

El tractament de la DM-2 en les diferents etapes de la malaltia

La insulinització: La demora sistemàtica en el tractament

Josep Franch

EAP Raval Sud

redGDPS



El escritor ve lectores,
el diputado, carnaza;
el mosén ve pecadores,
y yo veo a esa muchacha
del metro.

Los carteristas ven primos,
los banqueros ven morosos,
el casero ve inquilinos
y la pasma, sospechosos
en el metro.

El general ve soldados;
juanetes, el pedicuro;
la comadrona, pasado;
el enterrador, futuro.

La bella ve que la miran,
y el feo ve que no está
solo en este mundo que
viene y va.



La bella y el metro
Versos en la boca, 2002
Joan Manuel Serrat

El Sr Ramon

Te 76 anys, es diabètic tipus 2 des de fa 14 anys.

Ara en tractament amb Metformina 1-0-1 i
Glimepiride 1-0-0.

No ha fet complicacions. IMC 34 kg/m²

HTA ben controlada amb Ramipril

En la darrera analítica HbA1c de 7,2% (l'anterior
de fa 4 mesos era de 7,1%)



Quants de vosaltres modificariau el seu tractament ?

Què diuent les GPC sobre el sr Ramon?

- **ADA-EASD (2008):** Insulina (+metformina)
- **NICE (2008):** rés per què no es $\geq 7,5\%$
- **Ministerio (2008):** Insulina NPH nocturna
(+ metformina \pm SU)
- **Canadian (2008):** 3er FO o Insulina (+ Metf + SU)
- **redGDPS (2008):** 3er FO o Insulina (+metformina)
- **AACE/ ACE (2009):** 3er FO
- **SED (2010):** rés per què no es $\geq 7,5\%$
- **IDF (2011):** 3er FO o Insulina o GLP1
- **i la vostre EXPERIENCIA:** ????????

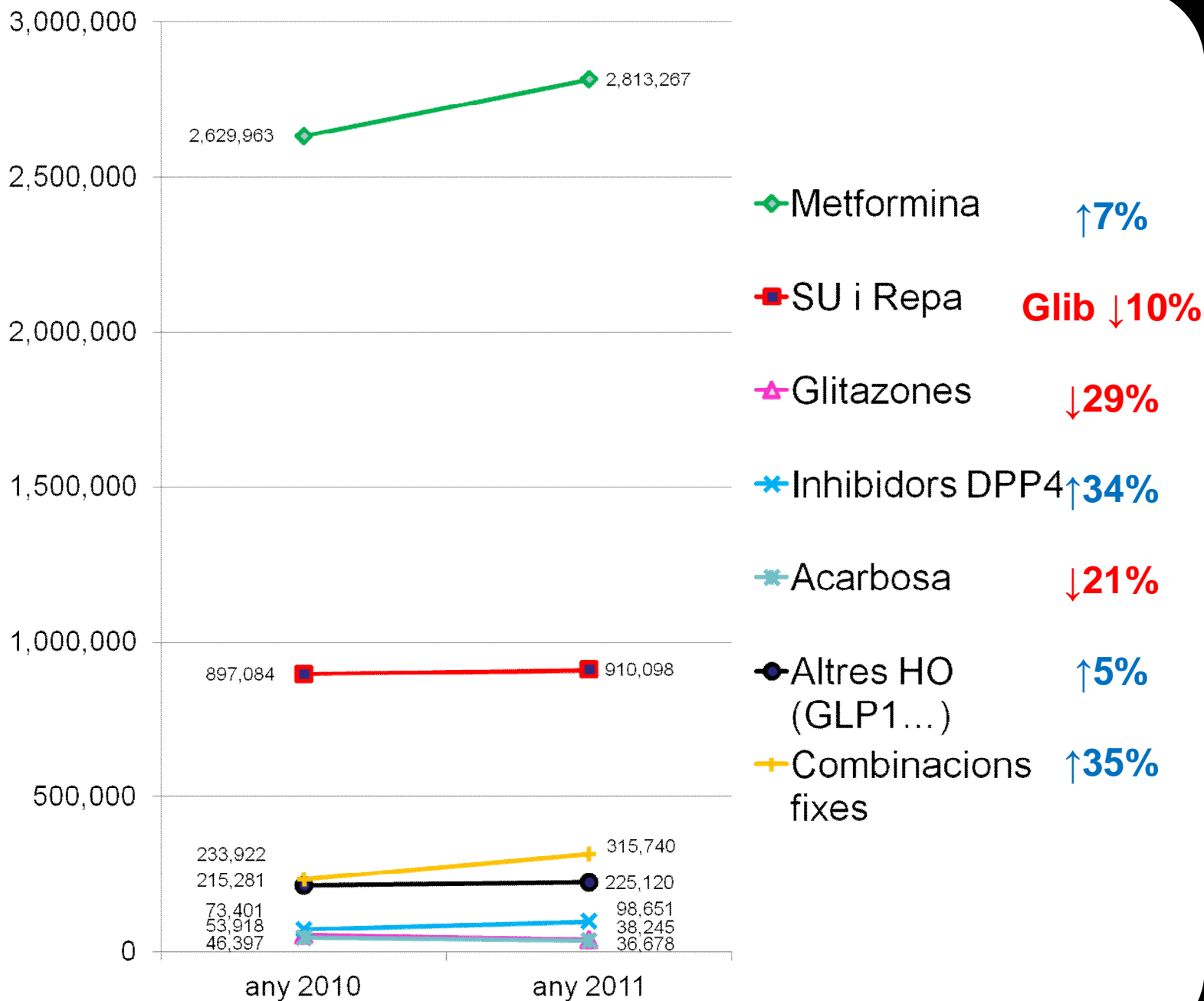


Per què no li van be les coses al sr Ramon

- Realment no li van bé?
- Potser no ens fa cas? **INCUMPLIMENT**
- Potser nosaltres no ho fem bé? **INERCIA**
- Potser la vida no és justa amb ell? **METAFISICA**

