

Guía de actuaciones para la adaptación de la Estrategia en Diabetes del SNS en Castilla y León

Directrices y recomendaciones
para la implementación



Sociedades científicas y asociaciones colaboradoras



Edita: Junta de Castilla y León

Edita: Junta de Castilla y León

© Consejería de Sanidad

Depósito Legal : VA / 173 / 2011

Maquetación: Olme2 / VALLADOLID

Imprime: Angelma S.A. / VALLADOLID

Guía de actuaciones para la adaptación de la Estrategia en Diabetes del SNS en Castilla y León

Directrices y recomendaciones para la implementación

Consejería de Sanidad Junta de Castilla y León



Consejería de Sanidad

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2009 del Ministerio de Sanidad y Política Social que fueron aprobados en el CISNS de fecha 26/11/2008, como apoyo a la implementación a la estrategia en diabetes del SNS

DIRECCIÓN:

Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. Consejería de Sanidad.

Dirección General de Salud Pública, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Sanidad.

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de la Salud.

COORDINACIÓN:

Mónica Robles García. Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. Consejería de Sanidad.

Marcelino Galindo Jimeno. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

GRUPO DE TRABAJO:

M^ª Luisa González Castro. Gerencia Atención Primaria. Burgos (Gerencia Regional de Salud).

Pilar Trigueros Aguado. Centro de Salud La Puebla. Gerencia Atención Primaria. Palencia. (Gerencia Regional de Salud)

Fernando Gómez Peralta. Complejo Asistencial de Ávila (Gerencia Regional de Salud).

Enrique Ruiz Pérez. Complejo Asistencial Universitario de Burgos (Gerencia Regional de Salud).

Tomás Vega Alonso. Dirección General de Salud Pública, Investigación Desarrollo e Innovación. Consejería de Sanidad.

Belén Bernal Martín. Presidenta de la Federación de Asociaciones de Diabéticos de Castilla y León.



CARTA DE PRESENTACIÓN

El III Plan de Salud de Castilla y León, referencia principal de la planificación estratégica en salud de nuestra Comunidad Autónoma, identifica entre las principales líneas de actuación el abordaje integral de la diabetes considerándolo como un problema de interés prioritario.

La Consejería de Sanidad, con la colaboración de profesionales de diferentes ámbitos y de representantes de la Federación de Asociaciones de Diabéticos de Castilla y León, ha desarrollado una “Guía de actuaciones” que facilitará la adaptación de la Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud (SNS), a nuestra Comunidad.

El propósito de esta Guía es poder brindar a los profesionales un documento con las directrices y recomendaciones seleccionadas para favorecer la implantación de las actuaciones con mayor evidencia y potenciar la coordinación y la continuidad asistencial.

El objetivo final es mejorar la calidad de la atención que se presta a las personas que padecen diabetes, fomentar los autocuidados de los pacientes e intentar evitar en nuestra Comunidad, fundamentalmente a través de medidas de promoción de la salud y prevención, que continúe el aumento de incidencia de diabetes que se anuncia para los países desarrollados debido a estilos de vida poco saludables y, en particular, al incremento de la obesidad y el sedentarismo.

Esta Guía incluye, en su primera parte, el análisis de situación de la diabetes en Castilla y León, que traslada la información disponible sobre el estado de la enfermedad y de sus factores de riesgo en nuestra Comunidad. También incluye la información correspondiente a la actividad y coberturas en la cartera de servicios de los servicios relacionados con la diabetes.

En el apartado denominado “Retos, directrices y recomendaciones” hemos querido que se recogiera un panorama amplio y ordenado de las directrices y recomendaciones que deben abordarse en el Sistema Sanitario de la Comunidad para alcanzar los objetivos que marca la Estrategia en diabetes del SNS. Las directrices planteadas son: promover una vida saludable y prevenir la diabetes, diagnosticar precozmente la enfermedad, tratar adecuadamente mediante coordinación y continuidad asistencial los casos diagnosticados, prevenir y abordar las complicaciones y desarrollar la formación en diabetes, la innovación y fomentar la investigación sobre la enfermedad y sus factores de riesgo.

El interés añadido de este documento es que es resultado de un consenso entre personas expertas y que, en este marco, se han tenido en cuenta las necesidades identificadas por los pacientes. Las recomendaciones unifican, en Castilla y León, la visión de las líneas concretas que deben ir desarrollando todas las Gerencias de Salud de Área, implicando a los profesionales en este ejercicio de mejora.

Deseo que esta nueva herramienta sea de utilidad para el conjunto de los profesionales sanitarios de Castilla y León. Y, sobre todo, que aporte valor a la atención que se ofrece a los pacientes.

Finalmente quiero agradecer el esfuerzo y la dedicación de todos los profesionales que han participado en el desarrollo de esta Guía, a las sociedades científicas colaboradoras, así como a todos los que, a lo largo del proceso, han aportado críticas y sugerencias fruto de su experiencia.

**El Consejero de Sanidad
Francisco Javier Álvarez Guisasaola**

Carta de Presentación	5
Siglas y Abrebiaturas	9
1 Justificación	10
2 Antecedentes y metodología de trabajo	11
3 Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León	13
3.1. Mortalidad asociada a la diabetes	13
3.2. Morbilidad asociada a la diabetes	15
3.3. Complicaciones relacionadas con la causa diabética	21
3.4. Principales factores de riesgo cardiovascular	23
3.5. Prevención y asistencia a los pacientes con diabetes	31
4 RETOS, DIRECTRICES Y RECOMENDACIONES	38
4.1. Promover estilos de vida saludable y prevenir la diabetes mellitus	38
4.2. Diagnosticar precozmente la diabetes mellitus	40
4.3. Tratar y monitorizar la diabetes mellitus diagnosticada	41
4.4. Abordar las complicaciones y situaciones especiales relacionadas con la diabetes mellitus	42
4.5. Formar, investigar e innovar en diabetes mellitus	44
5 Bibliografía	45
6 Anexos	46
6.1. Propuesta de indicadores para el seguimiento	46
6.2. Criterios diagnósticos de la diabetes. ADA 2010	47
6.3. Cartera de Servicios de atención al paciente diabético en Atención Primaria	48
6.4. Relación de tablas y figuras	51
6.5. Relación de Asociaciones de diabéticos en Castilla y León	52

ADA.	AMERICAN DIABETES ASSOCIATION
AP.	ATENCIÓN PRIMARIA
APVP.	AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS
CIE.	CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
CMBD.	CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS
DGAS.	DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
DGPCOF.	DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CALIDAD, ORDENACIÓN Y FORMACIÓN
DGSPIDI.	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN.
ENS.	ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
FOSA.	FORMACIÓN SANIDAD
GPC.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
HBA1C.	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
IC.	INTERVALO DE CONFIANZA
INE.	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
MSC.	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SNS.	SISTEMA NACIONAL DE SALUD



1.

JUSTIFICACIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica con elevada morbilidad y mortalidad, gran parte de ella prematura, lo que supone un alto coste social y un gran impacto sanitario debido al desarrollo de complicaciones que conllevan una merma tanto de la calidad como de la esperanza de vida de los pacientes diabéticos.

La edad avanzada, la obesidad, la presencia de historia familiar de diabetes, el sedentarismo, el nivel socioeconómico bajo, la hipertensión arterial y la hiperlipemia son factores que se asocian con el desarrollo de la diabetes. El aumento de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso está contribuyendo a aumentar la incidencia de la enfermedad. Mediante la promoción de estilos y hábitos de vida saludables, se puede evitar una proporción elevada de casos de diabetes tipo 2.

Por otra parte, mejorar el pronóstico de los pacientes con diabetes y disminuir su elevada mortalidad requiere una actuación integrada sobre los factores de riesgo cardiovasculares y no sólo sobre la hiperglucemia. Del mismo modo, convertir en eficiente el tratamiento de la diabetes precisará no sólo de la aplicación de una actitud terapéutica correcta, sino también de una adecuada organización de la atención y una adecuada coordinación entre niveles asistenciales.

La presente guía se plantea servir como herramienta de mejora en el abordaje del proceso de la diabetes, a través de actuaciones dirigidas a reducir el impacto de la diabetes en la población castellana y leonesa.

Para la elaboración del documento se ha tenido en cuenta el diagnóstico de la situación de la diabetes en la Comunidad tanto, desde un punto de vista epidemiológico, como de recursos asistenciales disponibles y las aportaciones realizadas por el grupo de trabajo.

Esta guía ha sido elaborada gracias a la participación de un grupo de profesionales médicos y de enfermería de los ámbitos de Atención Primaria y endocrinología, teniendo muy en cuenta la opinión y experiencia de los pacientes a través de la colaboración de la Federación de asociaciones de diabéticos de Castilla y León.

La presente guía se concibe como un instrumento de adaptación de la Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud que pueda facilitar la elección y priorización de recomendaciones tanto a los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de los pacientes con diabetes, como a los centros directivos responsables de la coordinación y la planificación.

La guía incluye recomendaciones actualizadas sobre el manejo de la enfermedad y pretende convertirse en una herramienta de abordaje de la diabetes útil para el sistema sanitario. Por ello se reco-

mienda adaptar e implantar, en el ámbito de cada área o zona básica de salud, las recomendaciones priorizadas en función de los resultados obtenidos en el análisis de situación.

Abordar la mejora de la calidad en la práctica clínica requiere, necesariamente, poner a disposición de los profesionales las herramientas adecuadas que faciliten el desempeño de sus funciones.

2.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Entre los planteamientos estratégicos de la Unión Europea destaca la conferencia europea sobre prevención de diabetes tipo 2, recogida en la Declaración de Viena, en la que se establecen recomendaciones que abogan por un abordaje integral del proceso desde la prevención, el seguimiento y control, la prevención de las complicaciones vasculares y de todos aquellos aspectos sociales y de géneros que se vean implicados.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad conforme a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud propugna un enfoque integrado que combina la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes e impulsa a los servicios de salud del SNS a enfocar sus actuaciones hacia el control de los factores de riesgo tales como, la

inactividad física, las dietas no equilibradas y el tabaquismo.

El 11 de octubre de 2006 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó por unanimidad la estrategia en diabetes del SNS como parte del Plan de Calidad para el SNS con el fin de que cada Comunidad Autónoma implantara, en la medida de lo posible, los elementos consensuados como de mayor eficacia e impacto.

El III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012, documento estratégico que orienta las acciones y proyectos del sistema sanitario, buscando el mayor impacto en los objetivos de salud de los ciudadanos, selecciona la diabetes como problema de prioritaria intervención, planteando 3 objetivos generales, 20 objetivos específicos y 49 medidas. Además se establecen objetivos y medidas relacionados con determinantes comunes a diversos problemas de salud como son el tabaco, la actividad física, la hipertensión arterial, la hiperlipemia, la obesidad, el alcohol y la alimentación. El III Plan de Salud persigue una atención sanitaria integral, abordando desde la prevención hasta la rehabilitación, incluyendo criterios y estándares de atención.

Hasta la fecha, los profesionales de Castilla y León disponen de dos documentos de referencia de amplio consenso sobre el manejo de la diabetes que permiten unificar actuaciones: Guía de Práctica Clínica de la Diabetes tipo 2 (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad Social) y Guía de valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular

(Consejería de Sanidad de Castilla y León) que ofrecen a los profesionales las recomendaciones basadas en la evidencia aportando criterios objetivos para facilitar la toma de decisiones integrada en la línea estratégica dedicada al impulso de medidas en materia de prevención de la enfermedad cardiovascular en el ámbito comunitario y a nivel individual.

La presente guía promueve un abordaje integral, contemplando aspectos relacionados con la promoción de estilos de vida saludable y prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento, así como el abordaje de complicaciones y situaciones especiales relacionadas. Sin olvidar la importancia de complementar los enfoques anteriormente mencionados, con una adecuada formación, investigación e innovación especialmente dirigida a la diabetes.

ETAPAS DE ELABORACIÓN:

1. Diagnóstico de la situación de la *diabetes mellitus* en Castilla y León.

Búsqueda y explotación de la información cuantitativa y cualitativa disponible en las fuentes accesibles que permiten perfilar un diagnóstico del impacto de la enfermedad diabética en la sociedad castellana y leonesa expresada en términos de morbi-mortalidad así como evaluar la correspondencia con la organización sanitaria y los recursos asistenciales disponibles para una atención integral. Tras la valoración del diagnóstico de situación se priorizan las directrices

de intervención detectadas y se vinculan con las principales líneas de actuación tanto del III Plan de Salud de Castilla y León como de la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud.

