

Tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria en España



Jaime Arroyo^a, Xavier Badía^b, Hermenegildo de la Calle^c, Javier Díez^d, Enric Estmatjes^e, Isabel Fernández^f, Claudia Filozof^g, Josep Franch^h, Gemma Gambúsⁱ, Ramón Gomis^j, Javier Navarro^k, Pedro de Pablos^l y Grupo pro-Star

^aCap Sant Fèlix. Sabadell. Barcelona. ^bHealth Outcomes Research Europe. Barcelona.

^cServicio de Endocrinología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ^dCentro de Salud Tafalla. Tafalla.

^eServicio de Endocrinología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^fCentro de Salud de Camas. Sevilla.

^gUnidad de Lípidos. Área de Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

^hCentre d'Atenció Primària Raval Sud. Barcelona. ⁱÁrea Cardiovascular. Novartis Farmacèutica. ^jHospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^kCentro de Salud Salvador Pau. Valencia. ^lHospital Virgen del Pino. Las Palmas de Gran Canarias. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Evaluar el control metabólico y las complicaciones, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el uso de recursos sanitarios (URS) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en centros de atención primaria en España.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudiamos a 628 pacientes divididos en 4 cohortes: 1. Pacientes con DM2 que iniciaban tratamiento farmacológico. 2. Pacientes con DM2 que habían recibido fármacos anti-diabéticos durante menos de un año. 3. Pacientes con DM2 que habían recibido tratamiento farmacológico durante más de un año. 4. Pacientes con glucemia basal alterada (controles).

RESULTADOS: Un 80% de los pacientes presentaba sobrepeso. Inicialmente presentaron un valor de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) inferior al 8%, el 27,9, el 23,5 y el 36,9% de las cohortes 1, 2 y 3, respectivamente, y el 14,6, el 21,3 y el 22,8% tras 6 meses. Presentaron inicialmente un deficiente control lipídico, el 38,0, el 21,2 y el 20,7% de las cohortes 1, 2 y 3, respectivamente. Tras 6 meses, el 57,4, el 54,2 y el 45,3% de los mismos grupos de pacientes presentaban aún concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad superiores a 130 mg/dl. Las complicaciones fueron más frecuentes en la cohorte 3. El URS fue mayor entre los diabéticos que en los controles ($p < 0,05$) y mayor en la cohorte 3 ($p < 0,05$) que en los otros grupos. Significativamente más diabéticos que controles informaron que su CVRS sería mejor sin diabetes, así como más pacientes de la cohorte 3 que de las cohortes 1 y 2.

CONCLUSIONES: Aproximadamente 1 de cada 4 pacientes diabéticos presenta valores de control glucémico y lipídico superiores a los establecidos por las guías. El control es peor en el grupo de pacientes diabéticos de larga evolución. El URS y la alteración de la CVRS es también superior en este grupo.

Palabras clave: DM2. Control metabólico. Anti-diabéticos orales. Hipoglucemia. Complicaciones micro y macrovasculares. Costes. Calidad de vida.

Management of type 2 diabetic patients in primary care in Spain

BACKGROUND AND OBJECTIVE: We assess the metabolic control, complications, quality of life related to health (QLRH) and the type and amount of medical resource consumption (MRC) in type 2 diabetic patients (2DMp) followed by primary care physicians (PCP) in Spain.

PATIENTS AND METHOD: We studied 628 2DMp divided in 4 cohorts: 1. Either newly diagnosed 2DMp who required pharmacological treatment or failed to non-pharmacological measures; 2. Patients pharmacologically treated for less than 1 year; 3. Patients with pharmacological treatment for more than 1 year; 4. Patients with impaired fasting glucose (control group).

RESULTS: Eighty percent of the subjects were overweight. At baseline, 27.9, 23.5 and 36.9% of patients from cohorts 1, 2 and 3, respectively, had HbA_{1c} < 8%. After 6 months of follow-up, 14.6, 21.3 and 22.8% of patients from cohorts 1, 2 and 3, respectively, still had «bad control». At baseline, 38.0%, 21.2% and 20.7% of patients from cohorts 1, 2, and 3, respectively, had «bad lipid profile». After 6 months, 57.4%, 54.2% and 45.3% of cohorts 1, 2 and 3, respectively, still had plasma cLDL levels > 130 mg/dl. Complications were more frequent in cohort 3. During the 6-month period, MRC was higher among 2DMp than controls ($p < 0.05$) and higher among patients from cohort 3 ($p < 0.05$) compared with all the other patients. More diabetic than control patients and more patients from cohort 3 than patients from cohort 1 and 2 reported that their expected quality of life would be better without diabetes.