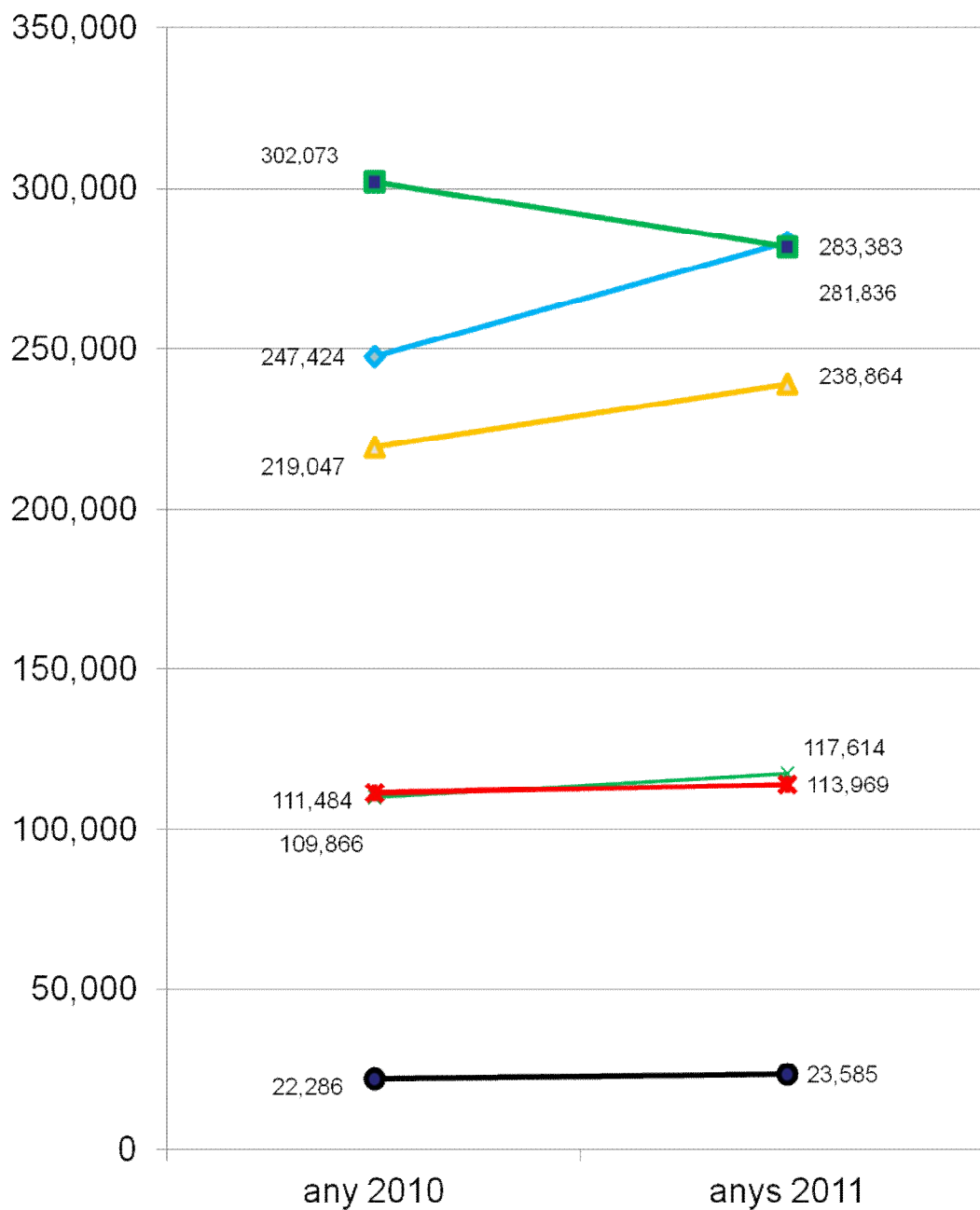
Ús de fàrmacs orals antidiabètics a Catalunya (2010-2011)

Envasos



Ús de insulines a Catalunya (2010-2011)

Envasos



↑ 4.65%

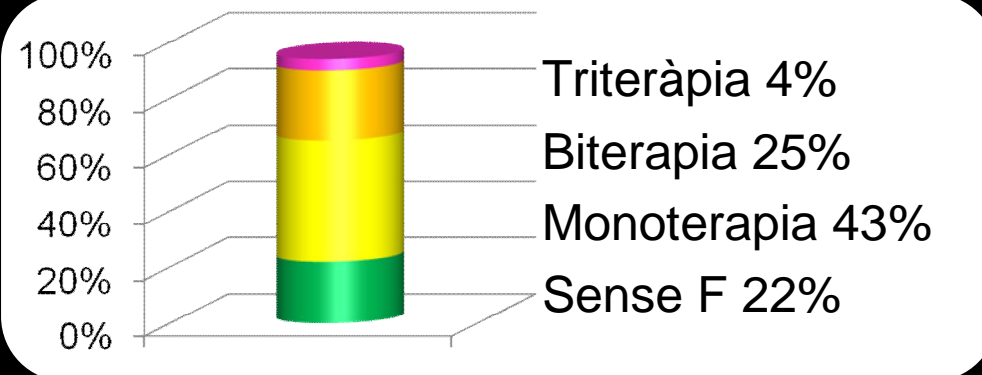
- ◆ Glargina ↑15%
- NPH ↓7%
- ▲ Aspartato ↑9%
- ✕ Lispro ↑7%
- ✱ Detemir ↑2%
- Glulisina ↑6%

Dades de la Primària: econrol DM

Objectiu: Conèixer el control glicèmic dels pacients amb DM2, així com descriure el tractament farmacològic i altres factors associats al bon control de la HbA1c en els CAPs de l'ICS de tota Catalunya

Pacient DM2: N	286.791
Edat (anys): mitjana (DE)	68 (11)
Sexe: % homes	53.7 %
Anys d'evolució: mitjana (DE)	6.5 (5)

