

Trencar la inèrcia en el tractament de la DM2

Josep FRANCH NADAL



Inèrcia Clínica: es el reconeixement del problema, però el fracàs en la actuació

En el tractament de la DM2 tenim problemes ...

Inèrcia Terapèutica

No inicar o intensificar el Tt
quan està indicat

HbA1c > 7%

PA > 140/90

LDL > 100/130

Falta adheSSIó al Tt

El comportament del pacient
no coincideix amb les
recomanacions acordades
entre el professional sanitari i
el propi pacient

(<80% o >110%)

“Miopía clínica”

Phillips LS, et al. Ann Intern Med 2001; 135: 825–34

Cuantificación de la Inercia Terapéutica



$$IC = \frac{\text{Nº pacientes a los que no se modifica el tratamiento farmacológico}}{\text{Nº pacientes que no han conseguido el objetivo}} \times 100$$

Pacientes excluidos de Intensificación del Tto

- ☞ Pacientes frágiles:
 - ☞ Edad avanzada
 - ☞ Comorbilidades. Índice de Charlson ≥ 3

- ☞ Pacientes con Hipoglucemias severas.

Inèrcia Clínica en Diabetes

- Quins factors hi poden influir?

¿Cuál es la causa de la Inercia Clínica?



50%

Médico

- 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

Inercia

30%

Paciente

- 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

Incumplimiento

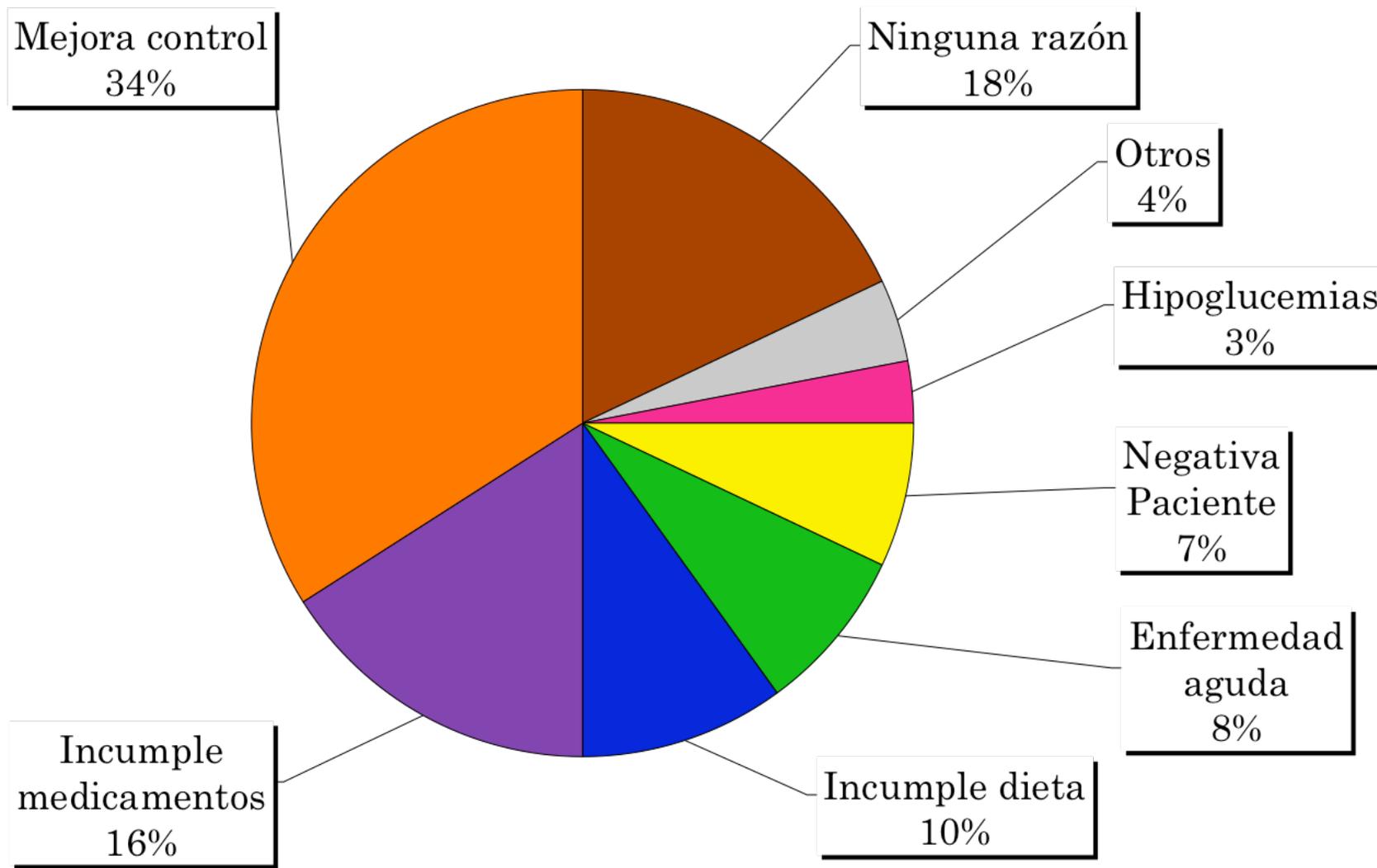
20%

Sistema Sanitario

- 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.



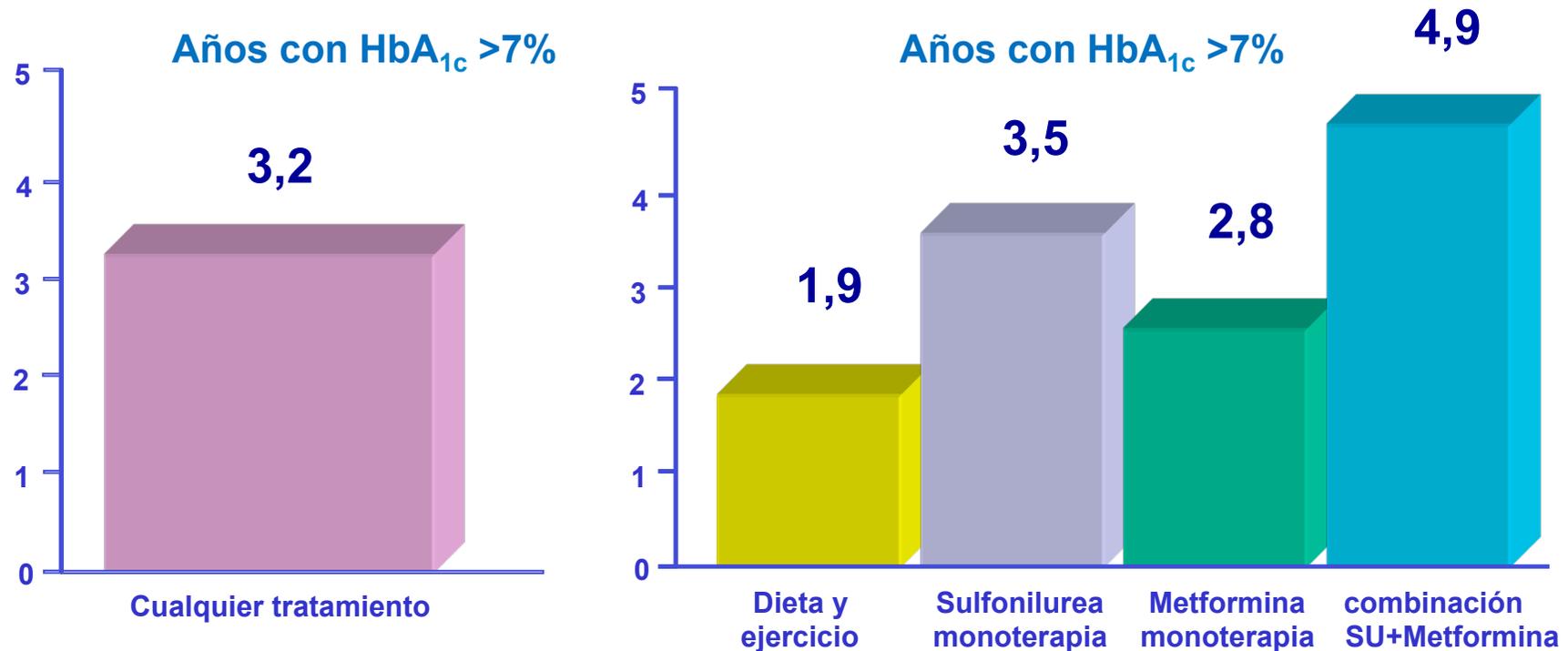
Raons per a no intensificar el tractament de la DM2 coneixent les GPC



