



Guía de Carolina del Norte para la Prevención y el Manejo de la Diabetes

2020

¿Qué Pueden Hacer los
Aseguradores y Proveedores
de Atención Médica?



North Carolina Diabetes Advisory Council

REGULE SU PESO | VIVA SIN TABACO | PARTICIPE EN PROGRAMAS DE CAMBIO DEL ESTILO DE VIDA
PARTICIPE EN EDUCACIÓN SOBRE DIABETES | CUMPLA CON EL PLAN DE TRATAMIENTO | DUERMA ADECUADAMENTE



Guía de Carolina del Norte para la prevención y el manejo de la diabetes 2020

Introducción

En 2020, cerca de la mitad de los ciudadanos de Carolina del Norte tienen diabetes (12.5 % de la población¹) o presentan un riesgo de padecer diabetes (34.5 % de los adultos tienen prediabetes²). Así mismo, se estima que más de 3.000 personas fallecerán por causas relacionadas directa o indirectamente con la diabetes y sus complicaciones, lo cual coloca a Carolina del Norte en el séptimo lugar del país con respecto a las muertes vinculadas con la diabetes.³

La diabetes es una enfermedad compleja, y el automanejo diario de la salud puede suponer un desafío. Una diabetes no controlada puede dar lugar a complicaciones graves (por ejemplo, enfermedad cardíaca, hipertensión, derrame cerebral, pérdida de la visión, insuficiencia renal, daño nervioso, depresión y pérdida de la audición) que afectan negativamente la calidad de vida de las personas con diabetes. Además de la considerable carga personal para quienes padecen esta enfermedad y para las familias que deben intervenir en el cuidado, la diabetes también supone una considerable carga económica para las personas, los empleadores, los sistemas de salud y las comunidades de todo el estado, que atraviesa múltiples niveles de gobierno. Se estima que el costo anual por atención médica en Carolina del Norte superará los \$17 mil millones para 2025.⁴

Al abordar la diabetes como una enfermedad compleja y los desafíos de reducir las cargas que esta supone, Carolina del Norte debe considerar los factores personales y ambientales a nivel individual, vincular, comunitario y social. Nuestras conductas como individuos moldean, y están moldeadas por, el contexto social, económico y normativo. Estos términos suelen englobarse en el concepto de determinantes sociales de la salud (DSS). Además del cuidado de quienes ya tienen diabetes, la prevención de la diabetes y de las complicaciones relacionadas — e incluso el retraso del inicio de la enfermedad — es importante tanto a nivel individual como a nivel comunitario y sistémico.

Esta guía está organizada en torno a los cuatro niveles de conceptos sociales y ambientales que han descrito los **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)** y el modelo socioecológico (MSE) de la salud (Figura 1).

Esta guía:

1. Explica qué es la diabetes y cómo se ve la diabetes en Carolina del Norte.
2. Se centra en las acciones que pueden implementar las personas que tienen diabetes o están en riesgo de contraer la enfermedad, así como sus familias y sus pares, para mejorar la salud de los ciudadanos de Carolina del Norte.
3. Proporciona estrategias específicas que los grupos comunitarios, empleadores y proveedores de atención médica pueden implementar para ayudar a las personas a manejar el riesgo de contraer diabetes o a tratar la enfermedad, lo que incluye reducir el riesgo de complicaciones.
4. Sugiere oportunidades para centrarnos en lo que podemos hacer en nuestras diferentes comunidades para reducir la carga de la diabetes, y explica el rol dinámico que tiene la sociedad en general, incluso en la promoción y generación de políticas para Carolina del Norte.

Estadísticas utilizadas en esta guía: hemos procurado citar siempre las últimas estadísticas disponibles al momento de la publicación de esta guía.

La misión de la guía es reducir la carga de la diabetes en Carolina del Norte. El **Consejo Asesor para la Diabetes de Carolina del Norte** (North Carolina Diabetes Advisory Council, NC DAC) espera que la información que se presenta en la guía permita comprender mejor el impacto de la diabetes en Carolina del Norte para nuestra audiencia (o lectores) y lo que nosotros, como individuos, familiares y miembros de distintas comunidades en todo el estado, podemos hacer para reducir estas cargas.

Esta guía también es un llamado a la acción para prevenir y manejar la diabetes. Después de leerla, esperamos que se una al NC DAC en su misión para marcar una diferencia.