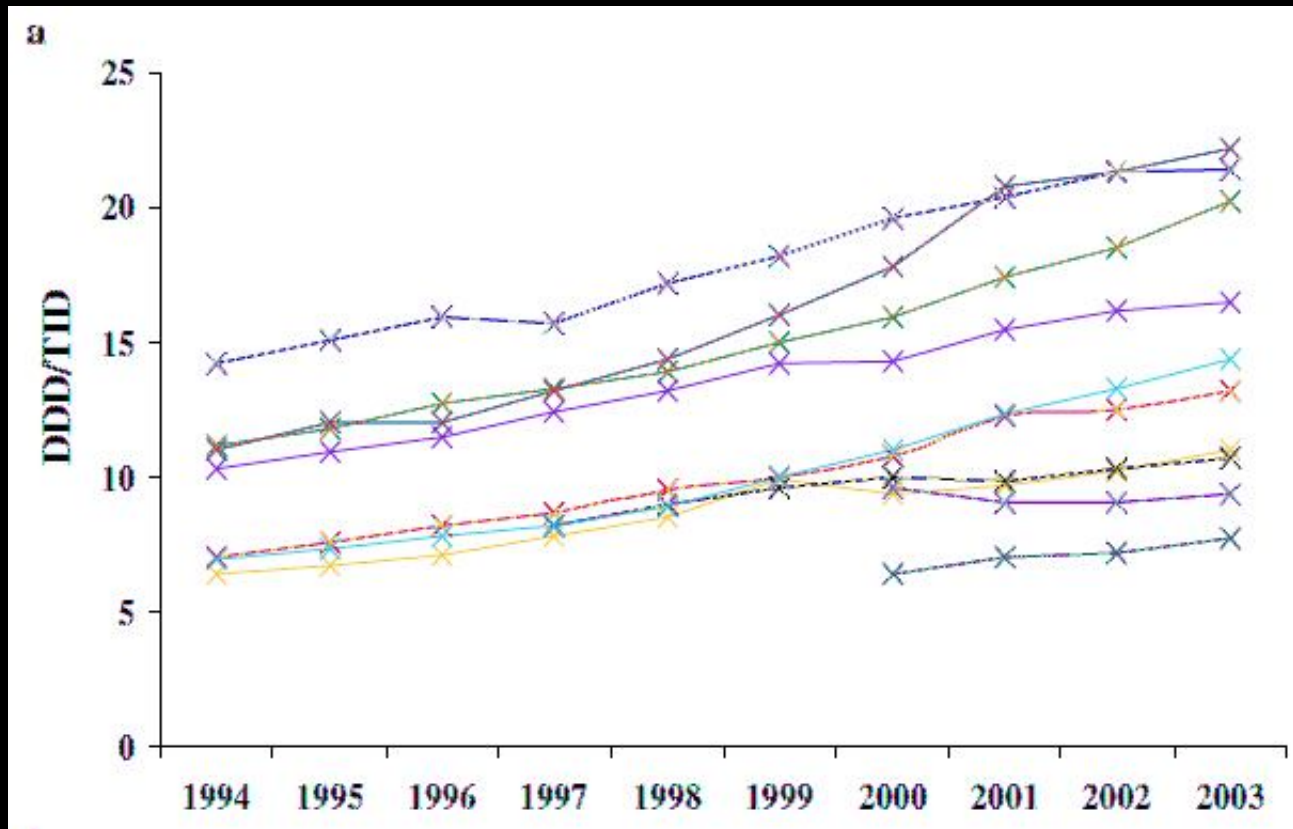
		N	% DM2
ADO	Monoterapia	101749	35,5
ADO	Biterapia	49679	17,3
ADO	Triterapia	6153	2,2
ADO	otras combinaciones	4304	1,5
Insulina	Monoterapia	21712	7,6
Insulina	+ 1 ADO	21288	7,4
Insulina	+ Biterapia oral	4897	1,7
Insulina	+ otras combinaciones	2910	1,0
Cambios de tratamiento		4176	1,5
TOTAL		216868	75,6



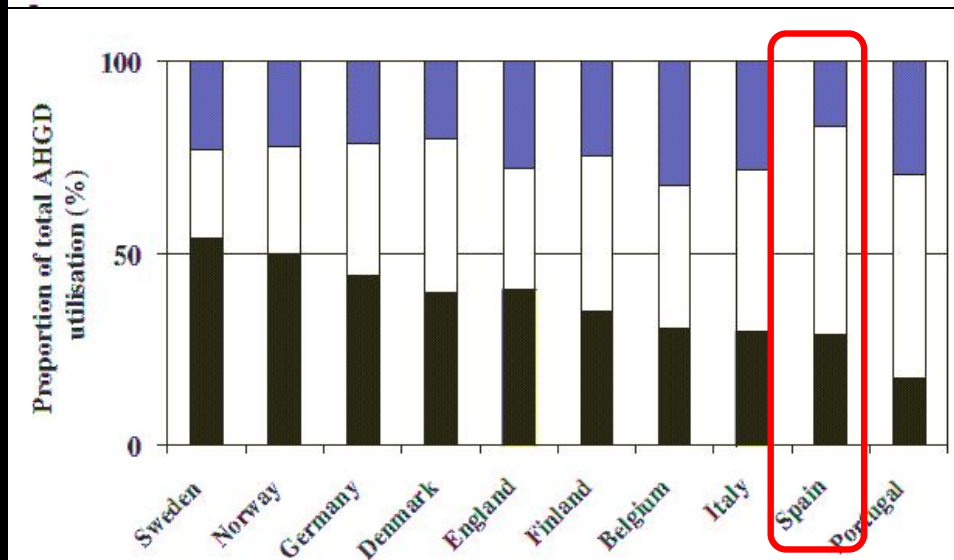
	n	% DM2	% DM2 insulinitzats
Insulina ràpida	3788	1,3	6,9
Anàlogos ràpids	7517	2,6	13,7
Insulina y anàlogos intermedios	18868	6,6	34,3
Mezclas de insulinas	15703	5,5	28,5
Anàlogos lents	25415	8,9	46,2

