

Centros de Atención al Diabético en Cuba como alternativa para la atención integral

Diabetes Care Centers in Cuba as an alternative for the comprehensive care

Ileydis Iglesias Marichal^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6354-1347>

Oscar Díaz Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-3610-5731>

Neraldo Orlandi González¹ <https://orcid.org/0000-0002-0206-3836>

¹Instituto de Endocrinología. La Habana, Cuba.

*Autora para la correspondencia: ileydis@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus constituye hoy una catástrofe en salud que afecta a todas las poblaciones. Cuba no escapa y exhibe un incremento sostenido en su prevalencia en los últimos años, aun cuando las cifras de mortalidad se mantienen estables con tendencia a la disminución. Los Centros de Atención al Diabético, en Cuba se crean como una necesidad para la educación y el manejo de las personas que viven con esta condición.

Objetivo: Exponer las funciones establecidas para los Centros de Atención al Diabético en el país.

Desarrollo: Los Centros de Atención al Diabético constituyen escenarios favorecedores para la atención a esta condición crónica desde la atención médica basada en la educación terapéutica interactiva con el paciente y el control metabólico de estos; al mismo tiempo sirven de escenarios docentes para la formación de recursos humanos. Son además generadores de resultados científicos como resultados de las investigaciones que dan respuesta a los principales problemas de salud de la población relacionada con esta enfermedad.

Conclusiones: Los Centros de Atención al Diabético cumplen funciones que complementan el abordaje integral de la diabetes como problema de salud y podrían ofrecer otras que permiten su total aprovechamiento como unidades estratégicas de salud.

Palabras claves: diabetes mellitus; centros de atención al diabético.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus today is a health catastrophe that affects all populations. Cuba does not escape and shows a sustained increase in its prevalence in recent years, even though mortality figures remain stable with a tendency to decrease. Facilities for Diabetic, in Cuba are created as a necessity for the education and management of the people who live with this condition.

Objective: To show to roles of Diabetic care center in the country.

Development: Diabetes Care Centers constitute favorable scenarios for the care of this chronic condition from medical care based on therapeutic education that is interactive with the patient and the metabolic control of them; at the same time, these centers serve as teaching scenarios to train human resources. They are also generators of scientific outcomes as results of the researches that give answers to the main health problems of the population related to this disease.

Conclusions: Diabetes Care Centers fulfill functions that complement the comprehensive approach of diabetes as a health problem and could offer others that allow them to be fully used as strategic health units.

Keywords: diabetes mellitus; diabetes care centers.

Recibido: 31/01/2020

Aceptado: 19/06/2020

Introducción

La diabetes mellitus (DM) ha sido considerada en la actualidad una catástrofe en salud que afecta a más de 463 millones de personas entre 20 y 79 años en el

mundo y se estima que habrá 578,4 millones de adultos con diabetes para 2030 y 700,2 millones para 2045.⁽¹⁾ El incremento en su prevalencia y el carácter invalidante de sus complicaciones evidencian la necesidad de proyecciones que garanticen el diagnóstico precoz y su manejo adecuado no solo por parte de los profesionales de la salud sino aquellas que provean las herramientas educativas efectivas a las personas que viven con esta condición para hacer del autocuidado el respaldo de una mejor calidad de vida.

Preocupantes cifras prevalecen según edades: Niños y adolescentes menores de 20 años con DM tipo 1 que al cierre del 2019 totalizaban 1 110,100, adultos mayores de 65 años 135,6 millones y alrededor de 20,4 millones de nacimientos fueron afectados por diabetes gestacional.⁽¹⁾

En la mayoría de los países de la región de las Américas, la DM se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad, y es responsable en muchos casos de los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Además, es la responsable de complicaciones como la ceguera, la insuficiencia renal, y de amputaciones no debidas a traumas e incapacidad prematura. Se encuentra entre los diez primeros lugares de hospitalización y solicitud de atención médica. En contraste con su alto costo social, el gasto asignado a la atención de la enfermedad en la región es uno de los menores.⁽¹⁾

