

Del pie diabético, el soporte institucional y un modelo para atención en alta complejidad

Of the diabetic foot, the institutional support and a model for attention in high complexity

León-Jiménez Franco Ernesto ^{1,2a}

Sr. Editor:

El pie diabético es el típico ejemplo de los problemas que aquejan al sistema de salud peruano: falta de proactividad, enfoque de la salud sólo desde la perspectiva del médico, falta de prevención primaria y secundaria, ausencia de medidas de impacto para mejorar la adherencia de los pacientes y ausencia de medidas educativas con impacto en la población, y otros más ⁽¹⁾.

Las revisiones sistemáticas que indican que existe mejora en la sobrevida y en el control de la enfermedad en este síndrome, no son aplicadas a realidad peruana. Y es que, como problema de salud crónico, su enfoque no depende del todo del especialista. Habría que preguntarse, ¿quién es el responsable de hacerse cargo de estos pacientes? La primera respuesta, podría *ser el endocrinólogo*. Y si bien es cierto, esta es la respuesta que se acerca más a la realidad, es insuficiente.

Lo primero que habría que comentar, es que las unidades de pie diabético (con impacto demostrado en morbimortalidad y calidad de vida de estas personas) ^(2,3), necesitan un soporte y decisión institucional para su funcionamiento y continuidad. La sola existencia de una Resolución Directoral con nombres de profesionales altamente capacitados (con competencias varias como nutricionistas, médicos internistas, endocrinólogos, cirujanos cardiovasculares, terapeutas físicos y otros más), resulta insuficiente. El compromiso de cada uno de ellos es fundamental, y no solo depende de la proactividad de cada uno, sino de una decisión institucional. La programación de turnos específicos por parte de los miembros de las unidades de pie diabético, dentro de sus horas asistenciales, es una necesidad apremiante. Esperar que los profesionales “se hagan un tiempo” dentro de su recargada agenda asistencial es una utopía. El síndrome de trabajador quemado y las largas horas asistenciales merman esta posibilidad.

Asimismo, el seguimiento diario y la socialización efectiva de la evolución de los pacientes (para cuyos efectos las aplicaciones en línea como el *WhatsApp* y otras formas de comunicación, han demostrado un impacto positivo ⁽⁴⁾), son una necesidad.

Un enfoque atractivo que ha demostrado mejorar la asistencia a estos pacientes, es la generación de datos locales a partir de la formación de una cohorte de personas atendidas con esta enfermedad en los que, a partir de un sistema de alerta, se comunica al equipo, la presencia de alguna persona con este problema de salud en el servicio de emergencia. Para ello, la estandarización de formatos de recolección de datos, la presencia de consentimientos informados refrendados por un Comité de Ética Institucional para la toma de fotos de las lesiones (con fines académicos de investigación y de seguimiento) y la organización de una base de datos; permite mejorar los estándares de calidad de atención y la re-orientación entre profesionales. Esta experiencia se está llevando a cabo en el Hospital Regional

¹ Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Lambayeque

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres- Filial Norte.

^a Médico Internista, Epidemiología Clínica.

Correspondencia: Franco Ernesto León-Jiménez

Correo: francoernestole@gmail.com

<https://doi.org/10.37065/rem.v6i1.404>

Lambayeque con resultados iniciales favorables. Con fines de docencia e investigación es una oportunidad de oro, pues alumnos de pre y postgrado, encuentran en esta situación una oportunidad para generación de datos. Por ejemplo, en un reciente estudio que se está realizando por alumnos de pregrado en dicho hospital, se está evidenciando una falta de gestión en el registro de historias clínicas, además de haberse encontrado resultados interesantes: de un total de 105 pacientes atendidos, 38 % tenían ningún control de hemoglobina glicosilada a lo largo de su atención, 9,5 % de ellos no registran glicemia en ayunas en la historia, 82,8 % no tuvieron control de proteinuria en orina de 24 horas y 51 % ningún control de perfil lipídico. Estos datos se han visto en otras realidades pero hacen pensar en una necesidad urgente en la mejora del registro y gestión de la información, pues tiene potencial impacto en el pronóstico de los pacientes con pie diabético.

Otro aspecto muy necesario para potenciar la calidad de atención de los pacientes, es la elaboración y aplicación de una "guía de práctica clínica" en esta patología. Si bien es cierto, existe una guía nacional, esta contiene serios errores metodológicos en la elaboración que no cumplen con los estándares que las metodologías AGREE y GRADE proponen⁽⁵⁾. La presencia de distintos profesionales en las diversas instituciones, la variedad de productos con diferentes usos y propiedades como material para regeneración tisular y diferentes esquemas de antibióticos según la microbiota local, hace necesaria una guía propia. Esta es una ardua tarea, que, como otros aspectos mencionados en este artículo, merecen todo el soporte institucional.

No menos importante, es mencionar y tomar en cuenta el aspecto psíquico y espiritual de nuestros pacientes. Toda relación humana se fortalece en el encuentro diario entre el sufriente y el personal de salud. La horizontalidad entendida como el facilitamiento que los segundos pueden ofertar a los primeros en términos de cuidar de su vida, es invaluable. La posibilidad de desarrollar competencias en Ética y Bioética en este contexto, es ineludible⁽⁶⁾. Es el campo perfecto para poder hacer entender a familiares, pacientes y personal en entrenamiento, lo vital de conocer a las personas con este problema.

El objetivo de esta reflexión es hacer notar que, si bien es importante la presencia de presupuestos, decisión política, gestión de eficiente de datos, socialización de información y la aplicación de la mejor evidencia, la sana costumbre de escuchar a pacientes y familiares no debe olvidarse, pues tienen un impacto positivo en el pronóstico y satisfacción de las personas que atendemos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Castillo Tirado R, Fernández López J, Del Castillo Tirado F. Guía de práctica clínica en el pie diabético. Archivos de medicina [internet]. 2014. [citado el 26 Septiembre del 2019]; 10(2). Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>
2. Martínez D, Aguayo J, Morales G, Aguirán M, Illán F. Impacto de una vía clínica para el pie diabético en un hospital general. An. Med. Interna. 2004; 21(9): 420-4.
3. Rubio J, Aragón-Sánchez J, Lázaro-Martínez J, et al. Unidades de pie diabético en España: conociendo la realidad mediante el uso de un cuestionario. Endocrinol Nutr. 2014; 61(2):79-86.
4. Santamaría-Puerto G, Hernández-Rincón E. Aplicaciones Médicas Móviles: definiciones, beneficios y riesgos. Salud Uninorte. 2015; 31(3):599-607.
5. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control del Pie Diabético [Internet]. Lima, Perú: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2017 [citado 03 octubre 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>
6. D'Empaire G. Calidad de Atención médica y Principios Éticos. Acta bioeth. 2010; 16(2): 124-32

Revisión de pares: Recibido: 18/12/2019 Aceptado: 19/02/2020