El 17,7% dels DM2 estàn tractats amb insulina

Utilització de insulina a Espanya i Europa



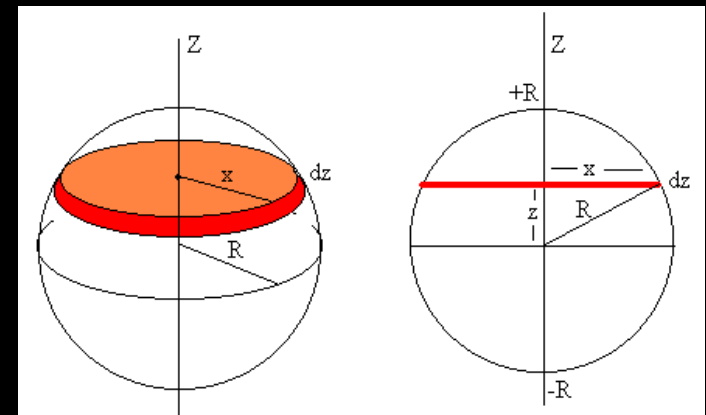
Alemania
Suecia
Finlandia
Noruega
Anglaterra
Espanya
Dinamarca
Bèlgica
Italia
Portugal



→ Biguanides
→ Sulfonilurees
→ Insulina

Inèrcia clínica

“el reconeixement del problema, però el fracàs en la actuació”



Causas Inercia clínica



50%

Médico



30%

Paciente



20%

Sistema Sanitario

- Múltiples objetivos para diferentes patologías
- Fallo al iniciar el tratamiento
- No titular tratamiento hasta alcanzar objetivo.
- No identificar y gestionar comorbilidad (depresión)
- El paciente secuestra el encuentro clínico (vagabundos temáticos)
- Falta de tiempo
- Cuidado reactivo más que proactivo

- Negar la enfermedad
- Creer que la enfermedad no es grave
- Bajo nivel cultural en salud
- Costo de los medicamentos
- Polifarmacia
- Efectos secundarios medicamentos
- Falta de comunicación médico-paciente
- No confiar en el médico
- Depresión y abuso de sustancias

- No tener guías
- Registros inadecuados
- Falta planificación de las visitas
- No hay contacto más activo
- No hay soporte a la toma de decisiones
- No trabajo en equipo
- La falta de comunicación entre el médico y el resto de profesionales.

Per què ens costa insulinitzar?

- Per què el malalt no vol
- Per què és incòmoda (molt més que donar pastilles)
- Per què necessita educació específica previa
- Per què fa por (hipos, càncer...)
- Pels efectes secundaris (engreixa)
- Per que no acabem de veure les avantatges de la insulinització en el DM 2 (més hiperinsulinisme, sí que baixa el sucre ... però la malaltia cardiovascular?)

Resistencia Psicològica a la Insulinització

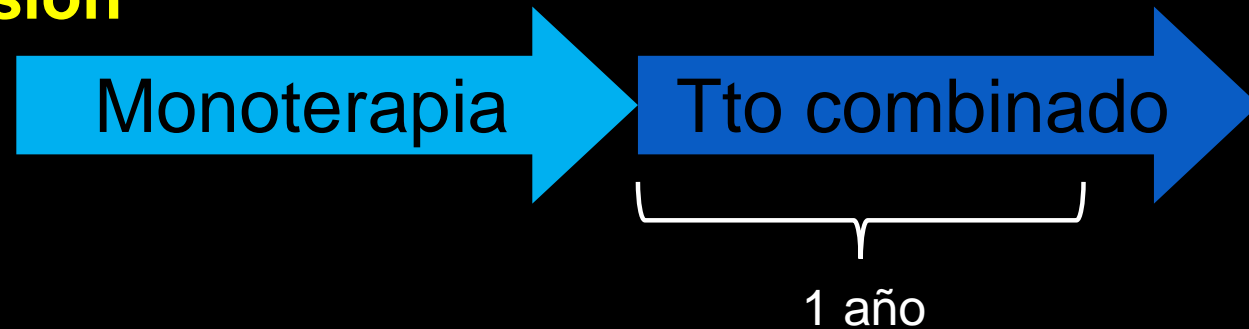


Quines pors /creencies dels nostres malalts generen barreres ?

- ✓ Això es que estic molt malalt
- ✓ La insulina és la causa de complicacions greus (ceguesa, amputacions, etc.)
- ✓ La insulina m'engreixerà
- ✓ La culpa és meva
- ✓ Sóc incapaç d'apendre-ho tot
- ✓ Em convertiré en un esclau de la meva diabetes
- ✓ Em fa por punxar-me
- ✓ Viuré en constant perill
- ✓ .../...

DIAMOND Estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo en pacientes diabéticos tipo 2 que pasan de monoterapia oral a terapia de combinación

Criterios de inclusión



Objetivo principal

Evaluar el grado de control glucémico de los pacientes que pasan de monoterapia a terapia de combinación en el momento del cambio.

Variable principal de evaluación

- Valor de la HbA1c en el momento del cambio de monoterapia a terapia de combinación hipoglucemiante.

HbA1c = 8,1 ± 1,2 %

- Tiempo con HbA1c elevada hasta que se produce el cambio:

