

Evaluación de la adecuación a las guías clínicas en la insulinización de personas con diabetes de un cupo de Atención Primaria.

Evaluation of the adequacy to the clinical guidelines in the insulinization of diabetics of a quota of Primary Care.

Alain García de Castro¹; Carla Blanco Vázquez¹; Begoña Bravo Bueno¹; Nerea López Ocaña¹; Francisco Javier Maestro Saavedra².

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (2)
Páx. 9 - 11

1 MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE ELVIÑA, A CORUÑA.

2 MÉDICO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE ELVIÑA, A CORUÑA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alain García de Castro. e-mail: ralaingarcia@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Control de calidad asistencial sobre los pacientes con diabetes de nuestro cupo: objetivar si se comienza tratamiento con insulina según la evidencia científica.

Metodología: Se realizó un estudio transversal, seleccionando a todos los pacientes de nuestro cupo codificados como "Diabetes mellitus", a fecha de 1 de abril de 2018. Se cuantificó quiénes cumplían criterios para insulinización según el "Consenso para la insulinización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS", basándose en los evolutivos de los profesionales sanitarios, la ficha de prescripción de cada paciente y la última analítica de control diabetológico realizada. Entre ellos, se analizó cuántos estaban siendo tratados con dicha sustancia y cuántos no.

Resultado: Se objetivó que de los 127 pacientes con diabetes de nuestro cupo, 46 (el 36,22%) cumplían criterios de insulinización. Entre estos últimos, el 52,17% estaban a tratamiento con algún tipo de insulina.

Conclusiones: Las guías sobre diabetes no suelen establecer criterios absolutos para comenzar la insulinización, supeditando esta intervención a las características de cada paciente en concreto; por ello, es posible que este estudio sobreestime los pacientes que deben ser tratados con esta sustancia. Aun así, vemos excesivo que prácticamente la mitad de los pacientes que cumplen criterios de insulinización según la RedGDPS no la reciban. Este hecho se debe, muy probablemente, al rechazo que, todavía hoy, profesionales de la salud y pacientes sienten hacia la insulina. Normalizar su uso con intervenciones tipo educación individual puede ayudarnos a unos y otros a superar esta barrera.

Palabras clave: Diabetes mellitus; insulinización; educación.

ABSTRACT

Objective: The main objective is to know the healthcare quality of our diabetic patients quota and to determine if insulin therapy was initiated following scientific evidence.

Methodology: It's a cross-sectional study which includes all patients of our quota who were labelled as "Diabetes mellitus" until 1st April 2018. Those patients who meet insulin therapy criteria have been quantified following the recommendations of "RedGDPS": "Consensus on insulin treatment in type 2 diabetes"; quantification has been undertaken using health professionals' notes, the prescription file of each patient and their last blood test. It has been also analyzed how many of these patients were treated with this drug and how many of them were not.

Results: It has been observed that 46 patients (36,22%) of our quota (total diabetic patients: 127) meet the insulin therapy criteria. 52,17% of these patients followed a treatment with some type of insulin.

Conclusions: The diabetic mellitus guidelines do not usually establish absolute criterias to begin an insulin treatment: the decision should be taken based on the characteristics of each patient. Therefore, it's possible that this study overestimates the number of patients who should be treated with this drug. In spite of that, it should be noted that almost half of the patients that meet the "RedGDPS"'s insulin treatment criteria did not receive this therapy. This fact is probably due to the rejection of insulin treatment that many healthcare professionals may feel. Some measures, as the individual health education, can be very helpful to normalize the use of this drug.

Keywords: Diabetes mellitus; insulinization; education.

INTRODUCCIÓN

En 1921 cambió completamente el paradigma de tratamiento de la diabetes (basado en la dieta) con el aislamiento de la insulina y su posterior comercialización en 1922. Desde entonces constituye un elemento insustituible en todas las fases de dicha enfermedad, siendo necesaria en prácticamente una quinta parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2¹. Además, se ha constatado que es segura y efectiva si se siguen los esquemas de tratamiento y que su uso temprano favorece el control a largo plazo².

A pesar de ello, siguen existiendo múltiples barreras, siendo el médico el principal causante de la demora en su introducción, que suele ser de unos 10 a 15 años tras el diagnóstico³.

Con estos datos encima de la mesa nos planteamos realizar un control de calidad asistencial sobre los pacientes con diabetes de nuestro cupo con el fin de objetivar si comenzamos la insulino terapia en aquellas personas que cumplen criterios para ello, según la evidencia científica disponible.