Figura 1.
Modelo socioecológico de la salud.^{5,6}

El lenguaje de la diabetes

Las palabras son importantes en la atención y el manejo de la diabetes. Quienes tienen un diagnóstico de prediabetes o diabetes deben comunicarse e interactuar con su equipo de atención médica, familiares, amigos, empleadores, comunidades, etc. para tratar correctamente la enfermedad. El lenguaje es la herramienta que hace posible la comunicación eficaz y que sirve de apoyo para la persona que tiene diabetes. Todo el lenguaje debe centrarse en la persona. Las palabras que promueven la inclusión, el respeto, la positividad y la aceptación sin juicios de valor fomenta la colaboración entre las personas que tienen o pueden tener diabetes y los equipos de atención médica.

A lo largo de esta guía adoptaremos un lenguaje que enriquezca la comunicación escrita y oral en relación con la diabetes. Hemos agregado las recomendaciones de investigación del grupo de trabajo conjunto de la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association, ADA) y la Asociación de Especialistas en Educación y Atención de la Diabetes (Association of Diabetes Care and Education Specialists, ADCES), que aborda las mejores prácticas de uso del lenguaje en la atención de la diabetes, y en la educación y el apoyo para el autocuidado de la diabetes (DSMES).⁷

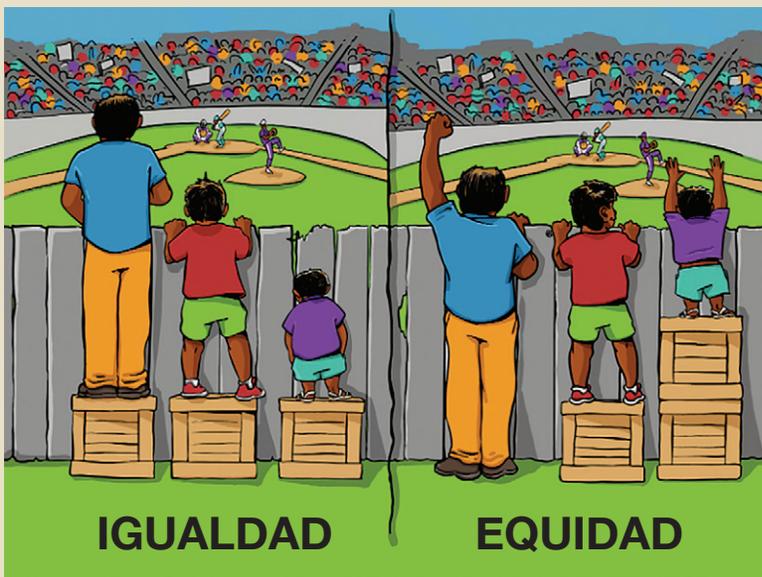
La importancia de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud para prevenir y manejar la diabetes

Tradicionalmente, las agencias de atención médica y salud pública se han centrado en el entendimiento y el abordaje de las **desigualdades de salud**, o sea, reducir la brecha en los resultados de salud o procesos de atención entre los diferentes grupos de personas.⁹⁹ Con las desigualdades de salud raciales/étnicas, las desigualdades de salud se han definido como la diferencia en los resultados y procesos de atención médica entre blancos no hispanos y grupos minoritarios raciales y étnicos. Para la diabetes, las desigualdades raciales y étnicas en materia de salud han sido pronunciadas y persistentes, particularmente para los afroamericanos, nativos estadounidenses e hispanos/latinx.¹¹

Recientemente, el foco ha cambiado a la **equidad en salud**, que se define como el alcance del nivel más alto de salud para todas las personas.¹⁰⁰ La equidad en salud requiere que se realicen esfuerzos para abordar factores como el racismo y los desequilibrios de poder y centrar la atención en problemas “de abajo hacia arriba” que contribuyen a las desigualdades de salud de larga data que existen en nuestra sociedad. La equidad en salud también requiere que se realicen esfuerzos adicionales para lograr este objetivo entre nuestras poblaciones más vulnerables (Figura 5).