para ≥ 7% → 2,9 ± 3,4 años

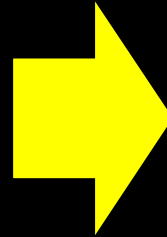
Estudio DIAMOND

Resultados

n= 1.202

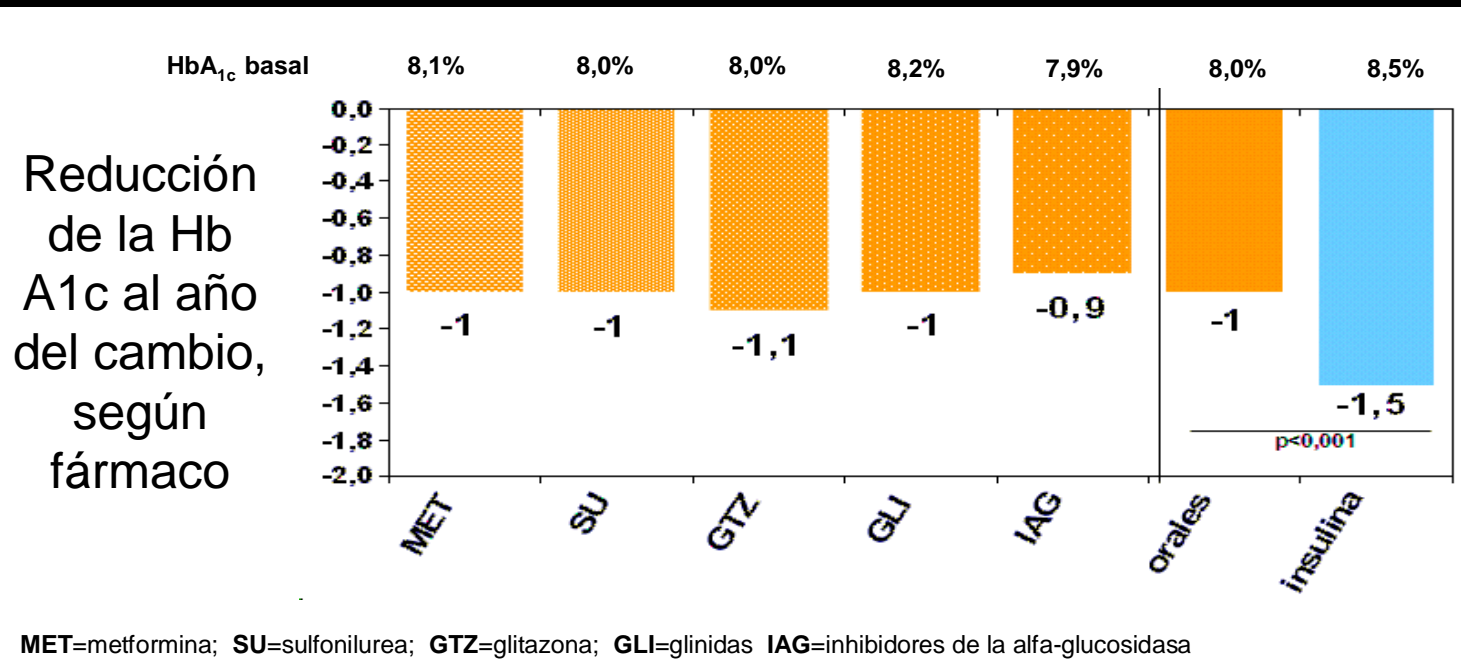
Hipoglucemiante en monoterapia n (%)

Metformina	630 (52,4)
Sulfonilureas (SU)	478 (39,8)
Inh. α -glucosidasa	44 (3,7)
Metiglinidas	29 (2,4)
Glitazonas	20 (1,7)



Combinaciones tras la monoterapia

Metformina + SU	600 (49,9)
Metformina + Glitazonas	181 (15,9)
Metformina + Glinidas	86 (7,2)
Metformina + Insulina	59 (4,9)
Glitazonas + SU	59 (4,9)
Otros	217 (18)

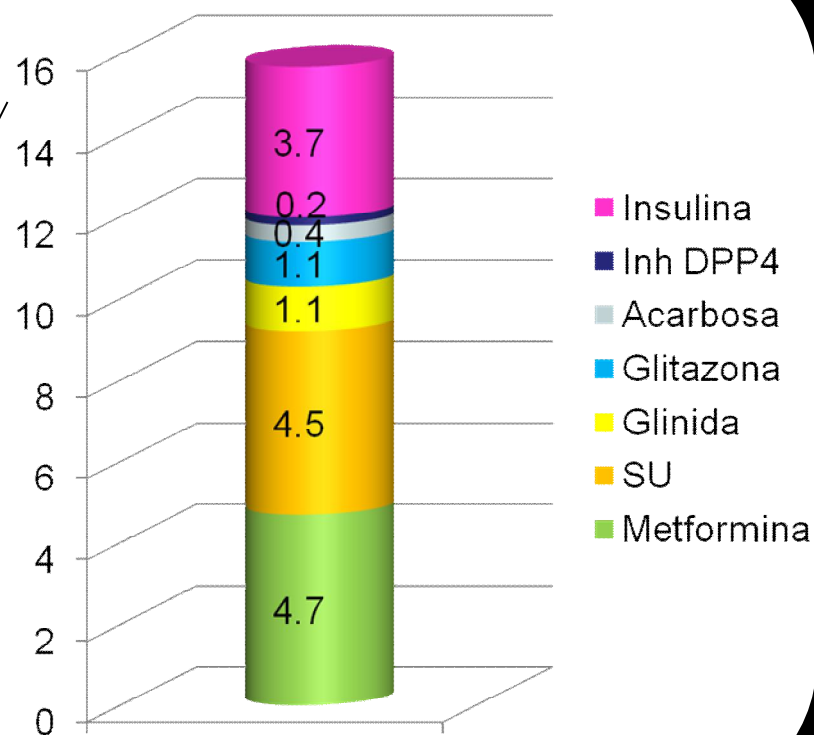
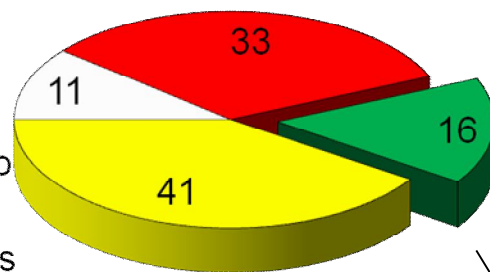


- Estudio multicéntrico transversal. Evaluación Gedaps 2007
- Muestra aleatoria, 52 Centros AP Cataluña (n=3130)
- **Inercia terapéutica:** ausencia de modificación del tratamiento en pacientes con la última HbA1c > 7%