INERCIA TERAPEUTICA



Años con control deficiente (HbA_{1c}>7%) hasta el cambio de escalón



N= 7.208

Tiempo con HbA_{1c}>8% antes de insulinar: 5 años

Tiempo con HbA_{1c}>7% antes de insulinar: 10 años

HbA_{1c} media en el momento de insulinar: 9%

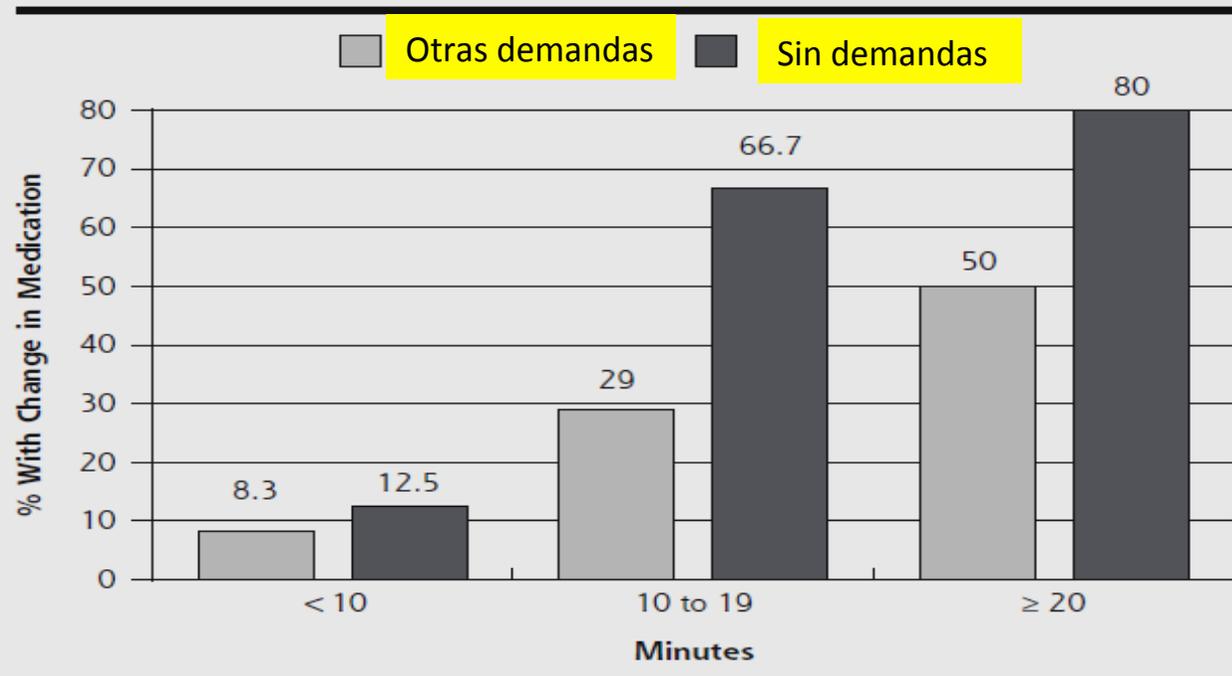
Peculiaridades de la Atención Primaria

Cambio de tratamiento en función de los motivos de consulta

La inercia es mayor en las visitas de menos de 10 minutos de duración.

En los pacientes con HbA1c >7%, cada preocupación adicional del paciente se asoció con un 49% de reducción de la probabilidad de cambio en la medicación, independientemente de la duración de la visita o el nivel de HbA1c previo.

Figure 1. Percentage of patients with a change in medication, by encounter length and presence of patient concerns.



Note: χ^2 across Patient concern: 7.26 ($P = .03$); χ^2 across No patient concern: 6.93 ($P = .03$).

