



Revisión

La cronicidad en los tiempos del cólera o la diabetes como ejemplo de lo que no hay que hacer: diabetes y covid-19

Carlos Miranda Fernández-Santos^{a,*}, María Eva Sáez Torralba^a,
Francisco José Sáez Martínez^b

^aCentro de Salud de Buenavista. Toledo. ^bCentro de Salud de Arganda del Rey. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2020

Aceptado el 24 de junio de 2020

On-line el 16 de julio de 2020

Palabras clave:

Cronicidad

Pandemia

Diabetes

R E S U M E N

El aumento en la esperanza de vida de los españoles y las mejoras en la salud pública y la atención sanitaria, junto con el nivel económico de nuestro país, han cambiado las características de las necesidades en salud de los ciudadanos y han consolidado la cronicidad como el patrón epidemiológico dominante en España^{1,2}.

La diabetes mellitus es posiblemente la patología crónica más presente en las diferentes Estrategias de Atención a la Cronicidad planteadas por las comunidades autónomas.

El abordaje de esta problemática es posiblemente uno de los retos no resueltos en nuestro país y que precisa la participación de toda la sociedad. Múltiples factores de tipo social, económico, territorial, demográfico o legal dificultan su desarrollo, con un claro ejemplo en la infección por SARS-CoV-2.

Las personas con patologías crónicas son más vulnerables al contagio y a desarrollar complicaciones y mayor deterioro en su calidad de vida. En la era post covid-19 se plantea una reordenación de la atención a la cronicidad que dé respuesta a las necesidades reales que han aflorado y a las debilidades de organización del sistema sanitario.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Chronicity in the times of cholera or diabetes as an example of what not to do: diabetes and COVID-19

A B S T R A C T

The increased life expectancy of the Spaniards and the improvements in the public health and health care, together with the economic level of our country has changed the characteristics of the health needs of the inhabitants and has consolidated chronicity as the dominant epidemiological pattern in Spain^{1,2}.

Diabetes mellitus is possibility the most chronic disease present in the different Chronicity Care Strategies contemplated by the regional communities.

Keywords:

Chronic disease

Pandemic

Diabetes

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmirandaf@semg.es (C. Miranda Fernández-Santos).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.034>

2254-5506 / © 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

The approach to this problematic area is possibly one of the unsolved challenges in our country and one that requires the participation of all the society. Multiple social, economic, territorial, demographic or legal type factors hinder its development, with a clear example found in the SARS-CoV-2 infection.

Persons with chronic conditions are more vulnerable to the contagion and to the developing of complications and greater deterioration in their quality of life. In the post-COVID-19 era, a reorganization is proposed of the care regarding chronic disease that provides a response to the real needs that have arisen and to the weaknesses of the health care system organization.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A

La cronicidad hace referencia a modelos orientados al abordaje de patologías crónicas que desde hace más de una década y actualmente suponen un reto asistencial significativo para el Sistema Nacional de Salud; esto plantea la necesidad de reorientar estos sistemas de atención.

Durante la pandemia de covid-19 la atención presencial a los enfermos crónicos se ha visto interrumpida y relegada a un segundo plano, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento; un ejemplo de lo que no hay que hacer, aunque la finalidad de esta decisión haya sido evitar la probable exposición al virus en las salas de espera tanto en el ámbito de la atención primaria como en la hospitalaria.

Incluso en la puesta en marcha de la *desescalada* se ha optado por necesidades sociales y económicas y se han obviado las características especiales de los enfermos crónicos.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ ha realizado una encuesta en la que han participado 155 países. Concluye que el 53 % de ellos han interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de la hipertensión; el 49 % los tratamientos y las complicaciones relacionadas con la diabetes; el 42 % los tratamientos del cáncer; el 31 % los de emergencias cardiovasculares; además, el 50 % de los países han aplazado los programas públicos de cribado de cáncer.

En España la organización de la atención para garantizar la continuidad asistencial ha precisado un cambio brusco. Las experiencias en las comunidades autónomas han sido diferentes: incremento de la visita domiciliaria, teleconsultas, coordinación con entidades sociocomunitarias... Se muestra así una situación similar a la que la OMS describe: suspensión del cribado de cáncer, de actuaciones especiales como el "Código Ictus", la adopción de criterios para la entrada en la UCI o la suspensión de pruebas y revisiones hospitalarias.

Las guías y documentos científicos están de acuerdo en afirmar que las personas con patologías crónicas son más vulnerables al contagio y a desarrollar complicaciones y mayor deterioro en su calidad de vida. En la era post covid-19 se plantea una reordenación de la atención a la cronicidad que dé respuesta a las necesidades reales que han aflorado y a las debilidades de organización del sistema sanitario.