2. Constitución del grupo de trabajo.

Tanto para la formulación de las recomendaciones como para la priorización de acciones concretas se cuenta con la colaboración de un grupo de trabajo, coordinado desde la Consejería de Sanidad, integrado por representantes de la Gerencia Regional de Salud, por profesionales especialistas y Sociedades Científicas especialmente implicados en el proceso integral de la diabetes, así como por la Federación de Asociaciones de diabéticos de Castilla y León.

3. Identificación y priorización de recomendaciones.

Tras la revisión del análisis de situación y las conclusiones extraídas del mismo se formulan las directrices y se concretan las recomendaciones consensuadas teniendo en cuenta las aportaciones realizadas por el grupo de trabajo.

La revisión de la guía se valorará en función de la pérdida de vigencia de las recomendaciones propuestas así como de la aparición de nuevas actuaciones con evidencia contrastada.

3.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA DIABETES EN CASTILLA Y LEÓN

3.1 MORTALIDAD ASOCIADA A LA DIABETES

Actualmente disponemos de evidencia suficiente para afirmar que la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular en los pacientes diabéticos es dos veces en el varón y cinco veces en la mujer, superior al resto. Aproximadamente 2/3 de las personas con diabetes tipo 2 fallecen debido a las enfermedades cardiovasculares. Además, la presencia de casos fatales entre aquellos que padecen un evento cardiovascular es más alta en las personas con diabetes. Los diabéticos presentan con frecuencia infartos de miocardio silentes que pueden provocar retrasos en el acceso al hospital.

La diabetes constituye una de las principales causas de muerte en Castilla y León (Tabla 1), según las últimas cifras disponibles, durante el 2008 se produjeron 710 fallecimientos, en la Comunidad, directamente vinculados a la causa diabética.

TABLA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN CASTILLA Y LEÓN, 2008. AMBOS SEXOS.

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2008. CIE 10^º

Causas	Nº de Muertes	%
Enfermedades cerebrovasculares	2.014	7,35
Otras enfermedades del Corazón	1.648	6,02
Insuficiencia cardíaca	1.517	5,54
Infarto Agudo de Miocardio	1.292	4,72
Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.247	4,55
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1.198	4,37
Otras enfermedades isquémicas del corazón	935	3,41
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	926	3,38
Tumor Maligno de Colon	875	3,19
Otras enfermedades del sistema digestivo	866	3,16
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	720	2,63
Diabetes Mellitus	710	2,59
Enfermedad de Alzheimer	674	2,46
Neumonía	586	2,14
Tumor maligno de estómago	585	2,14

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Esta causa específica de muerte se refleja especialmente entre las mujeres en las que supuso, con 441 fallecimientos, un 3,15% del total. (Tablas 2,3).

TABLA 2. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN CASTILLA Y LEÓN, 2008. HOMBRES.

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2008.

Causas	Nº de Muertes	%
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1.023	7,30
Enfermedades cerebrovasculares	865	6,17
Infarto Agudo de Miocardio	775	5,53
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	754	5,38
Insuficiencia cardíaca	497	3,54
Tumor maligno de colon	489	3,49
Tumor maligno de próstata	432	3,08
Tumor maligno del estómago	353	2,52
Neumonía	293	2,09
Tumor maligno de vejiga	290	2,07
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	287	2,05
Diabetes mellitus	269	1,92
Enfermedades del riñón y del uréter	269	1,92
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	225	1,60
Tumor maligno del páncreas	213	1,52

TABLA 3. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN CASTILLA Y LEÓN, 2008. MUJERES.

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2008

Causas	Nº de Muertes	%
Enfermedades cerebrovasculares	1.149	8,19
Insuficiencia cardíaca	1.020	7,27
Infarto agudo de miocardio	517	3,69
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	495	3,53
Enfermedad de Alzheimer	466	3,32
Diabetes Mellitus	441	3,15
Tumor maligno de mama	422	3,01
Tumor maligno de colon	386	2,75
Enfermedades hipertensivas	351	2,50
Neumonía	293	2,09
Enfermedad del riñón y del uréter	282	2,01
Septicemia	236	1,68
Tumor maligno del estómago	232	1,65
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	215	1,53
Paro cardíaco, muerte sin asistencia y causa desconocida de mortalidad	194	1,38

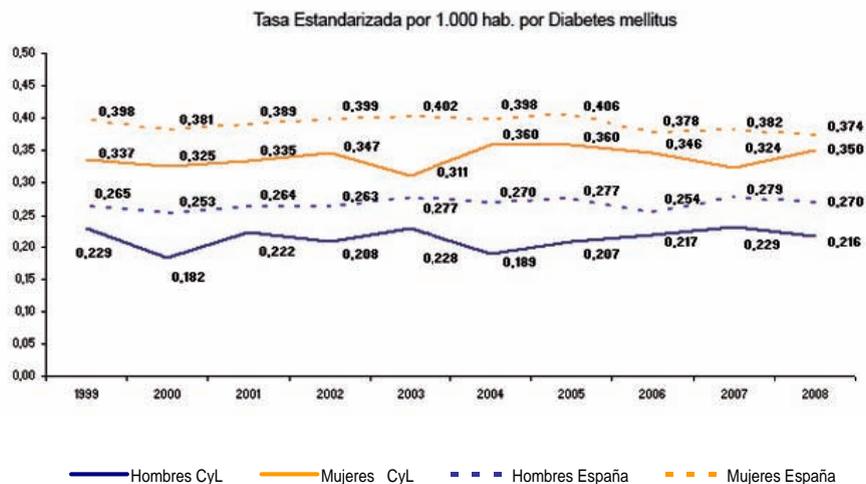
Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

A esta causa específica de muerte hay que sumar parte de la correspondiente a otras enfermedades relacionadas con el sistema cardiocirculatorio por su fuerte interrelación, por lo tanto es preciso tener en cuenta que la repercusión indirecta de la diabetes en la mortalidad es mucho más elevada.

Al comparar las tasas de mortalidad por diabetes mellitus estandarizadas por 1.000 habitantes, nacionales y autonómicas se observa como en Castilla y León, al igual que sucede en el resto del país, se registran tasas de mortalidad superiores en mujeres que en hombres, manteniéndose por debajo de la media nacional para ambos sexos (0,35 vs 0,37 para las mujeres y 0,22 vs 0,27 en el caso de los hombres) (Figura 1).

FIGURA 1. TASAS DE MORTALIDAD ESTANDARIZADAS POR 1.000 HABITANTES POR DIABETES MELLITUS EN CASTILLA Y LEÓN Y ESPAÑA. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS, 1999-2008.

Fuente: Elaboración Servicio de Planificación con datos de INE. Consejería de Sanidad. Población de referencia Castilla y León.



(*) DATOS PROVISIONALES

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

3.2. MORBILIDAD ASOCIADA A LA DIABETES

La diabetes ha generado en Castilla y León, durante 2009, 2.034 altas hospitalarias (1.091 altas en hombres y 943 en mujeres) lo que suponen tasas de 0,86 y 0,73 altas por 1.000 habitantes respectivamente. Estas cifras han experimentado, en el caso de los hombres, un incremento progresivo a lo largo de los últimos años siendo las registradas en 1999 0,66 y 0,75 altas por 1.000 habitantes, en varones y mujeres respectivamente. (Tabla 4)

TABLA 4. ALTAS HOSPITALARIAS EN PROCESOS ESPECÍFICOS. HOSPITALES DE SACYL, 1999 Y 2009.

FUENTE: CMBD.

	Nº de Altas				Tasa / 1.000 Hab.			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Infarto agudo de miocardio	2.202	872	2.727	1.095	1,79	0,69	2,14	0,85
Diabetes Mellitus	806	948	1.091	943	0,66	0,75	0,86	0,73
Tumor de tráquea, bronquios y pulmones	1.447	146	1.698	313	1,18	0,12	1,33	0,24
Enfermedades cerebrovasculares	2.876	2.459	3.595	3.008	2,34	1,95	2,83	2,33
Cáncer de colon	1.160	814	2.051	1.276	0,95	0,65	1,61	0,99
Cáncer de mama	-	1.324	-	1.542	-	1,05	-	1,19
Depresión	700	900	957	955	0,57	0,71	0,75	0,74
Insuficiencia cardiaca	2.172	2.654	4.006	4.822	1,77	2,10	3,15	3,73
Accidentes de tráfico	1.555	811	950	444	1,27	0,64	0,75	0,34
EPOC	3.467	732	4.227	960	2,83	0,58	3,32	0,74

Estos pacientes atendidos en el nivel hospitalario generaron durante el año 2009 19.421 estancias (11.095 los hombres y 8.326 las mujeres). La duración media de la estancia se sitúa durante 2009 en los 10,17 días en el caso de los hombres y 8,83 en las mujeres, periodos más reducidos que los registrados durante 1.999 (10,24 días y 9,49 días en hombres y mujeres respectivamente). (Tabla 5)

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

TABLA 5. ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN PROCESOS ESPECÍFICOS. HOSPITALES DE SACYL, 1999 Y 2009.

FUENTE: CMBD

	Nº de Estancias				Estancia Media			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Infarto agudo de miocardio	21.090	7.457	20.002	7.499	9,58	9,93	7,33	7,52
Diabetes Mellitus	8.251	8.992	11.095	8.326	10,24	9,49	10,17	8,83
Tumor de tráquea, bronquios y pulmones	18.050	1.665	17.591	3.453	12,47	11,40	10,36	11,03
Enfermedades cerebrovasculares	29.381	26.447	39.068	30.442	10,22	10,76	10,87	10,12
Cáncer de colon	20.518	14.905	29.342	17.602	17,69	18,31	14,31	13,79
Cáncer de mama		713		931		13,71		9,40
Depresión	7.896	13.240	12.246	15.330	11,28	14,71	12,80	16,05
Insuficiencia cardiaca	28.823	28.249	41.589	50.171	10,51	10,64	10,38	10,40
Accidentes de tráfico	14.051	7.502	9.309	4.275	9,04	9,25	9,80	9,61
EPOC	35.198	7.931	43.660	9.857	10,15	10,83	10,33	10,27

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARIAS POR DIABETES MELLITUS EN CASTILLA Y LEÓN 2008

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2008. INE

	Nº de Altas Hospitalarias			Tasa por 1.000 Hab.		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Ávila	105	52	53	0,61	0,60	0,62
Burgos	370	189	180	0,99	0,99	0,97
León	336	180	155	0,67	0,74	0,61
Palencia	152	79	73	0,88	0,92	0,84
Salamanca	420	214	205	1,18	1,23	1,13
Segovia	93	57	36	0,56	0,68	0,44
Soria	61	33	28	0,64	0,68	0,60
Valladolid	417	225	192	0,78	0,86	0,71
Zamora	206	103	103	1,05	1,06	1,05
Castilla y León	2.158	1.133	1.026	0,84	0,89	0,79
Total	32.085	17.802	14.284	0,69	0,77	0,60

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS POR DIABETES MELLITUS EN CASTILLA Y LEÓN 2008.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2008. INE

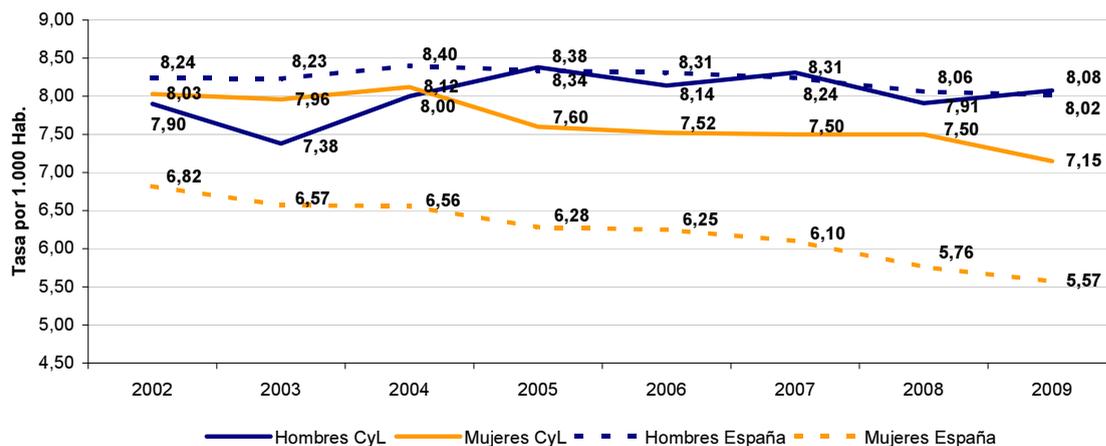
	Nº de Estancias Hospitalarias			Tasa por 1.000 Hab.		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Ávila	947	438	508	5,52	5,05	5,98
Burgos	3.088	1.606	1.483	8,22	8,44	8,00
León	3.584	2.002	1.582	7,17	8,18	6,19
Palencia	1.057	510	547	6,10	5,93	6,26
Salamanca	3.576	1.934	1.642	10,08	11,15	9,07
Segovia	699	470	228	4,24	5,62	2,81
Soria	685	310	375	7,20	6,42	8,01
Valladolid	4.459	2.749	1.710	8,37	10,50	6,31
Zamora	2.032	973	1.059	10,39	10,02	10,75
Castilla y León	20.127	10.992	9.135	7,85	8,64	7,07
Total	286.127	165.511	120.616	6,12	7,16	5,10

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Según la información aportada por la encuesta de morbilidad hospitalaria, el número de altas debidas a la causa diabética, en mujeres, ha mantenido a lo largo de los últimos años en esta Comunidad cifras superiores a las registradas a nivel nacional (7,15 vs. 5,57, respectivamente, en 2009), a pesar de experimentar una tendencia decreciente durante los últimos años (Figura 2).