A nivel mundial los gobiernos manifiestan una preocupación por el elevado número de personas con diabetes oculta o no diagnosticada, cuyas cifras ascienden a 231,9 millones (50,1 % del total de diagnosticados).⁽¹⁾

El comportamiento de esta enfermedad crónica en Cuba no dista de la realidad mundial. La prevalencia de DM al cierre del 2019 cierra con tasas de 64,3 por mil habitantes. Ubicada en el 8vo puesto entre las causas de muerte exhibe cifras estables de mortalidad bruta y ajustada con tendencia a la disminución en los últimos seis años.⁽²⁾

El por ciento de personas sin diagnosticar, resulta cercano a la mitad del que se reporta en la mayoría de los países, fue un 26 % del total de diabéticos conocidos,⁽³⁾ continua siendo un reto a lograr por cuanto, a pesar de cierta demora en el diagnóstico, de lo cual es responsable la historia natural de la enfermedad,

se considera que esta cifra pudiera ser menor, teniendo en cuenta las bondades del sistema de salud con total accesibilidad, gratuidad y cobertura universal.

El aumento de las patologías no transmisibles se debe fundamentalmente a cinco factores de riesgo: el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, una dieta poco saludable y la contaminación. La OMS se unirá a los gobiernos para aplicar políticas que reduzcan la inactividad física un 15 por ciento para 2030.⁽⁴⁾

El objetivo del estudio fue exponer las funciones establecidas para los Centros de Atención al Diabético en el país.

Desarrollo

Para la realización de este trabajo se realizó una investigación aplicando el método cualitativo histórico-lógico y la observación participativa relacionada con la atención al diabético en Cuba, sobre la base del funcionamiento de la red de centros existentes en el país y su importancia para la prevención y el manejo de esta condición crónica. Se expusieron a través de mapas conceptuales las funciones establecidas para estos centros y se ofrecen otras que posibilitan el aprovechamiento de las potencialidades que encierran como unidades integrales de salud.

Cuba desarrolla un Programa Nacional de Atención Integral a la persona con diabetes desde el año 1975.⁽⁵⁾

El primer centro de atención al diabético (CAD) se inaugura incluso 3 años antes, el 26 de Mayo de 1972 en la capital del país, constituyendo un departamento del Instituto de Endocrinología (INEN), el cual tendría entre sus funciones principales no solo la atención médica, sino que sería el escenario principal para la investigación científica en este campo y la docencia en la formación de recursos humanos.⁽⁶⁾ A partir de ese momento se comienzan a formar especialistas en endocrinología que trabajarían en centros similares en las provincias orientales. El Instituto desarrolló desde la década del 80 un programa de educación en diabetes (PED), cuya continua evaluación y perfeccionamiento permitieron el diseño de una estrategia interactiva con 3 principales líneas de acción: capacitación de los proveedores de salud para la educación en diabetes,

educación del paciente y sus allegados, información a la población para evitar factores de riesgo y promoción de estilo de vida sano.⁽⁷⁾

En la década de los 90 muchas fueron las investigaciones que se realizaron en el INEN que lograron evaluar la eficacia del programa educativo propuesto y su respuesta a la principal necesidad de las personas con DM.^(8,9,10,11)

La vida demostró los grandes beneficios que estas instituciones brindaban a las personas con esta enfermedad, por lo que a partir del año 2000 y como parte de un proyecto del INEN se inicia el completamiento de la red de centros de todo el país, la cual incluía un centro en cada provincia y en aquellas que así lo requirieron, dada la distribución y densidad poblacional, se crearon otros con carácter territorial en las provincias de Villa Clara, Matanzas y La Habana.⁽¹²⁾

El objeto social establecido para estas nuevas instituciones no era otro que la atención médica, tomándose como función fundamental la educación a la persona con diabetes y sus familiares, por ser la herramienta fundamental en el tratamiento de la enfermedad.

La constitución cubana en su artículo 72 expresa: “La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación.

El Estado, para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias.