CONCLUSIONS: One out of four of diabetic patients studied had HbA_{1c} and lipids higher than the limits suggested by guidelines. Type 2 diabetes is associated with higher MRC and worse QLRH. This situation is worse among long-term diabetic patients.

Key words: NIDDM. Metabolic control. Oral anti-diabetic agents. Hypoglycaemia. Microvascular and macrovascular complications. Medical costs. Quality of life.

Correspondencia: Dra. C. Filozof.
Madre Antonia Paris, 6, bloque 3, 12 B. 28027 Madrid. España.
Correo electrónico: cfilozof@yahoo.com

Recibido el 2-11-2004; aceptado para su publicación el 29-3-2005.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la forma más frecuente de diabetes. Representa el 90-95% de los casos. Su prevalencia es más alta en los países occidentales, aumenta con la edad y en los individuos obesos o que tienen un estilo de vida sedentario¹⁻³.

En España, la prevalencia de DM2 y su elevada morbimortalidad asociada la convierten en un importante problema de salud pública⁴. En particular, la prevalencia de la diabetes en adultos de mediana edad oscila entre el 7 y el 16% en función del área geográfica y de los criterios diagnósticos utilizados⁵⁻⁸.

La DM es una de las principales causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. En España, supone la tercera causa de muerte entre las mujeres y la séptima entre los varones⁹. Los pacientes diabéticos presentan 2 a 4 veces mayor riesgo que la población general de desarrollar enfermedad cardiovascular, así como mayor riesgo de presentar una enfermedad microvascular específica: retinopatía diabética que puede provocar ceguera (riesgo 20 veces superior), neuropatía (riesgo 7 veces mayor) e insuficiencia renal (riesgo 25 veces superior)¹⁰.

El UK Prospective Diabetes Study (UKPDS)¹¹ ha demostrado que el estricto control glucémico se asocia con la disminución de las complicaciones micro y macrovasculares. Este estudio ha mostrado que no hay un límite para la asociación entre riesgo y control, y que los objetivos deben establecerse lo más cercano posible a los valores de glucemia y hemoglobina glucosilada de los individuos sin diabetes.

La DM origina elevados costes, tanto para los individuos que la presentan como para el sistema sanitario. En España, el coste directo de DM fue, en 1994, de unos 544,8 millones de euros en una población de 1.430.000 diabéticos conocidos, lo que significó un coste medio anual por paciente de 380,97 euros¹². Los costes de hospitalización representaron el coste económico más importante y correspondieron al 35% del coste total de la diabetes en 1994. El 5% de los ingresos hospitalarios son de pacientes diabéticos, causan el 6%

de las hospitalizaciones y representan el 8% del gasto total de hospitalización¹³.

Datos más recientes obtenidos a partir de un estudio de 1.004 pacientes que concurrían a 299 centros sanitarios en España revelan que el coste anual en salud por paciente con DM2 de una media de 10 años de evolución de su enfermedad fue de 1.305,15 euros. De este coste, el 28,6% (373,27 euros) se relacionó directamente con el control diabético, el 30,51% (398,20 euros) se atribuyó a las complicaciones de la enfermedad, mientras que el 40,9% no se relacionó directamente con la enfermedad. El coste medio de los pacientes sin complicaciones fue de 883 euros, mientras que el de los pacientes con complicaciones microvasculares fue de 1.403 euros y el de los pacientes con complicaciones macrovasculares, 2.022 euros. Los pacientes con complicaciones micro y macrovasculares presentaron un coste anual de 2.133 euros¹⁴.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un término genérico que incluye múltiples componentes del funcionamiento físico, mental y social. Una CVRS deficiente y un estado psicosocial problemático pueden afectar al control metabólico de la enfermedad interfiriendo en el cumplimiento del tratamiento. Los protocolos de tratamiento que incluyan estrategias para mejorar la CVRS pueden conseguir aumentar el cumplimiento y así optimizar el estado metabólico. La mejora del bienestar psicológico es un objetivo importante en el tratamiento de la diabetes¹⁵. En consecuencia, es esencial considerar la CVRS de los pacientes diabéticos para establecer un determinado régimen terapéutico^{16,17}. Sin embargo, en España no hay estudios que valoren el impacto de la diabetes y su tratamiento en la CVRS.