Figura 5. Equidad e igualdad



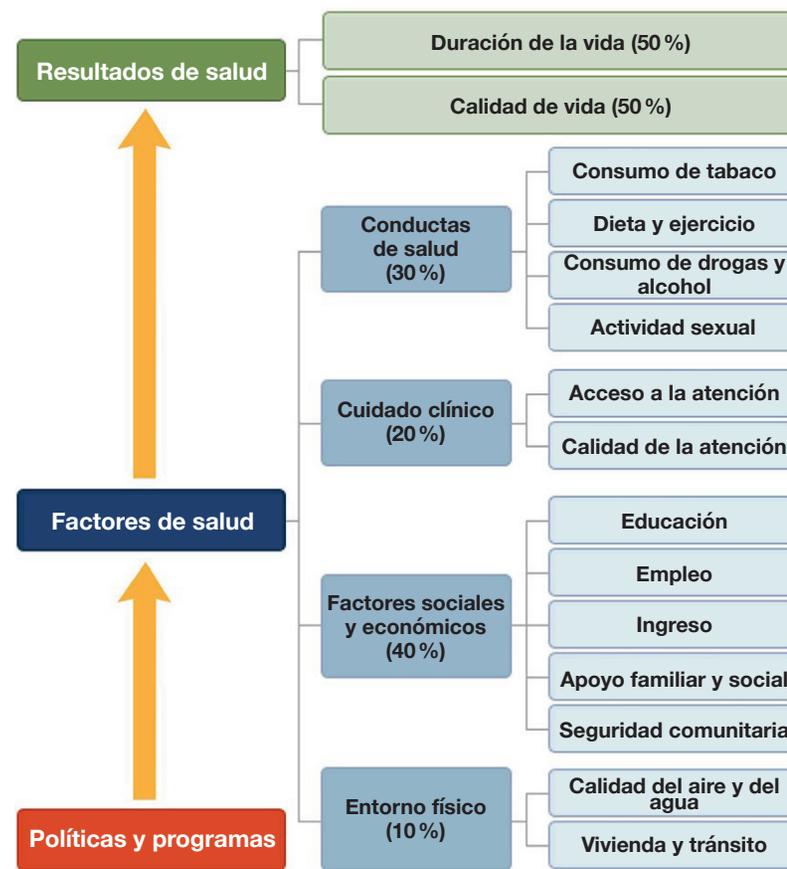
Interaction Institute for Social Change | Artista: Angus Maguire.

Con ese fin, se hace un hincapié mayor en estos problemas “de abajo hacia arriba” conocidos como **determinantes sociales de la salud (DSS)**, que son condiciones en las cuales las personas viven, aprenden, trabajan y juegan y cómo esas condiciones afectan los resultados y los riesgos de salud. Se cree que los factores sociales y económicos contribuyen al 40 % de la calidad y duración de la vida en comunidades¹⁰¹ (Figura 6). El Informe de equidad en salud 2018 publicado por la Oficina de Salud y Disparidades de Salud de las Minorías de Carolina del Norte²⁹ y el Informe de 2030 de una Carolina del Norte saludable recientemente publicado¹⁰² se centraron en los agentes impulsores de la salud según se detallan en el County Health Rankings Model (Figura 6).

Existe fuerte evidencia de que la prevención y el manejo de la diabetes se ven influenciados por los determinantes sociales de la salud.¹⁰⁴ Las desigualdades en indicadores de la diabetes son muy prominentes en los grupos educativos, económicos y geográficos, y la mayor carga la experimentan aquellas personas con educación formal limitada, aquellas

personas que viven por debajo de la línea de pobreza y aquellas que viven en comunidades rurales con acceso limitado a la atención médica y recursos para vivir vidas saludables. A fin de conseguir la mayor eficacia posible en el logro de nuestros objetivos de reducir la carga de la diabetes en nuestro estado, es nuestro deber reconocer el impacto de los determinantes sociales en la prevención y el manejo de la diabetes, pero también trabajar de manera colectiva para garantizar que la equidad en salud pueda lograrse a través de un foco concertado en los factores “de abajo hacia arriba”.

Figura 6. County Health Rankings Population Health Model¹⁰³



County Health Rankings model © 2014 UWPHI

Cómo trabajar para abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en varios niveles

Existen muchas cosas que las organizaciones comunitarias pueden hacer para ayudar a apoyar a las personas con diabetes y asistir en la reducción de la carga de la diabetes en nuestro estado. Puede encontrar ejemplos de qué pueden hacer usted y las organizaciones a las que pertenece en las siguientes secciones. Utilizamos el Modelo socioecológico de la salud (Figura 7) para que sirva de puente entre las conductas centrales que ayudan a los individuos a prevenir y manejar su diabetes y las estrategias de políticas que los grupos comunitarios, empleadores y proveedores de atención médica pueden implementar para apoyar la prevención y el manejo de la diabetes.

En función del modelo socioecológico (MSE), el individuo que está en riesgo de o que tiene diabetes necesitará seguir las conductas que se describieron anteriormente para proteger su salud individual. Las relaciones interpersonales que tiene con sus familiares y amigos influyen en sus conductas. Esta guía de prevención y gestión no aborda acciones para amigos y familiares porque existe una variedad de sitios web que apoyan a las personas con y en riesgo de tener diabetes (por ejemplo, Diabetes Sisters, Children with Diabetes, Taking Control of your Diabetes). Se incluye una lista de estos sitios web en el Anexo A.

