



NÚMERO

14

OCTUBRE
2016

CRONI.net



Boletín con las actualizaciones en la [web de crónicos](#) de la Comunidad de Madrid

Estimados compañeros,

En este nuevo boletín queremos compartir con todos vosotros el comienzo del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo que, de forma progresiva, se irá implantando en la Comunidad de Madrid. Ya se ha puesto en marcha entre el hospital Infanta Cristina y los centros de salud Las Américas e Isabel II y ha comenzado a trabajarse entre el hospital La Princesa con tres centros de salud, según calendario establecido. En sucesivos boletines os iremos informando de su avance.

La píldora bibliográfica nos actualiza en el empleo de escalas de riesgo para identificar diabetes oculta o no diagnosticada.

Carmen García Cubero

Jefa del Área de Cronicidad.

Subdirección General de Continuidad Asistencial.

NOVEDADES EN LAS SECCIONES

INFORMES DE ESTRATIFICACIÓN

El pasado 29 de septiembre se actualizó la estratificación poblacional de la Comunidad de Madrid. En consecuencia, en el apartado de *Informes de estratificación* está disponible la información actualizada (resultados descriptivos, distribución por patologías y por GMA), agrupada por hospitales, direcciones asistenciales y centros de salud.

JORNADAS Y CONGRESOS

[IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico](#). Oviedo. Del 2 al 4 de marzo de 2017. Palacio de Congresos y Exposiciones Ciudad de Oviedo. Abierto el plazo de envío de comunicaciones científicas, experiencias y proyectos de investigación. Fecha límite: 11/01/17.

SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...

Comienza la implantación progresiva del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo

El día 3 de octubre se puso en marcha la implantación progresiva del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo, que comienza su andadura con el Hospital Infanta Cristina y los Centros de Salud Isabel II y Las Américas, y que progresivamente se irá extendiendo al conjunto de hospitales y centros de salud de nuestra Comunidad.

En el contexto de esta implantación se incluye el pilotaje del módulo de AP Madrid de Asignación del Nivel de Intervención así como la visualización en el visor HORUS, tanto del Nivel de Riesgo (NR) como del Nivel de Intervención (NI).

Con el objetivo de disponer de un NR actualizado que sirva de base para la toma de decisión del clínico en la asignación del NI, el pasado 29 de septiembre (y en la línea de actualizaciones periódicas que se han venido realizando hasta ahora) se procedió a cargar la nueva estratificación de la población de la Comunidad de Madrid.

También se han actualizado los informes de estratificación, ubicados en el espacio de "Informes de Estratificación" incluido en esta página de la Estrategia de Crónicos de la Comunidad de Madrid.

PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

ESCALAS DE RIESGO PARA IDENTIFICAR DIABETES OCULTA O NO DIAGNOSTICADA

La incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está aumentando en todo el mundo y se espera que continúe creciendo durante las próximas décadas. DM2 es una causa

importante de morbilidad, mortalidad y de aumento de los costes sanitarios en EE.UU. y en Europa (1). Por lo general, la prediabetes (alteración de la glucosa en ayunas o intolerancia a la glucosa) precede al diagnóstico de DM2. Se estima que las tasas de incidencia anual de DM2 en individuos con prediabetes varían del 5% al 10% (2).

Cuando los pacientes son diagnosticados inicialmente de DM2, con frecuencia tienen daños en algún órgano (3); entre 20% y 40% de los pacientes ya tienen retinopatía (4), 24,9% tienen microalbuminuria (5) y 19% tienen aterosclerosis subclínica (6). Esto constituye un problema de salud importante teniendo en cuenta la elevada proporción de pacientes con DM2 que permanecen asintomáticos (7), y que la DM2 no diagnosticada se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad (8). Un diagnóstico precoz podría permitir la puesta en marcha de modificaciones del estilo de vida y del tratamiento destinadas a retrasar la progresión de la enfermedad, y a evitar complicaciones cardiovasculares (9). Por estas razones, la detección temprana de la diabetes tipo 2 no diagnosticada es una prioridad de salud pública.