33%

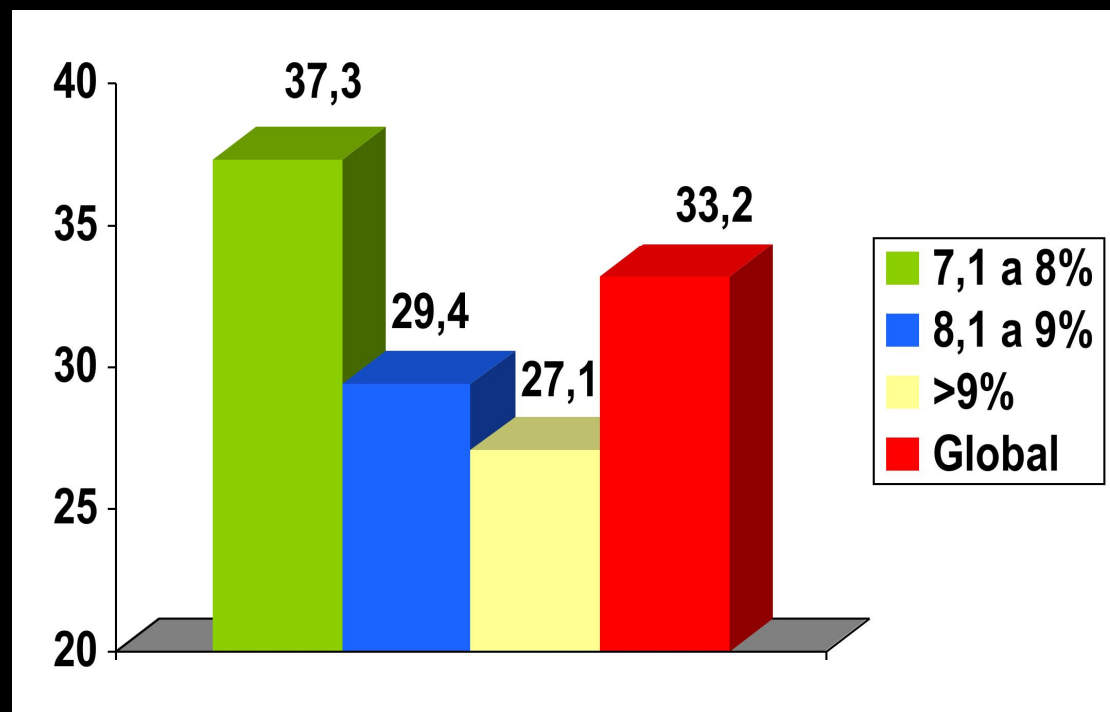
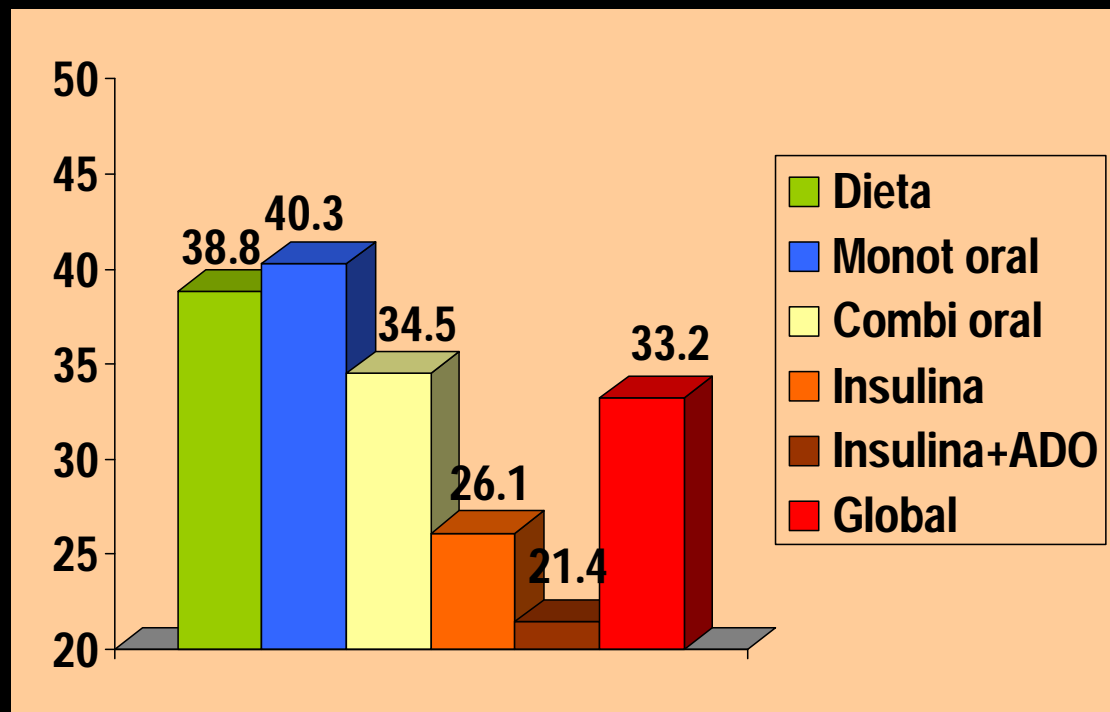
Año 2007
n=997