La ley define el modo en que los servicios de salud se prestan”.⁽¹³⁾

Con el desarrollo del proceso de actualización del modelo económico cubano, y con el objetivo de garantizar la continuidad e irreversibilidad del socialismo, se establecieron en el proyecto de lineamientos de la política económica y social del Partido y su Revolución, propuestas que sin duda contribuyen a continuar el perfeccionamiento en los servicios de salud y dentro de ellos destaca el número 155 que versa: “Reorganizar, compactar y regionalizar, a partir de las necesidades de cada provincia y municipio, los servicios de salud, incluyendo la atención de urgencias y el transporte sanitario. Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente con la calidad necesaria”.⁽¹⁴⁾

En principio deberán estar subordinados administrativamente a instituciones de atención secundaria que garanticen los recursos humanos y tecnológicos necesarios para el manejo de la enfermedad y sus complicaciones y al mismo tiempo sirvan de escenario docente investigativo para la formación de recursos humanos y el desarrollo de investigaciones en cada uno de los territorios.⁽¹⁵⁾

Estos centros no podrán sustituir el trabajo del consultorio del médico y la enfermera de la familia, ni de las instituciones de atención secundaria, sino que servirán de complemento en el manejo integral de la enfermedad definido en su objeto social.

Actividad médico asistencial (Fig. 1)

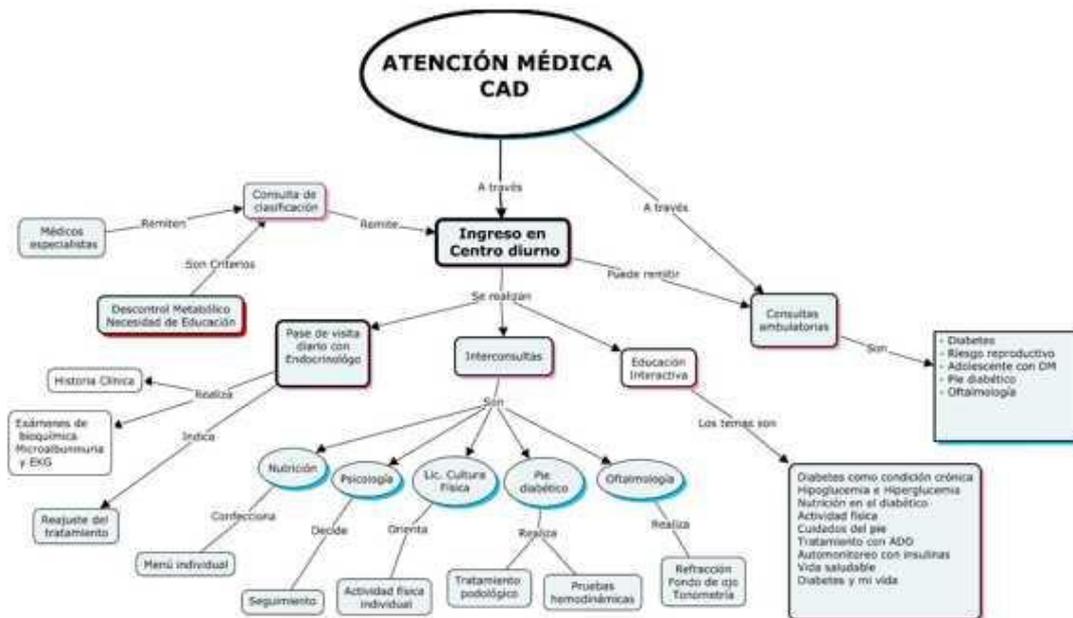


Fig. 1. Atención médica CAD.

Los CAD tienen como principal función la hospitalización diurna durante cinco días a la semana, de aquellos que además de mantener descontrol de su enfermedad, requieren de educación intensiva para enfrentar los nuevos cambios y empoderarse del tratamiento requerido. Esto compete en primer lugar a aquellos de reciente diagnóstico y otros que durante su evolución requieran de modificaciones terapéuticas que impliquen la necesidad de adquirir nuevos

conocimientos como sucede con la medicación con múltiples dosis de insulina. El número de pacientes a ingresar dependerá de las capacidades aprobadas para cada centro teniendo en cuenta las condiciones y recurso disponibles, así como de la incidencia de casos nuevos en cada territorio (Fig. 1).

