas por profesionales especialistas (endocrinólogos, enfermería especializada, nutricionista, podólogo y otros) pero conservando el ámbito de atención hospitalaria, de segundo nivel, para las situaciones complejas que no pueden ser atendidas en el ámbito extrahospitalario, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención al paciente endocrinológico, especialmente a los pacientes con diabetes, y que han dado resultados muy positivos. Esta actividad descentralizada permite una mayor proximidad al paciente y un contacto directo y actividades formativas y de consultoría con atención primaria, consiguiéndose una mayor capacidad resolutiva a este nivel. En la UDEN de Girona (UDENTG) consiguieron reducir un 33% la demanda global de la especialidad por parte de la atención primaria, una reducción de los ingresos hospitalarios y una disminución 3 veces inferior de las demandas a urgencias gracias a las consultas telemáticas¹¹. Algunas de las UDEN incluyen unidades de pie diabético que han contribuido a la disminución de la tasa de amputaciones con la consiguiente disminución de los costes generados por esta complicación. También en estos últimos años la implicación conjuntamente con los servicios de Ginecología y Obstetricia ha sido clave en la mejoría en los resultados en el embarazo de mujeres con diabetes y en la diabetes gestacional.

Si bien la diabetes y la patología con ella relacionada por su elevada prevalencia han ocupado gran parte de los esfuerzos de los equipos de Endocrinología, no hay que olvidar otras patologías, como el abordaje médico y del soporte a la cirugía en la obesidad mórbida, en la patología tiroidea, hipofisaria, adrenal, gonadal, del metabolismo óseo y otras, como también la implicación cada vez mayor en la Nutrición Parenteral o Enteral, o la participación en las Unidades de Lípidos o de riesgo cardiovascular en algunos hospitales. El incremento de los servicios con endocrinólogos a cargo de las ecografías tiroideas y de las PAAF permite visualizar una práctica instrumental, hecho este que parece ser en el momento actual una de las justificaciones de una especialidad.

Los datos recogidos por la SEEN sobre la situación de la Endocrinología en España en 2006 reflejan la importancia de la atención descentralizada de la especialidad, consiguiendo que los ingresos hospitalarios se limiten a situaciones que no se pueden resolver de otra forma, y la prueba es que el número medio de camas asignadas a la especialidad es del 0,58% del total de camas hospitalarias¹⁵.

Llegados a este punto, la especialidad ha conseguido –o incluso podríamos decir que en muchos casos se ha adelantado a– las actuales propuestas políticas, o mejor dicho, quizás los políticos se han aprovechado de las iniciativas que los propios profesionales tuvieron hace unas décadas y que han dado resultados que, si

bien mejorables, son muy satisfactorios. Se ha conseguido disminuir el número de ingresos por descompensaciones y por complicaciones; en definitiva, se ha conseguido que una de las patologías más prevalentes de esta especialidad, en general, no tenga impacto en las altas hospitalarias. Los pacientes con diabetes ingresan en el hospital generalmente por otras patologías, y esto es debido, sí, a una mejor calidad en la atención extrahospitalaria. Pero no nos confundamos: atención extrahospitalaria no es sinónimo de atención primaria. Es innegable que la atención primaria tiene su papel –y muy importante– en la prevención, en la promoción de la salud y en la asistencia de una gran mayoría de pacientes con diabetes tipo 2, pero hay situaciones en que la elevada complejidad del manejo o la presencia de complicaciones hacen aconsejable la intervención de profesionales especializados y equipos multidisciplinarios. Es aquí donde debemos reflexionar, como especialistas endocrinólogos. ¿Hemos sabido gestionar correctamente la atención descentralizada? ¿Hemos sabido defender la parte más compleja de la especialidad o simplemente en esta atención especializada ambulatoria nos hemos diluido como uno más del sistema primarista y no hemos potenciado algunas de las funciones que implica nuestro rol de experto con respecto a otros profesionales y a la propia administración u organización?

Porque ahora, en el momento en que el trabajo en equipo, la educación terapéutica, la coordinación y la formación están dando el fruto por el que nos hemos esforzado tantos años, parece que desde diversos ámbitos de la administración, en momentos de ajustes presupuestarios, ya sea de los propios hospitales como de los organismos competentes, nuestra especialidad ya no es visualizada como indispensable y corre el riesgo de desaparecer del ámbito extrahospitalario, transfiriendo a los pacientes a la atención primaria y sólo circunscribirse residualmente como consultor en los centros hospitalarios o como experto en patologías no habituales.

Bibliografía

- Orozco Acuaviva A. Historia de la Endocrinología Española. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
- Sociedad Española de Diabetes. Historia de la SED. [consultado 7/9/11]. Disponible en: <http://www.sedabetes.org/gestor/upload/HISTORIA%20DE%20LA%20SOCIEDAD%20ESPA%C3%91OLA%20DE%20DIABETES.pdf>
- SED, Ciberdem. Prevalencia de la Diabetes en España: Estudio di@bet.es. [consultado 7/9/11]. Disponible en: http://www.ciberdem.org/pdfs/CIBERDEM_Dossier_de.prensa.pdf
- Ballesta M, Carral F. Costes directos e indirectos de la diabetes mellitus tipo 2. Av Diabetol. 2002;18:20.
- Oliva J, Lobo F, Molina B, Monereo S. Direct health care cost of diabetic patients in Spain. Diabetes Care. 2004;27:2616–21.
- Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a country hospital setting. N Engl J Med. 1972;286:1388–91.
- Assal J-P, Albeau A, Rieschb P, Vaucher J. Coût de la formation du patient atteint d'un diabète sucré. Effets sur la prévention des amputations. Diabetes Metab. 1993;19:491–5.
- Assal J-P. Cost effectiveness of diabetes education. PharmacoEconomics. 1995;8 Suppl 1:68–71.
- Calle-Pascual AL, Sánchez R, García MA, Hernández MJ, Yuste E, Benito J, et al. Programas de educación diabetológica: arma

- fundamental para el tratamiento de la diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 1989;92:567-70.
10. Basic Curriculum for Health Professionals on Diabetes Therapeutic Education. Diabetes Education Study Group. 2001. [consultado 7/9/11]. Disponible en: http://www.desg.org/images/desg_basic_curriculum.pdf
11. Artola Menéndez S, Rovira Loscos A, Ricart W. Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)*. 2010;135 Suppl 2:27-32.
12. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20:485-95.
13. Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategias en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2007. [consultado 7/9/11]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/estrategia_diabetes_sistema_nacional_salud.pdf
14. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulàtoria a Catalunya, 2010. Edició: Direcció General de Planificació i Avaluació. [consultado 7/9/11]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2251/peaeadocnov2010.pdf>
15. Gálvez Moreno MA, En representación de la Comisión de la Asistencia de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (CASEEN). Situación de la endocrinología y la nutrición clínica hospitalarias en España. *Endocrinol Nutr*. 2008;55:54-9.

Jordi Anglada Barceló* y Maite Valverde Torreguitart
Hospital Universitari Mútua Terrassa,
Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jordi.anglada@gmail.com
(J. Anglada Barceló).