

III Jornada y Taller nacional científico de residentes y profesionales de la salud  
Policlínico Docente Cristóbal Labra | Del 6 al 27 de mayo 2024



**CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282**

Caracterización de las personas con diabetes y aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a consulta especializada.

### **Dra. Yaneisis Caridad Hernández Hung**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.  
Téc. Procesos Biológicos.

### ***MSc. Dr. Jeddú Cruz Hernández.***

*Especialista* de Segundo Grado en Endocrinología.  
Investigador y Profesor Auxiliar. INEN

### **Dra. Liset Padilla Ledesma.**

Especialista de Primer Grado en Endocrinología.  
Investigadora agregada. Profesora asistente. INEN

## **RESUMEN**

**Introducción:** durante la epidemia de COVID-19 en Cuba, aunque existían condiciones sanitarias excepcionales, la consulta de Clasificación del Centro de Atención al Diabético del Instituto de Endocrinología continuó brindando servicio. **Objetivo:** caracterizar a las personas con diabetes mellitus y algunos aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a la consulta de Clasificación durante el año 2021. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo-transversal desde abril hasta diciembre de 2021, que incluyó a 90 sujetos con diabetes que acudieron a esta consulta. Se analizaron variables sociodemográficas, afines con la diabetes y aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a la consulta. Se realizó un análisis porcentual. **Resultados:** predominó el sexo femenino y los individuos entre 40 y 60 años, la diabetes tipo 2 prevaleció con un 96,7 % y el tiempo de evolución más frecuente fue el menor o igual que 5 años, presentando las complicaciones crónicas un 52,2 %. La atención solo por médico de familia representó el 74,4 %; el 78.9 % de los pacientes tenían antecedentes de

COVID-19 que según opinión de los afectados un 52,1 % se manifestó de forma moderada y en la totalidad contribuyó al descontrol de la condición crónica. En relación con la asistencia a la consulta, predominó la forma espontánea y el motivo consistente en creer que sería mejor atendido en la institución **Conclusiones:** durante la epidemia de COVID-19, se mantuvo la atención en la consulta Clasificación a las personas con DM, algunas de las cuales tuvieron la enfermedad infecciosa que llevó al descontrol glucémico.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, COVID.19, consulta.

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
Introducción -----	1
Objetivos -----	8
Metodología -----	9
Resultados -----	17
Discusión -----	25
Conclusiones -----	31
Recomendaciones -----	32
Revisión bibliográfica -----	
Anexos -----	

## INTRODUCCIÓN

El primer Centro de Atención al Diabético (CAD) en Cuba surgió en 1972, como parte del Instituto de Endocrinología (INEN), con el objetivo de brindar asistencia a las personas con diabetes mellitus (DM), incluida la educación terapéutica. Algún tiempo después de fundado, este demostró su importancia, lo que influyó en la decisión de ejecutar un proyecto en el año 2000 con el propósito de crear una red nacional de este tipo de institución.<sup>1,2</sup>

Desde los inicios del CAD del INEN, ha existido en este centro una consulta para atender a las personas con diabetes mellitus (DM) que son remitidas por otros especialistas o acuden espontáneamente debido a que tienen algún problema relacionado con esta enfermedad. Esta consulta, que se ha caracterizado históricamente por tener una periodicidad diaria y ser impartida por un especialista en Endocrinología, se denominó en un principio consulta de “Orientación y consejo” y desde el año 2015, consulta de “Clasificación”.<sup>2,3</sup>

A la consulta de Orientación y consejo podía acudir la persona con DM, por voluntad propia, para solicitar información y atención relacionadas con esta enfermedad. El paciente ingresaba en el Centro Diurno del CAD, si el médico de asistencia lo consideraba necesario. Una vez que esta fue convertida en consulta de Clasificación, cambió la forma en que la persona con DM podía acceder a la consulta, así como su objetivo. En este caso, el paciente debía ser remitido por un Endocrinólogo para recibir educación terapéutica y controlar la enfermedad, por medio de un ingreso en el Centro Diurno. Por tanto, este cambio de nombre no implicó solo una mera transformación en este sentido, sino también, en cuanto a la forma de acceso a la consulta y su objetivo.<sup>2,3</sup>

Este servicio de Centro Diurno, consiste en un ingreso ambulatorio del paciente con DM, actividad asistencial que tiene una duración de 5 días. En este sentido, se ha recomendado priorizar a las personas con una DM de reciente comienzo y que no hayan recibido anteriormente este tipo de atención, para que puedan recibir el curso de Información básica en DM e iniciar así el proceso de educación

terapéutica, que nunca debería terminar, dado que la DM es una enfermedad crónica.<sup>1,2</sup>

Aunque en la actualidad existe una red nacional de CAD, se ha dicho que estos no pueden sustituir la labor relacionada con la atención a las personas con DM, que deben ejecutar el médico y la enfermera de la familia en la APS.<sup>2</sup> Sin embargo, cuando se fundó el CAD del INEN no existía el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, pues el modelo de medicina familiar que perdura en la actualidad fue implantado en Cuba en 1984.<sup>4-7</sup> El médico de la familia, teniendo en cuenta su formación como especialista en Medicina General Integral (MGI), está capacitado para atender a las personas con DM,<sup>6-8</sup> una de las enfermedades no transmisibles (ENT) más prevalentes tanto en el mundo como, en Cuba.<sup>9,10</sup>

La actividad de dispensarización es el registro de los riesgos biopsicosociales y las enfermedades, así como la clasificación de los individuos, según su condición de salud, en grupos de atención. Entre otros beneficios, esta coadyuva a que los especialistas en MGI sean buenos conocedores de las personas con enfermedades crónicas que viven en el territorio que está bajo su cuidado profesional y de los problemas relacionados con estas entidades, incluida la DM.<sup>4-8</sup>

En el presente, más de 30 mil médicos de familia trabajan en centros de salud que pertenecen al nivel primario de atención como, consultorios, policlínicos y hospitales rurales, además, de en otras instituciones como, algunos centros de trabajo o estudio. Así, el programa del médico y la enfermera de la familia alcanza una cobertura del 100 % de la población cubana. Esto constituye una gran fortaleza del Sistema Nacional de Salud (SNS).<sup>6,11</sup>

En el año 2011, se inició en Cuba un proceso de actualización del modelo económico y social, que implicó a todos los sectores de la sociedad, incluido el sector de la salud. En este sector, el proceso consistió esencialmente en la elaboración e implementación de un plan de perfeccionamiento y transformaciones con el motivo de reorganizar, compactar, descentralizar y regionalizar los servicios de salud para consolidar sus acciones e incrementar la eficacia y la eficiencia de los planes y los programas, así como de elevar la capacidad del sistema sanitario

para enfrentar retos previsibles relacionados con diversas contingencias de salud.<sup>2,12</sup>

En relación con la APS, el proceso de perfeccionamiento y transformación del sector de la salud cubano conllevó a la aparición en 2011 del nuevo Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. En este se señalan las premisas generales que determinan el accionar de los actores fundamentales y se precisa el número de equipos básicos de salud (EBS) por cada área de salud, que garantiza la atención integral de calidad a una población de hasta 1 500 habitantes en cada una de estas. Este programa utiliza el modelo de planificación de acciones de salud para la organización del trabajo del EBS, prioriza las actividades de consulta y establece las visitas de terreno por semana a cargo del médico.<sup>7</sup>

En cuanto a la atención a las enfermedades crónicas, al análisis de la situación de salud relacionado con el tema y que precedió al proceso de perfeccionamiento y transformación, permitió establecer durante la planificación de este proceso que la mayoría de los individuos con este tipo de afecciones, incluida la DM, podían ser atendidos en la APS.<sup>2,7,12</sup> Teniendo en cuenta esto, la obligatoriedad de la implementación de las medidas de perfeccionamiento propuestas por las autoridades de salud y la existencia relativamente reciente de especialistas en Endocrinología que trabajan en el primer nivel de atención, se decidió cambiar el propósito de la consulta de Clasificación del CAD del INEN por los directivos de esta institución. Esta devino entonces consulta para coadyuvar a resolver los problemas relacionados con la DM, cuya solución más factible requiere de un ingreso de la persona con esta condición, en el centro para recibir educación terapéutica y controlar su enfermedad como el inicio reciente de esta o el fallo del proceso de educación continua, entre otras; es decir, aquellas situaciones que no pueden resolverse, esencialmente, en la APS o incluso, por medio de un ingreso hospitalario.<sup>2</sup>

Se estableció un flujograma: se dispuso que el médico de la familia no debía remitir el caso directamente a esta consulta, sino, lo haría al endocrinólogo del área de salud, quien debía consultar al paciente y decidir, luego, acerca de la

necesidad de la remisión. Tratando de que el paciente fuera atendido primeramente en su comunidad y si fuese necesario, entonces fuese remitido a un nivel superior de atención para solventar su problema o completar su atención de salud. Finalmente, el especialista que imparte esta consulta sería el responsable de decidir el ingreso del paciente en la institución con el propósito de recibir educación terapéutica y controlar su enfermedad. En caso de que el paciente necesitara solamente recibir educación terapéutica, el médico podría recomendarle asistir al curso de Información básica en DM, sin ser ingresado en el Centro Diurno del CAD.

Todo esto está explicado en el protocolo asistencial para esta actividad institucional elaborada al principio del año 2020, en el marco del trabajo iniciado en ese mismo periodo para actualizar la protocolización de la asistencia sanitaria en este departamento del INEN, documento que está disponible en la dirección del CAD.<sup>13</sup>

A finales de 2019, aparecieron en China, específicamente, en la ciudad de Wuhan, los primeros casos de una nueva infección respiratoria, enfermedad que posteriormente se denominó como, "COVID-19". Al poco tiempo después de surgida, se identificó su agente etiológico: un nuevo coronavirus, que se nombró como: SARS-CoV-2. La enfermedad afectó masivamente a la población local en China y ocasionó en un breve tiempo una epidemia, que se extendió rápidamente al resto del mundo provocando una pandemia.<sup>14-16</sup>. En marzo del 2021 vemos como en el mundo ya existían 191 países con casos positivos que ascendían a 487 923 458, con más de 6 millones de fallecidos. El 31.1 % de estos eran reportados en las Américas y en Cuba las cifras ascendían a poco más del millón de personas con la enfermedad (1 091 063), con un 0.78 % de letalidad.<sup>17</sup>

La COVID-19 como enfermedad respiratoria, presenta manifestaciones clínicas inespecíficas, con un espectro clínico amplio, dado que puede presentarse desde una infección asintomática, presentar desde síntomas como fiebre, tos, fatiga, secreciones nasales, cefalea, hemoptisis, diarrea, disnea, dolor de garganta; hasta una neumonía severa con insuficiencia respiratoria en el curso del síndrome de

distrés respiratorio del adulto (SDRA). El que se puede asociar a al síndrome de liberación de citoquinas (SLC) y la coagulación intravascular diseminada (CID), conllevando al fallo multiorgánico y la muerte.<sup>14-16</sup>

Después que la enfermedad se extendió por todo el mundo y estuvo bien establecida, se conoció más acerca de la misma. En relación con su gravedad, se identificó que era mayor en las personas con enfermedades crónicas como, las cardiovasculares, las respiratorias, el cáncer y la DM.<sup>14-16</sup> Se ha reportado que las personas con DM presentan mayor susceptibilidad a adquirir la infección.<sup>18-22</sup>