MATERIAL Y MÉTODOS

El siguiente estudio transversal se realizó en el Centro de Salud urbano de Elviña, en A Coruña. Tanto la captación de pacientes como la recogida de los datos a analizar se llevaron a cabo mediante el sistema aplicativo IANUS AP.

A fecha 1 de abril de 2018, se seleccionó a todos los pacientes de un mismo cupo codificados como "Diabetes mellitus" según el sistema CIE-10, tanto insulino como no-insulinodependientes, que corresponden a los códigos E10-E14. En total sumaron 127 sujetos de los cuales 81 (63,8%) eran hombres y 46 (36,2%) mujeres. La edad media fue de 67,6 años.

Se cuantificó quiénes cumplían criterios para la insulización según el "Consenso para la insulización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS" (Tabla 1). Dichos criterios son una agrupación realizada por los propios autores de este artículo de las ideas presentes a lo largo de todo el documento reseñado. No se han añadido a los mismos los criterios de insulización al diagnóstico, al tratarse de un estudio transversal sobre pacientes ya diagnosticados y codificados como pacientes con diabetes. Para la recolección de dichos criterios nos basamos en los evolutivos de los profesionales sanitarios reflejados en la historia clínica electrónica, en la ficha de prescripción de cada paciente (teniendo en cuenta sólo aquellos fármacos que estaban siendo recogidos periódicamente en farmacia) y en la última analítica de control diabetológico realizada que incluyera hemoglobina glicosilada (HbA1). La media de esta última fue de 7,15%.

Con todo lo expuesto, se analizó cuántos pacientes estaban siendo tratados con insulina y cuántos no.

RESULTADOS

Se objetivó que 46 pacientes con diabetes del cupo analizado (36,22%) cumplían criterios de insulización. Entre estos últimos, 24 (52,17%) estaban a tratamiento con algún tipo de insulina, tal y

como se puede apreciar en la figura 1.

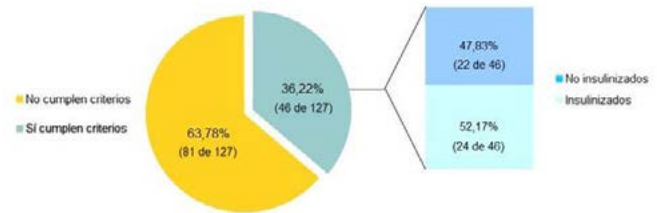


Figura 1. Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de insulización (gráfico de la izquierda) y de pacientes que han recibido o no insulina habiendo cumplido dichos criterios (gráfico de la derecha).

DISCUSIÓN

Antes de nada, hay que tener en cuenta las limitaciones de este estudio. Se trata de un estudio unicéntrico realizado sobre un conjunto de personas con diabetes que comparten el mismo equipo médico. Además, las guías sobre diabetes no suelen establecer criterios absolutos para comenzar la insulización, supeditando esta intervención a las características de cada paciente en concreto. Por ello, es posible que estos resultados sobreestimen las personas con diabetes que deben ser tratados con esta sustancia.

Los criterios durante el seguimiento expuestos en la tabla 1 que propone esta guía son laxos, siendo la ausencia de control a pesar de 3 fármacos antidiabéticos la única regla "absoluta". Además, indican que debería comenzarse con insulino terapia al inicio de la enfermedad si aparece pérdida de peso inexplicable por otra causa, cetonuria intensa o síntomas cardinales de diabetes¹.

Tabla 1. Criterios de insulización según el "Consenso para la insulización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS"¹. Elaboración propia.

Permanente	Transitoria
<ul style="list-style-type: none"> · Ausencia de control (HbA1 >7) a pesar de 3 fármacos antidiabéticos orales. · HbA1 8-10 o GB 180-240 con síntomas. · HbA1 >10 o GB > 240 asintomático. · Situaciones especiales: Paliativos, fragilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermedad febril. · Traumatismos graves. · Tratamiento corticoideo. · Cirugía mayor. · Embarazo. · Hospitalizaciones...

HbA1: Hemoglobina glucosilada A1.

GB: Glucemia basal.

La American Diabetes Association (ADA), en su versión más reciente (2019)⁴, va más allá y propone iniciar la insulina durante el seguimiento si no se consigue el control a pesar de tratamiento con cuatro fármacos antiglicemiantes, siendo el último un agonista del receptor GLP1. Por supuesto, no es una regla de oro, por lo que habría que iniciar insulina en casos con síntomas cardinales o HbA1 > 11%.