FIGURA 2. EVOLUCIÓN DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS POR DIABETES MELLITUS DE CADA 1.000 ALTAS EN CASTILLA Y LEÓN Y ESPAÑA. AÑOS 2002-2009

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2009. INE.

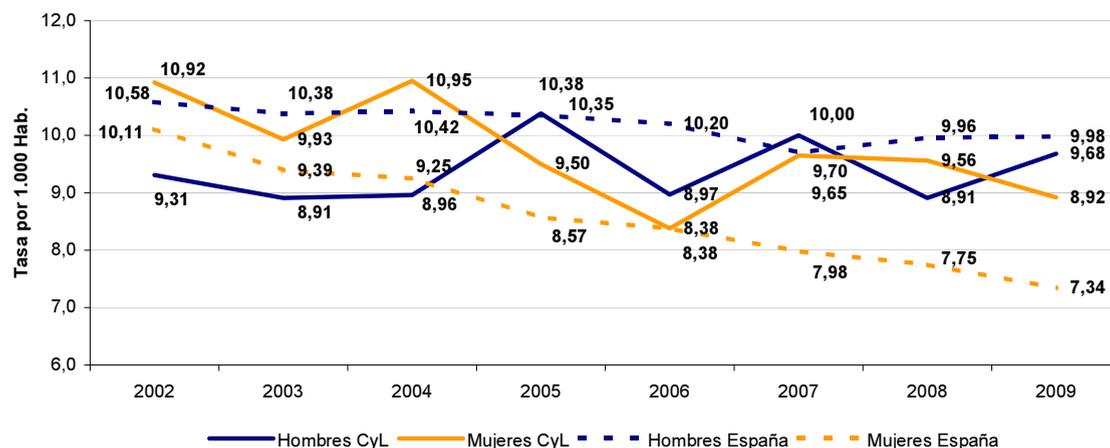


Con respecto a las estancias hospitalarias generadas por la diabetes, mientras que en España, la figura 3, muestra una reducción progresiva durante los últimos años, especialmente en el caso de las mujeres, en Castilla y León se manifiesta un comportamiento irregular en ambos sexos.

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

FIGURA 3. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS POR DIABETES MELLITUS POR 1.000 HABITANTES EN CASTILLA Y LEÓN Y ESPAÑA. AÑOS 2002-2009

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2009. INE



Según recoge la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud publicada en 2006, la prevalencia de diabetes conocida se sitúa en torno al 6,5% en las personas entre 30 y 65 años, oscilando según los estudios entre el 6 y el 12%; aunque según algunos de éstos, la diabetes oculta, puede suponer otro 5%, aproximadamente.

Según la información aportada por el Estudio de Riesgo Cardiovascular realizado en Castilla León durante 2004, el 8,83% (IC95%:7,70-9,96%) de la población castellana y leonesa podría considerarse diabética, lo que supone que entorno a 190.000 personas mayores de 15 años padecerían esta enfermedad. (Tabla 8 y 9)

TABLA 8. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DIABÉTICOS POR SEXOS EN CASTILLA Y LEÓN, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad e INE

	%	IC 95% inf	IC 95% sup
Hombres	10,09	8,39	11,78
Mujeres	7,65	6,45	8,85
Ambos sexos	8,83	7,70	9,96

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

TABLA 9. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE DIABÉTICOS, POR SEXOS, EN CASTILLA Y LEÓN, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
15 a 34 años	614	0,19	2.758	0,91	3.723	0,60
35 a 39 años	2.930	3,13	987	1,07	4.098	2,21
40 a 44 años	915	0,98	1.868	2,09	2.845	1,55
45 a 49 años	5.748	6,66	2.534	3,19	8.218	4,96
50 a 54 años	9.865	13,39	1.750	2,60	10.872	7,72
55 a 59 años	10.477	15,30	6.500	9,87	16.976	12,64
60 a 64 años	10.684	17,72	4.854	7,97	16.757	13,82
65 a 69 años	11.298	19,03	13.041	19,95	25.169	20,17
70 a 74 años	19.460	28,58	11.157	14,29	27.350	18,71
75 + años	28.664	23,25	35.882	19,54	64822	21,12
TOTAL	105.159	10,09	82.912	7,65	187.745	8,83

La prevalencia estimada a partir de los datos obtenidos en la Encuesta Regional de Salud realizada en Castilla y León en el año 2003, fue del 4,22%. Según la última Encuesta Nacional de Salud disponible, la prevalencia declarada de diabetes en Castilla y León supera ligeramente la nacional, tanto en los hombres 7,57% vs 6,34% como en las mujeres 6,24% vs 6,06%. (Tabla 10)

TABLA 10. PREVALENCIA DECLARADA DE DIABETES (%) SEGÚN SEXO. CASTILLA Y LEÓN, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, MSC. 2006.

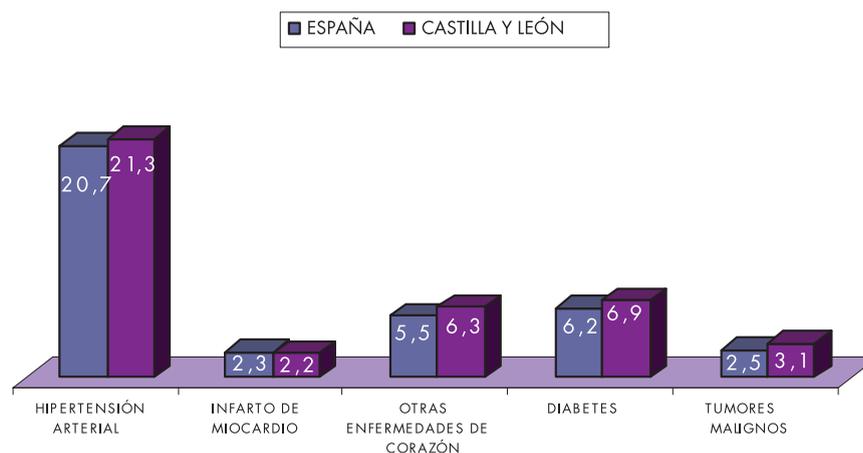
	Hombres	Mujeres	Total
Castilla y León	7,57	6,24	6,90
España	6,34	6,06	6,19

La diabetes constituye la segunda enfermedad crónica, en frecuencia, diagnosticada por un médico entre la población adulta tras la hipertensión arterial. (Figura 4).

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS O DE LARGA EVOLUCIÓN DIAGNOSTICADAS POR EL MÉDICO. CASTILLA Y LEÓN, 2003.

PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS O DE LARGA EVOLUCIÓN DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, EN POBLACIÓN ADULTA
(PORCENTAJE EN POBLACIÓN DE 16 Y MAS AÑOS)



3.3. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CAUSA DIABÉTICA

Las principales complicaciones agudas de la *diabetes mellitus* son la descompensación hiperglucémica hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia, que pueden, en función de su gravedad, resultar causa de ingreso hospitalario.

En Castilla y León, durante el 2007 se registraron 2,68 altas, por cada 1.000 diabéticos, relacionadas con la descompensación (Tabla 11).

TABLA 11. TASA DE ALTAS POR COMPLICACIONES AGUDAS (POR 1.000 DIABÉTICOS) SEGÚN SEXO.

Fuente: CMBD, MSC. 2007.

	Hombres	Mujeres	Total
Castilla y León	2,28	3,16	2,68
España	3,24	3,49	3,37

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Los pacientes que mantienen un mal control glucémico presentan mayor riesgo de padecer complicaciones crónicas tales como infarto agudo de miocardio y accidentes cerebrovasculares, y además padecen con mayor frecuencia retinopatía diabética, insuficiencia renal, amputaciones de los miembros inferiores y muerte prematura.

Según la información manejada por la Gerencia Regional de Salud, relativa al control glucémico, se ha utilizado la medición de la hemoglobina glicada como método de seguimiento del control al 74,22% de los diabéticos diagnosticados (Tabla 12).

TABLA 12. COBERTURA DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA GLICADA

Fuente: Cuestionario específico. Información facilitada por Gerencia Regional de Salud.

	Nº personas diagnosticadas			Nº personas a las que se les ha realizado control de Hemoglobina glicada		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Castilla y León	56.324	59.612	115.936	41.804	44.244	86.048

Como resultado de este seguimiento se han obtenido cifras inferiores al 7% de HbA1c en el 72,2% de los analizados (Tabla 13).

TABLA 13. GRADO DE CONTROL MEDIDO POR HEMOGLOBINA GLICADA

Fuente: Cuestionario específico. Información facilitada por Gerencia Regional de Salud.

	Nº personas con hemoglobina glicada <7			Nº personas con hemoglobina glicada >9		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Castilla y León	30.370	31.755	62.125	3.628	3.927	7.555

La aparición y severidad de las principales complicaciones crónicas microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía) vienen determinadas en gran medida por el grado de control glucémico, mientras que el desarrollo de las complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y claudicación intermitente) dependen principalmente de la presencia asociada de otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipemia, tabaquismo y obesidad).

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

A la hora de valorar el impacto de las complicaciones en nuestro entorno, contando con la información disponible en el Conjunto Mínimo Básico de Datos, en Castilla y León se registraron durante el año 2006, 3,27 amputaciones por cada 1.000 diabéticos. (Tabla 14)

TABLA 14. TASA DE ALTAS POR AMPUTACIONES (POR 1.000 DIABÉTICOS) SEGÚN SEXO.