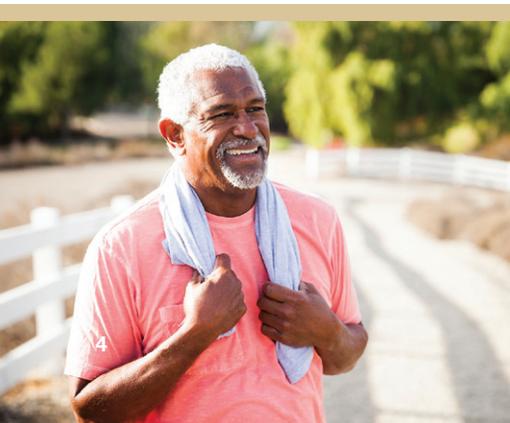
Las estrategias basadas en la población que siguen son aquellas que las organizaciones pueden implementar para apoyar a los individuos en la prevención de la diabetes y sus complicaciones. La lista de actividades se construye sobre actividades primarias de prevención. La lista es organizada



Figura 7. Modelo socioecológico de la salud.^{5,6}

por el grupo que puede iniciar la acción (comunidad, atención médica, empleador, sociedad) y se muestra de acuerdo a las etapas de la prevención y el manejo de la diabetes. Se proporciona una descripción de cada grupo antes de la lista de estrategias.

Tomadas en conjunto, estas y otras estrategias ayudan al estado, los grupos comunitarios y a otras agencias a utilizar los principios de estratificación de riesgo y salud de la población para complementar lo que los proveedores de atención médica hacen en la asistencia de individuos con diabetes o en riesgo de tenerla. Por consiguiente, ayudan a reducir la carga de la diabetes más allá de un individuo o familia.



Individuo

Las decisiones individuales se basan en actitudes, creencias, conocimientos y conductas.

Vínculos

Los vínculos de una persona (pares, parejas, miembros de la familia, proveedores de atención médica, etc.) afectan su capacidad para mantener una conducta.

Comunidad

El rol de los empleadores, las escuelas, los medios de comunicación, los gobiernos locales, las organizaciones sin fines de lucro, religiosas, profesionales y de otro tipo crea un entorno que apoya la capacidad de un individuo para mantener un cambio de conducta.

Sociedad

El rol más amplio de nuestra sociedad y del Estado en la promoción y generación de políticas tiene un impacto sobre la capacidad individual de mantener un cambio de conducta.