En época de pandemia, hablemos de otra pandemia: la diabetes mellitus (DM).

Es posiblemente la patología crónica más presente en las diferentes Estrategias de Atención a la Cronicidad; es también la que ha generado más cambios en la orientación de la atención sanitaria y en la integración de procedimientos y roles profesionales: valoración de la importancia de los cuidados como eje de la atención, importancia de la educación terapéutica, creación de escuelas de pacientes, generación de procesos asistenciales integrados o importancia del autocuidado.

Las cifras de prevalencia de la DM no paran de crecer desde hace décadas, asociadas a unas costumbres en la que predominan los estilos de vida asociados al sedentarismo, el abandono de la dieta mediterránea, el acúmulo de factores de riesgo cardiovascular y la mayor expectativa de vida de la población, lo que lleva inexorablemente al envejecimiento de la sociedad.

Esto, que parece una reflexión simple, viene a traducir que estamos ante un problema de enorme magnitud y uno de los retos más importantes para los sistemas de salud en todo el mundo: no afecta solo a los países desarrollados, sino a casi todos los niveles de desarrollo⁴.

En la actualidad, alrededor de 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años tienen DM. Esto representa el 9,3 % de la población mundial en este grupo de edad. Se prevé que la cantidad total aumente a 578 millones (10,2 %) para 2030 y a 700 millones (10,9 %) para 2045.

Se calcula que se han producido 4,2 millones de fallecimientos por la DM y sus complicaciones durante 2019. Se estima que el gasto anual en salud destinado a la DM en todo el mundo será de 760 mil millones de dólares. Se pronostica que para los años 2030 y 2045, el gasto alcanzará los 825 mil y 845 mil millones de dólares, respectivamente⁵. Por otra parte, la DM se asocia a la edad, de manera que a mayor edad aumenta su incidencia de forma exponencial (Fig. 1).

En el reciente estudio SIMETAP DM, de Ruiz-García y cols.⁶, se planteó determinar las tasas de prevalencia brutas y ajustadas por edad y sexo de DM, y comparar la asociación de factores de riesgo cardiovascular (RCV), enfermedades cardiovasculares (ECV), enfermedad renal crónica y enfermedades metabólicas entre las poblaciones con y sin diabetes en atención primaria. El objetivo es sensato, ya que la DM está asociada a un RCV alto o muy alto, de manera que tener DM duplica el riesgo de mortalidad total comparada con la de los no diabéticos, y lo triplica si nos referimos a la mortalidad cardiovascular⁷.