Fuente: CMBD, MSC.2006

	Hombres	Mujeres	Total
Castilla y León	4,50	1,84	3,27
España	6,08	2,63	4,33

*Numerador: altas con código 648.0 CIE-9MC como diagnóstico principal. Denominador: códigos 630-677 CIE, 250 diabetes y 648.0 como diagnóstico (tanto principal como secundario)

TABLA 15. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. 2007

Fuente: CMBD, MSC.2007

	Mujeres
Castilla y León	14,39
España	28,09

*Numerador: altas con código 648.0 CIE-9MC como diagnóstico principal. Denominador: códigos 630-677 CIE, 250 diabetes y 648.0 como diagnóstico (tanto principal como secundario)

La tasa de mortalidad prematura puede calcularse a través del indicador de los años potenciales de vida perdidos (APVP), considerando muerte prematura aquella ocurrida antes de los 75 años. En Castilla y León se producen 3,20 muertes prematuras asociadas a la diabetes por cada 10.000 habitantes, cifras inferiores a las registradas en el ámbito nacional, tanto en hombres como en mujeres. (Tabla 16)

TABLA 16. TASA DE MORTALIDAD PREMATURA (POR 10.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO. 2006

Fuente: MSC.2006

	Hombres	Mujeres	Total
Castilla y León	3,70	2,80	3,20
España	5,60	3,10	4,30

3.4. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

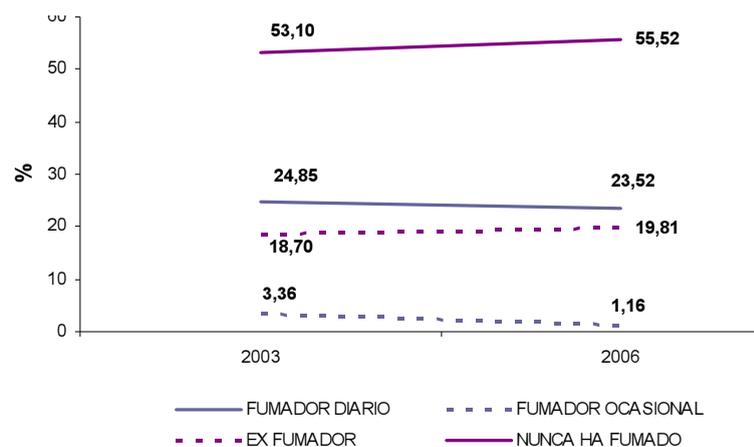
HÁBITO TABÁQUICO.

La relación entre la cantidad de tabaco consumida y el desarrollo de enfermedad cardiovascular es continua, siendo el riesgo de enfermedad coronaria dos o tres veces mayor en fumadores.

A lo largo de los últimos años se ha experimentado una ligera reducción del porcentaje (Figura 5)

FIGURA 5. EVOLUCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN POBLACIÓN DE 16 AÑOS Y MÁS EN CASTILLA Y LEÓN, 2003-2006

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2003-2006



Según la información aportada por la última Encuesta de Consumo de Drogas dirigida a población general disponible en Castilla y León, un 36,1% de los ciudadanos se considera fumador habitual (38,8% en el caso de los hombres y 33,2% en el de las mujeres). Al desagregar el hábito tabáquico por grupos de edad se observa como los castellanos y leoneses con edades comprendidas entre los 40 y 49 años son los que resultan más fumadores (42,9% de fumadores habituales) seguidos por los de 30 a 39 años (42,4%). (Tabla 17)

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

TABLA 17. CONSUMO DE TABACO EN CASTILLA Y LEÓN. DATOS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2004.

Fuente: Encuesta de Consumo de Drogas en población general en Castilla y León. 2004. Comisionado Regional para la Droga

	% No fumador	%Ha dejado de fumar	%Ocasional	%Fumador Diario	n
Sexo					
Ambos sexos	36,9	18,6	8,5	36,1	2.491
Varón	31	20,8	9,3	38,8	1.263
Mujer	42,9	16,3	7,6	33,2	1.228
Edad					
14-19	34,4	8,6	17,6	39,4	221
20-29	35	14,3	13	37,7	491
30-39	34,1	14,5	9,1	42,4	505
40-49	30,3	22	4,7	42,9	468
50-59	44	23,8	6,4	25,8	391
60-70	44,3	25,3	3,9	26,5	415

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A partir de los 40 años la presión arterial habitual está directamente relacionada con la mortalidad cardiovascular, además es preciso contemplarla como factor de riesgo de complicaciones diabéticas. Su asociación con la diabetes es muy frecuente, ya que un 76,57% de los castellanos y leoneses que presentan diabetes son hipertensos.

Según la información aportada por el Estudio de Riesgo Cardiovascular realizado en Castilla León durante 2004, el 38,77% (IC95%:36,55-40,99%) de la población castellana y leonesa podría considerarse hipertensa, lo que supone que entorno a 800.000 personas de 15 y más años padecerían esta patología. (Tabla 18)

TABLA 18. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE HIPERTENSOS MAYORES DE 15 AÑOS EN CASTILLA Y LEÓN, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad

	%	IC 95% inf	IC 95% sup
Hombres	40,48	37,47	43,48
Mujeres	37,40	34,71	40,10
Ambos sexos	38,77	36,55	40,99

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Según la información aportada por la última Encuesta Regional de Salud dirigida a población general disponible en Castilla y León, un 12,9% de los ciudadanos (10,2% en el caso de los hombres y 15,4% en el de las mujeres) reconoce disponer de un diagnóstico médico de hipertensión arterial. (Tabla 19). Particularizando según grupos de edad se observa un incremento progresivo del porcentaje de afectados con la edad. (Tabla 19)

TABLA 19. PREVALENCIA ESTIMADA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS O DE LARGA EVOLUCIÓN DIAGNOSTICADAS POR EL MÉDICO (HIPERTENSIÓN ARTERIAL). DATOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO. CASTILLA Y LEÓN, 2003.

Fuente: Encuesta Regional de Salud. Año 2003. Consejería de Sanidad e INE

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
De 0 a 4 años	28.124	--	30.382	--	58.506	--
De 5 a 15 años	132.131	--	121.337	--	253.468	--
De 16 a 24 años	136.757	--	129.200	--	265.957	--
De 25 a 34 años	189.033	2,01	178.970	2,47	368.003	2,23
De 35 a 44 años	189.606	5,08	182.952	2,48	372.558	3,8
De 45 a 54 años	164.096	9,27	152.630	7,51	316.726	8,42
De 55 a 64 años	130.452	19,3	131.000	26,6	261.452	23
De 65 a 74 años	132.410	28,1	158.525	42	290.935	35,7
De 75 y más años	101.254	31,7	143.649	47,1	244.903	40,7
SUBTOTAL	1.203.863	10,2	1.228.645	15,4	2.432.508	12,9

HIPERLIPEMIA

La hiperlipemia se encuentra asociada a otros mecanismos que favorecen la enfermedad cardiovascular como son la diabetes, el síndrome metabólico, la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada.

Según la información aportada por el Estudio de Riesgo Cardiovascular realizado en Castilla León durante 2004, el 28,94% (IC95%:27,12-30,75%) de la población castellana y leonesa presentaría hiperlipemia. (Tabla 20).

TABLA 20. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE HIPERLIPÉMICOS EN CASTILLA Y LEÓN, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo.

	%	IC 95% inf	IC 95% Sup
Varones	29,12	26,88	31,36
Mujeres	28,80	26,35	31,24
Ambos sexos	28,94	27,12	30,75

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Según la última Encuesta Regional de Salud dirigida a población general disponible en Castilla y León, un 9,5% de los ciudadanos (8,81% en el caso de los hombres y 10,20% en el de las mujeres) declara tener un diagnóstico médico de hipercolesterolemia. (Tabla 21).

Particularizando según grupos de edad se observa un incremento progresivo del porcentaje de afectados con la edad. (Tabla 21).

TABLA 21. PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS O DE LARGA EVOLUCIÓN DIAGNOSTICADAS POR EL MÉDICO (COLESTEROL ELEVADO). DATOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO. CASTILLA Y LEÓN, 2003.

Fuente: Encuesta Regional de Salud. Castilla y León 2003

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	n	% si	n	% si	n	% si
De 0 a 4 años	28.124	0	30.382	0	58.506	0
De 5 a 15 años	132.131	0,77	121.338	0,78	253.468	0,80
De 16 a 24 años	136.757	0	129.200	0	265.957	0
De 25 a 34 años	189.033	1,39	178.970	1,59	368.003	1,50
De 35 a 44 años	189.606	8,77	182.952	2,92	372.558	5,90
De 45 a 54 años	164.096	15,13	152.630	11,10	316.726	13,0
De 55 a 64 años	130.452	19,09	131.000	18,30	261.452	19,0
De 65 a 74 años	132.410	17,53	158.525	29,00	290.934	24,0
De 75 y más años	101.254	12,76	143.649	20,00	244.904	17,0
SUBTOTAL	1.203.863	8,81	1.228.646	10,20	2.432.508	9,50

OBESIDAD Y SOBREPESO:

La presencia de un Índice de masa corporal ≥ 30 Kg/m² se asocia con un incremento del riesgo de hipertensión, dislipemia, diabetes, mortalidad por enfermedad coronaria e ictus. La pérdida de peso mejora el nivel de lípidos, la presión sanguínea, la glucemia, la sensibilidad a la insulina y las enfermedades asociadas con la diabetes tipo 2, pudiendo reducir la necesidad de medicación.

Según la información aportada por el Estudio de Riesgo Cardiovascular realizado en Castilla y León durante 2004, el 21,79% (IC95%:20,31-23,27%) de la población castellana y leonesa presentaría obesidad y el 40,28% (IC95%:38,56-41,99%) sobrepeso. (Tabla 22)

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Es preciso remarcar los diferentes perfiles según sexos, ya que mientras la obesidad se registra algo más en mujeres (23,25% vs 20,41) el sobrepeso es claramente más frecuente entre los hombres (48,10% vs 32,93%). (Tabla 22).

TABLA 22. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN CASTILLA Y LEÓN, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo.

	SOBREPESO			OBESIDAD		
	%	IC 95% inf	IC 95% sup	%	IC 95% inf	IC 95% sup
Varones	48,10	45,49	50,71	20,41	18,07	22,75
Mujeres	32,93	30,66	35,20	23,25	20,98	25,52
Ambos sexos	40,28	38,56	41,99	21,79	20,31	23,27

Al comparar las cifras de sobrepeso y obesidad de nuestro ámbito autonómico con las del panorama nacional, según la información aportada por la última Encuesta Nacional de Salud, se observa como mientras en el caso de la obesidad nos mantenemos ligeramente por debajo (13,94% vs 15,56%) lo superamos en el sobrepeso (40,91% vs 37,80%). (Tabla 23).

TABLA 23. PORCENTAJE DE ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN CASTILLA Y LEÓN Y ESPAÑA, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE

	% Peso insuficiente (<18,5Kg/m ²)	% Normopeso (18,5-24,9 Kg/m ²)	% Sobrepeso (25,0-29,9 Kg/m ²)	% Obesidad (>=30 Kg/m ²)
AMBOS SEXOS				
España	1,76	44,88	37,80	15,56
Castilla y León	1,58	43,57	40,91	13,94
VARONES				
España	0,54	38,72	45,06	15,68
Castilla y León	0,18	36,79	49,29	13,74
MUJERES				
España	3,01	51,19	30,35	15,44
Castilla y León	3,02	50,53	32,3	14,14

Cabe señalar el alto porcentaje de niños castellanos y leoneses, con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años, que presentan tanto sobrepeso (15,55%) como obesidad (7,62%) a pesar de que para ambos grupos las cifras se mantengan por debajo de la media registrada en el conjunto nacional. (Tabla 24)

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

TABLA 24. PORCENTAJE DE NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN CASTILLA Y LEÓN Y ESPAÑA, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE

	% Normopeso o peso insuficiente (*)	% Sobrepeso	% Obesidad
TOTAL NIÑOS (2-17 años)			
España	72,39	18,67	8,94
Castilla y León	76,83	15,55	7,62
Niños			
España	70,68	20,19	9,13
Castilla y León	75,54	15,29	9,16
Niñas			
España	74,17	17,09	8,74
Castilla y León	78,21	15,82	5,97

(*) Clasificación utilizada por el INE

DIETA Y ALIMENTACIÓN INADECUADA

Los patrones dietéticos ligados al elevado consumo de grasas saturadas y caracterizados por altas aportaciones de carne roja, alimentos procesados, cereales refinados, dulces y postres, patatas fritas y derivados lácteos ricos en grasas predisponen a la ganancia de peso y están asociados a altas tasas de diabetes tipo 2 y enfermedad coronaria.

Los patrones dietéticos cardiosaludables, con reducción de peso, cuando sea necesario, mejoran la sensibilidad a la insulina y descienden la glucosa en las personas que padecen diabetes tipo 2.