En otro orden la individualización en el manejo de la DM en las diferentes edades y situaciones especiales han permitido el desarrollo de subprogramas que protocolizan el seguimiento en niños y adolescentes, mujeres en edad reproductiva, adulto mayor y en aquellos que lo requieran durante el establecimiento de complicaciones propias de la enfermedad a cualquier edad como la retinopatía, neuropatía, nefropatía, y el pie diabético.

La selección de los pacientes tributarios de ingresos se realiza a través de una consulta especializada de clasificación a la cual son remitidos de los especialistas en endocrinología de la atención primaria y secundaria donde proceda y en los centros territoriales también admitirán los referidos por especialistas de los grupos básicos de trabajos, incluyendo a los médicos de la familia.

En el caso de aquellos que acudan con el debido control metabólico y que solo requieran recibir el curso de información básica no serán admitidos para ingreso y solo asistirán al programa educativo.

Durante la semana se establece un protocolo de atención que inicia con una consulta especializada de endocrinología, la confección de la historia clínica, la realización de complementarios básicos de bioquímica y micro albuminuria y una consulta de nutrición para determinar el menú en cantidad y calidad requerida de manera individual. Esta última se continuará durante la semana con el acompañamiento del profesional en cada uno de los horarios de alimentación.

El pase de visita diario permitirá realizar los ajustes del tratamiento a través de perfiles de glucemia capilar y de los resultados obtenidos en el laboratorio.

El examen oftalmológico, hemodinámico y podológico forman parte de la atención, así como la valoración psicológica. Cada uno de ellos con la consecuente conducta terapéutica en los casos que lo requieran.

La identificación y prescripción de la actividad física individual se realizará como parte de la terapéutica por parte de un profesional especializado en cultura física y recreación, insistiendo en la medida de lo posible para que sea un acto

placentero que motive al paciente teniendo en cuenta sus preferencias, experiencias individuales y metas alcanzables.

En el transcurso del ingreso los pacientes recibirán un curso de información básica interactiva con temas dirigidos, el constituirá el pilar fundamental del tratamiento convirtiéndose a su vez en grupos de autoayuda que les permita expresar sus experiencias y aclarar dudas relativas a sus preocupaciones.

Los temas establecidos se refieren a:

- Diabetes como condición crónica.
- Hiperglucemia e hipoglucemia.
- Nutrición en el diabético.
- Actividad física.
- Cuidados del pie.
- Tratamiento con antidiabéticos orales.
- Automonitoreo con insulinas.
- Vida saludable.
- Diabetes y mi vida.

El día final se realiza una valoración integral del paciente, se emiten las indicaciones y con resumen médico de contra referencia son remitidos a la atención primaria o secundaria según corresponda para su seguimiento. En algunos casos podrán continuar su seguimiento en consultas ambulatorias del CAD por el tiempo que se determine si se requiere de completar un tratamiento o alcanzar una meta de control no obtenida durante los días del ingreso.

En el caso particular de los niños y adolescentes el ingreso se realizará durante las semanas de receso escolar y su protocolo de actuación deberá regirse por los estándares establecidos en el proyecto “Convivencias”, el cual exhibe resultados de más de 25 años de experiencia en el INEN.⁽¹⁶⁾

Actividad docente (Fig. 2)