- No consta el cambio
- Nada
- Añadir fármaco
- Aumentar dosis



Estudio GEDAPS

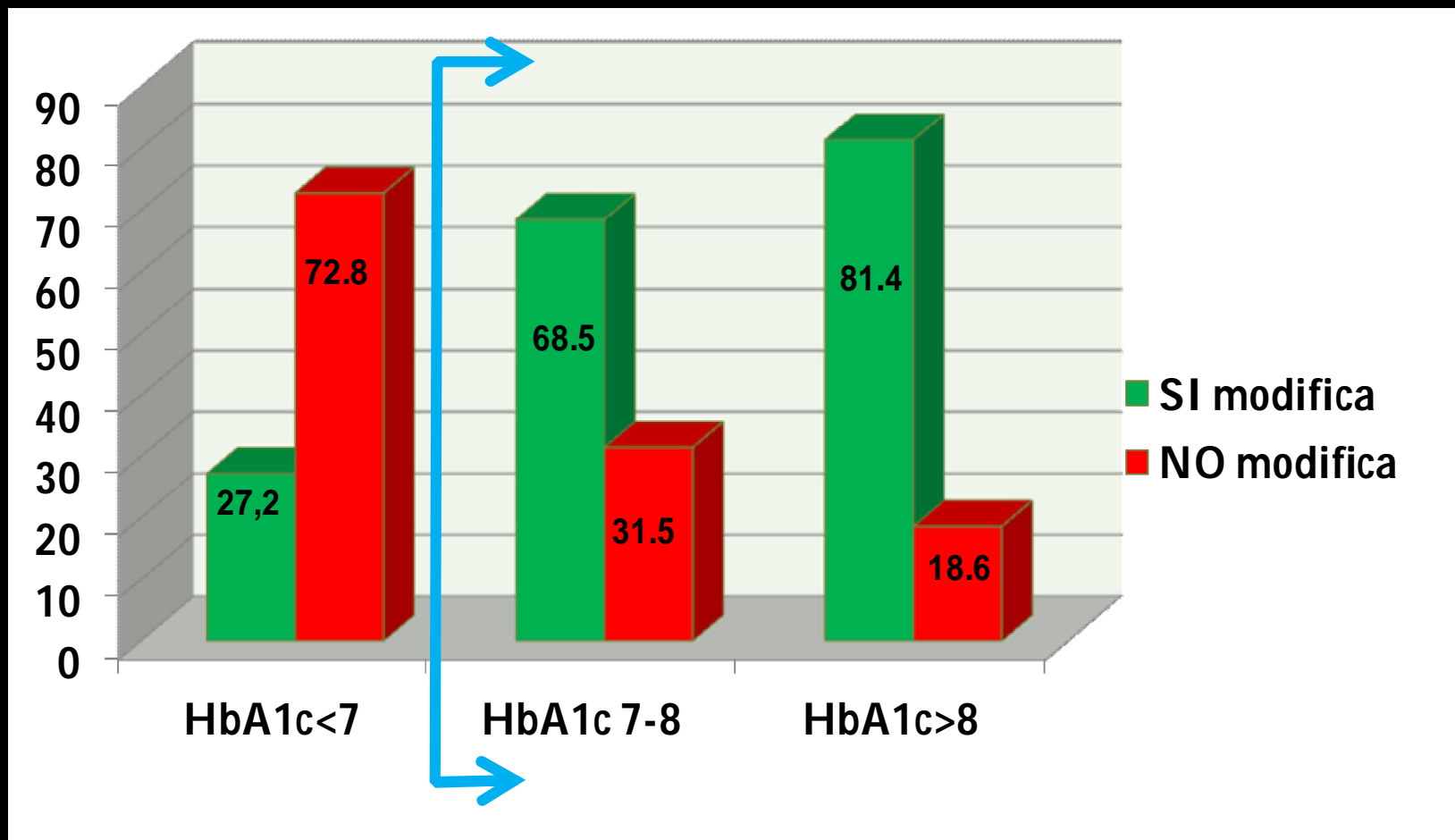
Resultados



INDIMAP

Determinar la inercia terapéutica respecto al control glucémico deficiente en pacientes con DM2 atendidos en las consultas de Atención Primaria

Inercia Terapéutica: en el 26,8% de los pacientes



N=1756 (41,54 % tienen Hb A1c > 7)

Clinical Inertia as a Clinical Safeguard

Dario Giugliano, MD, PhD

Katherine Esposito, MD, PhD

JAMA, 2011; 305 (15):
1591-1592

Fins l'actualitat no s'ha demostrat de forma inequívoca que el control glucèmic estricte sigui capaç de reduir la malaltia macrovascular. En l'ACCORD la taxa de mortalitat va ser un 22% superior en el grup de control intensiu de la glucèmia, amb més hipoglucèmies i més augment del pes

Quant més baix, millor ???

- Filosofia molt discutible en HbA1c, PA i LDL
- Alguns metges fan revisions crítiques de les GPC i estudis → “inercia” ???
- Altres tenen autèntica “inercia” ... però és beneficiosa pels seus malalts
- Un estudi demostra que es podrien suprimir el 58% dels medicaments (inclosos antidiabètics) que prenen la gent gran i milloraria la qualitat de vida

“La principal función de los médicos es entretener al paciente, en tanto la enfermedad sigue su curso inevitable”.