Según la información aportada por la última Encuesta Nacional de Salud relativa al consumo de alimentos se observa como mientras la mayoría de los castellanos y leoneses consumen fruta fresca a diario (79,47%) solamente un 35,92% consume verduras y hortalizas con la misma frecuencia. Frente al 64,37% de la población que manifiesta comer carne tres o más veces por semana un 52,31% pescado. (Tabla 25)

TABLA 25. PORCENTAJE DE CONSUMOS DE ALIMENTOS EN CASTILLA Y LEÓN, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE

	A Diario %		3 o más veces por semana %		1 ó 2 veces por semana %		Menos de 1 por semana %	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Fruta fresca	78,81	79,47	8,37	9,01	6,08	6,94	6,74	2,34
Carne	28,19	22,75	53,94	64,37	15,95	12,1	1,92	0,36
Pescado	8,7	6,29	45,72	52,31	37,13	35,2	8,46	4,38
Pan, cereales	94,35	93,77	2,21	2,19	1,4	2,12	2,04	0,43
Verduras y hortalizas	36,22	35,92	38,8	38,16	20,37	23,33	4,62	2,09
Legumbres	3,94	1,49	41,11	28,7	48,31	63,92	6,64	5,24

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

SEDENTARISMO/INACTIVIDAD FÍSICA

La práctica de actividad física regular está asociada con una reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular. El efecto protector de la actividad física es mayor en población con alto riesgo de desarrollar diabetes y con historia familiar de diabetes.

Según la información aportada por la última Encuesta Nacional de Salud relativa al ejercicio físico practicado en el trabajo o la actividad principal, frente al 12,09% de los castellanos y leoneses que desarrollan tareas que requieren un gran esfuerzo físico, un 40,08% pasa de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos y un 30,80% sentado la mayor parte de la jornada. (Tabla 26)

TABLA 26. EJERCICIO FÍSICO DESARROLLADO EN EL TRABAJO O ACTIVIDAD PRINCIPAL EN CASTILLA Y LEÓN Y ESPAÑA, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE.

	% Sentado/a la mayor parte de la jornada	% De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	% Caminando o, llevando algún peso, desplazándose continuamente sin gran esfuerzo	% Tareas que requieren un gran esfuerzo físico
ESPAÑA	32,70	46,74	15,12	5,44
CASTILLA Y LEÓN	30,80	40,08	17,03	12,09

Se considera sedentaria a toda persona que habitualmente no realiza, en su tiempo libre, ninguna actividad física como caminar, practicar deporte, gimnasia etc.. que alcanza al 31,16% de la población en nuestra Comunidad. (Tabla 27)

TABLA 27. PREVALENCIA DECLARADA DE SEDENTARISMO SEGÚN SEXO. 2006

Fuente: ENSE, 2006

	Hombres	Mujeres	Total
Castilla y León	30,55	31,75	31,16
España	32,75	38,96	35,89

3.5. PREVENCIÓN Y ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON DIABETES:

ACTUACIONES, DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE PREVENCIÓN DESTINADOS A LOS PACIENTES QUE PRESENTAN DIABETES

Los patrones funcionales de salud y, específicamente, los patrones percepción de la salud, nutricional-metabólico y actividad-ejercicio, se dirigen a identificar las necesidades de cuidados para ofrecer una educación sobre estilos de vida y tratamiento individualizado de los factores de riesgo cardiovascular en personas con diabetes tipo 2.

La educación diabetológica comprende actividades dirigidas a la prevención, la monitorización y control de la enfermedad y sus complicaciones, mejorando los resultados sanitarios y la calidad de vida.

Entre las intervenciones y actividades propuestas en el Plan de cuidados estandarizado para el riesgo cardiovascular destacan la identificación de riesgos, la ayuda para dejar de fumar y disminuir de peso, y la enseñanza tanto de dietas prescritas, actividad y ejercicio, autoanálisis de glucosa y automejoría de la presión arterial.

La educación diabetológica grupal dirigida a pacientes y familiares desde el ámbito hospitalario se realiza a través de las enfermeras educadoras en diabetes en 11 de los 14 hospitales. Durante 2007 han participado en los programas educativos 3.350 pacientes y familiares a través de grupos homogéneos y de tamaño reducido.

Desde la Dirección General de Salud Pública, Investigación, Desarrollo e Innovación se desarrollan proyectos de Alimentación saludable y actividad física en la escuela mediante la elaboración de material dirigido a escolares de 6 a 16 años de los centros docentes de Castilla y León (carteles y recortables de pirámide de alimentación).

Además se organizan diversidad de actividades educativas dirigidas a pacientes y población general, promovidas desde las Asociaciones de diabéticos. Durante el último año se han registrado 7.060 personas que han participado en las jornadas informativas, colonias para niños, adultos y talleres, contando con la colaboración de los profesionales sanitarios.

ACTUACIONES, DISPOSITIVOS Y RECURSOS ASISTENCIALES DESTINADOS A LOS PACIENTES QUE PRESENTAN DIABETES

En Castilla y León la diabetes tipo 1 es atendida, mayoritariamente, por los pediatras, tanto de Atención Primaria como en los hospitales, hasta la edad de 14 años, y por los endocrinólogos en cualquier edad.

La diabetes tipo 2 es diagnosticada, mayoritariamente, por los médicos de Atención Primaria y los endocrinólogos del Área y atendida por los profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria.

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Con relación a la infraestructura de la atención, la Comunidad dispone de 241 equipos de Atención Primaria en los que se presta una atención integral a los pacientes con diabetes (Tabla 28). En los que trabajan 2.919 médicos de familia, 2.547 enfermeras, 276 pediatras, profesionales sanitarios con mayor implicación con los pacientes con diabetes (Tabla 29 y 30).

TABLA 28. INFRAESTRUCTURA EN ATENCIÓN PRIMARIA. CASTILLA Y LEÓN POR ÁREAS DE SALUD, 2009.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. 2009

Áreas de Salud	Zonas básicas de salud	Equipos atención primaria	Centros de salud	PACs	Centros de guardia	Consultorios locales
Ávila	22	22	22	19	1	335
Burgos	37	35	31	26	3	596
León	28	27	24	21	2	596
El Bierzo	11	10	10	8	1	135
Palencia	21	20	20	17	1	309
Salamanca	36	35	33	26	2	412
Segovia	16	16	15	14	6	285
Soria	14	14	14	13	2	344
Valladolid Este	22	22	19	18	1	112
Valladolid Oeste	19	18	17	20	0	115
Zamora	22	22	22	18	1	408
Castilla y León	248	241	227	200	20	3.647

TABLA 29. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR PROVINCIAS, 2009.

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud. 2009

	Médicos de Familia	ATS/DUE
Ávila	265	217
Burgos	411	325
León	508	501
Palencia	240	188
Salamanca	404	363
Segovia	221	146
Soria	167	131
Valladolid	439	441
Zamora	264	235
Castilla y León	2.919	2.547

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

TABLA 30. RECURSOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA Y LEÓN POR ÁREAS DE SALUD, 2009.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2009

PEDIATRAS	
	2009
Ávila	20
Burgos	40
León	34
Bierzo	18
Palencia	19
Salamanca	37
Segovia	17
Soria	10
Va Este	34
Va Oeste	29
Zamora	18
Castilla y León	276

En Atención Especializada todos los hospitales de Castilla y León disponen de Servicio de Pediatría, mientras que son 11, de los 14 hospitales, los que disponen de Servicio de Endocrinología (Tabla 31).

TABLA 31. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. SACYL 2008

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2008

	Endocrinología	Pediatría
CA Ávila	x	x
CA Burgos	x	x
H Santiago Apóstol		x
H Santos Reyes		x
CA León	x	x
H Bierzo	x	x
CA Palencia	x	x
CA Salamanca	x	x
CA Segovia	x	x
CA Soria	x	x
HU Río Hortega	x	x
HCU Valladolid	x	x
H Medina del Campo		x
CA Zamora	x	x

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Además, la Comunidad dispone de 14 centros de especialidades (Tabla 32), en los que se ofrece atención relacionada con la diabetes y, con diferente grado de dedicación, realizan actividades de educación diabética.

TABLA 32. CENTROS DE ESPECIALIDADES. CASTILLA Y LEÓN, 2010.

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2010.

GERENCIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	CEP 2010
ÁVILA	CEP ÁVILA
	CEP ARENAS DE SAN PEDRO
BURGOS	CEP BURGOS
H. SANTOS REYES	CEP ARANDA DE DUERO
H. SANTIAGO APÓSTOL	CEP LAS MERINDADES
LEÓN	CEP JOSE AGUADO
	CEP LA CONDESA (HNOS. LARRUCEA)
H. EL BIERZO	CEP VILLABLINO
PALENCIA	CEP CERVERA DE PISUERGA
SALAMANCA	CEP CIUDAD RODRIGO
VALLADOLID ESTE	CEP PILARICA
VALLADOLID OESTE	CEP DELICIAS
	CEP ARTURO EYRIES
ZAMORA	CEP BENAVENTE

La cartera de servicios de Atención Primaria cuenta con un servicio específico de atención a pacientes crónicos (n306) enfocado a una población diana constituida por las personas diabéticas de 15 o más años que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl, más signos y síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso).
- Glucemia basal plasmática ≥ 126 mg/dl en dos o más ocasiones.
- Glucemia a las dos horas de la sobrecarga oral con 75 gr de glucosa ≥ 200 mg/dl en dos o más ocasiones.

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Este programa específico de atención al diabético encaminado al diagnóstico del paciente diabético, y su tratamiento y seguimiento evolutivo, durante 2008 ha atendido a 130.792 pacientes, lo que ha supuesto una cobertura del servicio que ha superado el 70% de media en la Comunidad (Tabla 33). La amplia oferta de Servicios de Atención Primaria también incluye la educación para la salud especialmente dirigida a grupos de pacientes diabéticos que en 2008 ha llegado a 9.358 personas.

TABLA 33. COBERTURA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: DIABETES.

Fuente: Cartera de Servicios de Atención Primaria 2007. DG Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

Ávila	71,2
Burgos	61,5
León	72,4
El Bierzo	75,3
Palencia	107
Salamanca	74,4
Segovia	69,5
Soria	59,2
Valladolid Oeste	61,8
Valladolid Este	73,7
Zamora	77,8
CyL	70,4

Los planes de cuidados individualizados para este colectivo incluyen actividades preventivas como el consejo en cada consulta sobre hábitos saludables (cese del hábito tabáquico y alcohol, mantenimiento de una dieta saludable y fomento de ejercicio) así como recomendación de la vacunación antigripal. Además se incluye el control de la presión arterial, el peso, y la glucemia, insistiendo en el reconocimiento de los síntomas de hipoglucemia, mejorando la adhesión terapéutica. La periodicidad marcada para estas recomendaciones se establece en seis meses en el caso de que solo se realice tratamiento higiénico-dietético, trimestral si precisa tratamiento farmacológico oral o bimensual si precisa insulina.

A continuación se recoge el listado de servicios ofertados que tienen relación con la prevención y atención de la diabetes o de sus determinantes (Tabla 34).

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

TABLA 34. SERVICIOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DIABETES INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CASTILLA Y LEÓN, 2008.

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2008

CARTERA DE SERVICIOS ATENCIÓN PRIMARIA 2008		
OFERTA DE SERVICIOS	POBLACIÓN DIANA ¹	CASOS ATENDIDOS ²
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	39.312	34.449
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	77.340	62.820
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	171.048	127.015
Atención y Educación al joven	110.277	31.696
Atención a la mujer embarazada	19.656	18.824
Educación Maternal	19.656	11.096
Atención a la Mujer en el Climaterio	144.371	51.483
Actividades preventivas en el adulto sano	1.723.408	854.701
Atención a pacientes crónicos : hipertensión arterial	549.656	374.312
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	176.062	130.792
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	493.831	171.730
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	472.360	264.977
Educ. para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos.	176.062	9.358
Educación para la Salud a Otros Grupos	429.418	11.590
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	61.025	28.830
Actividades preventivas en mayores de 75 años	313.407	213.798
Atención al anciano de riesgo	166.106	110.202
Atención al cuidador familiar	41.608	9.850
Educación a grupos de cuidadores familiares	41.608	2.264
Deshabitación tabáquica	751.482	115.685

1. Nº de casos esperados
2. Cobertura poblacional acumulada

La cobertura de cribado de diabetes en gestantes alcanza el 100% mediante la realización del test O Sullivan a todas las mujeres embarazadas (Tabla 35). (Durante 2007 fueron evaluadas 17.648 mujeres).

TABLA 35. COBERTURA DE CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (N306) EN CASTILLA Y LEÓN, 2008.