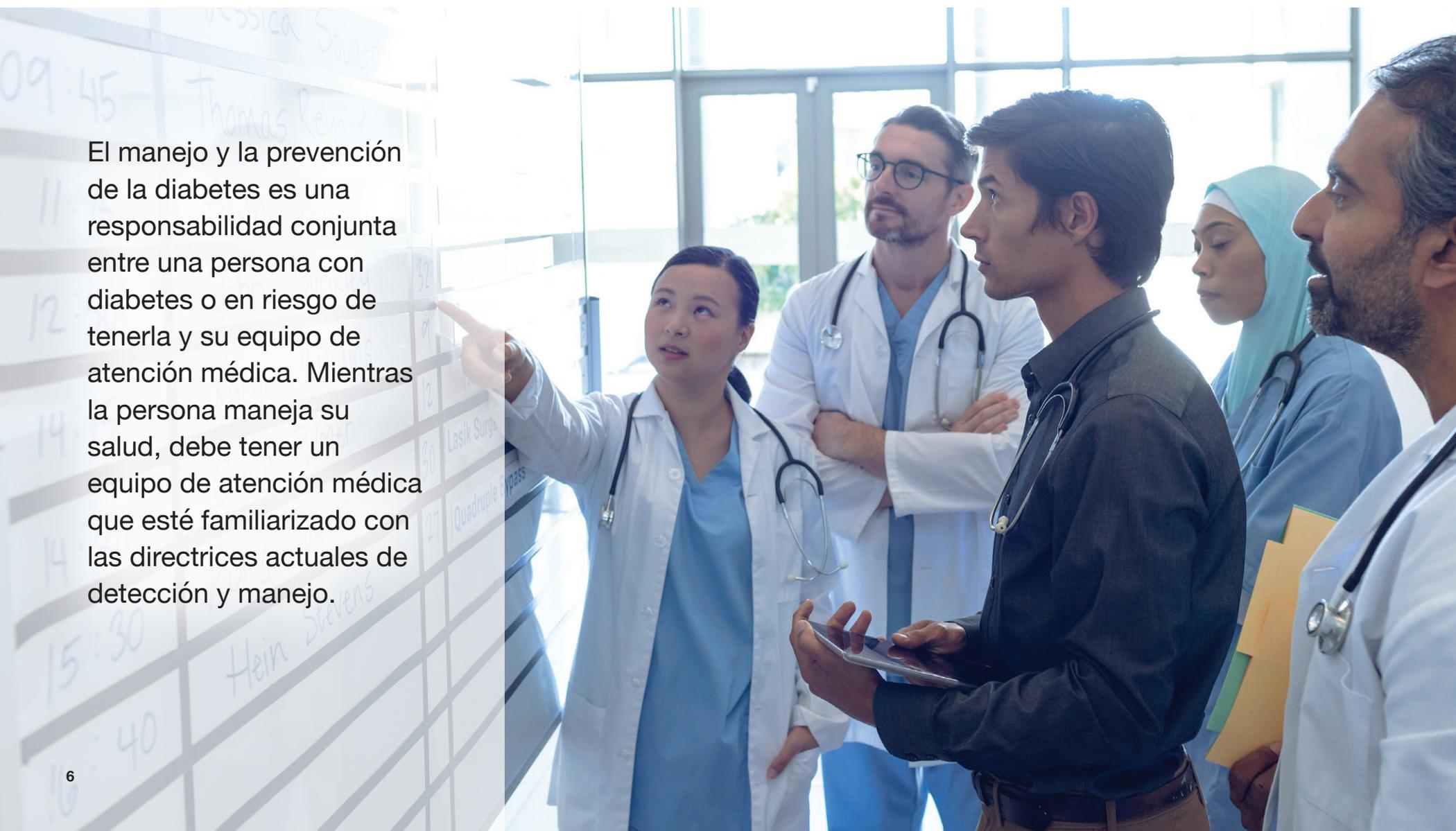


Tomados en conjunto, el modelo socioecológico, los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud proporcionan pistas con respecto a qué pueden hacer las organizaciones para abordar la diabetes. El trabajo en conjunto siempre logra cambios más duraderos que los esfuerzos individuales. Las siguientes secciones de la guía abordan lo que podrían lograr la “comunidad” y la “sociedad”. Todos debemos considerar estas declaraciones que se centran en las soluciones en lugar de los problemas¹⁰⁵ al momento de descifrar cómo colaborar.

1. La salud comienza mucho antes que la enfermedad, en nuestros hogares, escuelas y trabajos.
2. Todas las personas deben tener la oportunidad de tomar decisiones que les permitan vivir una vida larga y saludable, independientemente de su ingreso, educación o antecedentes étnicos.
3. Su vecindario o trabajo no debe ser peligroso para su salud.
4. Su oportunidad para la salud comienza mucho antes de que necesite atención médica.
5. La salud comienza donde vivimos, aprendemos, trabajamos y jugamos.
6. La oportunidad para la salud comienza en nuestras familias, vecindarios, escuelas y trabajos.

¿Qué pueden hacer los aseguradores y proveedores de atención médica?

El manejo y la prevención de la diabetes es una responsabilidad conjunta entre una persona con diabetes o en riesgo de tenerla y su equipo de atención médica. Mientras la persona maneja su salud, debe tener un equipo de atención médica que esté familiarizado con las directrices actuales de detección y manejo.



Tipos de proveedores de atención médica

Los proveedores de atención médica incluyen a aquellos con experiencia general y especializada en diabetes y sus complicaciones como médicos, asistentes médicos, enfermeros de práctica avanzada, farmacéuticos, podiatras, oftalmólogos/optometristas, dentistas, audiólogos, nutricionistas dietistas registrados, enfermeros, especialistas en educación y atención de la diabetes, farmacéuticos, proveedores de atención médica mental/salud de la conducta, y otros. El proveedor de atención médica aconseja a las personas en riesgo de diabetes sobre estrategias para prevenir o retrasar el inicio de la diabetes y sus complicaciones, realiza diagnósticos de diabetes, y trabaja con estos individuos en el manejo de su diabetes a través de cambios en el estilo de vida y de conducta, medicamentos u otras terapias. *Además, el proveedor de atención médica es el único que puede derivar a una persona con diabetes a servicios reconocidos de Educación y Apoyo para el Automanejo de la Diabetes, DSMES.* El término proveedor de atención médica suele asociarse con médicos, asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada. Sin embargo, existen muchos otros proveedores de atención médica (además de los mencionados) que son importantes en la atención de la diabetes como administradores de casos, coordinadores de atención, terapeutas físicos y ocupacionales, capacitadores y fisiólogos del ejercicio. Los farmacéuticos comunitarios y los trabajadores de atención médica comunitarios también han desarrollado roles únicos en el trabajo con personas que tienen diabetes.