Voltaire



Incompliment terapèutic

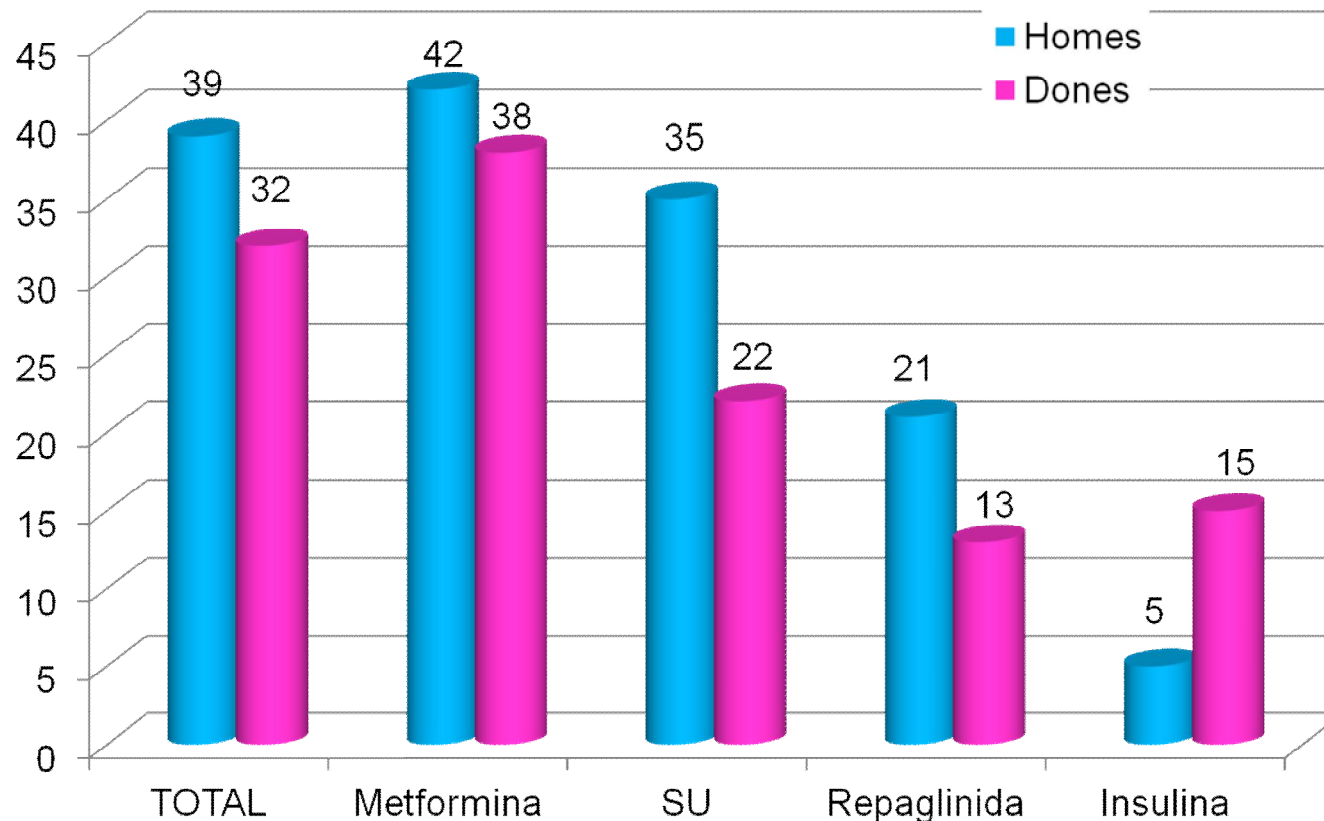
“es considera *Incumpliment* quan el percentatge entre la dosi que el malalt pren i la prescrita pel metge és inferior al 80%”



Incomplidors

(receptes recollides a la fàrmacia / prescrites ecap < 80%)

Incompliment terapèutic: 36.1%



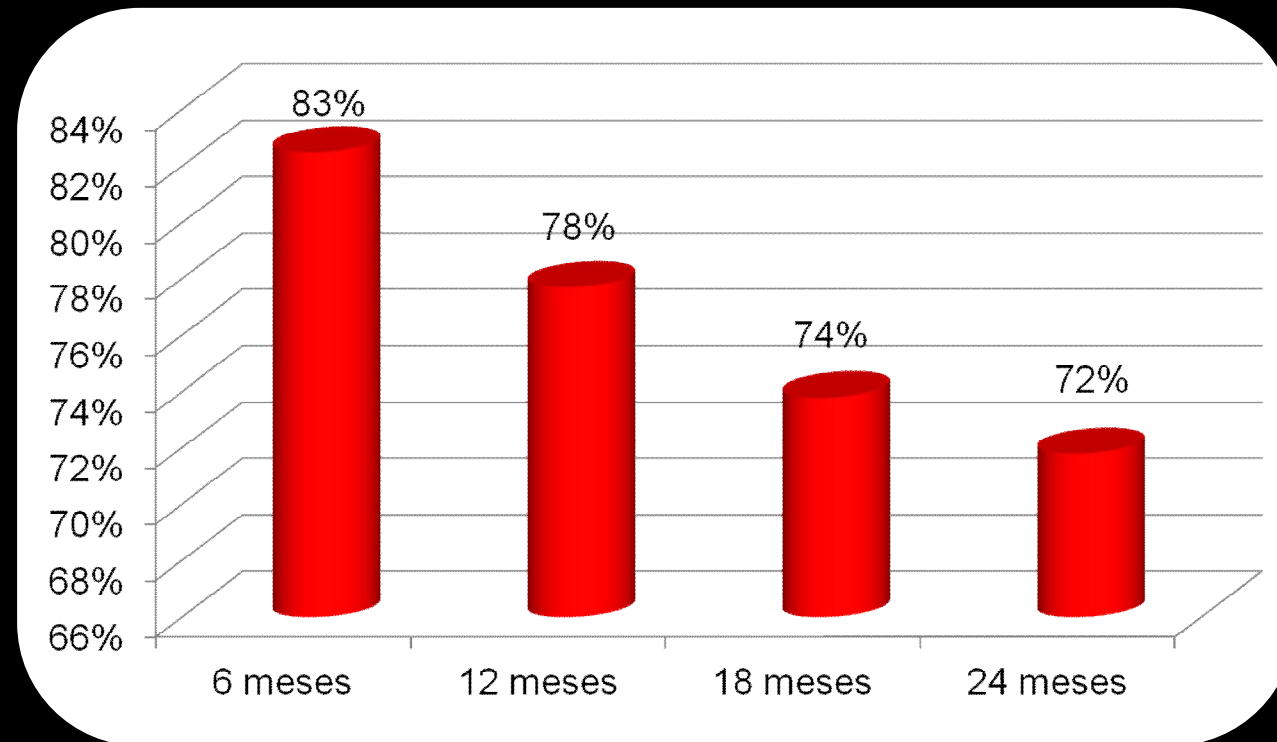
Estudio CUMDIAB

Objetivo: Determinar la magnitud del incumplimiento del tratamiento farmacológico con insulina, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

N=121 nuevos insulinizados (5 visitas durante 2 años de seguimiento)

Incumplimiento terapéutico: 25.3%

Cumplidores



Con HbA1c < 7%

22.3%

16.5%

14.6%

11.7%



I què fem amb el sr Ramon?

- Rés ?
- Posar un tercer fàrmac (inh DPP4?)
- Insulinitzar ?



“Sr Ramon, miri, vostè té aquest problema ...
i li pot passar que ...
podem intentar baixar aquest risc de varies maneres com
Les avantatges e inconvenients de cadascuna són ...
A vostè que li sembla?”