Teniendo en cuenta las particularidades del binomio COVID-19 y DM, para caracterizarlo se ha manejado el término “sindemia”, neologismo acuñado por Merrill Singer en 2009, que implica la fusión de los términos sinergia y epidemia. Ambas enfermedades se han considerado como pandemias, dado su elevada frecuencia a nivel mundial, y su interacción en un determinado contexto social y ambiental puede ejercer una influencia negativa recíproca; o sea, calificada como bidireccional.<sup>22</sup>

Los pacientes con DM, tienen mayor propensión a adquirir la infección por el SARS-CoV-2 y presentar formas graves de la COVID-19; así como poder morir como consecuencia de la misma, en comparación con las que no presentan DM, esto se relaciona con la presencia de factores como, un estado inflamatorio crónico, la liberación de enzimas relacionadas con lesión tisular, alteraciones vasculares y de la inmunidad tanto innata como, adquirida, así como el posible daño pancreático directo por SARS-CoV-2. La presencia de comorbilidades (obesidad, hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria y enfermedad renal crónica). Se ha reportado que, en cuanto a la evolución, no existen diferencias entre las personas con DM 1 y DM 2, además, de que el mal control glucémico se asocia con la gravedad de la enfermedad, a la vez que esta puede propiciarlo.<sup>18-22</sup>

En Cuba, desde que se reportó el primer caso de COVID-19 en marzo de 2020, y con el aumento de la enfermedad se elaboró un Plan nacional de enfrentamiento a la misma, que involucró a todos los Organismos de la Administración Central del Estado, las empresas, el sector no estatal y la población, en general, que permitió

planificar las estrategias clínicas y epidemiológicas con un componente intersectorial e interdisciplinario, que después fueron implementadas.<sup>23-26</sup>

Así, se realizaron pesquisas poblacionales masivas para localizar a las personas que fueran contactos de casos positivos o sospechosos de tener la COVID-19, lo que involucró a miles de profesionales de la salud, incluidos los médicos de la familia. Se ingresaron a los sospechosos en los centros de aislamiento, estrategia cubana cuyo objetivo era separarlos de los sujetos sin la enfermedad y evitar las transmisiones intradomiciliaria, comunitaria y laboral. También se realizaron numerosas pruebas diagnósticas y se ingresaron precozmente y trataron, fundamentalmente en instituciones hospitalarias, a los casos confirmados.<sup>23-27</sup>

En el caso de la transmisión intradomiciliaria, en un metaanálisis reciente se informa una tasa de 16,6 %.<sup>28</sup> Según análisis epidemiológicos, los enfermos asintomáticos o presintomáticos jugarían un papel importante en este tipo de transmisión.<sup>29</sup> En Cuba, dado que muchas personas con enfermedades crónicas, incluida la DM, permanecieron en su casa durante el alza de la epidemia de COVID-19, medida que fue tomada para evitar que se contagiaran con la enfermedad, la transmisión intradomiciliaria en ese momento pudo haber sido mayor. En la búsqueda bibliográfica realizada no se encontró alguna publicación cubana acerca de transmisión intradomiciliaria de la COVID-19 en las personas con enfermedades crónicas.

Dado que la DM es una enfermedad que afecta a varios sistemas orgánicos, puede coexistir con otras enfermedades y presentar complicaciones agudas y crónicas y tiene un tratamiento complejo con muchas aristas, las personas que la padecen pueden tener múltiples necesidades de salud, lo cual ha sido documentado.<sup>30-36</sup> Estas, incluso, podrían ser mayores en las personas con DM y COVID-19, considerando las particularidades que tiene este binomio; sin embargo, solo se encontró una evidencia publicada acerca de esto.<sup>37</sup>

Durante los dos primeros años de la epidemia de COVID-19 en Cuba, los trabajadores del sector de la salud y sus científicos, en particular, trabajaron con denuedo para contener la enfermedad, lo que constituyó la actividad de salud



fundamental en este período de tiempo a nivel nacional. Como consecuencia, algunos servicios de salud dedicados a la atención de los pacientes con enfermedades crónicas no estuvieron disponibles. Sin embargo, la consulta de Clasificación del CAD del INEN se mantuvo prestando servicio y atendiendo a las personas con DM que acudían a la misma. Por lo que los especialistas que imparten estas consultas pudieron observar que muchos de los pacientes que acudían a la consulta lo hacían de manera espontánea y los que eran remitidos, era por el médico de la familia, además fue de interés que en el interrogatorio que se le realiza al paciente muchos tuvieran en común, el haber presentado covid-19 como antecedentes, por los que se decidió realizar una investigación con el objetivo de identificar algunas características de estos pacientes con DM, en el caso de antecedentes de covid-19, describir algunas características relacionadas con la misma, así como relacionadas con la asistencia a la consulta de Clasificación.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Caracterizar a las personas con DM y algunos aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a la consulta de Clasificación del CAD del INEN durante el año 2021.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas y afines con la DM de las personas que acudieron a la consulta de Clasificación.
2. Identificar en las personas con DM el antecedente de COVID-19 y describir algunos aspectos relacionados con esta enfermedad infecciosa.
3. Describir algunos aspectos relacionados con la asistencia de las personas con DM a la consulta de Clasificación.

## **METODOLOGÍA**

**Tipo de investigación:** de investigación-desarrollo (I + D).

**Tipo de estudio:** transversal, descriptivo.

**Contexto temporo-espacial:** se abarcó un tiempo desde abril hasta diciembre de 2021 (9 meses) y el lugar correspondió al CAD del INEN.

### **Sujetos de la investigación**

Personas con DM que acudieron a la consulta de Clasificación en el momento y durante el tiempo y lugar dado.

### **Criterios de inclusión**

- Personas con DM, que acudieron a la consulta de Clasificación durante el tiempo y lugar dados.

### **Criterios de exclusión:**

- Personas con DM que no residían en la provincia La Habana.

### **Procedimiento general:**

A los pacientes con DM que acudieron a la consulta de Clasificación del CAD del INEN durante el tiempo dado, los días lunes y jueves, se les realizó una entrevista corta con el propósito de obtener la información necesaria para realizar la investigación, previa explicación de su objetivo y de la obtención de su consentimiento (Anexo 1) para ser incluido en esta.

### **Métodos para la recolección de la información:**

Para la recolección de la información relacionada con la investigación, se confeccionó un modelo de recogida del dato primario expresamente para este estudio (Anexo 2). Este incluyó variables sociodemográficas y afines con la DM, así como, algunos aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a la consulta de Clasificación.

## **Operacionalización de las variables**

Todas las variables fueron concebidas como cualitativas, excepto la edad cronológica (cuantitativa discreta). Las variables sexo, insulino terapia, complicación crónica, tiempo transcurrido desde que recibió la última consulta por el profesional médico con el que se atiende habitualmente la DM, presencia de COVID-19 en un momento anterior a la asistencia a la consulta, probable adquisición de la COVID-19 debido al contacto con un caso confirmado intradomiciliario, requerimiento de ingreso en una unidad de cuidados intensivos durante la enfermedad y consideración personal acerca de si esta contribuyó a la existencia actual de un mal control de la DM, son nominales dicotómicas (sí/no) y la escolaridad y el tiempo de evolución de la DM, ordinales. Las variables restantes son nominales politómicas. Las variables cualitativas se clasificaron operacionalmente y categorizaron de la siguiente forma:

### **Sociodemográficas:**

- Edad: se refiere a la edad biológica en años cumplidos:
  - 19 a 39.
  - 40 a 59.
  - $\geq 60$ .
  
- Sexo: se refiere al sexo biológico:
  - Hombre.
  - Mujer.
  
- Escolaridad: se considerará el nivel educacional terminado:
  - Ninguna.
  - Primaria.
  - Secundaria.
  - Preuniversitario.
  - Técnico medio.
  - Universitario.

- Ocupación: actividad que ocupa habitualmente a la persona durante un tiempo variable de horas al día, siendo el más frecuente de 8 horas:
  - Estudiante.
  - Ama de casa.
  - Jubilado.
  - Obrero.
  - Campesino.
  - Servicio.
  - Técnico-profesional.
  - Trabajador por cuenta propia.
  
- Municipio de residencia en La Habana: cualquiera de los 15 que incluye esta provincia.
  - Del centro de la capital: Centro Habana, Habana Vieja, Plaza de la Revolución, Cerro, 10 de Octubre y Regla.
  - Del oeste de la capital: Playa, Marianao, La Lisa, Boyeros y Arroyo Naranjo.
  - Del este de la capital: Habana del Este, Guanabacoa, San Miguel del Padrón y Cotorro

Afines con la DM:

- Tipo de DM: incluye los dos tipos fundamentales de DM y otros:
  - DM1
  - DM2
  - Otros tipos.
  
- Tiempo de evolución de la DM: años vividos con DM desde el diagnóstico de esta hasta el momento del estudio:
  - $\leq 5$ .
  - 6 a 10.
  - $> 10$ .

- Insulinoterapia: requerimiento de uso de insulina como tratamiento de la DM:
  - Sí.
  - No.
  
- Tipo de esquema de tratamiento insulínico:
  - Monodosis: administración de una sola dosis de insulina de acción intermedia, ya sea en la mañana o en la noche.
  - Convencional: administración de una dosis de insulina de acción intermedia en la mañana y otra en la noche.
  - Complejos: incluye el de múltiples dosis de insulina y otros en los que se combinen diferentes tipos de insulina.
  
- Complicación crónica:
  - Sí: presencia de neuropatía, retinopatía, nefropatía, macroangiopatía o pie diabético.
  - No: ausencia de complicación crónica.
  
- Tipo de complicación crónica:
  - Neuropatía.
  - Retinopatía.
  - Nefropatía.
  - Macroangiopatía.
  - Pie diabético.
  
- Profesional médico con el que se atiende la DM: profesional médico al que acude periódicamente para recibir atención por DM:
  - Solo con el médico de la familia.
  - Con el médico de la familia y el endocrinólogo del área de salud (municipal).
  - Con el médico de la familia y otro especialista.
  - Con médico de la familia y endocrinólogo del nivel secundario o terciario.
  
- Periodicidad de la atención médica recibida: tiempo que media entre las consultas por DM ofrecidas por el médico:

- ≤ 4 meses.
- > 4 meses.

Relacionadas con la COVID-19:

- Antecedente de COVID-19: haber tenido la enfermedad infecciosa en un momento anterior a la asistencia a la consulta de Clasificación:
  - Sí
  - No.
- Probable adquisición de la COVID-19 debido al contacto con un caso confirmado intradomiciliario: persona que probablemente se enfermó porque estuvo en contacto con un conviviente que tenía la enfermedad:
  - Sí.
  - No.
- Consideración personal acerca de la forma en que se manifestó la enfermedad de COVID-19:
  - Ligera.
  - Moderada.
  - Grave.
- Requerimiento de ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) durante la enfermedad de Covid-19:
  - Sí.
  - No.
- Consideración personal acerca de si la enfermedad de COVID-19 contribuyó a la existencia actual de un mal control de la DM:
  - Sí.
  - No.

Relacionadas con la asistencia de la persona con DM a la consulta de Clasificación:

- Forma de asistencia a la consulta:
  - Espontánea.
  - Remitido: independientemente de la existencia física de algún documento de remisión.
  