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2008

CARTERA DE SERVICIOS ATENCIÓN PRIMARIA 2008. SERVICIO 306	
AVILA	9.816
BURGOS	s.e.
LEÓN	s.e.
PONFERRADA	s.e.
PALENCIA	9.971
SALAMANCA	19.934
SEGOVIA	s.e.
SORIA	4.197
VALLADOLID ESTE	15.140
VALLADOLID OESTE	s.e.
ZAMORA	10.957
CASTILLA Y LEÓN	70.015

En Castilla y León se dispone de un protocolo de implantación normalizada de la indicación de uso de bombas de insulina. En la actualidad se dispone en la Comunidad de 230 bombas de infusión continua de insulina cuya indicación está destinada a los pacientes con diabetes tipo 1 en los que no se ha conseguido un control metabólico óptimo con el tratamiento intensivo con insulina subcutánea. La Gerencia Regional de

Análisis de la situación de la diabetes en Castilla y León

Salud dispone desde 2007 del protocolo en el que se especifican las condiciones de indicación, autorización y utilización.

La Guía Clínica de Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular, editada en 2008, ofrece a los profesionales las recomendaciones actuales basadas en la evidencia y aporta criterios objetivos para facilitar la toma de decisiones. La Guía ha sido evaluada metodológicamente por GuiaSalud y dispone de un amplio capítulo específico destinado a la diabetes, además de otros tres dirigidos a la alimentación, el ejercicio y los cuidados de enfermería incluyendo el abordaje del pie diabético. La Guía se encuentra disponible a través de la web www.salud.jcyl.es. Además se ha realizado la presentación pública mediante talleres prácticos divulgativos en las Áreas y equipos de Atención Primaria. La fuerte relación existente entre la presencia de diabetes y la enfermedad cardiovascular es ampliamente reconocida por lo que se establecen los criterios tanto dirigidos a la detección precoz como al diagnóstico.

Con relación a los medicamentos consumidos por los pacientes con diabetes, a continuación se expone la relación de fármacos más dispensados (ya sean prescritos desde Atención Primaria o de Especializada) a pacientes mayores de 65 años. Los hipoglucemiantes orales, durante el pasado año, han superado el millón de envases dispensados lo que equivale a 10.847.918,60 euros (Tabla 36).

TABLA 36. DISTRIBUCIÓN DE LOS 10 SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS MÁS DISPENSADOS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE 2008.

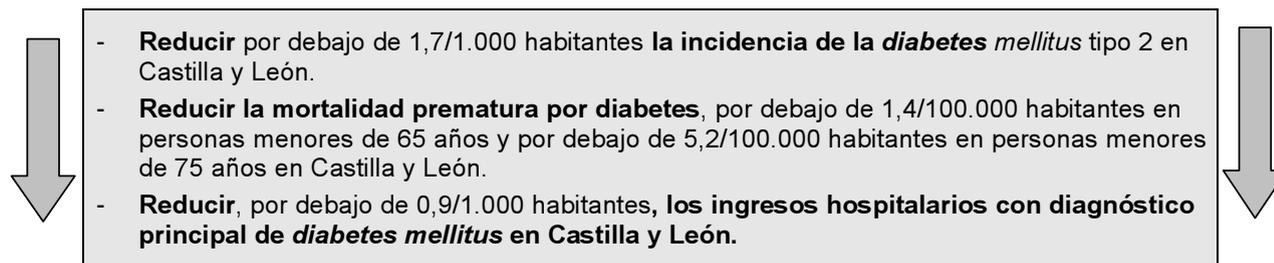
FUENTE: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. 2008

Subgrupo Terapéutico-Farmacológico	Envases disp. fg	Imp. fact. disp. fg
AGENTES CONTRA LA ÚLCERA PÉPTICA Y EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE/GORD)	2.798.655	32.203.922,43
OTROS ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS	2.206.859	5.906.428,52
AGENTES ANTITROMBÓTICOS	2.021.863	24.764.749,28
AGENTES MODIFICADORES DE LÍPIDOS, SOLOS	2.016.518	46.345.408,75
ANSIOLÍTICOS	1.735.698	4.311.933,12
PRODUCTOS ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS	1.642.515	13.419.570,43
FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES ORALES EXCLUYENDO INSULINAS	1.074.051	10.847.918,60
ANTIDEPRESIVOS	1.073.845	26.113.009,20
INHIBIDORES DE LA ECA, MONOFÁRMACOS	1.060.580	7.136.810,55
DIURÉTICOS DE TECHO ALTO	938.916	3.932.183,82

4.

RETOS, DIRECTRICES Y RECOMENDACIONES

Con el objetivo de lograr definir un marco de actuación general de recomendaciones que promuevan la mejora de la prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad diabética, se plantean una serie de recomendaciones cuya puesta en marcha facilitará la consecución de tres retos clave:

- 
- **Reducir** por debajo de 1,7/1.000 habitantes **la incidencia de la *diabetes mellitus* tipo 2** en Castilla y León.
 - **Reducir la mortalidad prematura por diabetes**, por debajo de 1,4/100.000 habitantes en personas menores de 65 años y por debajo de 5,2/100.000 habitantes en personas menores de 75 años en Castilla y León.
 - **Reducir**, por debajo de 0,9/1.000 habitantes, **los ingresos hospitalarios con diagnóstico principal de *diabetes mellitus* en Castilla y León.**

DIRECTRIZ 1ª.

PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y PREVENIR LA DIABETES MELLITUS

La modificación del estilo de vida y la actuación sobre los factores de riesgo modificables, constituye el pilar fundamental de la prevención de la diabetes tipo 2, especialmente las actuaciones dirigidas a incidir sobre los hábitos de vida saludables tanto en población general, diabéticos y familiares, como en población escolar, utilizando los medios de comunicación disponibles y el material divulgativo necesario para conseguir reforzar el consejo individual. La educación diabetológica, ya sea a título individual o colectivo, constituye un elemento esencial en el tratamiento de los pacientes. No se dispone, hasta la fecha, de evidencia científica suficiente sobre medidas relativas a la prevención de la diabetes tipo 1.

RECOMENDACIONES

En esta línea se plantean actuaciones concretas dirigidas al mantenimiento de una dieta cardiosaludable, a la práctica habitual de actividad física y al abandono del hábito tabáquico dirigidas a toda la población, y medidas específicamente destinadas a la población diabética referidas al mantenimiento de hábitos de vida regulares, al aprendizaje de técnicas de autocontrol de la enfermedad, implicando al paciente en todo el proceso del autocuidado, especialmente del pie diabético.

- R-1. Sensibilización general de la población sobre las ventajas de la adopción de hábitos de vida saludables y el impacto en el control de los factores de riesgo a través de la combinación de diferentes estrategias de abordaje, contemplando desde el fomento del consejo individual, distribución de material divulgativo, participación en los medios de comunicación, hasta campañas institucionales, dirigidas a amplios sectores de la población o a colectivos específicos como colegios e instituciones educativas.
- R-2. Educación para la salud en niños, madres y padres, incluyendo recomendaciones sobre bebidas azucaradas y alimentos hipercalóricos.
- R-3. Reeducación en prediabéticos con promoción de medidas que pueden reducir la aparición de diabetes: dieta y ejercicio físico (que conlleven una reducción del peso corporal del 5%) y tratamiento farmacológico basado en las recomendaciones establecidas en las Guías de Práctica Clínica.
- R-4. Educación para la salud en personas con factores de riesgo
- R-5. Potenciación de la educación diabetológica individual y grupal en los centros sanitarios, para conseguir una mayor autosuficiencia y autocuidado de los pacientes y una mejor calidad de vida con el control de la enfermedad.
- R-6. Potenciación del papel de enfermería en la promoción, educación para la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad.
- R-7. Edición y difusión de material de apoyo para impartir educación diabetológica.
- R-8. Desarrollo de una aplicación informática que facilite el registro de la educación en promoción de la salud grupal en Atención Primaria.
- R-9. Fomento de la participación de los pacientes, familiares y cuidadores (a través de acuerdos de colaboración con las asociaciones implicadas), así como la participación en grupos de trabajo relativos a la prevención y manejo de la diabetes y la identificación de necesidades y expectativas.

- R-10. Establecimiento de alianzas que favorezcan la colaboración con asociaciones de afectados y familiares.
- R-11. Establecimiento de alianzas con las industrias alimentarias en la regulación de la ubicación, publicidad y contenido de las máquinas expendedoras de alimentos y bebidas en espacios accesibles a niños y jóvenes. Regulación del suministro de agua de la red para consumo (fuentes) en espacios públicos donde se autorice la instalación de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas.

DIRECTRIZ 2ª.

DIAGNÓSTICAR PRECOZMENTE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes se asocia a diversas complicaciones graves que conllevan una reducción de la calidad de vida y pueden producir una mortalidad prematura. La detección y el tratamiento precoz se han propuesto como línea estratégica crucial para reducir esta carga, ya que la diabetes tipo 2 tiene una prolongada fase preclínica sin síntomas que, con frecuencia, transcurre sin ser detectada y esto provoca que en el momento del diagnóstico casi la mitad de los pacientes presenten una o más complicaciones de la diabetes. La detección y tratamiento precoz han demostrado ser las mejores

opciones para mejorar la eficiencia de las intervenciones en diabetes mellitus.

RECOMENDACIONES

En esta dirección se plantean actuaciones concretas dirigidas a detectar lo antes posible la enfermedad para favorecer una rápida intervención que permita mantener un adecuado control metabólico y evitar la aparición de complicaciones.

- R-12. Adaptación y explotación de herramientas informáticas de recuerdo que faciliten el cribado según la Guía de Práctica Clínica aprobada.
- R-13. Incorporación en la historia clínica de un señalizador que facilite la identificación en los pacientes con estados prediabéticos y de recuerdo de cribado según los criterios establecidos.
- R-14. Inclusión del sedentarismo y el tabaquismo como factores de riesgo de complicaciones precoces en pacientes no diagnosticados de diabetes.
- R-15. Revisión y coordinación de los criterios de diagnóstico precoz con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

DIRECTRIZ 3ª.

TRATAR Y MONITORIZAR LA DIABETES MELLITUS DIAGNOSTICADA

La diabetes mellitus constituye un proceso crónico y como tal debe ser tratado, garantizando, en todo momento, la continuidad asistencial entre los dos niveles y un enfoque integral de la atención. La educación terapéutica y una atención específica son las mejores herramientas para mejorar el pronóstico de las personas con diabetes mellitus.

En esta línea se incorporarán las innovaciones organizativas y técnicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, con evidencia demostrada.

RECOMENDACIONES

En esta línea se plantean actuaciones dirigidas a mejorar los protocolos de control de los pacientes diabéticos y a estandarizar intervenciones que permitan fortalecer la coordinación entre niveles y garantizar la continuidad asistencial.

- R-16. Elección e implantación de GPC para la diabetes tipo 1.
- R-17. Revisión, establecimiento y difusión de los criterios y estándares de normalidad.
- R-18. Disponer de sistemas de alerta en la historia clínica que detecten las hemoglobinas glicosiladas superiores al 7%.
- R-19. Inclusión en la historia clínica de AP de las actividades protocolizadas seleccionadas por las GPC y destinadas, tanto a los pacientes con diabetes, como a los que presenten factores de riesgo.
- R-20. Diseño de programas específicos de educación diabetológica, dirigidos a pacientes y familiares, con metodología educativa individual y grupal en Atención Primaria y Especializada.
- R-21. Protocolización de las actuaciones de los servicios de urgencias (hospitalarios y extra-hospitalarios) y coordinación con Atención Primaria en el manejo de la diabetes.
- R-22. Optimización de la atención integral del paciente diabético hospitalizado favoreciendo la participación en su asistencia de especialistas hospitalarios en diabetes.
- R-23. Implantación de protocolos consensuados con los servicios quirúrgicos y de anestesia para el abordaje integral de los pacientes diabéticos.
- R-24. Divulgación e implantación de la Guía de Riesgo Cardiovascular de Castilla y León.
- R-25. Potenciación del desarrollo de sistemas de información que faciliten y potencien los canales de comunicación entre los distintos profesionales implicados en la atención al paciente.

R-26. Disponibilidad de información sobre los recursos y asociaciones para los pacientes diabéticos.

DIRECTRIZ 4ª.

ABORDAR LAS COMPLICACIONES Y SITUACIONES ESPECIALES RELACIONADAS CON LA DIABETES MELLITUS

El abordaje de la prevención de las complicaciones debe centrarse no sólo en evitar su aparición, evolución y graves consecuencias, sino en mejorar la calidad de vida de las personas que puedan verse afectadas por una merma de sus condiciones y capacidades.