Cantidad de personas mayores de 65 años con diabetes en 2019

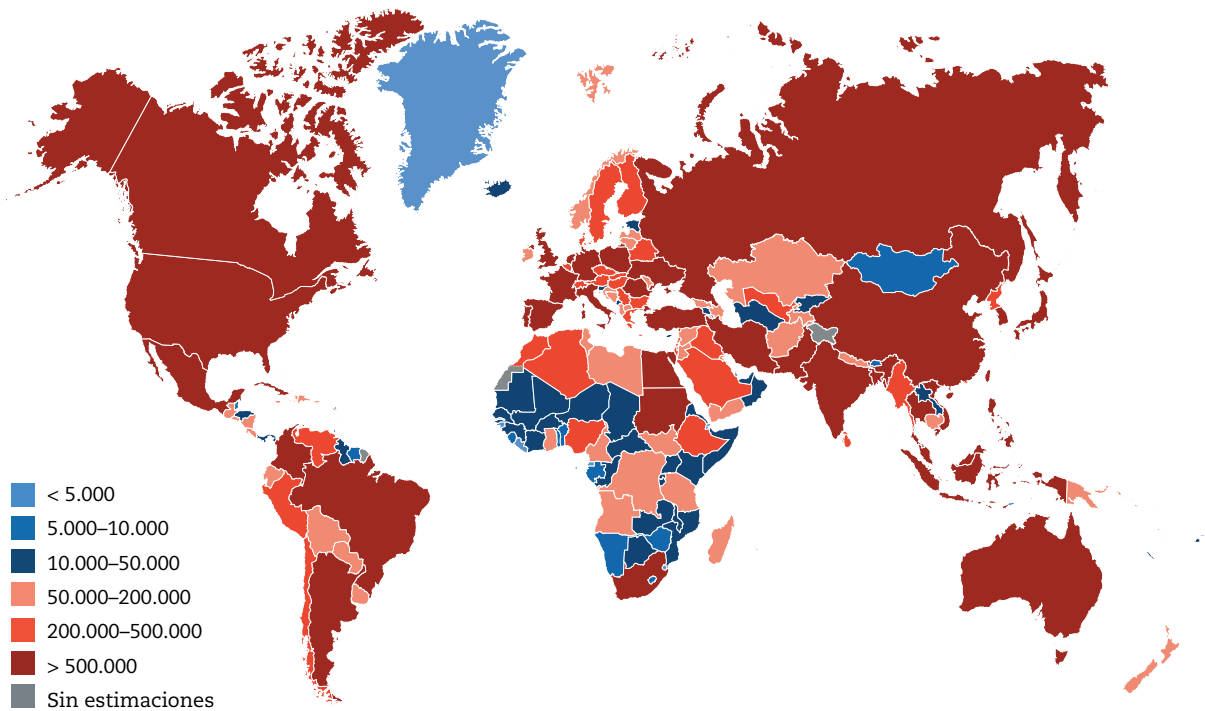


Figura 1 – Prevalencia de diabetes en mayores de 65 años en 2019. (Fuente: International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2019. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org>).

Por otra parte, un estudio de Rawshani y cols.⁸ puso en evidencia que el riesgo de ictus, enfermedad coronaria o muerte cardiovascular se puede reducir en la población sin DM si se hace un control óptimo sobre el hábito tabáquico, la tensión arterial, la albuminuria, el colesterol-LDL y la propia DM con una hemoglobina glucosilada (HbA1c) en rango.

En el estudio SIMETAP DM⁶ la media de edad de la diabetes era de 9,2 años. El 63,4 % de la población con DM tenía HbA1c inferior a 7,0 %, el 21,6 % entre 7 % y 7,9 % y el 15 % tenía HbA1c superior a 8 %; es decir, casi un 40 % de los diabéticos estaban mal controlados, (por encima de 7 %). El 95,8 % de los pacientes diabéticos tenían un RCV muy alto, de los que el 24,1 % tenían RCV extremo al coexistir con ECV establecida. Es decir, casi una de cada cuatro personas tenía RCV extremo: en el caso de valores de c-LDL el valor objetivo es inferior a 55 mg/dl, por lo que probablemente necesitarán terapias combinadas de estatinas de alta intensidad asociadas a ezetimiba o incluso PCSK9i para alcanzarlo.

Las patologías que se asociaron más frecuentemente con DM fueron síndrome metabólico (SM), retinopatía y neuropatía periférica. El SM se asocia claramente a la obesidad y los lípidos del perfil DM.

La hipertensión arterial presenta una fuerte asociación con la DM, de manera que se encontraba presente en el 74,5 % de los diabéticos, mientras que la hipercolesterolemia en el 80,2 % y la ECV en el 23,1 % mostraban importantes asociaciones con la DM³.

Ante estos datos podemos plantear:

Dibujo clínico del diabético mayor de 70 años

- Paciente diabético de 15 años de evolución.
- Paciente hipertenso.
- Paciente obeso o con sobrepeso.
- Paciente con dislipemia.
- Paciente con enfermedad cardiovascular establecida.
- Paciente con retinopatía.
- Paciente síndrome metabólico.
- Paciente con enfermedad renal crónica, diálisis.
- Paciente con insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular.
- Paciente con RCV extremo.
- Paciente con artrosis y otras patologías.
- Paciente con fragilidad o prefragilidad, sedentarismo.

Dibujo farmacológico del diabético mayor de 70 años

- Paciente con doble o triple terapia antihipertensiva.
- Paciente con estatina de alta intensidad o terapia combinada.
- Paciente con antiagregación.
- Paciente con gastroprotección.
- Paciente con diuréticos.
- Paciente con terapia cardiológica, anticoagulación oral.
- Paciente con analgesia a demanda.
- Paciente con tratamiento de las complicaciones desarrolladas.