- Profesional médico que realizó la remisión a la consulta:
  - Médico de la familia.
  - Endocrinólogo de la APS.
  - Otros.
  
- Motivo de remisión a la consulta: independientemente de la existencia física de algún documento de remisión:
  - Sugerencia de ingreso en el CAD.
  - Descontrol de la enfermedad.
  - Duda diagnóstica sobre enfermedad intercurrente o su tratamiento.
  - Duda diagnóstica sobre complicación crónica o su tratamiento.
  - Consultar a un especialista que no sea endocrinólogo.
  - Adquisición de algún medicamento para tratar la DM.
  - Otros.
  
- Motivo de asistencia espontánea a la consulta:
  - Ausencia de médico de la familia.
  - Ausencia de endocrinólogo o internista en área de salud.
  - Cercanía de residencia al CAD del INEN.
  - Creencia de que sería mejor atendido en CAD del INEN, que en la APS.
  - Otros.



### *Criterios para la definición operacional de las variables*

Para reconocer o identificar el tipo de DM de los pacientes que acudieron a la consulta de Clasificación, se tuvo en cuenta lo planteado en las Guías de práctica clínica de diabetes tipo 2.<sup>38</sup> El tiempo de evolución de la DM fue categorizado atendiendo a la opinión de algunos expertos en DM acerca de que los 10 años marcan un límite en la aparición de las complicaciones crónicas de la enfermedad, a la vez que es poco frecuente que estas se presenten antes de los 5 años de estar viviendo con esta condición.<sup>39-41</sup> Para operacionalizar los tipos de esquema de tratamiento con insulina, igual que los tipos de complicaciones crónicas de la DM, se consideró lo planteado por algunos autores sobre estos temas.<sup>39-43</sup> En relación con que el tiempo que media entre la última consulta recibida por paciente de parte del profesional médico con el que se atiende habitualmente la DM y la asistencia a la consulta de Clasificación, su categorización se realizó considerando lo planteado en el Programa del médico y la enfermera de la familia sobre cuál debe ser la frecuencia del control de las personas enfermas (grupo dispensarial III).<sup>44</sup>

En cuanto a las variables relacionadas con la COVID-19, para operacionalizarlas se tuvo en cuenta lo planteado en el Protocolo de actuación nacional para la covid-19 (versión 1.6) de Cuba.<sup>45</sup>

### **Métodos para el procesamiento de la información**

Con la información recogida, se confeccionó una base de datos utilizando Microsoft Excel. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Se determinó la media y la desviación estándar de la edad cronológica. El análisis de todas las variables cualitativas de la investigación consistió en la determinación de sus frecuencias absoluta y relativa (porcentaje).

Los resultados del análisis estadístico se presentaron en tablas de distribución de frecuencia.

## **Aspectos éticos**

Para ejecutar la investigación, se requirió de su aprobación por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Instituto de Endocrinología (INEN).

Con la finalidad de solicitar su consentimiento por escrito para participar en la investigación (Anexo 1), cada sujeto, que cumplió con los requisitos de inclusión, fue entrevistado en condiciones elementales de privacidad. En esta entrevista se le explicó también el propósito de la investigación y que su participación en esta era voluntaria y no ofrecía riesgo alguno para su persona. Se garantizó el respeto a la confidencialidad de la información obtenida, la cual se utilizó solo con fines investigativos.

## RESULTADOS

La media de la edad de los sujetos fue  $57.6 \pm 12.1$  años. El intervalo etario de 40 a 59 resultó ser el más predominante con un 47.7 %. (Tabla 1, anexo 3 gráfico 1).

**Tabla 1.** Distribución de los sujetos según edad.

Edad (años)	No.	%
19 a 39	6	6.7
40 a 59	<b>43</b>	<b>47.7</b>
≥ 60	41	45.6
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista.

En relación con el sexo se encontró un predominio del sexo femenino que representa un 53.3 %. (Tabla 2, anexo 3 gráfico 2).

**Tabla 2.** Distribución de los sujetos según sexo.

Sexo	No.	%
Hombre	42	46.7
Mujer	<b>48</b>	<b>53.3</b>
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista.

Prevaleció la escolaridad media-alta: preuniversitario, técnico medio y universitario en 35.6, 25.6 y 20.0 %, respectivamente. (Tabla 3, anexo 3 gráfico 3).

**Tabla 3.** Distribución de los sujetos según escolaridad.

Escolaridad	No.	%
Primaria	2	2.2
Secundaria	15	16.6
Preuniversitario	32	<b>35.6</b>
Técnico medio	23	<b>25.6</b>
Universitario	18	<b>20.0</b>
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente entrevista

Los porcentajes de ocupación más elevados fueron ocupados por las categorías, ama de casa: 20.0 %, jubilado: 23.3 % y técnico-profesional: 20.0 %. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Distribución de los sujetos según ocupación.

Ocupación	No.	%
Estudiante	1	1.1
Ama de casa	18	<b>20.0</b>
Jubilado	21	<b>23.3</b>
Obrero	10	11.1
Campesino	1	1.1
Servicio	15	16.7
Técnico-profesional	18	<b>20.0</b>
Cuentapropista	6	6.7
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista.

La mayor parte de los sujetos que se presentaron en la consulta de Clasificación del CAD del INEN procedían de los municipios del centro de la capital con un 47.8% (tabla 5). De forma individual, fueron predominantes en este sentido los municipios Plaza de la Revolución con un 21.1 % y Playa con un 17.8 %, pertenecientes al centro y el oeste de la capital, respectivamente (tabla 5).

**Tabla 5.** Distribución de los sujetos según municipio de residencia en la capital.

Municipio de la capital	No.	%
Del centro	43	<b>47.8</b>
Del oeste	31	<b>34.4</b>
Del este	16	17.8
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista.

En cuanto al tipo de DM, predominó la DM tipo 2 entre los sujetos para un 96.7 % (tabla 6).

**Tabla 6.** Distribución de los sujetos según tipo de diabetes mellitus.

Tipo de DM	No.	%
Tipo 1	2	2.2
Tipo 2	87	<b>96.7</b>
Otros	1	1.1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista.

El mayor porcentaje de los sujetos (47.8 %) tenía un tiempo de evolución de la DM menor o igual que 5 años (tabla 7).

**Tabla 7.** Distribución de los sujetos según tiempo de evolución de DM

Tiempo de evolución de DM (años)	No.	%
≤ 5	43	<b>47.8</b>
6 a 10	21	23.3
> 10	26	28.9
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista.

En relación con el tratamiento con insulina del total de individuos, un menor porcentaje tenía tratamiento con insulina 42.2%. De estos 38 pacientes que presentan terapia con insulina predominó el tipo de esquema convencional para 71.1%. (Tabla 8, anexo 3 gráfico 4).

**Tabla 8.** Distribución de los sujetos según tipo de esquema de tratamiento insulínico

Tipo de esquema insulínico*	No.	%
Monodosis	3	7.9
Convencional	27	<b>71.1</b>
Complejos	8	21.0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

\*En relación con el total de sujetos que utilizaban insulina (n = 38).  
Fuente: Entrevista.

Del total de individuos, el 47.7 % tenían complicaciones crónicas de la DM y entre los que presentaron esta condición, la neuropatía diabética fue la complicación más frecuente con un 86.0 %. (Tabla 9, anexo 3 gráfico 5).

**Tabla 9.** Distribución de los sujetos según tipo de complicación crónica de la diabetes mellitus.

Tipo de complicación crónica*	No.	%
Neuropatía	37	<b>86.0</b>
Retinopatía	3	7.0
Nefropatía	8	18.6
Macroangiopatía	7	16.3
Pie diabético	8	18.6

\*En relación con el total de sujetos con complicaciones crónicas (n = 43).  
Fuente: Entrevista.

La mayor parte de los sujetos (67/74.4 %) se atendían habitualmente la DM, solamente con el médico de la familia (tabla 10).

**Tabla 10.** Distribución de los sujetos según profesional médico con que se atiende la diabetes mellitus (DM).

Profesional médico con se atiende la DM	No.	%
Solo con médico de familia	67	<b>74.4</b>
Médico de familia y endocrinólogo del área de salud	6	6.7
Médico de familia y otro especialista	5	5.6
Médico de familia y endocrinólogo del nivel secundario o terciario	12	13.3
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista.

Entre los sujetos que no tenían una DM de reciente comienzo (65 personas), la mayoría (42/64.6 %) había sido atendido por su médico habitual de la DM hacía cuatro meses o menos en el momento que se presentaron en la consulta de Clasificación.

En cuanto a las variables relacionadas con la COVID-19, 71 sujetos refirieron haber tenido la enfermedad en un momento anterior a su presentación en la consulta de Clasificación (antecedente de COVID-19), lo que representó 79 %; de estos, 19 plantearon que la habían adquirido debido, probablemente, al contacto con un conviviente que era un caso positivo para un 26.8 %. De los pacientes que habían tenido COVID-19, la mayoría refirieron que esta se manifestó de forma moderada (tabla 11, ver anexo 3 gráfico 6).

**Tabla 11.** Distribución de los sujetos según su consideración acerca de cómo fue su enfermedad de COVID-19.

Forma en que se manifestó la COVID-19*	No.	%
Ligera	11	15.5
Moderada	41	<b>57.7</b>
Grave	19	26.8
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

\*En relación con el total de sujetos que habían tenido la COVID-19 (n = 71).

Fuente: Entrevista

De los sujetos que habían tenido COVID-19 (71 personas), tres habían requerido de ingreso en una UCI durante la enfermedad, para un 4.2 %. Todos los sujetos que habían tenido COVID-19 opinaron que esta había contribuido a la existencia del mal control de la DM que presentaban cuando asistieron a la consulta de Clasificación.

En lo concerniente a la asistencia de los sujetos con DM a la consulta de Clasificación, existió una pequeña diferencia en cuanto a la forma en que ocurrió esta; es decir, espontánea (46/51 %) o mediante una remisión (44/49 %). De estos últimos, la mayoría (25/56.8 %) fueron remitidos por el médico de la familia (tabla 12, ver anexo 3 gráfico 7).

**Tabla 12.** Distribución de los sujetos según profesional médico que realizó la remisión a la consulta de Clasificación.

Profesional remitente*	No.	%
Médico de familia	25	<b>56.8</b>
Endocrinólogo de atención primaria	7	15.9
Otros	12	27.3
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

\*En relación con el total de sujetos remitidos (n = 44).

Fuente: Entrevista



Del total de individuos que acudieron a la consulta de Clasificación, 44 lo hicieron mediante remisión a la misma que constituían el 48.8%, de estos predominaron como motivos de remisión la “sugerencia de ingreso en CAD” con un 43.2 % y el “descontrol de la diabetes mellitus” con un 40.9 %. (Tabla 13, ver anexo 3 gráfico 8). Ningún sujeto fue remitido para consultar a un especialista que no fuera endocrinólogo o para que adquiriera algún medicamento utilizado en el tratamiento de la DM.

**Tabla 13.** Distribución de los sujetos según motivo de remisión a la consulta de Clasificación.

Motivo de remisión*	No.	%
Sugerencia de ingreso en Centro de Atención al Diabético	19	<b>43.2</b>
Descontrol de diabetes mellitus	18	<b>40.9</b>
Duda sobre enfermedad intercurrente	3	6.8
Duda sobre complicación crónica	4	9.1
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

\*En relación con el total de sujetos remitidos (n = 44).