En la población general se pueden identificar grupos de especial riesgo y vulnerabilidad, como ocurre en el caso de los niños y adolescentes diabéticos en los que es fundamental la motivación para un control activo de su enfermedad, y en el caso de los ancianos que, como consecuencia, tendrán mayor predisposición a la dependencia. También se considera un colectivo de especial riesgo el de las mujeres embarazadas, por el posible incremento de complicaciones de la diabetes tanto para la madre como para el niño.

ABORDAJE DE COMPLICACIONES:

Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones crónicas

RECOMENDACIONES

Se plantean actuaciones concretas dirigidas tanto a identificar precozmente las complicaciones como a retrasar su evolución con un manejo adecuado.

R-27. Abordaje multifactorial de la diabetes complicada mediante el desarrollo de equipos multidisciplinares.

R-28. Seguimiento protocolizado de los pacientes diagnosticados.

R-29. Definición e implantación de un plan de extensión del cribado de retinopatía diabética, mediante el estudio de fondo de ojo con retinografía no midriática en todas las Áreas

R-30. Promoción de la monitorización ambulatoria de la presión arterial.

R-31. Inclusión en la cartera de servicios de Enfermería de Atención Primaria un programa específico de prevención y seguimiento del pie diabético.

R-32. Implantación de protocolo consensuado para el abordaje de pie diabético.

R-33. Incorporación del cociente albumina/creatinina al perfil de determinaciones de la historia clínica de paciente.

ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECIALES:

Población infantil:

RECOMENDACIONES:

Dentro de esta línea se plantean actuaciones dirigidas a los niños y jóvenes, debido a las características especiales del comportamiento de la enfermedad en este grupo de edad.

- R-34. Garantía de diagnóstico y atención precoz del niño con diabetes por especialistas.
- R-35. Mejora de la atención y seguimiento de los niños y adolescentes mediante la implantación de protocolos de actuación específicos.
- R-36. Potenciación de coordinación entre los niveles asistenciales en la atención del niño con diabetes.
- R-37. Revisión y actualización del contenido curricular de los centros escolares para mejorar el conocimiento y manejo de la diabetes en este ámbito
- R-38. Elaboración de una guía de información básica con recomendaciones y pautas dirigidas a los profesores y alumnos.
- R-39. Fomento de la educación diabetológica de niños, padres y tutores para garantizar el adecuado autocontrol por el propio niño.
- R-40. Apoyo al seguimiento de menores diabéticos en el ámbito escolar.

Diabetes y gestación:

RECOMENDACIONES:

Se proponen actuaciones concretas dirigidas a:

- R-41. Planificación adecuada del embarazo con cifras de Hb A_{1c} menores de 6,5 durante tres meses, con el objeto de evitar malformaciones fetales y optimizar la planificación familiar.
- R-42. Prestar atención en el plazo de una semana tras el resultado positivo del cribado de alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono en las mujeres gestantes

Personas mayores:

RECOMENDACIONES:

Las actuaciones planteadas en esta línea son:

- R-43. Reducción de la dependencia asociada a la enfermedad.
- R-44. Capacitación y educación diabetológica de los cuidadores de personas mayores diabéticas.

DIRECTRIZ 5ª.

FORMAR, INVESTIGAR E INNOVAR EN DIABETES MELLITUS

En esta línea se pretende incorporar al modelo de Formación Continuada, a través del Plan de Formación, créditos relacionados con los conocimientos y habilidades en el manejo de la diabetes, que permitan una adecuada actualización y profundización en el proceso. La formación irá dirigida, específicamente, a profesionales médicos y de enfermería.

A pesar de que a lo largo de los últimos años estamos asistiendo a avances importantes en el conocimiento de aspectos concretos de la prevención y abordaje de la diabetes es preciso fomentar desde la Consejería de Sanidad, en el Marco de la Política de I+D+I de la Junta de Castilla y León, la investigación sobre este proceso, por ejemplo, a través de la convocatoria de subvenciones específicas para la realización de proyectos de investigación ya sean en el campo de la investigación básica, epidemiológica, en servicios de salud, nuevas fórmulas de coordinación y gestión sanitaria o atención sociosanitaria, apostando por la configuración de redes estables de grupos de investigación que compartan y difundan los logros obtenidos.

RECOMENDACIONES:

En esta línea se plantean actuaciones concretas dirigidas a:

- R-45. Formación específica de los profesionales sanitarios que atienden a personas con diabetes en la adquisición de actitudes, habilidades de comunicación y motivación que favorezcan la modificación de actitudes y hábitos, conocimientos necesarios para impartir educación diabetológica.
- R-46. Formación específica del personal de enfermería de Atención Primaria en la adquisición de conocimientos y habilidades para la exploración neurológica y vascular del pie diabético.
- R-47. Refuerzo de la interconsulta entre Atención Primaria y Especializada como herramienta formativa.
- R-48. Realización de cursos prácticos de alimentación y nutrición para los profesionales sanitarios.
- R-49. Convocatoria específica que favorezca la presentación de proyectos de investigación grupales.
- R-50. Promoción de los proyectos de investigación grupales en las convocatorias competitivas.
- R-51. Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud.
- R-52. Sensibilización de los profesionales sobre el diagnóstico precoz de la diabetes en personas con factores de riesgo de diabetes o factores de riesgo cardiovascular relacionados con los estilos de vida.

5.

BIBLIOGRAFÍA

Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007. Disponible en : http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/estrategia_diabetes_sistema_nacional_salud.pdf

Estudio de Riesgo Cardiovascular en Castilla León. Junta de Castilla y León 2004. Disponible en : http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1260864298090&idContent=20202&locale=es_ES&textOnly=false

Guía de valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Junta de Castilla y León 2008. Disponible en : http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1260818528015&idContent=683625&locale=es_ES&textOnly=false

Encuesta Regional de Salud de Castilla y León. Junta de Castilla y León 2003. Disponible en: http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/gallery/ENCUESTA%20REGIONAL%20DE%20SALUD%202003/inicio.html?locale=es_ES&textOnly=false

Encuesta Nacional de Salud, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2008. Guías de práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N°2006/08 http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/opsc_est8.pdf.pdf

EU Conference on prevention of Type 2 Diabetes. 2006. Declaración de Viena. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/opsc_est9.pdf.pdf

III Plan de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León 2008. Disponible en: http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?pgseed=1260866324357&idContent=575097&locale=es_ES&textOnly=false

6.

ANEXOS

6.1. PROPUESTA DE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

La disponibilidad de información fiable y actualizada sobre el proceso de la diabetes permitirá su utilización para la planificación, gestión y evaluación de las actuaciones. No sólo en el plano asistencial constituye una herramienta básica, también es fundamental para la identificación de actividades formativas y de investigación. La exhaustiva cumplimentación de los registros de complicaciones y factores de riesgos de estos pacientes facilita el estudio de los factores asociados y permite avanzar en el conocimiento de la enfermedad.

DIRECTRICES	INDICADORES	FUENTES
Directriz 1^a Promoción de estilos de vida saludable y prevención de la diabetes mellitus	Prevalencia de obesidad según sexo y grupos de edad	ENS
	1) % Personas que declaran que consumen a diario fruta, verdura y hortalizas 2) Prevalencia personas consumen habitualmente alimentos hipercalóricos y salados	ENS
	% Personas que declaran dieta equilibrada y saludable.	ENS
	% Personas que realizan ejercicio físico durante su tiempo libre	ENS
	1) % Sedentarismo según sexos; 2) % Sedentarismo en menores de 16 años y en escolares; 4) % de fumadores por sexos y grupos de edad	ENS
Directriz 2^a Diagnóstico precoz de la diabetes mellitus.	Cobertura de la determinación de diabetes en AP-Programas SP-Salud laboral	Registros AP/DG SPIDI
	1) % pacientes medición glucemia AP, según protocolo; 2) Evolución de la diferencia entre prevalencia detectada y estimada	Registros AP
Directriz 3^a Tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus	% cobertura de la determinación de HbA1c en Atención Primaria, por Áreas	Registros AP
	% pacientes diabéticos HbA1c <7 en Atención Primaria, por Áreas	Registros AP
	Nº de Áreas con protocolo de diabetes consensuado	Áreas
Directriz 4^a Abordaje de complicaciones y situaciones especiales	1) % pacientes diabéticos > 14 años con exploración de fondo de ojo en los 2 últimos años por Áreas; 2) Evolución de resultados	Registros AP
	% pacientes diabéticos con ingresos hospitalarios por complicaciones cardiovasculares por Áreas	CMBD
	1) % pacientes diabéticos con exploración del pie en el periodo de estudio. 2) Evolución de prevalencia de neuropatía diabética. 3) Tasa y evolución de amputaciones en personas diabéticas	Registros AP/CMBD

relacionadas con la diabetes mellitus.	1) % pacientes diabéticos en diálisis por Áreas. 2) Evolución trasplante renal en diabéticos.	CMBD/Registro diálisis
	Actividades destinadas a educación diabetológica en diabetes tipo 1	Memoria de Actividades
	1) % de gestantes con pruebas realizadas; 2) % mujeres diabéticas con complicaciones gestacionales 3) % de mujeres con una adecuada planificación del embarazo.	Registros AP
	1) Cobertura cribado en gestantes, por grupos de edad 2) Cobertura cribado en medio urbano y en medio rural	Registros de AP
	Número de Áreas que utilizan protocolos conjuntos entre niveles	Áreas
	Tasas de complicaciones e ingresos de personas mayores diabéticas	CMBD
<u>Directriz 5ª</u> Formación, investigación e innovación en diabetes mellitas	Actividades de formación en educación diabetológica. Satisfacción con la formación recibida.	Registro FOSA
	Número de proyectos de investigación realizados en Atención Primaria y Especializada relacionados con la Diabetes Mellitus.	Registros AP/DG SPIDI
	Fecha de la norma de constitución de la Comisión Asesora	Registro Consejería de Sanidad

6.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DIABETES. ADA 2010.

- A1C \geq 6,5%: El análisis deberá realizarse en un laboratorio utilizando un método certificado por el Programa nacional de estandarización de la glucohemoglobina (NGSP) de los Estados Unidos y estandarizado para el Estudio sobre el control de la diabetes y sus complicaciones (DCCT).
- Glucemia en ayunas en plasma venoso $>$ 126 mg/dl (7,0 mmol/l): el ayuno se define como la ausencia de ingesta calórica durante al menos 8 h.
- Glucemia en plasma venoso a las 2 horas \geq 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG): la prueba deberá realizarse tal y como lo describe la Organización Mundial de la Salud, es decir, con una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o de crisis hiperglucémica: glucemia al azar en plasma venoso \geq 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