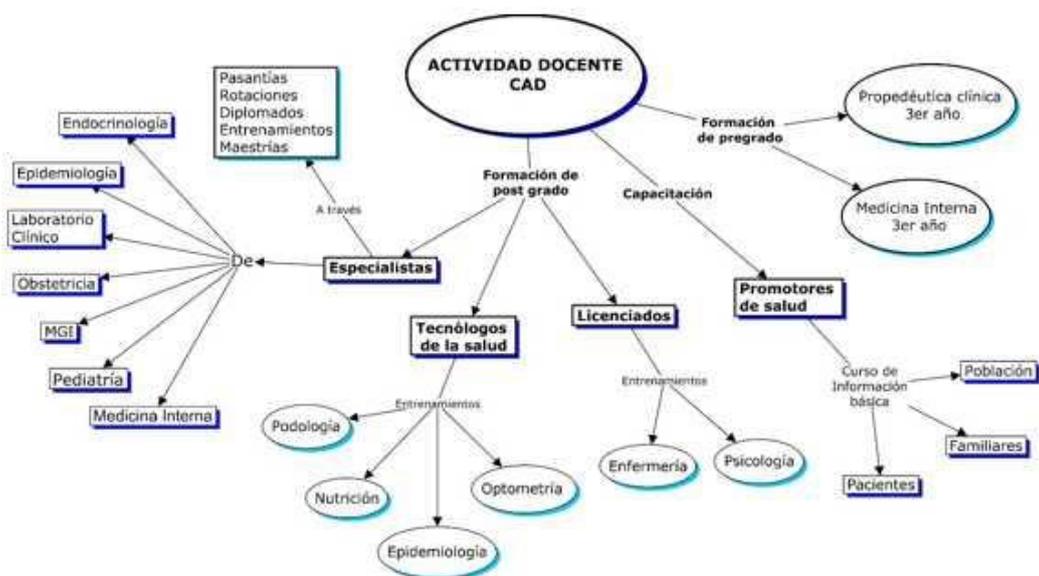


Fig. 2- Actividad docente CAD.

Si bien es cierto que tanto en la formación de pregrado como durante la residencia de muchas especialidades son incluidas las enfermedades crónicas no trasmisibles y en especial la diabetes mellitus, el manejo terapéutico es abordado fundamentalmente en relación al tratamiento medicamentoso, aun cuando se promuevan los cambios en el estilo de vida como parte del mismo. No obstante, resulta difícil alcanzar una completa preparación de los educandos en relación a la educación terapéutica que se necesita brindar a pacientes y familiares.

Los CAD subordinados a hospitales deben constituir un escenario completo para la formación de cuantos recursos humanos pudieran influir en el manejo de la DM, la disminución de sus factores de riesgo y el diagnóstico temprano y tratamiento de sus complicaciones.

Para ello, es indispensable una adecuada pirámide docente que jerarquice los diferentes procesos y cuya preparación no debe ser exclusiva para la formación del proveedor de salud, sino involucrar a pacientes, familiares y población general que se relacione con las personas que viven con esta condición.

Prioritaria inclusión tendrá la residencia de endocrinología, así como de otras como medicina interna, epidemiología, laboratorio clínico, obstetricia, estas últimas con rotaciones que se establezcan según programa de estudio. En el caso de pediatría estos especialistas podrán asistir durante la semana de convivencias para niños y adolescentes que se realizan durante las semanas de receso escolar. Constituyen funciones docentes de estos centros el desarrollo de pasantías, diplomados, cursos, entrenamientos y maestrías que aborden el manejo integral de la enfermedad, pero sobre todo en lo relacionado a la educación terapéutica, y que podrán ser dirigidos no solo a profesionales médicos, sino a licenciados y técnicos en enfermería y tecnólogos con especialidades afines.

Por último y no menos importante resulta la capacitación de promotores de salud que pueden involucrar a pacientes, familiares y población general interesada en aprender temas relativos a esta condición, su prevención y mejoramiento de la calidad de vida de los que la padecen.

Actividad investigativa (Fig. 3)