A pesar de todo ello, parece alarmante que prácticamente la mitad de nuestros pacientes que cumplen criterios de insulización

según la RedGDPS no la reciban. Existen diferentes barreras a este tratamiento. Por una parte, los pacientes refieren rechazo por ansiedad, falta de conocimiento y sentimientos negativos asociados a su uso, la atribución de síntomas físicos como el aumento de peso o la ceguera, el uso de terapias alternativas o la opinión de la familia⁵. Por su parte, las barreras de los médicos incluyen la baja percepción de eficacia, el temor a la hipoglucemia y al aumento de peso, la inercia terapéutica, el temor al incumplimiento del tratamiento por parte del paciente...⁶. Sobre este tema se realiza un estudio descriptivo en la Ciudad de Xalapa, en Méjico, donde se resumen las principales barreras encontradas en entrevistas con profesionales de la salud (tabla 2)⁵.

**Tabla 2. Barreras a la hora de comenzar la insulinoterapia⁵.
Elaboración propia.**

Del personal médico	<ul style="list-style-type: none"> · Desconocimiento del valor de la insulinización temprana como opción terapéutica. · Falta de formación en educación al paciente. · Miedo a posibles efectos adversos.
De la relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> · Desconfianza hacia el paciente. · Uso de lenguaje poco comprensible. · Frustración
Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> · Escaso tiempo por consulta. · Políticas que benefician a otras terapias antidiabéticas concretas. · Escaso apoyo multidisciplinario.

Una de las estrategias más efectivas para prevenir este retraso en el inicio de la insulinización es el empoderamiento del paciente. Disminuye las complicaciones a corto, medio y largo plazo y favorece una mejor calidad de vida. Además, el primer contacto del paciente con diabetes con la insulina va a influir en su evolución posterior (grado de cumplimiento, autonomía...). En este sentido, la educadora Esmeralda Martín González nos propone un programa de iniciación a la insulina organizado en tres días (resumido en la tabla 3)¹.

Tabla 3. Programa educativo de iniciación a la insulina y/o debut de diabetes que precisa insulina¹ (adaptado).

Día 1	<ul style="list-style-type: none"> · Informar: ¿Por qué necesita insulina? ¿Qué es la insulina?... · Entrega de glucómetro, explicar manejo y autocontrol. · Jeringas y plumas: explicar técnica. · Hipoglucemia. · Establecer pauta y horarios. · Determinar la glucemia capilar e inyectar la primera dosis. · Entrega de material educativo.
Día 2	<ul style="list-style-type: none"> · Recordatorio del día anterior y resolver dudas. · Alimentación y reparto de hidratos de carbono. · Ejercicio físico y seguridad. · Autoadministración de dosis. Libreta de autoanálisis.

Día 3	<ul style="list-style-type: none"> · Recordatorio del día anterior y resolver dudas. · Ajustar dosis y manejo de situaciones especiales. · Evaluación subjetiva de las habilidades adquiridas. · Criterios para consulta inmediata o de urgencia
-------	--

Vemos, por tanto, que a las puertas del centenario de la insulina como tratamiento médico aún nos queda mucho camino que recorrer en la normalización de esta molécula; es competencia de los profesionales de la salud estar formados en su uso y educar e informar correctamente a los pacientes de sus beneficios para el control de su diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artola S, Mata M, Ezkurra P, Navarro J, Martín E. Consenso para la insulinización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS. *Diabetes Práctica*. 2017;08(Supl Extr 4):1-24.
2. Müssig K. [Insulin therapy: as early as possible]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2016;141(8):578-579.
3. Nathan DM. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*. 2002;347:1342-1349.
4. ADA. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl. 1):S90-S102.
5. Lagunes-Córdoba R, Galindo-Guevara I, Castillo Reyes A, Romero-Aparicio C, Rosas-Santiago FJ. ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?: Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. *Salud Colectiva*. 2017;13(4):693-712.
6. Polinski J, Smith B, Curtis B, Seeger J, Choundhry N, Connolly J, Shrank W. Barriers to insulin progression among patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Educator*. 2013;39(1):53-65.

PUNTOS CLAVE

LO CONOCIDO SOBRE EL TEMA

Existen múltiples barreras, tanto por parte del médico como del paciente, para el comienzo de la insulinoterapia en personas con diabetes.

Las guías clínicas establecen criterios muy laxos sobre su introducción en el seguimiento de la enfermedad.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Prácticamente la mitad de los pacientes que cumplen criterios de insulinización no la reciben.

Es necesaria una educación sistematizada sobre la insulina a los pacientes con diabetes.