El objetivo del presente trabajo ha sido valorar el grado de control metabólico, la presencia de complicaciones, la CVRS y el uso de recursos sanitarios en la población diabética española asistida en centros de atención primaria.

Pacientes y método

Se trata de un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. Entre octubre de 2000 y junio de 2001, en 48 centros de atención primaria de España, se evaluó a un total de 628 pacientes divididos en 4 cohortes: 1. Pacientes con DM2 que iniciaban tratamiento farmacológico diagnosticados *de novo* o tras fracaso a las medidas dietéticas (n = 102). 2. Pacientes con DM2 que recibían tratamiento farmacológico desde hacía menos de un año, cohorte (n = 159). 3. Pacientes con DM2 tratados farmacológicamente por más de un año (n = 275). 4. Pacientes con glucemia basal alterada (glucemia en ayunas: 110 a 125,9 mg/dl) (cohorte control) (n = 92). La selección de los investigadores participantes (48 médicos de atención primaria) se realizó mediante muestreo estratificado por localización geográfica, medio (urbano, semiurbano y rural), edad y sexo, cuidando la representatividad de la población diabética atendida en atención primaria en España. Se excluyó a los pacientes con diabetes tipo 1, mujeres embarazadas, diabetes gestacional, diabetes resultante de síndromes genéticos

TABLA 1

Medición de la presión arterial sistólica y diastólica agrupadas en 4 categorías: «no HTA», HTA leve, moderada y grave

PAS (mmHg)	PAD (mmHg)			
	< 90	90-99	100-109	≥ 110
< 140	No HTA	HTA leve	HTA moderada	HTA grave
140-159	HTA leve	HTA leve	HTA moderada	HTA grave
160-179	HTA moderada	HTA moderada	HTA moderada	HTA grave
≥ 180	HTA grave	HTA grave	HTA grave	HTA grave

PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; HTA: hipertensión arterial.

TABLA 2

Clasificación del grado de control de la hiperglucemia y dislipemia

	Bueno	Aceptable	Deficiente
Glucemia basal (mg/dl)	< 110	110-125	≥ 126
Hemoglobina glucosilada (%)	< 7	7-8	> 8
Triglicéridos basales (mg/dl)	< 150	150-200	> 200
Colesterol total (mg/dl)	< 185	185-230	> 230
cHDL (mg/dl)	> 40	35-40	< 35
cLDL (mg/dl)	< 100	100-130	> 130

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

específicos, pacientes sometidos recientemente a cirugía, en tratamiento con fármacos que puedan interferir con el metabolismo hidrocárbónico, malnutrición evidente e infecciones agudas.

Las entrevistas se realizaron a 0, 3 y 6 meses. Se recogió la siguiente información: hábitos y estilo de vida (tabaco, actividad física), datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal [IMC]), control glucémico (glucemia y hemoglobina glucosilada [HbA_{1c}]) y control lipídico (triglicéridos plasmáticos y colesterol total y subfracciones: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad [cHDL] y baja densidad [cLDL]). El grado de sobrepeso se clasificó en: normopeso (IMC < 25 kg/m²), sobrepeso (IMC = 25-29,9 kg/m²), obesidad grado I (IMC = 30-34,9 kg/m²), obesidad grado II (IMC = 35-40 kg/m²) y obesidad grado III (IMC > 40 kg/m²). El control de la presión arterial (PA) se clasificó como sin HTA, HTA leve, moderada y grave (tabla 1). Por último, el grado de control glucémico y lipídico se clasificó en bueno, aceptable y deficiente (tabla 2). Se registró la presencia de complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética sintomática) y macrovasculares (cardiopatía isquémica, amputación de extremidades inferiores, vasculopatía periférica, úlceras vasculares por pie diabético, vasculopatía cerebral y claudicación intermitente), así como las hipoglucemias totales y graves.