La utilización de escalas para la detección de personas en riesgo de diabetes no diagnosticada se ha venido desarrollando en los últimos años (10), generalmente con buena sensibilidad y especificidad frente a la prueba de referencia que es la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La mayoría de las escalas provienen de EE.UU o de países de Europa del Norte (11). Sin embargo, los países mediterráneos tienen un patrón de alimentación diferente y una diferente prevalencia de factores de riesgo. Recientemente se ha demostrado que el consumo de aceite de oliva, el aceite de cocina principal en España, Italia y Grecia, protege del desarrollo de diabetes (12). Por lo tanto, el rendimiento de estas escalas en las poblaciones del sur de Europa debería evaluarse.

Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) es una escala de ocho ítems (0-26 puntos) que recoge datos sobre la edad, el sexo, el peso y la talla, circunferencia de la cintura, uso de medicación concomitante (presión arterial), antecedentes de trastornos de glucosa en sangre, la actividad física y el consumo diario de verduras, frutas o bayas. Una puntuación más alta indica un mayor riesgo. La escala fue desarrollada en Finlandia (13). Hasta la fecha, la validación externa se ha realizado en 11 países: Alemania, el Reino Unido, Bulgaria, China, Kuwait, Taiwán, Filipinas, Italia, España (14, 15), los EE.UU., y Grecia. Esta puntuación también se ha utilizado como una herramienta de detección para predecir el riesgo de diabetes de nueva aparición en estudios prospectivos.

El reciente estudio SPREDIA-2 (16), del Grupo de estudio de la Diabetes en Madrid, ha tenido por objetivo evaluar el rendimiento diagnóstico de la escala FINDRISC y de una versión reducida de la misma, compuesta por 3 ítems: hipertensión arterial, IMC, y antecedentes de trastornos de glucosa en sangre, en una muestra poblacional, representativa de la zona norte de la ciudad de Madrid.

La población de estudio comprendió 1.426 participantes (832 mujeres y 594 hombres) con una edad media de 62 años (DE = 6,1). Cuando se utilizaron como prueba de referencia la HbA1c o la PTOG, la prevalencia de DM2 no diagnosticada fue del 7,4% (10,4% en hombres y 5,2% en mujeres; $p < 0,01$) y el Área Bajo la Curva ROC (ABC ROC) de la escala FINDRISC fue de 0,72 (IC 95%, 0,69-0,74). El punto de corte óptimo fue de 13 (sensibilidad= 63,8%, especificidad = 65,1%).

En la escala reducida, denominada MADRISC, las variables más fuertemente asociadas con la DM2 no diagnosticada fueron IMC >30 kg/m² (coeficiente $\beta = 2,006$, OR = 7,43; $p < 0,01$), antecedentes de trastornos de glucosa en sangre (coeficiente $\beta = 1,34$; OR = 3,83 ; $p < 0,01$), índice de masa corporal entre 25 y 30 kg/m² (coeficiente $\beta = 1,118$, OR = 3,06; $p = 0,013$) y uso de medicación de la presión arterial (coeficiente $\beta = 0,833$, OR = 2,30; $p < 0,01$). Las puntuaciones se asignan de la siguiente manera: IMC <25 kg/m², 0 puntos; IMC de 25-30 kg / m², 11 puntos; IMC ≥ 30 kg/m², 20 puntos; historia positiva de los trastornos de glucosa en sangre, 13 puntos; historia negativa de los trastornos de glucosa en sangre, 0 puntos; uso de medicación de la presión arterial, 8 puntos; sin uso de medicación de la presión arterial, 0 puntos. Sobre la base de los criterios de prueba de tolerancia oral o HbA1c, el mejor punto de corte fue ≥ 13 (sensibilidad del 84,8% y una especificidad del 54,6%) y el ABC ROC fue de 0,76 (IC 95%, 0,72-0,81).

FINDRISC ha obtenido buenos resultados como herramienta de cribado o pre-cribado para la detección de DM2 no diagnosticada. A su vez, la escala MADRISC se ha mostrado muy útil.

Bibliografía recomendada

1. Ballesta García MJ, Carral San Laureano F, Oliveira Fuster G, et al. [Economic costs associated to type 1 diabetes]. Rev Clínica Esp 2005;205:523–7.
2. Gerstein HC, Santaguida P, Raina P, et al. Annual incidence and relative risk of diabetes in people with various categories of dysglycemia: a systematic overview and meta-analysis of prospective studies. Diabetes Res Clin Pract 2007;78:305–12.
3. UK Prospective Diabetes Study 6. Complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients and their association with different clinical and biochemical risk factors. Diabetes Res 1990;13:1–11.