Fuente: Entrevista.

Los sujetos que asistieron a la consulta de Clasificación del CAD del INEN de manera espontánea fueron 46 personas para 51.1 %, de estos predominaron como motivos de esta la “creencia de ser mejor atendido en el CAD del INEN” con 50.0% y el argumento de “ausencia de endocrinólogo o internista en el área de salud” con un 28.3 %. (Tabla 14).

**Tabla 14.** Distribución de los sujetos según motivo de asistencia espontánea a la consulta de Clasificación.

Motivo de asistencia espontánea a la consulta*	No.	%
Ausencia de médico de familia	5	10.9
Ausencia de endocrinólogo o internista en área de salud	13	28.2
Cercanía de residencia al centro de atención	5	10.9
Creencia de que sería mejor atendido en el centro de atención	23	<b>50.0</b>
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

\*En relación con el total de sujetos que acuden espontáneamente (n = 46).

Fuente: Entrevista.

## DISCUSIÓN

La media de la edad de los sujetos del presente estudio estuvo incluida en el intervalo etario entre 40 y 59 años, donde también se encontró el mayor porcentaje de estos. No obstante, se esperaba que los adultos mayores fueran el grupo etario predominante, teniendo en cuenta que algunas investigaciones concluyen que estos constituyen un conjunto de individuos que tienen muchas necesidades de salud tanto si pertenecen a la población general<sup>46-49</sup> como, con DM.<sup>50-53</sup>

Sin embargo, de forma similar a lo encontrado en el presente estudio, Salinas y col.<sup>29</sup> reportan una media de edad de  $58.5 \pm 11,6$  años en los 256 sujetos de su investigación sobre necesidades de salud en personas con DM y las enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos, 42 % de sujetos mayores que 61 años, en su estudio acerca también de las necesidades de salud de las personas con DM que acudieron a esta institución.<sup>28</sup> Vázquez y col.<sup>34</sup> informan en su investigación sobre demanda de atención médica por DM, que esta es mayor por parte de los individuos con una edad de 40 a 69 años.

En la revisión sistemática de Biernatzki y col.<sup>33</sup> sobre necesidades de información en las personas con DM, se encuentran diferencias en relación con la edad. Las personas jóvenes se interesan particularmente en temas como, el curso de la DM, la cura de la enfermedad y la diabetes y el embarazo y los adultos mayores, en aspectos relacionados con el tratamiento.

En el presente estudio, las mujeres fueron mayoría en lo que respecta a la presencia en la consulta de Clasificación. Un resultado similar al planteado se observa en el estudio de Salinas y col.<sup>31</sup> y el de las enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román,<sup>30</sup> donde 68 y 73 %, respectivamente, de los sujetos con DM fueron mujeres. Vázquez y col.,<sup>36</sup> comunican una mayor demanda de atención médica por parte de las mujeres, respecto de los hombres con DM: alrededor de 1.3 veces más en las consultas de primera vez y de 1.6 en las consultas de seguimiento y Babwah y col.,<sup>54</sup> que una mayor cantidad de mujeres que de hombres demandaron atención en una consulta para personas con DM en la isla de Trinidad (Trinidad y Tobago).

En la revisión de Siddiqui y col.<sup>55</sup> sobre las diferencias de vivir con DM en relación con el género, algunos estudios mencionados en esta, muestran que las mujeres con DM se interesan y preocupan más por su salud, se adaptan mejor a la enfermedad, utilizan más los servicios de atención y aceptan mejor los consejos profesionales que los hombres, lo que influye en que tengan mayor adherencia terapéutica y mejor control glucémico que estos. Otras investigaciones de la revisión concluyen que los hombres viven más eficientemente con la DM y manifiestan una actitud más positiva y menos preocupación, depresión y ansiedad vinculadas con la enfermedad, en comparación con las mujeres.

Por su parte, algunos estudios sobre atención sanitaria a las personas con DM informan que debido a la discriminación que sufren las mujeres, sobre todo, en algunos países subdesarrollados, estas tienen menos acceso a los servicios de salud y, consecuentemente, menos oportunidades de recibir este tipo de atención, incluida la vinculada con la DM.<sup>56,57</sup>

La mayor parte de los sujetos del presente estudio tenían una escolaridad alta, lo cual no es un hallazgo inesperado, considerando que en Cuba la población general tiene un elevado nivel de escolaridad.<sup>58,59</sup> Por el contrario, Salinas y col.<sup>31</sup> encuentran en su investigación realizada en el Estado de Nuevo León, México, que incluyó a personas con DM 2 inscritas en el Programa Estatal de Vigilancia, Prevención y Control de la Diabetes Mellitus del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, que 65 % no tenían la escolaridad mínima terminada y 27.3 % habían completado solo la primaria.

En el estudio de las enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román,<sup>30</sup> 40 % de las personas con DM no tienen nivel de escolaridad alguno y, según lo declarado por los autores, esto influye en la satisfacción de las necesidades de jugar y participar en actividades recreativas y en la capacidad para aprender cosas nuevas e incrementar los conocimientos sobre DM.

En cuanto a la ocupación, una gran cantidad de sujetos del presente estudio estuvieron incluidos en las categorías ama de casa o jubilado. Se especula que esto podría deberse, por un lado, a que en estos grupos están contenidas, generalmente, personas con una edad avanzada y, por otro, a que como no laboran fuera del hogar, podrían disponer de un mayor tiempo para atenderse su

salud, incluida la asistencia a una consulta médica. En la investigación de Salinas y col.,<sup>31</sup> 62.1 % de los sujetos se dedicaba a la atención del hogar, 20.7 % estaba empleado y el resto, jubilado, pensionado o desempleado.

La mayoría de los sujetos del presente estudio procedían de los municipios del centro de la capital, lo que podría justificarse, según opinión de los autores, por la cercanía de estos al CAD del INEN, que se encuentra ubicado en El Vedado capitalino que pertenece al municipio Plaza de la Revolución del centro de La Habana.

Aunque la DM 1 constituye, de forma general, una enfermedad con un manejo profesional y un automanejo más complejos que la DM 2, por lo que podría esperarse que las persona con la primera condición requirieran de una mayor atención especializada, esto no ocurrió en el presente estudio, donde la mayoría de los sujetos que acudieron a la consulta de Clasificación del CAD del INEN tenían una DM 2. No obstante, esto podría explicarse por el hecho de que la DM 2 constituye una enfermedad más frecuente que la DM 1 tanto en el mundo<sup>60</sup> como, en Cuba.<sup>61</sup> Sin embargo, Biernatzki y col.<sup>33</sup> no encuentran diferencias en cuanto a necesidades de información entre personas con DM 1 y DM 2.

En relación con el tiempo de evolución de la DM, la mayor cantidad de sujetos perteneció a la categoría menor o igual que 5 años. Esto podría explicarse porque aquí estarían incluidas las personas que componen el grupo de “DM de reciente comienzo”, las cuales a menudo necesitan más atención respecto de las que tienen años viviendo con esta enfermedad. Esta categoría estuvo seguida de la integrada por los sujetos con más de 10 años de evolución, lo que podría justificarse porque en este grupo se encuentran más frecuentemente las personas que presentan comorbilidades y complicaciones crónicas de la DM.<sup>62-64</sup>

Se esperaba que los sujetos con DM y tratamiento insulínico tuvieran una mayor presencia en la consulta de Clasificación, dado que esto se relaciona con la existencia de una enfermedad con un manejo más difícil,<sup>65</sup> pero en el presente estudio ocurrió lo contrario. No obstante, la mayoría de las personas con DM tienen, en general, un tratamiento constituido por tabletas y no por insulina.<sup>66-68</sup> En cuanto al tipo de tratamiento insulínico, predominó el convencional en los sujetos del presente estudio, es decir, el conformado por dos dosis de insulina de acción

intermedia, lo cual fue un resultado esperado, pues este constituye habitualmente el más indicado por los médicos que asisten a las personas con DM.<sup>69</sup>

La mayoría de los sujetos del presente estudio que asistieron a la consulta de Clasificación, tenían complicaciones crónicas de la DM, lo cual no sorprendió, pues estos requieren, generalmente, más cuidados de salud que los no complicados.<sup>70-72</sup> Asimismo, como complicación crónica, predominó la neuropatía diabética, lo que se corresponde con lo planteado acerca de que constituye la más frecuente.<sup>40,73</sup>

La mayoría de los sujetos del presente estudio se atendía su DM solo con el médico de familia, lo que evidencia que se cumple lo recomendado en el actual Programa del médico y la enfermera de la familia acerca de que estos profesionales deben ser los protagonistas en la atención a las enfermedades crónicas más prevalentes de la adultez como, la DM.<sup>6,7</sup> No obstante, se considera que podría haber sido mayor la cantidad de los que tuvieron una atención dual dada, en este caso, por el médico de familia y el endocrinólogo del área de salud, quien también debe jugar su papel en la atención a las personas con esta enfermedad en el nivel primario.

Con exclusión de los sujetos con una DM de reciente comienzo, la mayor parte del resto había sido atendido por su médico habitual de la DM hacía cuatro meses o menos en el momento que se presentaron en la consulta de Clasificación. Esto concuerda con lo que se recomienda en Cuba sobre la regularidad de la atención a las personas con enfermedades no transmisibles.<sup>7,44</sup>

En cuanto a los aspectos relacionados con la COVID-19 en el presente estudio, la mayoría de los sujetos con DM habían tenido la enfermedad infecciosa en un momento anterior a su presentación en la consulta de Clasificación (antecedente de COVID-19) y en la mayor parte de los afectados, esta se había manifestado de forma moderada-severa. Estos resultados no fueron inesperados, considerando que varias revisiones acerca de COVID-19 y DM concluyen que existe una gran asociación entre estas dos entidades e, incluso, que la DM es un factor de riesgo independiente de la infección por el SARS-Cov2. En estas se informa, además, que la COVID-19 se manifiesta de forma más grave en las personas con DM y que estas requieren con mayor frecuencia cuidados intensivos durante el curso de la

enfermedad infecciosa respiratoria, en comparación con las que no tienen la condición de DM que, en base a esto, se ha considerado por algunos como, un factor de mal pronóstico.<sup>18-22,74-82</sup>

En el presente estudio, se encontró una transmisión intradomiciliaria de COVID-19, en comparación con otras investigaciones, mayor que la informada en unas: Li y col.<sup>83</sup> (15.6 %) y Madewell y col.<sup>84</sup> (16.6 %) y menor que en otras: Wu y col.<sup>85</sup> (32.4 %), Angulo y col.<sup>86</sup> (53 %) y Lage y col.<sup>87</sup> Se supone que a la transmisión intradomiciliaria contribuyó la permanencia en su casa de muchas personas con DM durante la epidemia, medida que se tomó para evitar que estas, que constituyen un grupo con una gran susceptibilidad a adquirir la COVID-19 y tener una evolución desfavorable de esta enfermedad, la contrajeran.

Todos los sujetos del presente estudio que habían tenido COVID-19, opinaron que esta había contribuido a la existencia del mal control de la DM que presentaban cuando asistieron a la consulta de Clasificación. En la investigación retrospectiva de Xu y col.<sup>37</sup> realizada en Wuhan, en 61.7 y 33.3 % de las personas con COVID-19 y DM se detecta una glucemia en ayunas y posprandial elevadas, respectivamente, lo que se corresponde con un mal control glucémico.

Concerniente a los aspectos relacionados con la asistencia de los sujetos con DM a la consulta de Clasificación, en el presente estudio predominó ligeramente la asistencia espontánea a la consulta. Aunque está establecido que las personas con DM deben presentarse a esta consulta con una remisión médica, se comprende que se dificultara el cumplimiento de esta indicación durante la epidemia, teniendo en cuenta las condiciones socioepidemiológicas especiales existentes en ese momento en toda la nación.

Sin embargo, en los casos que acudieron con remisión, esta fue realizada en su mayor parte por el médico de la familia, lo que evidencia una vez más el protagonismo de estos profesionales en la atención a las personas con DM. Como se esperaba, la remisión se efectuó fundamentalmente para coadyuvar al control de esta enfermedad crónica, ya sea por medio o no de un ingreso en el Centro Diurno del CAD del INEN.

Entre los motivos de los sujetos del presente estudio que acudieron espontáneamente a la consulta de Clasificación, predominaron, según refirieron

estos, la ausencia de endocrinólogo o internista en el área de salud y la creencia de que serían mejor atendidos en el CAD del INEN, que en otro lugar. Salinas y col.<sup>31</sup> declaran una satisfacción global de necesidades de salud de solo 48 % en las 256 personas con DM 2 incluidas en su investigación. Estas necesidades de salud involucraron fundamentalmente a áreas relacionadas con la DM como, la nutrición, el control y la educación terapéutica.

En la actualidad, se sugiere que la atención a las personas con DM tenga un enfoque holístico, en el que se tengan en cuenta sus actitudes, deseos y necesidades relacionados con esta condición de salud y que esta tribute a mejorar su autocuidado, el control de la DM, su calidad de vida y su salud, en general.<sup>32</sup>



## **CONCLUSIONES:**

- Entre los asistentes predominó la edad mediana, el sexo femenino, la escolaridad media-alta, la labor en el hogar y la DM 2 insulino tratada con poco tiempo de evolución y complicaciones crónicas.
- En la mayor parte existió el antecedente de COVID-19 que, según los afectados, se manifestó de forma moderada.
- La COVID- 19 contribuyó al descontrol glucémico de pacientes con DM2.
- Una mayoría acudió espontáneamente motivada porque recibiría una mejor atención en el CAD y entre las remisiones, predominaron las efectuadas por el médico de la familia para solucionar el descontrol glucémico.

## **RECOMENDACIONES**

Realizar una investigación correlacional para comparar entre sí a las personas con DM que hayan tenido o no COVID-19, en cuanto a variables sociodemográficas y afines con la DM, entre otras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faget O. El Centro de Atención al Diabético de La Habana y el Programa Nacional de Diabetes. Rev Cubana Endocrinol. 1998;9(2):101-2.
2. Iglesias I, Díaz O, Orlandi N. Centros de Atención al Diabético en Cuba como alternativa para la atención integral. Información Directivos Salud. [Internet]. 2020 [citado 20 marzo 2022];32:e\_753. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2020/ifd2033s.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública. Programa de desarrollo 2000. Endocrinología. La Habana: ECIMED; 1987:73p.
4. Colectivo de autores. Medicina general integral. En: Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: ECIMED; 2001.p.123-33.
5. Márquez M, Sansó FJ, Alonso P. Modelo cubano de medicina familiar (1984-2002). En: Márquez M, Sansó FJ, Alonso P. Medicina general-Medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: ECIMED; 2011.p.83-123.
6. Álvarez R. Medicina general integral en Cuba. En: Álvarez R, Báster JC, Hernández G, García RD. Medicina General Integral. Salud y Medicina. La Habana: ECIMED; 2014.p.91-9.
7. González LT, Cuesta L, Pérez L, Presno MC, Fernández I, Pérez TC, et al. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:66-72.
8. Ministerio de Salud Pública. Actividades. En: Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: ECIMED; 2011.p.12-7.
9. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Ninth edition 2019. In: Global picture; 2019.p.32-61.
10. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y asma bronquial según provincia. En: Anuario Estadístico de Salud 2020. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana; 2021 [citado 07 febrero 2022].p.98. Disponible en:

<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%C3%B1ol-2020-Definitivo.pdf>.

11. Domínguez E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Pública México. 2011;53(supl 2):S168-76.
12. Morales R, Mas P, Castell-Florit P, Arocha C, Valdivia NC, Druyet D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:1-8.
13. Orlandi N, Cruz J, Padilla L. Protocolo asistencial de la consulta de Clasificación del Centro de Atención al Diabético del Instituto de Endocrinología. La Habana: Instituto de Endocrinología. 2020:6p.
14. Palacios M, Santos E, Velázquez MA, León M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Rev Clin Esp. [Internet]. 2020 [citado 20 marzo 2022]; 221(1): 55–61 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102523/>
15. Mojica R, Morales MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. Semergen. 2020;46(S1):72-84.
16. Díaz FJ, Toro AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Med Lab. 2020;24(3):183-205.
17. MINSAP. CECMED. Sitio oficial del gobierno. Parte diario de COVID-19. [www.cecumed.cu](http://www.cecumed.cu). <http://www.salud.msp.gob.cu>parte-de-cierr-del-dia-31-marzo-2021>.
18. Acosta W, Salazar J, Leal G, Jimbo R, Guevara G. Consideraciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante la pandemia por COVID-19. Rev Méd Vozandes. 2020;31(2):77-82.
19. Torres M, Caracas NA, Peña B, Juárez JG, Medina AX, Martínez MR. Infección por coronavirus en pacientes con diabetes. Arch Cardiol Méx. 2020;90(Supl):67-76.
20. Casanova MC, Machado F, González LT. COVID-19 y diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];37(Sup):e1564. Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/download/1564/497>

21. Lim S, Bae JH, Kwon HS, Nauck MA. COVID-19 and diabetes mellitus: from pathophysiology to clinical management. *Nature Rev.* 2021;17:11-30.
22. Aguilar FR, Suclupe DO, Vega JA. Sindemia por COVID-19 y diabetes mellitus tipo II: una peligrosa interacción. *Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];46(3). Disponible en: [http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/2742/pdf\\_790](http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/2742/pdf_790)
23. Beldarraín E, Alfonso IR, Morales I, Durán F. Primer acercamiento histórico epidemiológico a la COVID-19 en Cuba. *An Acad Ci Cuba.* [Internet]. 2020 [citado 20 marzo 2022];10(2). Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/862/866>
24. Beldarraín E, Alfonso IR, Morales I, Durán F, Más P. Visión histórico-epidemiológica de la COVID-19 en el segundo mes de la epidemia en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública.* [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];47(1):e2713. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662021000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000100016)
25. Venero SJ, Más M, Cuellar M, De Armas Y, Suárez R, Pérez DR, et al. Características epidemiológicas de la COVID-19 en La Habana, epicentro de Cuba. *Rev Cubana Higiene Epidemiol.* [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];58:e1025. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/download/1025/1060>
26. Rodríguez IR, Hernández E. Manejo de la COVID-19 en Cuba. Su relación con la inmunología. *Rev Electrón Medimay.* [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];28(1). Disponible en: [http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/1948/pdf\\_303](http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/1948/pdf_303)
27. Rodríguez R, Vázquez Y, Velázquez L. Transmisión asintomática y presintomática del SARS-CoV2: la cara oculta de la COVID-19. *An Acad Ci Cuba.* [Internet]. 2020 [citado 20 marzo 2022];10(2): especial COVID-19. Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/download/770/807>
28. Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM Jr. Household transmission of SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* [Internet]. 2020

[citado 20 marzo 2022];3(12):e2031756. Disponible en: [https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2774102/madewell\\_2020\\_oj\\_200987\\_1607354087.12032.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2774102/madewell_2020_oj_200987_1607354087.12032.pdf)

29. Fernández Y, Carballo L, Hernández Y, Fernández M. Enfrentamiento a la COVID-19 en Cuba con el uso de Sistemas Informáticos en los consultorios médicos. *Serie Científ Univ Ci Informáticas*. 2020;13(11):119-29.
30. Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos. Necesidades del paciente diabético del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román. *Rev Mex Enfermer Cardiol*. 1999;7(1-4):53-57.
31. Salinas AM, Muñoz F, Barraza AR, Villareal E, Núñez GM, Garza ME. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública México*. 2001;43(4):324-35.
32. Coronado IA, Escalante JM. Estudio DAWN 2. Actitudes, deseos y necesidades del paciente con diabetes: un enfoque holístico. *Med Int Méx*. 2014;30:435-41.
33. Biernatzki L, Kuske S, Genz J, Ritschel M, Stephan A, Bächle C, et al. Information needs in people with diabetes mellitus: a systematic review. *Systematic Rev*. [Internet]. 2018 [citado 20 marzo 2022];7:27. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0690-0>
34. Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian J Endocr Metab*. 2018;22:696-704.
35. Adailton J, Cardoso KP, Nogueira C, Fagundes EC. Experiencias, necesidades y expectativas de las personas con diabetes mellitus. *Rev Bioét*. 2018;26(1):95-101.
36. Vázquez JL, Mercadillo MG, Celis JG. Demanda de atención médica por diabetes mellitus en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011;49(2):225-31.
37. Xu M, Yang W, Huang T, Zhou J. Diabetic patients with COVID-19 need more attention and better glycemic control. *World J Diabetes*. 2020;11(12): 644-653.

38. Orlandi N, Álvarez E, González TM, González K. Criterios diagnósticos y pesquiasaje. En: Guías de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. La Habana: ECIMED; 2012.p.20-7.
39. Mediavilla JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. SEMERGEN: 2001;27(3):132-45.
40. Pinhas-Hamiel O, Zeitler P. Acute and chronic complications of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. Lancet. 2007;369:1823-31.
41. Valero K, Marante D, Torres M, Ramírez G, Cortéz R, Carlini R. Complicaciones microvasculares de la diabetes. Rev Venez Endocrinol Metab. 2012;10(supl 1):111-37.
42. Espinosa TM, Marichal S. Avances en terapia insulínica en la diabetes mellitus tipo 1. Aciertos y desaciertos. Rev Cubana Endocrinol. 2007 [citado 24 junio 2020];18(1). Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/avances\\_en\\_la\\_terapia\\_insulinica.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/avances_en_la_terapia_insulinica.pdf).
43. Girbés J, Escalada J, Mata M, Gómez F, Artola S, Fernández D, et al. Consenso sobre tratamiento con insulina en la diabetes tipo 2. Endocrinol Diabetes Nutr. 2018;65(S1):1-8.
44. Sierra D, Muñiz AM, Gandul L, Pérez C, Barceló Z, Fernández BG, et al. Dispensarización. En: Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: ECIMED; 2011.p.18-9.
45. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.6. La Habana; 2021. [citado 23 marzo 2022] Disponible en: [https://files.sld.cu/editorhome/files/2021/03/VERSION\\_FINAL\\_6\\_EXTENDIDA\\_PROTOCOLO\\_REVISADA\\_28\\_MARZO\\_2021.pdf](https://files.sld.cu/editorhome/files/2021/03/VERSION_FINAL_6_EXTENDIDA_PROTOCOLO_REVISADA_28_MARZO_2021.pdf).
46. Breyer F, Costa-Font J, Felder S. Ageing, health, and health care. Oxford Rev Econ Policy. 2010;26(4):674-90.
47. Shrivastava SRBL, Shrivastava PS, Ramasamy J. Health-care of elderly: Determinants, needs and services. Int J Prev Med. 2013;4:1224-5.
48. Van Gaans D, Dent E. Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. Public Health Rev. [Internet]. 2018 [citado 04 febrero 2022];39:20. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0097-4>.

49. Fulmer T, Reuben DB, Auerbach J, Fick DM, Galambos C, Johnson KS. Actualizing better health and health care for older adults. *Health Affairs*. 2021;40(2):219-25.
50. Heinemann L, Klonoff DC, Kubiak T. Elderly patients with diabetes: Special aspects to consider. *J Diabetes Sci Technol*. 2019;13(4):611-3.
51. Heimro LS, Hermann M, Davies TT, Haugstvedt A, Haltbakk J, Graue M. Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study. *BMC Endocrine Disorders*. [Internet]. 2021 [citado 04 febrero 2022];21:46. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12902-021-00713-w>
52. American Diabetes Association. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes –2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl 1):S168-79.
53. Kirkman MS, Jones V, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults: A consensus report. *JAGS*. 2012;60:2342-56.
54. Babwah F, Baksh S, Blake L, Cupid-Thuesday J, Hosein I, Sookhai A, et al. The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Pan Am J Public Health*. 2006;19(2):80-4.
55. Siddiqui MA, Khan MF, Carline TE. Gender differences in living with diabetes mellitus. *Mat Soc Med*. 2013;25(2):140-2.
56. Kapur A, Seshiah V. Women & diabetes: Our right to a healthy future. *Indian J Med Res*. 2017;146:553-6.
57. Shah VN, Wu M, Polsky S, Snell-Bergeon JK, Sherr JL, Cengiz E, et al. Gender differences in diabetes self-care in adults with type 1 diabetes: Findings from the T1D exchange clinic registry. *J Diab Complic*. 2018;32(10):961-5.
58. González JP, Reyes R. Desarrollo de la Educación en Cuba después del año 1959. *Rev Complutense Educ*. 2012;21(1):13-35.
59. Rosales S, Esquenazi A, Galeano L. La brecha de educación en Cuba con un enfoque de género. *Economía Desarrollo*. 2017;158(1):140-51.
60. Arnold Y, Licea ME, Hernández J. Contribución de la Epidemiología al estudio de la diabetes mellitus. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2017;55(2):46-50.



61. Yanes M. Diabetes mellitus: un problema de salud en Cuba. *Revista Cubana de Medicina*. [Internet]. 2019 [citado 07 febrero 2022];58(4):e1319. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v58n4/1561-302X-med-58-04-e1319.pdf>.
62. Mundet X, Carmona F, Gussinyer P, Tapia I, García I, Farrús M, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2. Evolución tras 5 años de seguimiento. *Atención Primaria*. 2000;25(6):406-11.
63. Sabag E, Álvarez A, Celiz S, Gómez AV. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(5):415-21.
64. Hodelín EH, Maynard RE, Maynard GI, Hodelín H. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II en adultos mayores. *Rev Inf Cient*. 2018;97(3):528-37.
65. Harris MF. Challenges in diabetes management. *Aust Fam Phys*. 2008;37(9):716-20.
66. Chan JL, Abrahamson MJ. Pharmacological management of type 2 diabetes mellitus: Rationale for rational use of insulin. *Mayo Clin Proc*. 2003;78:459-67.
67. Thrasher J. Pharmacologic management of type 2 diabetes mellitus: Available therapies. *Am J Cardiol*. 2017;120 (Suppl):S4-16.
68. Taylor SI, Shahidzadeh Z, Beitelshees AL. Pharmacological treatment of hyperglycemia in type 2 diabetes. *J Clin Invest*. [Internet]. 2021 [citado 07 febrero 2022];131(2):e142243. Disponible en: <https://doi.org/10.1172/JCI142243>.
69. Riddle MC. The current schemes of insulin therapy: Pro and contra. *Diab Res Clin Prac*. [Internet]. 2021 [citado 07 febrero 2022];175:108817. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108817>.
70. Mediavilla JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *SEMERGEN*: 2001;27(3):132-45.
71. Perales MP, Martín MA. Papel de Atención Primaria en las complicaciones crónicas de la diabetes. *SEMERGEN*. 2005;31(6):265-9.
72. Páez JA, Triana JD, Ruiz MA, Masmela KM, Parada YA, Peña CA, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus: visión práctica para el médico de atención primaria. *Cuarzo*. 2016;22(1):13-38.

73. Valdés E, Camps MC. Características clínicas y frecuencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013;29(2):121-31.
74. Díaz VE, Rivera J, Toledo P, Pozo G, Ortega A, Rendón J, et al. Aspectos clínicos de la COVID-19 en pacientes diabéticos. Diab Intern Endoc. 2020;XII(1):11-6.
75. Salman P, Gómez PC, Soto N. Diabetes mellitus y Covid-19. Epidemiología, fisiopatología, manejo ambulatorio e intrahospitalario. Revisión. Rev Chil Endo Diab. 2020;13(4):170-6.
76. Paz J. Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19. Acta Méd Perú. 2020;37(2):176-85.
77. Torres JL, Aristizábal N, González D, Aguilar C, Blanco VM. COVID-19 y diabetes. Retos, Implicaciones y manejo durante la pandemia. Rev CES Med. 2020; Especial COVID-19:95-103.
78. Builes CE, Ramírez A. Diabetes mellitus en COVID-19: ¿factor de riesgo o factor pronóstico? Rev Colomb Endoc Diab Metab. 2020;7(supl 2):62-6.
79. Zapata JA, Gallegos IA, Zapata CI. Una revisión sobre factores clínicos y pronóstico en pacientes con diabetes mellitus infectados por el SARS-CoV-2. 16 de Abril. [Internet]. 2020 [citado 24 marzo 2022];59(278):e1015. Disponible en: [http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_4/article/view/1015](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1015).
80. Apicella M, Campopiano MC, Mantuano M, Mazoni L, Copelli A, Del Prato S. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8;782-92.
81. Goncalvez MT, Cunha G, Zanetti ML. Diabetes y Covid-19: lo que aprendimos de las dos pandemias en curso. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];29:e3285. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/L34w8qq8ccfQxW79FZH3Bnh/?lang=es&format=pdf>
82. Román A, Rodríguez LA, Builes CF, Castro DC, Builes CE, Arango CM, et al. Diabetes mellitus y COVID-19: fisiopatología y propuesta de tratamiento para el control glucémico en el tiempo de la pandemia. IATREIA. 2021;34(2):161-71.

83. Li F, Li YY, Liu MJ. Household transmission of SARS-CoV-2 and risk factors for susceptibility and infectivity in Wuhan: a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis.* 2021;21(5):617-28.
84. Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM. Household transmission of SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* [Internet]. 2020 [citado 20 marzo 2022];3(12):e2031756. Disponible en: [https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2774102/madewell\\_2020\\_oi\\_200987\\_1607354087.12032.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2774102/madewell_2020_oi_200987_1607354087.12032.pdf)
85. Wu J, Huang Y, Tu C, Bi C, Chen Z, Luo L, et al. Household transmission of SARS-CoV-2, Zhuhai, China, 2020. *Clin Infect Dis.* 2020;71:2099-108.
86. Angulo Y, Solís G, Cárdenas F, Jorge A, Acosta J, Cabezas C. Transmisión intra-hogar en personas infectadas por SARS-CoV-2 (COVID-19) en Lima, Perú. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];37(3):e00238720. Disponible en: <https://scielosp.org/article/csp/2021.v37n3/e00238720/es/>
87. Lage C, Álvarez AG, García M, Bell L, Alfaro A. Trabajo del área de salud “19 de Abril” en la atención a enfermos de COVID-19, julio-octubre 2020. *Rev Cubana Higiene Epidemiol.* [Internet]. 2021 [citado 20 marzo 2022];58:e1027. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/download/1027/1058>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **Consentimiento informado**

**Investigación:** Caracterización de personas con diabetes y aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a una consulta especializada.

**Institución:** Instituto Nacional de Endocrinología (INEN)/Centro de Atención al Diabético (CAD).

**Dirigido a:** la persona que vive con diabetes mellitus.

La presente investigación se desarrollará en el Centro de Atención al Diabético (CAD) del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). Esta se titula “Caracterización de personas con diabetes y aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a una consulta especializada” e involucrará a personas que viven con diabetes mellitus, que acuden a la consulta del lugar mencionado. Tiene como objetivo principal caracterizar a las personas con diabetes mellitus y algunos aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a la consulta de Clasificación del CAD del INEN durante el año 2021.

**Participación voluntaria y procedimiento:** su participación en la investigación será totalmente voluntaria y consistirá en responder algunas preguntas sobre sus datos generales, afines con la condición de diabetes y otras relacionadas con la COVID-19 y la asistencia a la consulta de Clasificación. Negarse a participar en el estudio, no tendrá para usted consecuencia negativa alguna desde el punto de vista personal ni de la atención de salud que se le ofrece por el sistema de salud.

**Confidencialidad:** sus nombres y apellidos no aparecerán en documento alguno. Su caso será identificado por un código, que se le asignará y que será conocido exclusivamente por los profesionales a cargo de ejecutar la investigación. La información obtenida solo se utilizará con fines investigativos y se garantizará el anonimato de esta.

**Beneficios:** por medio de esta investigación, se identificarán y describirán las características de las personas con diabetes que acuden a la consulta de Clasificación durante un determinado periodo de la epidemia de COVID-19 en

cuanto a diferentes aspectos, lo cual contribuirá, en general, a mejorar la atención de las personas con esta condición de salud.

Ante cualquier duda relacionada con la investigación, usted puede localizar a los responsables del proyecto: Dra. Liset Padilla Ledesma y Dr. Jeddú Cruz Hernández, por medio del número telefónico: 78323545.

Consentimiento:

Yo, \_\_\_\_\_,

luego de haber leído este documento, recibir suficiente información acerca de la investigación y hablar con los responsables de esta, doy mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Modelo de recogida del dato primario

**Investigación:** Caracterización de personas con diabetes y aspectos relacionados con la COVID-19 y la asistencia a una consulta especializada.

**Institución:** Instituto de Endocrinología (INEN)/Centro de Atención al Diabético (CAD).

Número: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### *Datos sociodemográficos:*

- Edad cronológica: \_\_\_\_\_
- Sexo: H: \_\_\_\_\_ o M: \_\_\_\_\_
- Escolaridad: \_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Municipio de residencia en La Habana: \_\_\_\_\_

#### *Datos relacionados con la DM:*

- Tipo: DM 1: \_\_\_\_\_ o DM 2: \_\_\_\_\_
- Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_
- Tratamiento con insulina: sí: \_\_\_\_\_, no: \_\_\_\_\_
- Tipo de esquema de tratamiento insulínico: monodosis: \_\_\_\_\_, convencional: \_\_\_\_\_ o múltiples dosis: \_\_\_\_\_
- Complicaciones crónicas: sí: \_\_\_\_\_, no: \_\_\_\_\_
- Tipo de complicación crónica: \_\_\_\_\_
- Personal médico con que se atiende habitualmente: solo con médico de familia: \_\_\_\_\_, con médico de familia y endocrinólogo del área de salud: \_\_\_\_\_, con el médico de la familia y otro especialista: \_\_\_\_\_ o con médico de la familia y endocrinólogo del nivel secundario o terciario: \_\_\_\_\_
- Periodicidad de la atención médica recibida:  $\leq$  4 meses: \_\_\_\_\_ o  $>$  4 meses: \_\_\_\_\_

#### *Datos relacionados con la COVID-19:*

- Antecedente de COVID-19: sí: \_\_\_\_\_, no: \_\_\_\_\_

- Adquisición de la COVID-19 debido al contacto con un caso confirmado intradomiciliario: sí: \_\_\_\_\_, no: \_\_\_\_\_
- Consideración personal acerca de la forma en que se manifestó la enfermedad de COVID-19: ligera: \_\_\_\_\_, moderada: \_\_\_\_\_ o grave: \_\_\_\_\_
- Ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) durante la enfermedad de Covid-19: sí: \_\_\_\_\_, no: \_\_\_\_\_
- Consideración personal acerca de si la enfermedad de COVID-19 contribuyó a la existencia actual de un mal control de la DM: sí: \_\_\_\_\_, no: \_\_\_\_\_

*Datos relacionados con la actividad de remisión:*

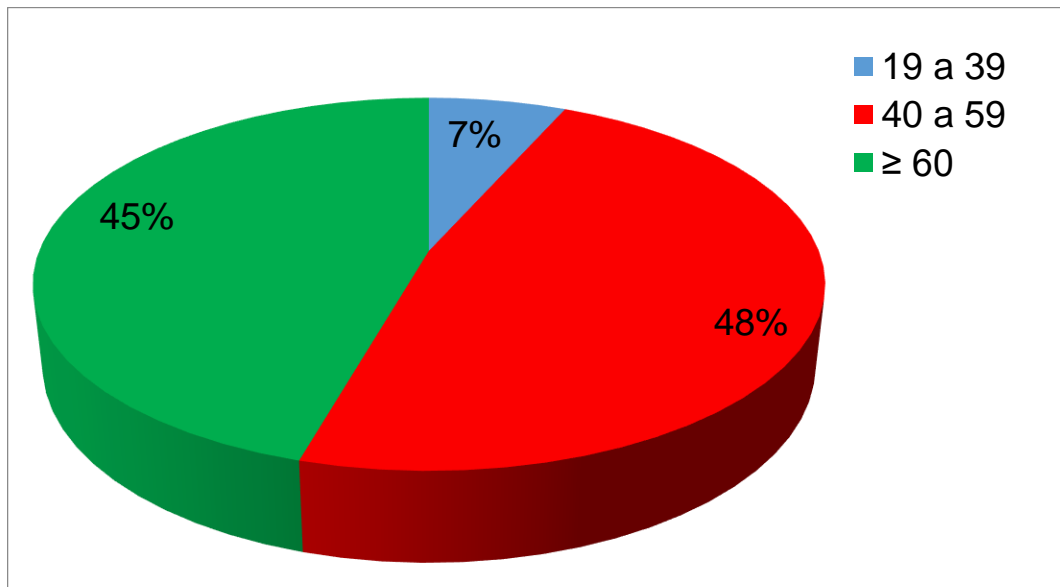
- Forma de asistencia a la consulta: espontánea: \_\_\_\_\_ o remitido: \_\_\_\_\_
- Profesional médico que realizó la remisión a la consulta: médico de la familia: \_\_\_\_\_, endocrinólogo de la APS: \_\_\_\_\_ u otros: \_\_\_\_\_
- Motivo de remisión a la consulta: sugerencia de ingreso en el CAD: \_\_\_\_\_, descontrol de la enfermedad: \_\_\_\_\_, duda diagnóstica sobre enfermedad intercurrente o su tratamiento: \_\_\_\_\_, duda diagnóstica sobre complicación crónica o su tratamiento: \_\_\_\_\_, consultar a un especialista que no sea endocrinólogo: \_\_\_\_\_, adquisición de algún medicamento para tratar la DM: \_\_\_\_\_ u otros: \_\_\_\_\_
- Motivo de asistencia espontánea a la consulta: ausencia de médico de la familia: \_\_\_\_\_, ausencia de endocrinólogo o internista en área de salud: \_\_\_\_\_, cercanía de residencia al CAD del INEN: \_\_\_\_\_, creencia de que sería mejor atendido en CAD del INEN, que en la APS: \_\_\_\_\_ u otros: \_\_\_\_\_

*Motivo de asistencia a la consulta de Clasificación de los pacientes que acuden espontáneamente:*

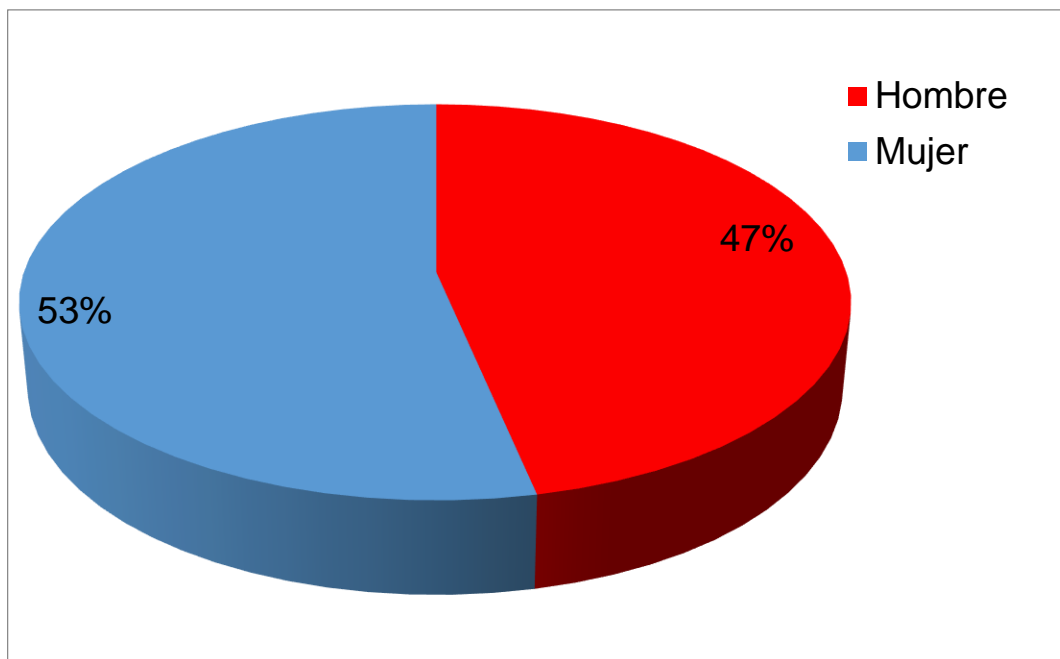
- Desconocimiento del requerimiento de la remisión.
- Ausencia de médico de la familia.
- Ausencia de endocrinólogo o internista del área de salud.
- Cercanía de residencia al CAD del INEN.
- Creencia de que será mejor atendido en CAD del INEN, que en la APS.
- Otros.

### Anexo 3

**Gráfico 1:** Distribución de los sujetos según edad.

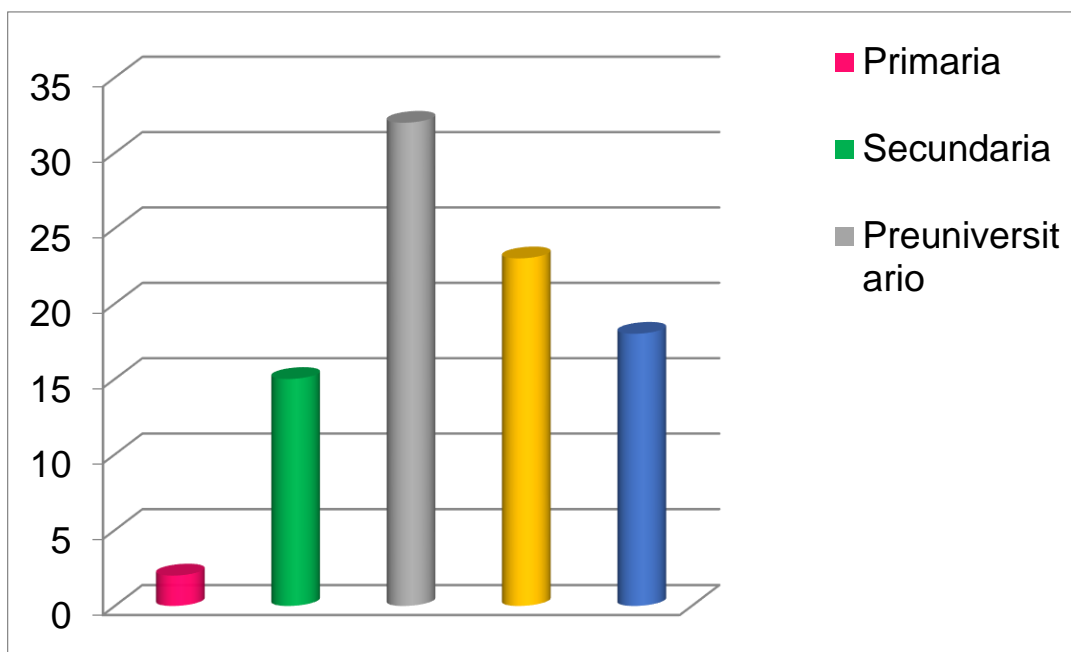


**Gráfico 2:** Distribución de los sujetos según sexo.

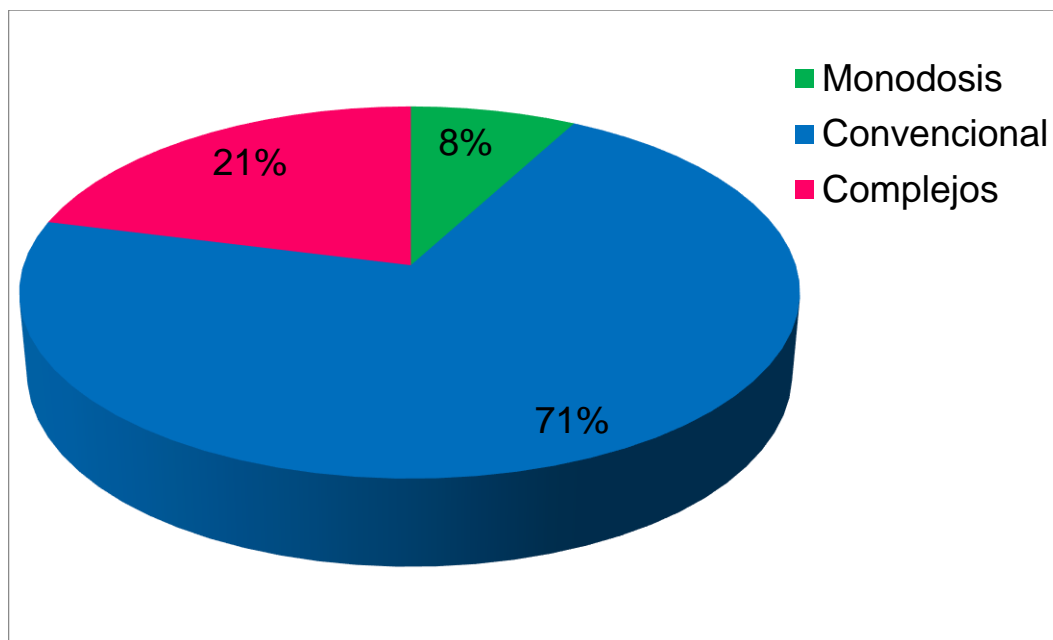




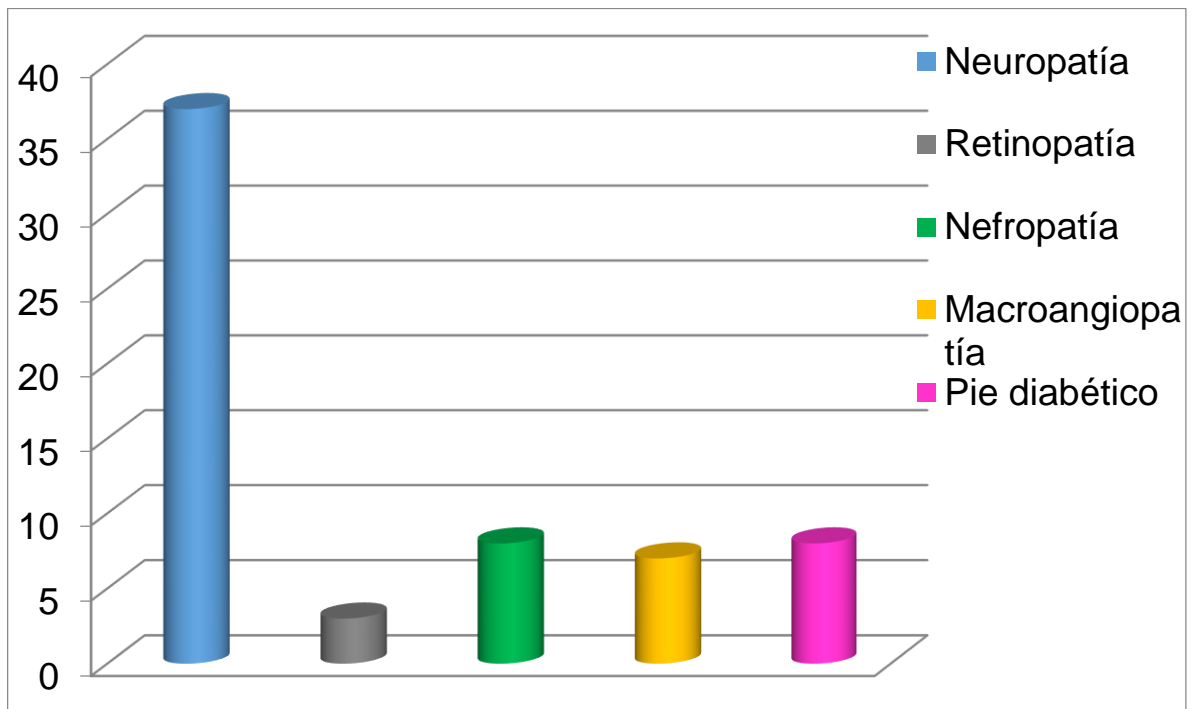
**Gráfico 3.** Distribución de los sujetos según escolaridad



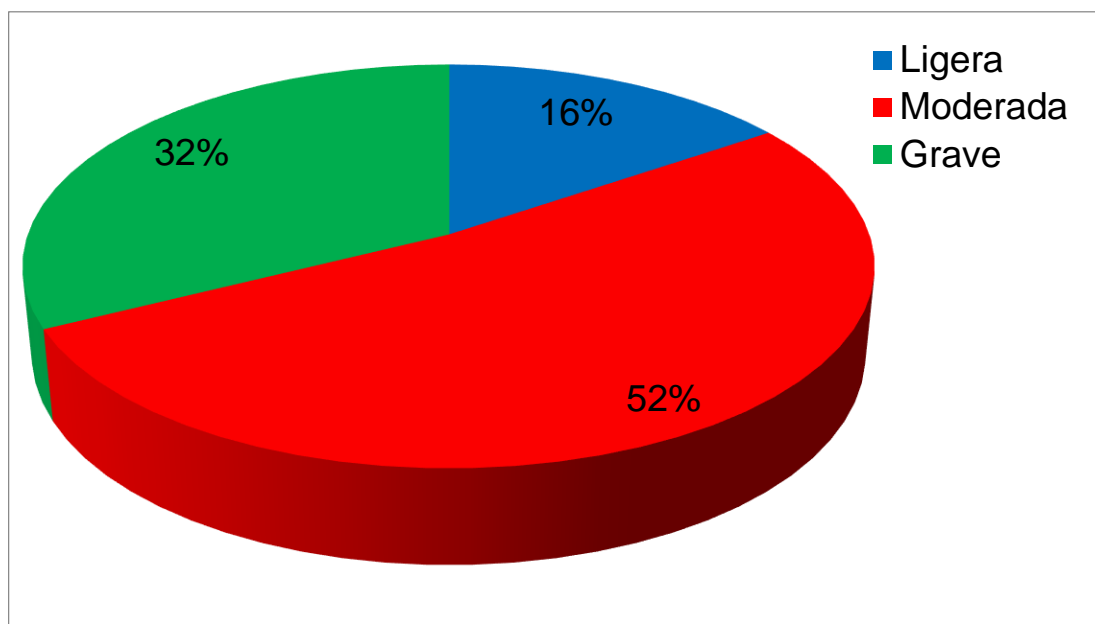
**Gráfico 4:** Distribución según tipo de esquema de tratamiento insulínico



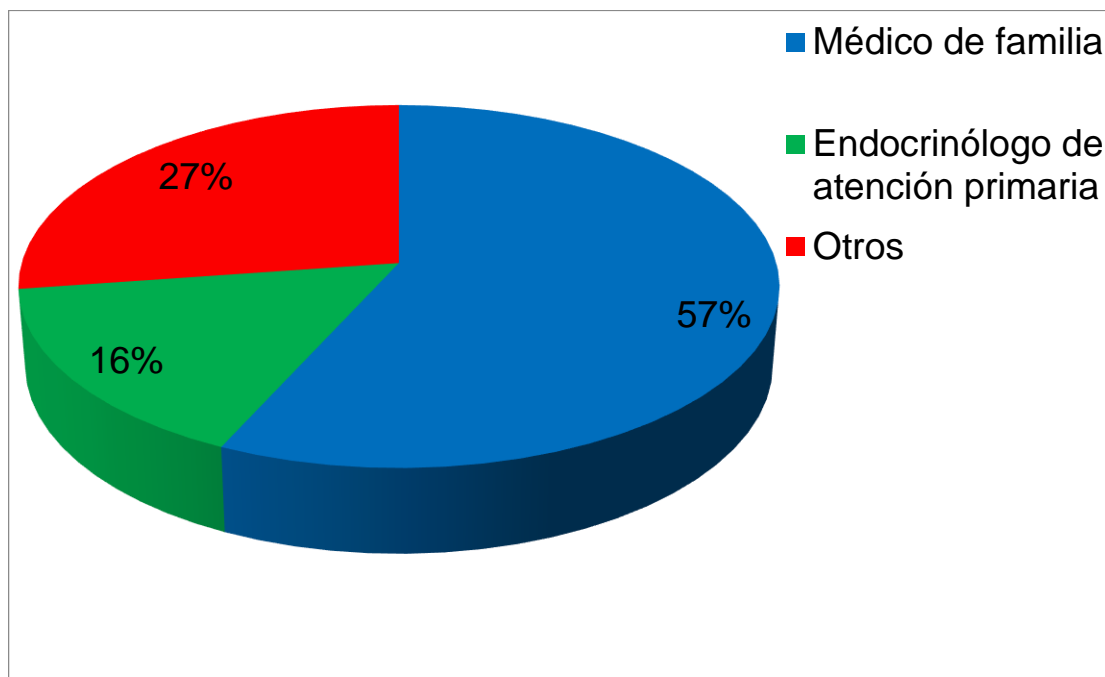
**Gráfico 5:** Distribución de los sujetos según tipo de complicación crónica de la diabetes mellitus



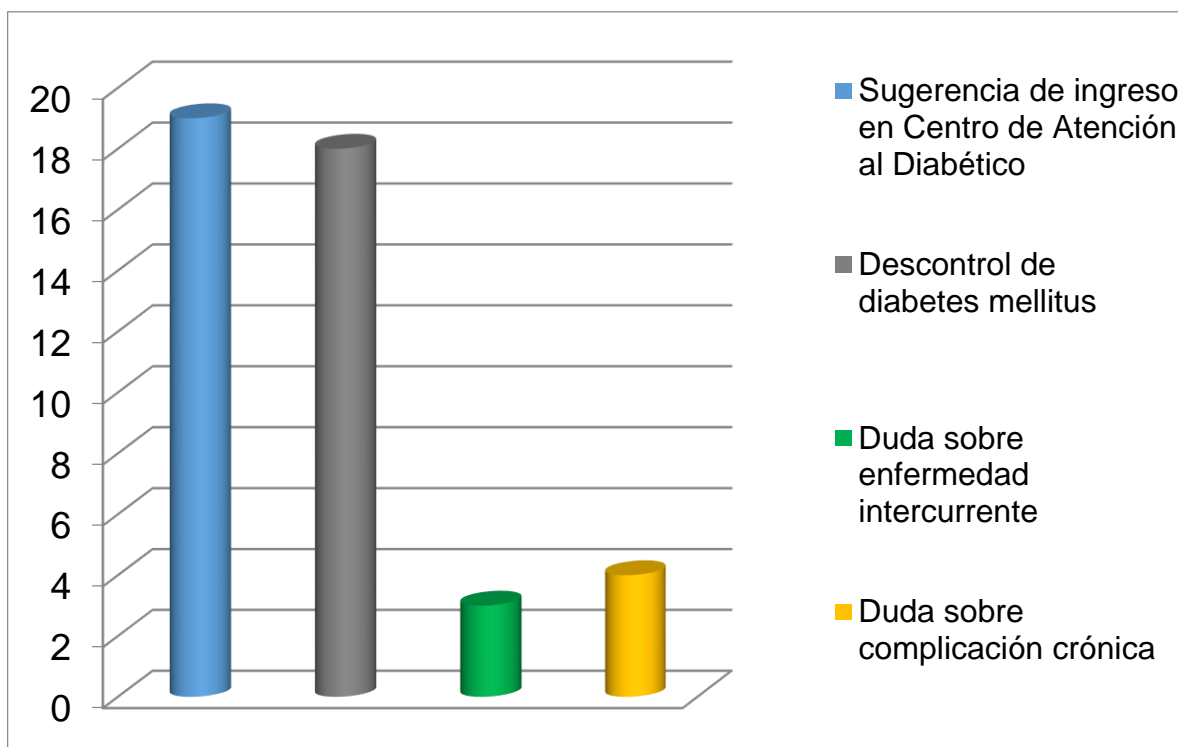
**Gráfico 6:** Distribución de los sujetos según su consideración acerca de cómo fue su enfermedad de COVID-19



**Gráfico 7** Distribución de los sujetos según profesional médico que realizó la remisión a la consulta de Clasificación



**Gráfico 8:** Distribución de los sujetos según motivo de remisión a la consulta de Clasificación.



**Gráfico 9:** Distribución de los sujetos según motivo de asistencia espontánea a la consulta de Clasificación.