Los **farmacéuticos comunitarios** tienen un rol único en la atención de personas con diabetes. Se les ve más a menudo que a la mayoría de los proveedores de atención médica, con más accesibilidad y una relación colaboradora con personas con diabetes. Los farmacéuticos comunitarios asisten enormemente en el manejo de la terapia de medicación y proporcionan controles de seguridad importantes con medicamentos de varios proveedores, un asesor de bienestar en terapias de venta libre y un recurso sobre diferentes terapias disponibles y asequibles para personas con diabetes. Asimismo, más farmacéuticos comunitarios están incorporando servicios de DSMES a su práctica. La inclusión de farmacéuticos dentro de los servicios de DSMES y el desarrollo de programas ha conducido a un aumento en la perseverancia en la toma de medicamentos por parte de los participantes.^{114, 115}



Los **promotores (Community Healthcare Workers, CHW)** suelen ser trabajadores no profesionales de la atención médica que pueden asistir a personas con diabetes, y sus familias, así como también a la comunidad en general a través de servicios de educación y otros servicios de apoyo. Los CHW generalmente trabajan dentro de sus propias comunidades, y comparten características lingüísticas, culturales, económicas y sociales con aquellas personas a las que prestan servicios. Suelen ser confiables y respetados, lo que facilita relaciones fuertes dentro de la comunidad. Los CHW también sirven como puentes que vinculan a su comunidad con sistemas de atención médica y proporcionan apoyo, educación y recursos relacionados con la crisis de salud, las prevenciones, el mantenimiento o las transiciones de atención. Funcionan como vínculos clave para la mejora de la salud en general de comunidades desatendidas, la reducción de desigualdades de salud y la mejora de la equidad en salud.¹¹⁶ Una revisión sistemática demostró que los individuos que recibieron intervenciones de CHW mejoraron el manejo de sus niveles glucémico y lipídico, y redujeron el uso de su atención médica.¹¹⁷ Además, la evidencia económica disponible sugiere que las intervenciones de CHW son rentables.¹¹⁸ Las estrategias basadas en equipos incluyeron la adopción de CHW como miembros del equipo de atención de la diabetes porque se dieron cuenta de que podría ser una estrategia eficaz para ayudar a las personas a manejar su diabetes. En 2017, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos para la Comunidad (Community Preventive Services Task Force, CPSTF) inició intervenciones que comprometieron a los promotores para ayudar a pacientes a manejar su diabetes. Estas intervenciones demostraron mejorar el manejo de los niveles de glucosa y lípidos de los pacientes, así como también reducir su uso de la atención médica. Sus intervenciones incluyeron educación, apoyo, asesoramiento para mejorar el monitoreo de la glucosa, tomar medicamentos como se indica, nutrición saludable, actividad física o regulación del peso.

La **Iniciativa de trabajadores comunitarios de la salud de NC** proporciona información adicional. Si su comunidad no tiene un CHW, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Crónicas han desarrollado un **Kit de herramientas para CHW**.

Desafíos a los que se enfrentan los proveedores de atención médica

Carolina del Norte ha hecho enormes esfuerzos para trabajar en aumentar la disponibilidad de proveedores de atención médica de todo tipo en su diversa geografía y comunidades. Los programas reconocidos nacionalmente como los Centros de Educación en Salud del Área (Area Health Education Centers, AHEC), el departamento de salud pública del estado y centros de salud calificados federalmente, el fuerte compromiso de las excelentes instituciones del estado hacia programas de educación en salud profesional (médicos, de enfermería, salud aliada), y el liderazgo centrado en el desarrollo de asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada, han todos contribuido a aumentar la atención médica de calidad en las diversas comunidades.

Aun cuando tener la distribución y los números adecuados de proveedores de atención médica ha demostrado mejoría, todavía existen comunidades desatendidas y desigualdades que se describen en esta guía (consulte la sección sobre Determinantes sociales de la salud y equidad en salud, pág. 26). Además, los proveedores de atención médica se enfrentan a otros desafíos como el reembolso adecuado por servicios y la educación continua en relación con la adopción de nuevas tecnologías, lo que incluye telesalud. Asimismo, con el aumento rápido en desarrollos clínicos, existe una necesidad de una adopción más rápida de nuevos avances terapéuticos de valor probado.