6.3. CARTERA DE SERVICIOS ATENCIÓN PRIMARIA.

306	Servicio Atención a pacientes crónicos: diabetes mellitus
población diana	Personas diabéticas de 15 o más años de edad que cumplan criterios diagnósticos de diabetes.
criterios de inclusión	<p>Personas de 15 o más años de edad, que cumplan al menos uno de los siguientes criterios diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl, más signos y síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso). - Glucemia basal plasmática igual o superior a 126 mg/dl en dos o más ocasiones. - Glucemia a las dos horas de la sobrecarga oral con 75 gr. de glucosa igual o superior a 200 mg/dl en dos o más ocasiones. <p>Incluyendo en el numerador de cobertura: Pacientes con diagnóstico de Diabetes previo: existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de Diabetes en la Historia Clínica.</p>
indicador de resultado	Porcentaje de personas diagnosticadas de DM con Hb A1c < 7%.
indicador de cobertura	<p>Número de personas diabéticas de 15 o más años que cumplan criterios de inclusión de diabetes.</p> <p>Número de personas de 15 o más años.</p>

nov-08

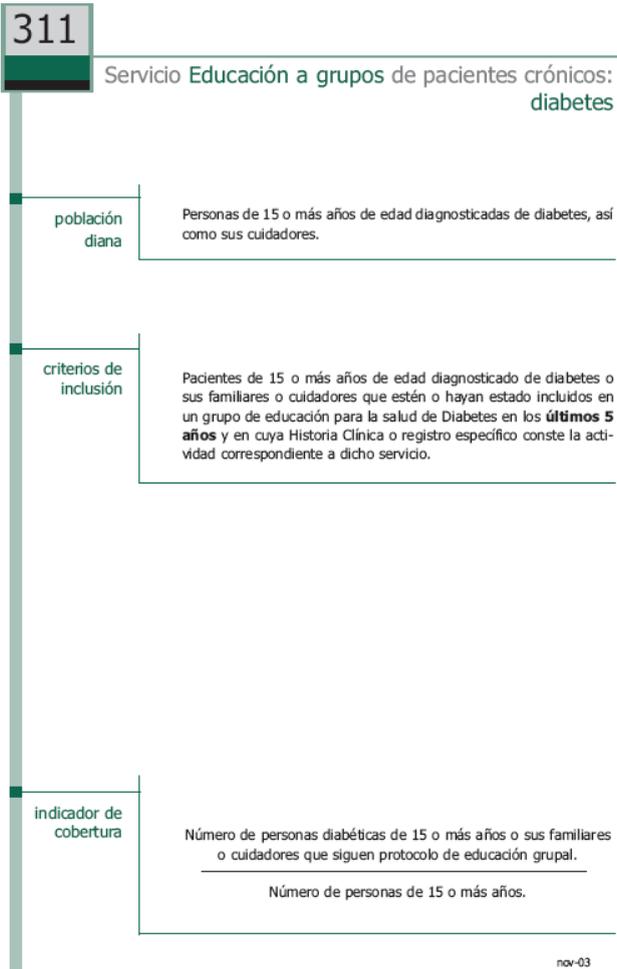
En la Historia Clínica de toda persona diabética quedará registrado:

Diagnóstico	306.1
<ul style="list-style-type: none"> • Según criterio de inclusión. <p>Excepción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas. 	
Clasificación	306.2
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio o fecha de diagnóstico. • Tipo de diabetes mellitus. • Tratamientos previos si el diagnóstico fue anterior a la apertura de la Historia. 	
Anamnesis	306.3
<p>que conste en la Historia Clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de diabetes mellitus. • Antecedentes personales de hipertensión, hiperlipidemia y enfermedad cardiovascular. • Hábitos tóxicos: alcohol y tabaco. 	
Exploración Física	306.4
<ul style="list-style-type: none"> • Medición de Índice de masa corporal 	
Valoración	306.5
<p>al menos, 1 vez al año</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia/ausencia de Neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquémica, ACV y arteriopatía periférica • Exploración clínica con TA, ausc. cardiaca, pulsos periféricos, sensibilidad, reflejos osteotendinosos, examen de los pies. 	
Analítica	306.6
<p>Anual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total, triglicéridos, creatinina, hemoglobina glicada. • Sistemático de orina y microalbuminuria. • Valoración del RCV. 	
ECG	306.7
Tener un ECG informado desde el diagnóstico.	
Fondo de Ojo	306.8
<p>cada 3 años desde el diagnóstico</p> <p>Constancia del resultado del fondo de ojo.</p> <p>Excepción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con diabetes tipo I, se admite la realización del fondo de ojo hasta pasados cinco años del diagnóstico de la enfermedad. • Pacientes con DM2 y con retinopatía leve no proliferativa, se realizará cada 2 años. 	

nov-08

Consejo	Anual sobre:	306.9
<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco, alcohol, dieta, ejercicio físico e información sobre su enfermedad. 		
Excepciones al consejo sobre consumo de tabaco y alcohol:		
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes en cuya Historia figura expresamente la ausencia de hábito tabáquico y/o alcohol. 		
Vacunación antigripal		306.10
<ul style="list-style-type: none"> • Recibir vacunación de la gripe cada otoño 		
Excepciones:		
<ul style="list-style-type: none"> • Alergia al huevo, hipersensibilidad previa. • Rechazo de la vacunación por parte del paciente. 		
Seguimiento	Control de: peso, glucemia, síntomas de hipoglucemia, adherencia al tratamiento según protocolo, plan terapéutico	306.11
<ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 meses si sólo realiza tratamiento higiénico-dietético. • Cada 3 meses si precisa tratamiento farmacológico oral. • Cada 2 meses si precisa insulina. 		
Tratamiento	El tratamiento farmacológico inicial* en pacientes con diabetes tipo 2 e Índice de Masa Corporal ≥ 25 es metformina en monoterapia.	306.12
Excepciones		
<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicación de metformina: insuficiencia renal (creatinina en plasma $> 1,5$ mg/dl en varones o $> 1,24$ mg/dl en mujeres), insuficiencia hepática, respiratoria, cardiaca, infarto de miocardio reciente, alcoholismo, deshidratación, embarazo, lactancia. • Efectos adversos previos que desaconsejen su uso. • Paciente que haya comenzado el tratamiento farmacológico antes de noviembre de 2004. 		

* Se entiende por inicial el primer tratamiento farmacológico tras el diagnóstico de DM 2.



311

EpS DM

Para la inclusión de este Servicio en la Cartera específica del equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

Requisito 1 Un **protocolo** que recoja, como mínimo:

- Población diana.
- Objetivos educativos.
- Contenidos educativos y metodología a utilizar.
- Actividades a desarrollar.
- Sistema de evaluación.

Requisito 2 Un sistema de registro específico que incluya, como mínimo:

- Contenido/s de la/s actividad/es.
- Fecha de la/s actividad/es.
- Quién realiza la/s actividad/es.
- Número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluido en el servicio deberá haber realizado:

Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

311.1

- Previo a la actividad (pre-test).
- Finalizada la actividad (post-test).

6.4. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1.	Principales causas de muerte en Castilla y León, 2008. Ambos sexos.
Tabla 2.	Principales causas de muerte en Castilla y León, 2008. Hombres.
Tabla 3.	Principales causas de muerte en Castilla y León, 2008. Mujeres.
Tabla 4.	Altas hospitalarias en procesos específicos. Hospitales de Sacyl, 1999 y 2009.
Tabla 5.	Estancias hospitalarias en procesos específicos. Hospitales de Sacyl, 1999 y 2009.
Tabla 6.	Distribución del número de altas hospitalarias por diabetes mellitus en Castilla y León, 2008.
Tabla 7.	Distribución del número de estancias hospitalarias por diabetes mellitus en Castilla y León, 2008.
Tabla 8.	Estimación de la prevalencia de diabéticos por sexos en Castilla y León, 2004.
Tabla 9.	Estimación del número de diabéticos, por sexos, en Castilla y León, 2004.
Tabla 10.	Prevalencia declarada de diabetes (%) según sexo. Castilla y León, 2006.
Tabla 11.	Tasa de altas por complicaciones agudas (por 1.000 diabéticos) según sexo.
Tabla 12.	Cobertura de la medición de hemoglobina glicada.
Tabla 13.	Grado de control medido por hemoglobina glicada.
Tabla 14.	Tasa de altas por amputaciones (por 1.000 diabéticos) según sexo.
Tabla 15.	Porcentaje de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, 2007.
Tabla 16.	Tasa de mortalidad prematura (por 10.000 habitantes) según sexo, 2006.
Tabla 17.	Consumo de tabaco en Castilla y León. Datos por sexo y grupo de edad, 2004.
Tabla 18.	Estimación del número de hipertensos mayores de 15 años en Castilla y León, 2004.
Tabla 19.	Prevalencia estimada de enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Hipertensión arterial). Datos por grupo de edad y sexo. Castilla y León, 2003.
Tabla 20.	Estimación del número de hiperlipémicos en Castilla y León, 2004.
Tabla 21.	Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Colesterol elevado). Datos por grupo de edad y sexo. Castilla y León, 2003.
Tabla 22.	Estimación del número de personas con sobrepeso y obesidad en Castilla y León, 2004.
Tabla 23.	Porcentaje de adultos con sobrepeso y obesidad en Castilla y León y España, 2006.
Tabla 24.	Porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad en Castilla y León y España, 2006.
Tabla 25.	Porcentaje de consumos de alimentos en Castilla y León, 2006.
Tabla 26.	Ejercicio físico desarrollado en el trabajo o actividad principal en Castilla y León y España, 2006.
Tabla 27.	Prevalencia declarada de sedentarismo según sexo, 2006.
Tabla 28.	Infraestructura en Atención Primaria. Castilla y León por Áreas de Salud, 2009.
Tabla 29.	Recursos humanos en Atención Primaria por provincias, 2009.
Tabla 30.	Recursos humanos en los servicios de apoyo a la Atención Primaria de Castilla y León por Áreas de Salud, 2009.
Tabla 31.	Cartera de servicios de Atención Especializada, Sacyl 2008.
Tabla 32.	Centros de Especialidades. Castilla y León, 2010.
Tabla 33.	Cobertura del Servicio de Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes.
Tabla 34.	Servicios relacionados con la prevención y atención a la diabetes incluidos en la cartera de servicios de Atención Primaria en Castilla y León, 2008.
Tabla 35.	Cobertura de cartera de Servicios de Atención Primaria (n306) en Castilla y León, 2008.
Tabla 36.	Distribución de los 10 subgrupos terapéuticos más dispensados en personas mayores de 65 años durante 2008.

FIGURAS

Figura 1.	Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por diabetes mellitus en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2008.
Figura 2.	Evolución de las altas hospitalarias por diabetes mellitus de cada 1.000 altas en Castilla y León y España. Años 2002-2009.
Figura 3.	Evolución de la tasa de estancias hospitalarias por diabetes mellitus por 1.000 habitantes en Castilla y León y España. Años 2002-2009.
Figura 4.	Distribución de los problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico. Castilla y León, 2003
Figura 5.	Evolución del hábito tabáquico en población de 16 años y más en Castilla y León, 2003-2006.

6.5. RELACIÓN DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS EN CASTILLA Y LEÓN

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN DE CONTACTO
CASTILLA Y LEÓN FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS DE CyL.	Corregidor Caballero Llanes, 15-19. 37005 SALAMANCA. Tel. 923123612. adesalamanca@gmail.com
ÁVILA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE ÁVILA	Plaza San Francisco, 2. 5005. ÁVILA. Tel. 920227324
BURGOS ASOCIACIÓN DIABÉTICOS BURGOS ASOCIACIÓN DIABÉTICOS DE MIRANDA	Vitoria, 27-A 5º Apto. 510. 9004. BURGOS. Tel. 947272788. www.diabeticosburgos.com San Agustín, 42, ap.71 09200. Miranda de Ebro. BURGOS. 947311788
LEÓN ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE LEÓN (ADILE) ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE ASTORGA	Gran Vía de San Marcos, Nº 5-2º IZQ. 24001. LEÓN. Tel. 987231155. adile@ono.com Plaza San Miguel, 4 (Of.A4), 24700. Astorga. LEÓN. Tel. 987617986 / 660599946 / adiabeticosastorga@hotmail.com
PALENCIA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE PALENCIA	Hospital San Telmo - Entrada Izda. 34004.PALENCIA
SEGOVIA ASOCIACIÓN DIABÉTICOS SEGOVIA	Santa Teresa de Jesús, s/n. 40002. SEGOVIA. Tel. 921428293 / ade.segovia@hotmail.com.
SALAMANCA ASOCIACIÓN DIABETOLÓGICA SALMANTINA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE BÉJAR	Corregidor Caballero Llanes,15-17. 37005. SALAMANCA. Tel. 923123612 / 606872268 / adesalamanca@gmail.com Las Armas, 10. 37700. Béjar. SALAMANCA. Tel. 923401037
SORIA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE SORIA	Venerable Carabantes, 9-11 bajo. 42003 SORIA. Tel. 975128993 / 680481703 / nieves407@telefonica.net
ZAMORA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE ZAMORA (ADIZA) ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE BENAVENTE ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS CIUDAD DE TORO	Avda. Requejo, 24, puerta 3 (local CEAS). 49021. ZAMORA. Tel. 980671669 / adiza_@hotmail.com Rio Tera, 45, 2.º D. 49600. Benavente. ZAMORA. Tel. 639564405 / adibe00@gmail.com Alberca Capuchinos, 1. 49800. Toro. ZAMORA. Tel. 980690891 / 980692427 / 687991775 / xesusina@hotmail.com
VALLADOLID ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE VALLADOLID	Párroco Domicio Cuadrado, 4, local. VALLADOLID. Tel. 983396812