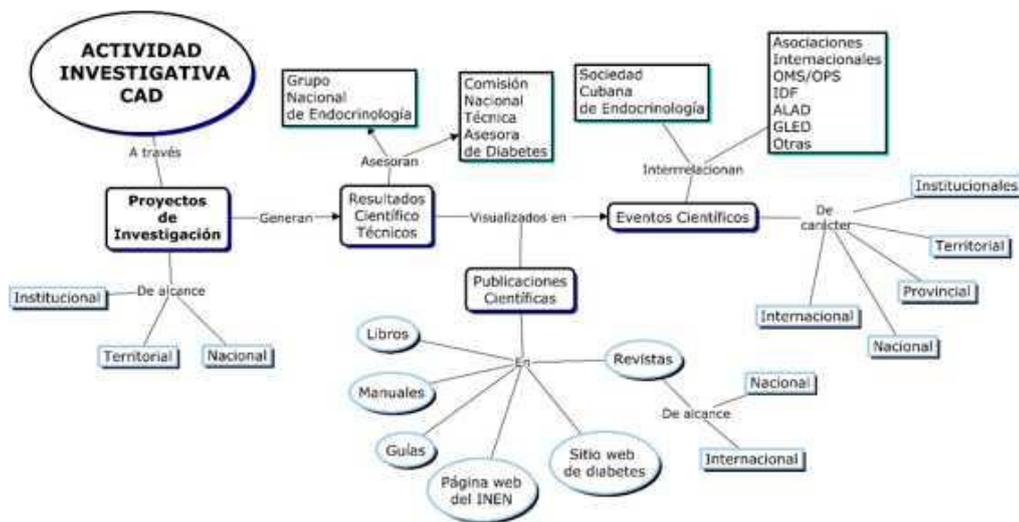


Fig. 3- Actividad investigativa CAD.

El desarrollo científico en una institución constituye la base fundamental para una atención médica de calidad.

El INEN en su misión integradora como entidad de ciencia y técnica tiene como principal encargo la investigación relacionada con las enfermedades endocrinas y por ende de la diabetes como entidad muy prevalente en el contexto actual. De ahí que la categorización de sus profesionales sea de carácter obligatorio. Al mismo tiempo se establece como prioridad el desarrollo de proyectos institucionales, territoriales y nacionales cuyos resultados den respuesta a los principales problemas de salud, entre los que se encuentran fundamentalmente aquellos relacionados con la prevención y control de la diabetes y sus complicaciones.

Los resultados científicos obtenidos se visualizarán de dos formas: A través de eventos de carácter institucional, provincial, nacional e internacional y estos a su vez interrelacionados con la Sociedad Cubana de Endocrinología y también con asociaciones y organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), la Federación Internacional de Diabetes (IDF), la Asociación latinoamericana de Diabetes (ALAD), el Grupo Latinoamericano de Epidemiología de la Diabetes (GLED), entre otras y la otra forma a través de publicaciones que pueden ir desde los artículos en la Revista Cubana de Endocrinología,⁽¹⁷⁾ indizada en LILACS, SciELO y Latindex y cuyos principales revisores forman parte del colectivo de investigadores del INEN y en otras de impacto nacional e internacional; hasta en el diseño de protocolos, guías, manuales y libros.^(18,19,20,21,22) La promoción de salud relacionada con la enfermedad a través de plegables también es otra herramienta para mostrar propuestas basadas en la experiencia de estos centros.

Actividad administrativa y de asesoría

Son funciones del CAD del INEN jerarquizar el funcionamiento de la Comisión Nacional Técnica Asesora de Diabetes, (CNTAD), en la cual participan no solo instituciones y direcciones de salud, sino otras pertenecientes al Instituto Nacional del Deporte y la Recreación, el Ministerio de Cultura, Ministerio de Educación, Ministerio de la Agricultura, Ministerio del Comercio y la Gastronomía, todas ellas con una importante participación en el proceso salud enfermedad de estas personas.

Como institución del tercer nivel de atención funge como asesora del Ministerio de Salud Pública en la toma de decisiones basadas en la investigación científica y la experiencia en la práctica médica de posibles soluciones a los problemas de salud relacionados con la diabetes.⁽²³⁾ Es por ello que el aprovechamiento de los resultados científicos servirá al INEN, al Grupo Nacional de la especialidad de Endocrinología y la CNTAD para el cumplimiento de esta función.

Los CAD cumplen funciones que complementan el abordaje integral de la diabetes como problema de salud y podrían ofrecer otras que permiten su total aprovechamiento como unidades estratégicas de salud.