Inercia terapéutica: a pesar de la disponibilidad de nuevas tecnologías y terapias, cerca de la mitad de todas las personas con diabetes en los Estados Unidos siguen teniendo valores de azúcar en la sangre por encima del objetivo.¹¹⁹ Además de apoyar la atención y gestión de cada individuo, el proveedor de atención médica debe mantenerse informado a medida que se hacen disponibles nuevas opciones terapéuticas, y a medida que nueva información se hace pública con respecto a qué puede ser más eficaz de lo que se pensaba. La inercia clínica o terapéutica, definida como la demora o la falta de establecimiento de objetivos adecuados y progreso del tratamiento para alcanzar el objetivo deseado, es uno de los obstáculos más grandes para los proveedores de atención médica y aquellas personas que adoptan los últimos avances en el manejo de la diabetes, lo que incluye el monitoreo, los medicamentos y la entrega de medicamentos. Una opción para abordar la inercia terapéutica puede ser trabajar en todas las disciplinas o en modelos de atención en equipo o grupo. Los modelos de colaboración, como **Together 2 Goal**, permiten que los proveedores de atención médica se aseguren de que se cumplan las mejores prácticas.¹²⁰



Tabla 5: Cómo comprender y superar la inercia terapéutica¹²¹

¿Sabía que...?	Cómo los proveedores de atención médica y los aseguradores pueden superar la inercia terapéutica:
<p>En los últimos 20 años a pesar de que hay más tecnología, más educación y más terapias farmacológicas, el promedio de la A1C para una persona con diabetes no ha cambiado. La cantidad de personas con una A1C por encima del 9 %, de hecho, ha aumentado.</p> <p>La intensificación del tratamiento está significativamente por detrás de las recomendaciones.</p> <p>Solo el 5 % de las personas recientemente diagnosticadas con diabetes que reciben Medicare utilizan servicios de DSMES.</p> <p>Existe una brecha significativa en lo que las personas dicen que están dispuestas a hacer y lo que los médicos creen que las personas están dispuestas a hacer para reducir la A1C.</p> <p>Dentro de un año de un diagnóstico de diabetes, menos del 50 % de las personas siguen tomando el medicamento recetado.</p>	<p>Derive a su primer paciente (o personas adicionales) con prediabetes a un programa de DPP.</p> <p>Manténgase al día sobre las estrategias emergentes eficaces: lea y asista a oportunidades continuas de educación profesional.</p> <p>Considere adaptar de manera temprana nuevas terapias que pueden interesarle o aquellas que trata y obtenga experiencia lo antes posible para compartir con aquellas personas a las que ofrece tratamiento.</p> <p>Involúcrese en organizaciones comunitarias, profesionales y de otro tipo cuya misión sea reducir la carga de la diabetes.</p> <p>Asóciese con un especialista en educación y atención de la diabetes para ayudar a incorporar tecnologías y terapias emergentes y eficaces a su práctica o a aquellas personas a las que trata.</p>



Los aseguradores de atención médica (“Pagadores”) también tienen múltiples funciones que desarrollar, entre las que se incluyen las siguientes:

Para sus miembros asegurados:

- Reembolsar a personas con diabetes o sus proveedores de atención médica por servicios cubiertos como atención especializada y primaria directa, medicamentos, equipos, y programas de prevención de la diabetes.
- Establecer su propia política específica para el plan con respecto a qué servicios se cubren y cuáles no.

Participación con el gobierno, empleadores y grupos de defensa:

- **Moldear la política de reembolso de manera más amplia con respecto a cuáles son los servicios cubiertos en todo Carolina del Norte**

En la última década, en general en Carolina del Norte, el asegurado ha experimentado una cobertura más amplia para los servicios, insulina y otros medicamentos, suministros de pruebas y glucómetro, vacunas y participación en programas de prevención de la diabetes, especialmente para aquellas personas de alto riesgo. Sin embargo, dicha cobertura sigue sin ser universal.

Recientemente, varias cuestiones de reembolso que impulsan deliberaciones de políticas en el estado para una mayor cobertura incluyen lo siguiente:

- **Reembolso universal de programas de prevención de la diabetes**
- **Medicaid Administrada**
- **Reembolso de tecnología de telesalud**
- **Visitas médicas o clínicas grupales**
- **Mejor reembolso y cobertura para DSMES y suministros de diabetes, audífonos, ortótica, reembolso para farmacéuticos por DSMES**

Se ha hecho hincapié en la necesidad de un mejor reembolso por servicios de telesalud no solo en áreas rurales con acceso reducido a la atención médica en todo el estado (área urbana, suburbana y rural) debido a la pandemia de COVID-19. El servicio de telesalud puede proporcionar una amplia gama de servicios clínicos y educativos que incluyen la atención indirecta y la prevención de la diabetes.

Se incluyen maneras adicionales en las que los aseguradores y proveedores de atención médica pueden trabajar en conjunto en torno al cambio de políticas en la Tabla 6.