4. Kohner EM, Aldington SJ, Stratton IM, et al. United Kingdom Prospective Diabetes Study, 30: diabetic retinopathy at diagnosis of non-insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors. *Arch Ophthalmol* 1998;116:297–303.
5. Koopman RJ, Mainous AG, Liszka HA, et al. Evidence of nephropathy and peripheral neuropathy in US adults with undiagnosed diabetes. *Ann Fam Med* 2006;4:427–32.
6. Son JW, Jang EH, Kim MK, et al. Diabetic retinopathy is associated with subclinical atherosclerosis in newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;91:253–9.
7. Rathmann W, Haastert B, Icks A, et al. High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. The KORA survey 2000. *Diabetologia* 2003;46:182–9.
8. DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 2001;161:397–405.
9. Black JA, Sharp SJ, Wareham NJ, et al. Change in cardiovascular risk factors following early diagnosis of type 2 diabetes: a cohort analysis of a cluster-randomised trial. *Br J Gen Pract* 2014;64:e208–16.
10. Witte DR, Shipley MJ, Marmot MG, et al. Performance of existing risk scores in screening for undiagnosed diabetes: an external validation study. *Diabet Med* 2010;27:46–53.
11. Brown N, Critchley J, Bogowicz P, et al. Risk scores based on self-reported or available clinical data to detect undiagnosed type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract* 2012;98:369–85.
12. Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the Mediterranean diet: results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care* 2011;34:14–19.
13. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26(3):725–31.
14. Soriguer F, Valdés S, Tapia MJ, et al. [Validation of the FINDRISC (FINnish Diabetes Risk Score) for prediction of the risk of type 2 diabetes in a population of southern Spain. Pizarra Study]. *Med Clin (Barc)* 2012;138:371–6.
15. Costa B, Barrio F, Piñol JL, Cabré JJ, Mundet X, Sagarra R, et al; DE-PLAN-CAT/PREDICE Research Group. Shifting from glucose diagnosis to the new HbA1c diagnosis reduces the capability of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) to screen for glucose abnormalities within a real-life primary healthcare preventive strategy. *BMC Med* 2013; 11:45.
16. Salinero-Fort MA, Burgos-Lunar C, Lahoz C, Mostaza JM, Abánades-Herranz JC, Laguna-Cuesta F, Estirado-de Cabo E, García-Iglesias F, González-Alegre T, Fernández-Puntero B, Montesano-Sánchez L, Vicent-López D, Cornejo-Del Río V, Fernández-García PJ, Sánchez-Arroyo V, Sabín-Rodríguez C, López-López S, Patrón-Barandío P, Gómez-Campelo P; SPREDIA-2 Group. Performance of the Finnish Diabetes Risk Score and a Simplified Finnish Diabetes Risk Score in a Community-Based, Cross-Sectional Programme for Screening of Undiagnosed Type 2 Diabetes Mellitus and Dysglycaemia in Madrid, Spain: The SPREDIA-2 Study. *PLoS One*. 2016 Jul 21;11(7):e0158489.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158489>

Comité editorial:

Responsable del comité editorial: *Carmen García Cubero*. Jefa del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Responsable operativo: *David Rodríguez Morales*. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Editores:

Amparo Mira Roldán. Responsable de la oficina web de la Consejería de Sanidad.

Carmen Jiménez Gómez. Enfermera adjunta al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Ignacio García Merino. Jefe de la Unidad de Coordinación Informativa. Oficina Web. Servicio Madrileño de Salud.

Jordi Giralt Rabentós. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

José Enrique Villares Rodríguez. Director asistencial médico DA Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Juan Carlos Ansedo Cascudo. Técnico de la Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

Luis Rubio Toledano. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

M^a Dolores Arranz Alonso. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Miguel Ángel Salinero Fort. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Olga Monedo Pérez. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Pilar Rivera Moreno-Chocano. Subdirección General de Información y Atención al Paciente.

Ramón Aguirre Martín-Gil. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

Ricardo Rodríguez Barrientos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Susana Martín Iglesias. Responsable de centro enfermera de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Yolanda Llamas Nistal. Unidad web. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid