



Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Identificación de las principales barreras en la práctica clínica diaria

Irene Vinagre Torres e Ignacio Conget Donlo*

Unidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic i Universitari de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España

RESUMEN

Palabras clave:

Diabetes mellitus tipo 2
Inercia terapéutica
Control metabólico
España

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica de alta prevalencia, con un alto coste social y un gran impacto sanitario determinado por el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. Entre el 6,3 y el 7,4% del presupuesto de nuestro sistema nacional de salud se dedica a la atención de los pacientes con esta enfermedad, principalmente centrado en hospitalizaciones y fármacos no hipoglucemiantes, lo que representaría un gasto anual de 1.290 a 1.476 € por paciente. A pesar de los nuevos fármacos para el tratamiento de la DM2, de la evidencia científica y de las guías nacionales e internacionales disponibles para poder conseguir los objetivos de control glucémico, este es complejo y todavía insuficiente. Los principales motivos que se barajan como implicados en la no consecución de objetivos en el paciente con DM2 son la inercia terapéutica (presente en un 40% en nuestro medio en pacientes con HbA1c > 7%), el incumplimiento terapéutico por parte del paciente, los problemas inherentes al sistema sanitario y la historia natural de la enfermedad.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Control of type 2 diabetes mellitus in Spain today: identification of the main obstacles in daily clinical practice

ABSTRACT

Keywords:

Type 2 diabetes mellitus
Clinical inertia
Metabolic control
Spain

Type 2 diabetes mellitus (DM2) is a highly prevalent chronic disease with major social and healthcare repercussions due to the development of acute and chronic complications. The care of patients with DM2 represents between 6.3% and 7.4% of the budget of the Spanish national health service and is mainly centered on hospital admissions and hypoglycemic agents, leading to an annual expenditure of 1,290 € to 1,476 € per patient. The attainment of glycemic targets remains complex and inadequate, despite new drugs for the treatment of DM2, the available scientific evidence, and national and international guidelines. The main causes proposed for failure to achieve these targets in DM2 are clinical inertia (found in 40% of physicians in Spain treating patients with HbA1c > 7%), poor treatment adherence, the problems inherent to the health system, and the natural history of the disease.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las cifras que caracterizan a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) la convierten hoy en día en un problema socioeconómico y sanitario de primer orden. Además, estas cifras han adquirido ya mundialmente tintes de verdadera epidemia. Nos encontramos frente a una enfermedad potencialmente grave, desconocida por el paciente en la mayoría de casos y que con frecuencia ya viene acompañada del diag-

nóstico por la presencia de complicaciones crónicas (micro y macrovasculares). Además, hoy sabemos que en el mejor de los casos el tratamiento actual de la enfermedad simplemente previene o enlentece la aparición de estas últimas^{1,2}.

Nuestros conocimientos actuales sobre la DM2 podrían resumirse de la siguiente forma: *a)* nos hallamos frente a una entidad con una fisiopatología y traducción clínica heterogéneas; *b)* viene determinada por componentes genéticos y ambientales; *c)* su herencia es claramente poligénica, lo que significa que es necesaria la presencia de varias anomalías genéticas para que se materialice clínicamente; *d)* los defectos en la sensibilidad y en la secreción de insulina que habitualmente coexisten son fenómenos cruciales en la fisiopatología de

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iconget@clinic.ub.es (I. Conget Donlo).

la enfermedad, y vienen determinados genéticamente de forma directa y modulados por factores adquiridos; e) no debemos olvidar que una gran proporción de los pacientes con DM2 son obesos y que la obesidad, especialmente la de localización abdominal, genera per se resistencia a la insulina y está bajo control genético, y f) la DM2 se acompaña de un riesgo incrementado para padecer enfermedad cardiovascular en cualquiera de sus formas de presentación clínica. De hecho, los episodios cardiovasculares constituyen en el 75-80% de casos la causa directa o indirecta de mortalidad en los pacientes con DM2³⁻⁷.

Hoy sabemos que las alteraciones en la sensibilidad a la insulina y los defectos en el funcionamiento de la célula β preceden en muchos años a la aparición de la DM2. De hecho, mientras la capacidad para segregar insulina es capaz de compensar la disminución en la sensibilidad a la acción de la hormona, no se evidencian alteraciones en el metabolismo intermediario⁸⁻¹¹. El tratamiento inicial de un paciente con DM2 se basa en la prescripción individualizada de una dieta y de un programa de ejercicio físico. Si con estas medidas el control metabólico no se considera dentro de los objetivos prefijados, y ante la ausencia de criterios clínicos de insulinización inmediata, deberemos considerar la utilización de fármacos antidiabéticos orales (ADO). Si tenemos en cuenta que la eficacia del tratamiento va a venir marcada por diversos aspectos intrínsecos y extrínsecos de la evolución de la enfermedad y el paciente, es obvio que el tratamiento de la DM2 con ADO, lejos de ser una situación estática, se convierte en un proceso dinámico con una reconsideración periódica de su eficacia y seguridad. Esta continua reevaluación del tratamiento puede pasar por la asociación de diferentes ADO, su utilización conjunta con la insulina o bien la utilización exclusiva de esta última¹².

Si hablamos de resultados, entendidos como consecución de objetivos en el control glucémico, no hay duda de que en el manejo global del paciente con DM2, los ADO son el hermano pobre del arsenal terapéutico. En términos comparativos con el control de la presión arterial y los lípidos, los ADO de que disponemos son de discutible eficacia, sobre todo si hablamos de control a largo plazo. Además, si bien hoy nadie discute que el control de la glucemia previene o retrasa la progresión de las complicaciones microvasculares, hasta la fecha ninguna intervención dirigida a controlar las cifras de glucemia ha demostrado, de manera fehaciente, beneficio alguno en términos de enfermedad macrovascular^{13,14}. Si a estos 2 hechos le añadimos factores como la seguridad a largo plazo, la relación coste-beneficio, la inercia terapéutica, la falta de adherencia, entre otros, es fácilmente comprensible entender que no son pocas las barreras que se interponen en el uso eficiente de los ADO en el tratamiento del paciente con DM2.

Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Algunas cifras

Conocer la magnitud del problema en nuestro entorno es un punto clave si queremos planificar la mejor estrategia de enfrentarnos a él. En el caso de la DM2 y su prevalencia, afortunadamente disponemos hoy en día de un estudio muy reciente que aborda las cifras que representan a la enfermedad en todo el Estado español. Hablamos del estudio Di@bet.es, un estudio de ámbito nacional y de base poblacional realizado entre 2009 y 2010 en una muestra representativa del territorio nacional (5.072 participantes con una edad \geq 18 años, 58,4% mujeres)¹⁵. La prevalencia total de DM2 ajustada por edad y sexo es del 13,8% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 12,8-14,7), la cifra se incrementa progresivamente con la edad (*odds ratio* [OR]: 1,05; IC del 95%, 1,04-1,06), es algo menor en la población de mujeres (OR: 0,34; IC del 95%, 0,28-0,45) y en prácticamente la mitad de los casos (6%) la existencia de esta alteración del metabolismo hidrocarbonado es desconocida por el sujeto. Los pacientes españoles con DM2 son más frecuentemente obesos (OR: 1,70; IC del 95%, 1,37-2,05), tienen la presión arterial más alta (OR, 2,26; IC del 95%, 1,77-

2,87), el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad más bajo (OR: 1,54; IC del 95%, 1,25-1,91), los triglicéridos más altos (OR: 1,99; IC del 95%, 1,60-2,48) y, en mayor proporción, tienen más antecedentes familiares de DM2 (OR: 2,70; IC del 95%, 2,21-3,31) que la población sin alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Un dato de especial interés es que el nivel educativo también se relaciona con el riesgo de presentar DM2, de tal manera que un nivel educativo bajo supone casi un incremento del 30% en el riesgo de presentar la enfermedad. A todos estos datos de reciente aparición, podemos añadir que la DM2 se lleva de 2 al 7% del total del presupuesto sanitario de los países de nuestro entorno dentro de la Unión Europea. Concretamente, en España, y según algunos estudios, entre el 6,3 y el 7,4% del presupuesto de nuestro sistema nacional de salud se dedica a la atención de los pacientes con esta enfermedad¹⁶. Además, el coste anual de estos pacientes es casi el doble que el de los pacientes que no la padecen y, en general, el 40% de este incremento se debe al tratamiento y control de las enfermedades cardiovasculares.

Todos estos resultados y cifras dan una idea de la magnitud ingente del problema y deben predisponer a todos los implicados en la atención de esta enfermedad, y en especial a las autoridades sanitarias, a implementar medidas y estrategias de prevención y control de manera urgente.

Consecución de los objetivos del tratamiento. Identificación de las principales barreras en la práctica clínica diaria

Es importante utilizar de forma óptima las diferentes estrategias terapéuticas de que disponemos, combinándolas adecuadamente, con el fin de conseguir los objetivos de control glucémico. A pesar de la evidencia científica y las múltiples guías nacionales e internacionales disponibles para tal efecto, el control adecuado de los sujetos con DM2 es un fin complejo y todavía insuficiente. Así, varios estudios realizados en España¹⁷⁻¹⁹ confirman que hay todavía una discordancia entre las recomendaciones y la práctica clínica habitual, llegando solo un 7-9% de los pacientes con DM2 a la consecución de un control óptimo de la glucemia y del resto de los factores de riesgo cardiovascular. En un estudio poblacional, recientemente publicado en Cataluña y realizado en el ámbito de la atención primaria, se identificó que la HbA1c media de los sujetos con DM2 era de $7,15 \pm 1,5\%$, con un 56% de estos con cifras $\leq 7\%$, según recomiendan las guías¹⁹.

Se han estudiado ampliamente los motivos principales de la no consecución de objetivos en el paciente con DM2, reconociéndose 3 posibles determinantes. A saber, la inercia terapéutica por parte del personal, el incumplimiento del tratamiento por parte del paciente y los problemas inherentes al sistema sanitario, que ha de facilitar los medios para que el paciente y el profesional puedan conseguir los objetivos. También la propia historia natural de la enfermedad, tal y como se ha explicado anteriormente, dificulta su consecución.

A pesar de que los objetivos de control están bien definidos, de que disponemos de fármacos eficaces a nuestro alcance y de que las guías de práctica clínica están bien difundidas, los médicos a menudo son reacios a iniciar o intensificar el tratamiento durante las visitas sucesivas de los pacientes con patologías crónicas²⁰. En diferentes estudios publicados en los últimos años, la mayoría de ellos en Estados Unidos o en Canadá, la inercia se sitúa entre el 52 y el 66%, siendo la HbA1c media en el momento del cambio $> 9\%$, cifra que se encuentra muy lejos de las recomendaciones para la intensificación del tratamiento (habitualmente 7%). Este problema no parece ser tan exagerado en nuestro medio, ya que un estudio recientemente publicado sobre atención primaria en Cataluña objetivó una inercia terapéutica del 40% en los pacientes con HbA1c $> 7\%$ ²¹. Las razones para no intensificar el tratamiento de los sujetos con DM2 también se han estudiado en varias ocasiones. Los profesionales sanitarios consideran como motivos principales para justificar la falta de intensificación, la autopercepción de que el control está mejorando (34%) o la creencia de que el paciente no es el mejor candidato a las modifica-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3799405>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3799405>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)