Tabla 6: Actividades para aseguradores y proveedores de atención médica

Prevencción primaria de la diabetes	Prevencción de la diabetes para personas con riesgo alto	Manejo de la diabetes y prevencción de complicaciones
<p>Para ayudar a regular el peso o participar en actividad física habitual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar comunidades en las que se pueda caminar. 2. Derivar a las personas a programas de pérdida de peso basados en evidencia que incluyan aquellos que se ofrecen a través de programas de prevencción de la diabetes, o Coma con inteligencia, muévase más, pese menos de Carolina del Norte o un nutricionista dietista registrado para la regulaci3n del peso. 3. Colaborar con barberos y peluqueros como embajadores comunitarios de la prevencción y el manejo de la diabetes, con el apoyo de subsidios comunitarios, asociaciones con aseguradores y el sistema de atenci3n m3dica, promotores.¹²² <p>Para ayudar a vivir sin tabaco</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derivar a las personas a Quitline. 2. Apoyar programas como Escape the Vape para educar acerca de los peligros del vapeo. <p>Para promover el sueño adecuado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntar a las personas acerca de la cantidad y la calidad de su sueño y aconsejarlas como corresponda (o sea, estudios de sueño para diagnosticar la apnea del sueño). 	<p>Para ayudar en la participaci3n en programas de prevencción de la diabetes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derivar a las personas a programas de prevencción de la diabetes y crear la derivaci3n en la historia cl3nica electr3nica (puede requerir un nivel de A1C con métricas de glucosa definitivas). 2. Capacitar a proveedores de recursos comunitarios de programas de prevencción de la diabetes sobre c3mo proporcionar comentarios acerca de la participaci3n en el programa a proveedores de atenci3n m3dica. 	<p>Para ayudar a la participaci3n en servicios individuales y/o grupales de Educaci3n y Apoyo para el Automanejo de la Diabetes (DSMES)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relaci3n profesional con coordinadores de transici3n hospitalaria para garantizar el conocimiento de los servicios de DSMES locales y desarrollar la integraci3n de estos servicios a los documentos del alta. 2. Asociarse con una agencia patrocinadora para convertirse en sitio de expansi3n para prestar servicios de DSMES, ya sea en persona o a trav3s de telemedicina. 3. Derivar a personas con diabetes a servicios de DSMES reconocidos y crear las derivaciones en la historia cl3nica electr3nica. 4. Considerar la incorporaci3n de una especialista en educaci3n y atenci3n de la diabetes en el consultorio de atenci3n primaria sin el agregado de un copago o una visita separada para la persona con diabetes. 5. Asociarse con los proveedores de servicio de DSMES locales, como farmacias locales, podiatras, oftalm3logos/optometristas, dentistas y audi3logos.¹²³ 6. Asegurarse de que DPP y DSMES sean beneficios cubiertos para todos y no exigir copagos/deducibles de desembolso directo. 7. Asociarse con CHW en las comunidades para proporcionar apoyo, educaci3n continua, recursos, y un v3nculo entre proveedores y personas con prediabetes o diabetes.



Para ayudar a supervisar el tratamiento de la diabetes para la salud individual y de la población

1. Desarrollar pedidos pendientes para exámenes de diabetes.
2. Seguir las recomendaciones de exámenes del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos e incorporarlas a la historia clínica electrónica de la práctica.
3. Utilizar lenguaje sencillo en la comunicación con personas con diabetes acerca del diagnóstico y el plan de atención. Considerar las necesidades de capacidades para hacer cálculos aritméticos y de alfabetización en salud.
4. Seguir las pautas clínicas para la atención de la diabetes.
5. Alentar sistemas de apoyo de decisiones clínicas.
6. Trabajar con los Centros de educación en salud del área para mejorar la educación continua acerca de la atención de la diabetes.
7. Trabajar con farmacéuticos para garantizar que los pacientes estén tomando los medicamentos menos onerosos que sean adecuados para su afección, así como también la simplificación de planes de medicamentos para ayudar a reducir la carga de medicamentos (píldoras).
8. Seguir pautas clínicas para exámenes postparto de mujeres que han tenido diabetes gestacional.
9. Considerar la participación en el programa Together 2 Goal de American Medical Group Association para garantizar las mejores prácticas.
10. Incorporar el uso de tecnología en planes de tratamiento individualizados, incluida la supervisión remota y el monitoreo continuo de la glucosa, en tiempo real o intermitente.
11. Apoyar el uso de reembolso de telesalud para educación y atención clínica virtual.



 **DAC**
North Carolina Diabetes Advisory Council

REGULE SU PESO | VIVA SIN TABACO | PARTICIPE EN PROGRAMAS DE CAMBIO DEL ESTILO DE VIDA
PARTICIPE EN EDUCACIÓN SOBRE DIABETES | CUMPLA CON EL PLAN DE TRATAMIENTO | DUERMA ADECUADAMENTE