Respecto al uso de recursos sanitarios, se investigó sobre la ayuda de terceras personas no sanitarias, visita al médico de atención primaria (AP), a enfermería, urgencias al médico de AP o del hospital, visita al médico especialista, ingreso hospitalario (planta, UVI o UCI), necesidad de transporte sanitario, limitación de la actividad principal, necesidad de tratamiento específico, analíticas (bioquímica simple, hemoglobina glucosilada, lipidograma, microalbuminuria), fondo de ojo, electrocardiograma (ECG) y otras exploraciones.

Para la valoración de la CVRS se utilizaron los cuestionarios ADDQoL y el EQ-5D¹⁸⁻¹⁹ en su versión en castellano. El ADDQoL permite la identificación de las dimensiones de la vida que son más importantes para el paciente y que se ven a su vez afectadas negativamente por la diabetes. Consta de 18 ítems que valoran 18 dimensiones específicas. Se evalúa el impacto de la DM2 en cada dimensión, así como la importancia de la dimensión por el paciente. Los ítems de impacto se evalúan mediante respuestas que oscilan entre -3 y 3 puntos. El EQ-5D consta de 5 preguntas que evalúan 5 dimensiones de la calidad de vida (sistema descriptivo) y de una escala visual analógica (EVA) para la autoevaluación del estado de salud. Las 5 dimensiones estudiadas son: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. La EVA simula un termómetro con mínimo «0» y máximo «100», donde «0» representa el peor estado de salud imaginable y «100» el mejor. El paciente debe marcar el punto de la escala que cree que se aplica mejor a su estado de salud.

Análisis estadístico

Las variables continuas se informan como media (desviación estándar [DE]) y las discretas con el número y porcentaje de pacientes por categoría de respuesta. Las características de los pacientes, el tratamiento de la DM2, el uso de recursos, la calidad de vida, la satisfacción y el cumplimiento terapéutico entre cohortes se compararon mediante la prueba de la χ^2 , y mediante el análisis de la varianza o su equivalente no paramétrico, la prueba de Kruskal-Wallis en el caso de variables continuas, dependiendo de si cumplían los criterios de aplicabilidad exigidos. Se han utilizado las pruebas de MacNemar (variables categóricas) o de los intervalos con signo de Wilcoxon para datos pareados al realizar algunas comparaciones longitudinales entre visitas de estudio. Para evaluar posibles diferencias entre cohortes de estudio, respecto a la presencia de hipoglucemias en cada una de las visitas se utilizó el estadístico de la χ^2 de asociación lineal. Para analizar la evolución del porcentaje de pacientes que experimentaron alguna hipoglucemia durante el desarrollo del estudio para cada cohorte se utilizó la prueba no paramétrica Q de Cochran.

Para evaluar los cambios producidos principalmente en calidad de vida y satisfacción con el tratamiento entre visitas de seguimiento, se utilizaron las tasas de crecimiento (TC), calculadas de la siguiente forma:

$$TC = \frac{\text{puntuación final} - \text{puntuación inicial}}{100 \times \text{puntuación inicial}}$$

El uso de recursos realizados entre las visitas inicial y final se ha computado como la suma de uso de recursos de las 24 semanas transcurridas entre la visita inicial y final, exigiendo como mínimo que 1 de los 2 diarios (3 o 6 meses) estuviera cumplimentado. El análisis de los datos se realizó en SPSS® 10.0 para Windows.

Para el cálculo del tamaño muestral, dado que no se disponía de estimación previa de las diferencias entre las principales variables de estudio, se determinó la diferencia a detectar según criterio estadístico, esperando diferencias entre proporciones iguales o superiores al 15% (diferencias entre pequeñas y moderadas). Para un grado de significación de $\alpha = 0,01$ y un poder estadístico de 0,8, se indicó la necesidad de incluir a un total de 258 pacientes en cada cohorte de estudio.

Resultados

Datos sociodemográficos, hábitos y estilo de vida

Se evaluó a un total de 628 pacientes, con una edad media (DE) de 62,2 (10,3) años.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9298433>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9298433>

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