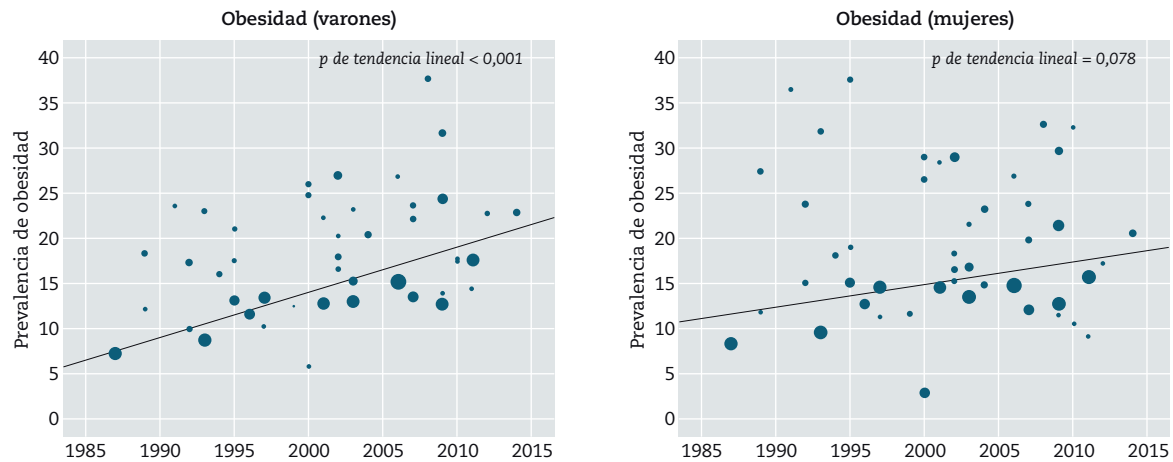


Figura 2 – Evolución de la prevalencia de obesidad y análisis de tendencia lineal en estudios epidemiológicos en adultos españoles entre 1987 y 2014. (Fuente: Tomado de Hernáez et al. Rev Esp Cardiol. 2019; 72: 916-24).

- Paciente con deficientes estilos de vida, alimentación y ejercicio.
- Paciente con otras patologías.

Dibujo social del diabético mayor de 70 años

- Grado de funcionalidad para actividades de la vida diaria.
- Autosuficiencia.
- Nivel cultural.
- Capacitación sobre su patología.
- Nivel económico.
- Apoyos familiares o sociales.
- Accesibilidad al sistema de salud.

Difícilmente un sistema público de salud puede cubrir todas las necesidades de un perfil como el que planteamos y que está generalizado en el nuestro. La DM es solo un ejemplo, pero podríamos plantear muchas otras situaciones clínicas similares.

Objetivo: frenar la incidencia y optimizar el control

Prevención de la enfermedad: Intervenir en factores modificables

La DM tipo 2 está claramente asociada a la obesidad, factor claramente prevenible y modificable, y a otros factores no prevenibles, como la predisposición genética.

En nuestro país la obesidad sufre un crecimiento exagerado. El trabajo publicado por Hernáez y cols.⁹ concluye que, desde que existen registros en nuestro país, las prevalencias de las tres categorías (sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida) aumentan, sobre todo en varones (Fig. 2). El resultado es una prevalencia que supera los 23 millones de personas con exceso de peso, que generan unos sobrecostes económicos de casi el 2 % del presupuesto de sanidad de 2016. Con estos datos, en 2030 aparecerán tres millones de casos nuevos y sobrecostes de 3.000 millones, algo difícilmente sostenible y que hace

pensar que será un objetivo óptimo mantener, al menos, los porcentajes actuales mediante estrategias que realmente se implementen y con políticas sociales apropiadas a la situación.

Por otra parte todos los estudios realizados para ralentizar el paso de prediabetes a diabetes han demostrado que la actividad física y la adecuada alimentación superan a las intervenciones farmacológicas.

Optimizar el control y prevenir las complicaciones

Optimizar el control de la DM, no se basa solamente en alcanzar un control glucémico o de parámetros clínicos, sino en un abordaje multifactorial. Los consensos de la American Diabetes Association (ADA) / European Association for the Study of Diabetes (EASD)⁴ señalan la necesidad de una individualización en función de las características de cada persona y la participación activa del paciente en el tratamiento, lo que precisa de una educación terapéutica que proporcione actitudes, conocimientos y habilidades para una gestión eficaz de la enfermedad. Esta educación tiene que caracterizarse por ser un proceso estructurado y continuado, integrado en el plan terapéutico, y no basarse en intervenciones aisladas.

Las intervenciones educativas en DM mejoran a corto y medio plazo los valores de la HbA1c, de los lípidos, del peso, de los conocimientos sobre la DM y los estilos de vida saludable y mejoran la calidad de vida¹⁰⁻¹².

En plena pandemia los profesionales sanitarios tienen que estar sensibilizados y utilizar los diferentes canales de comunicación actuales para realizar un seguimiento, especialmente en personas que viven solas, que permita detectar posibles descompensaciones o nuevos problemas de salud y reforzar la educación terapéutica para fortalecer su capacidad resolutoria.