Referencias bibliográficas

1. International Diabetes Federation Atlas. Ninth edition. 2019 [acceso 20/01/2020]:32-56. Disponible en: www.idf.org/diabetesatlas.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana. 2018 [acceso 20/01/2020]:31-97. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>.
3. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional. Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles 1995-2010. 2014 [acceso 20/01/2020]. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/325370475_III_Encuesta_Nacional_d_e_factores_de_riesgo_y_actividades_preventivas_de_enfermedades_no_trasmisibles_Cuba_2010-2011/link/5b295a32a6fdcc72dbec359c/download.
4. Las 10 prioridades de la Organización Mundial de la Salud para 2019. 2019 [acceso 23/01/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/priorities/es/>
5. Programa Nacional de Diabetes. 1990 [acceso 25/01/2020]. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa_nacional_de_diabetes.pdf.
6. Faget Cepero O. El Centro de Atención al Diabético y el Programa Nacional de Diabetes. Rev Cubana Endocrinol. 1998;9(2):101-2.
7. Suárez Pérez R, García González R. Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana.

- Rev Cubana Endocrinol. 2005 [acceso 23/01/2020];112(2):1-13. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v16n2/end08205.pdf>
8. García R, Suárez R. Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [acceso 30/01/2020];33(2):2-17. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/214/21433208.pdf>
9. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Rev Panam Sal Púb. 1997 [acceso 30/01/2020];2(1):1-5. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1997.v2n1/32-36/es>
10. García R, Suárez R. Guía para la educación al paciente diabético. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992. p. 9.
11. Díaz Díaz O. Los CAD en Cuba. Diabetes Summit For Latinoamérica. Brasil; 2010.
12. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editora del Ministerio de Justicia; 2019. p. 5-6.
13. V Congreso del Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución; 2011. p. 24.
14. Iglesias Marichal I. Estrategia para el mejoramiento de la atención médica en los centros de atención al diabético en Cuba. [Tesis]. La Habana: ENSAP; 2014.
15. Vera González MA. Estándares para las Convivencias cubanas de niños y adolescentes con diabetes. Revista Cubana de Endocrinología. 2016;27(2):197-210.
16. Revista Cubana de Endocrinología. Revistas de especialidades médicas. 2020 [acceso 30/01/2020]. Disponible en <http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/index>
17. García González R, Suárez Pérez R. La Educación Terapéutica. Propuesta de un modelo teórico, desde la experiencia del Programa Cubano de Educación en diabetes. Documento oficial de la OPS No. 325. 17aed. Washintong, D: C: OPS. 2007 [acceso 25/01/2020]. Disponible en <https://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/dia-cuba.pdf>

18. Díaz Díaz O, Orlandi González N. Manual para el Diagnóstico y Tratamiento del paciente diabético a nivel primario de salud. Libros de autores cubanos. La Habana. 2016 [acceso 21/01/2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/diabetes/>
19. Licea Puig ME. Diabetes Mellitus, una mirada integral a un problema de salud mundial. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2019.
20. Licea Puig ME. Tratamiento de la Diabetes Mellitus. 2da edición. Brasil: Editorial IDEAL; 1955.
21. Licea Puig ME. Diabetes, Manual para pacientes y familiares. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2019.
22. Conesa del Río JR, Conesa González AI. Diabetes Mellitus. Fundamentos de la terapia dietética para su control metabólico. Libros de autores cubanos. La Habana. 2015 [acceso 25/01/2019]. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/libros/diabetes_mellitus/indice_p.htm.
23. Acuerdo 6883. Normas para la elaboración y aprobación del Reglamento Orgánico y el Manual de Funcionamiento y las atribuciones y obligaciones de los cargos. 2017 [acceso 25/01/2020]. Disponible en: http://www.inder.gob.cu/descargas/Normas_Legales_Vigentes/PDFs/7.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Ileydis Iglesias Marichal: Estableció la idea principal del trabajo y el método a desarrollar. Participó en la elaboración y revisión final del trabajo.

Oscar Díaz Díaz, Neraldo Orlandi González: Aportaron elementos básicos y participaron en la elaboración y revisión final del trabajo.