Las recomendaciones principales durante la pandemia de covid-19 son continuar con hábitos de vida saludables, mantener autocuidados, realizar ejercicio en el domicilio para evitar el sedentarismo, realizar una rutina diaria, no abandonar su medicación habitual y mantenerse informado sin sobreexponerse a los datos facilitados por los medios de comunicación, sin olvidar la importancia del acompañamiento emocional.

Diabetes y covid-19: puntos clave

- Los pacientes con DM no presentan mayor riesgo de padecer covid-19 que el resto de la población, pero suponen un grupo de riesgo frente al desarrollo de covid-19 en su forma más grave.
- Los pacientes con DM son susceptibles de padecer más complicaciones y sufrir una mayor mortalidad comparados con pacientes sin DM. Las comorbilidades desempeñan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad.
- La diabetes se ha asociado con la gravedad y la mortalidad en pacientes con covid-19. La inflamación crónica, el aumento de la actividad de coagulación, la respuesta inmunológica y el posible daño pancreático directo por el SARS-CoV-2 pueden estar entre los mecanismos fisiopatológicos subyacentes que contribuyen al aumento de la morbilidad y la mortalidad de la covid-19 en pacientes con DM.
- El riesgo de desarrollar complicaciones por la enfermedad es similar entre los pacientes con DM de tipo 1 y los de tipo 2.
- Los pacientes con DM tipo 1 presentan un mayor riesgo de desarrollar cetoacidosis diabética en el contexto de infecciones virales o bacterianas.
- En general las personas con DM tienen un mayor riesgo de infección y de neumonías debido a defectos en la inmunidad innata, que afecta a la fagocitosis, la quimiotaxis de neutrófilos y la inmunidad celular.
- Consideraciones especiales sobre el uso de antidiabéticos orales:
 - La acidosis láctica asociada a metformina o la cetoacidosis diabética asociada a los ISGLT2 son episodios raros; sin embargo, se ha recomendado que estos fármacos se suspendan en pacientes con síntomas graves de covid-19 para reducir el riesgo de descompensación metabólica aguda.
 - Es importante destacar que no se recomienda suspender estos fármacos de manera profiláctica en pacientes ambulatorios con DM sin ningún síntoma de infección o ausencia de un curso grave de covid-19.
 - En la actualidad no existe experiencia para sugerir que los IDPP4 deban suspenderse.
 - Es importante destacar que, si se suspenden fármacos el tratamiento alternativo de elección, en el caso de que esta opción sea factible, es la insulina.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten Primaria*. 2018; 50: 114-29.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar Social. Informe de Evaluación Estrategia Cronicidad [Internet] 16 julio 2019. [citado 1 junio 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf
3. Informe de la Organización Mundial de la Salud. La covid-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles [Internet] junio 2020. [citado 4 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
4. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes 2019. *Diabetes Care*. 2019; 42: 513-28.
5. Federación Internacional de Diabetes. IDF Diabetes Atlas, novena edición. Bruselas, Bélgica: [Internet] 2019. [citado 1 junio 2020]. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
6. Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García-Álvarez JC, García-Fernández ME, Palacios-Martínez D, Montero-Costa A, et al. Prevalencia de la diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria española y su asociación con factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares. *Estudio SIMETAB-DM. Clin Investig Arterioscler*. 2020; 32: 15-26.
7. Baena-Díez JM, Peñafiel J, Subirana I, Ramos R, Elosúa R, Marín-Ibáñez A, et al. Risk of cause-specific death in individuals with diabetes: A competing risks analysis. *Diabetes Care*. 2016; 39: 1987-95.
8. Rawshani A, Franzén S, Sattar N, Eliasson B, Svensson AM, Zethelius B, et al. Risk factors, mortality, and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2018; 379: 633-44.
9. Hernáez A, Zomeño MD, Dégano IR, Pérez Fernández S, Goday A, Vila J, et al. Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Cardiol*. 2019; 72: 916-24
10. RedGDPS. Educación terapéutica en diabetes. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la RedGDPS. [Internet] 2018 [citado 2 junio 2020]. Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/Guia%20DM2_web.pdf
11. Bolen SD, Chandar A, Falck-Ytter C, Tyler C, Perzyski AT, Gertz AM, et al. Effectiveness and Safety of Patient Activation Interventions for Adults with Type 2 Diabetes: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-regression. *J Gen Intern Med*. 2014; 29: 1166-76.
12. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*. 2015; 38: 1372-82.