Clinical Inertia in Response to Inadequate Glycemic Control

Do specialists differ from primary care physicians?

DM2 >65 años
N= 591 (End) y 1991 (MF)
criterio inercia HbA1c>8%
Canadá 1999-2000

En los pacientes en dieta/
ejercicio o monoterapia la
inercia es algo mayor en
atención primaria (59,5%) que
en especializada (53,3%)

Los especialistas insulinizaron
más (8,6 vs 1,7%)

Clinical inertia and poor glycemic control

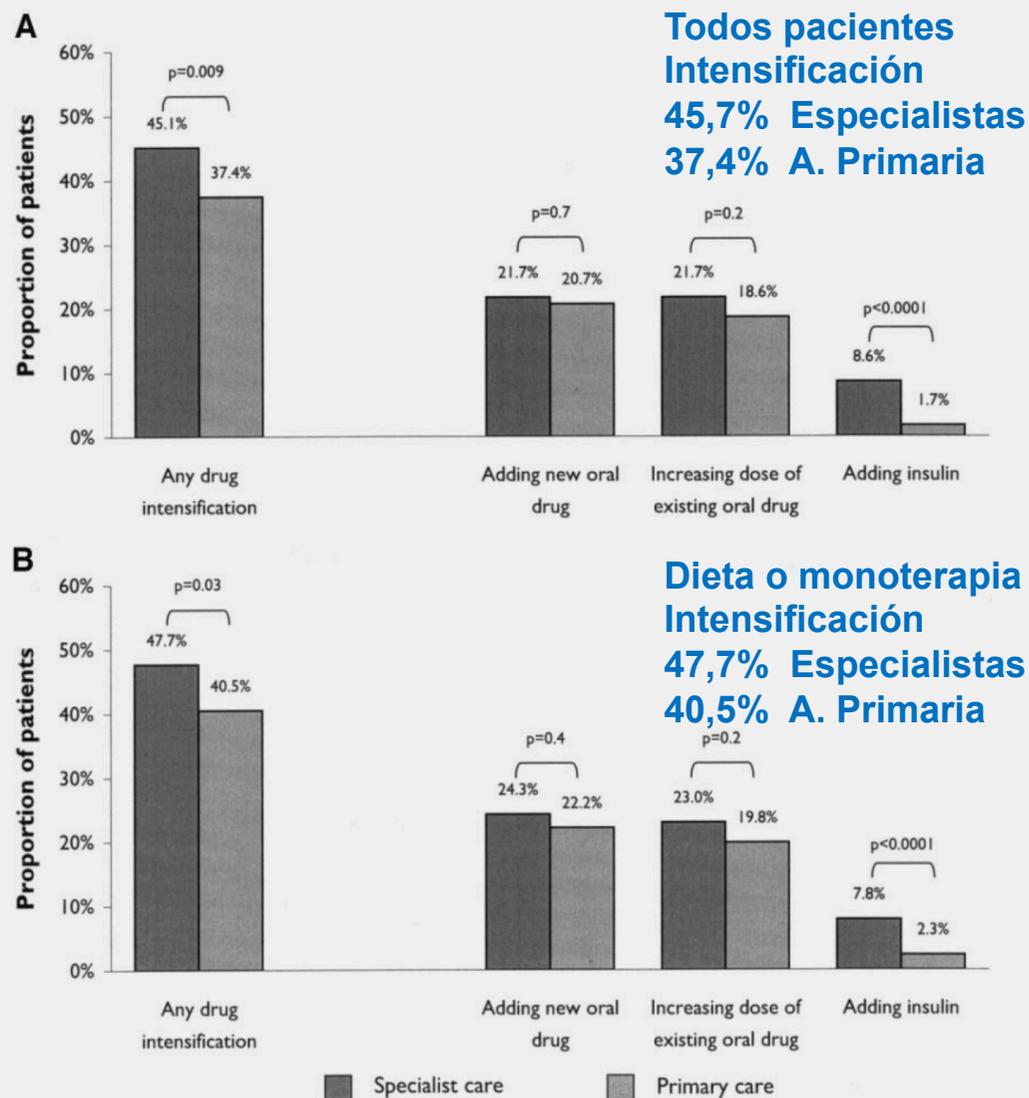
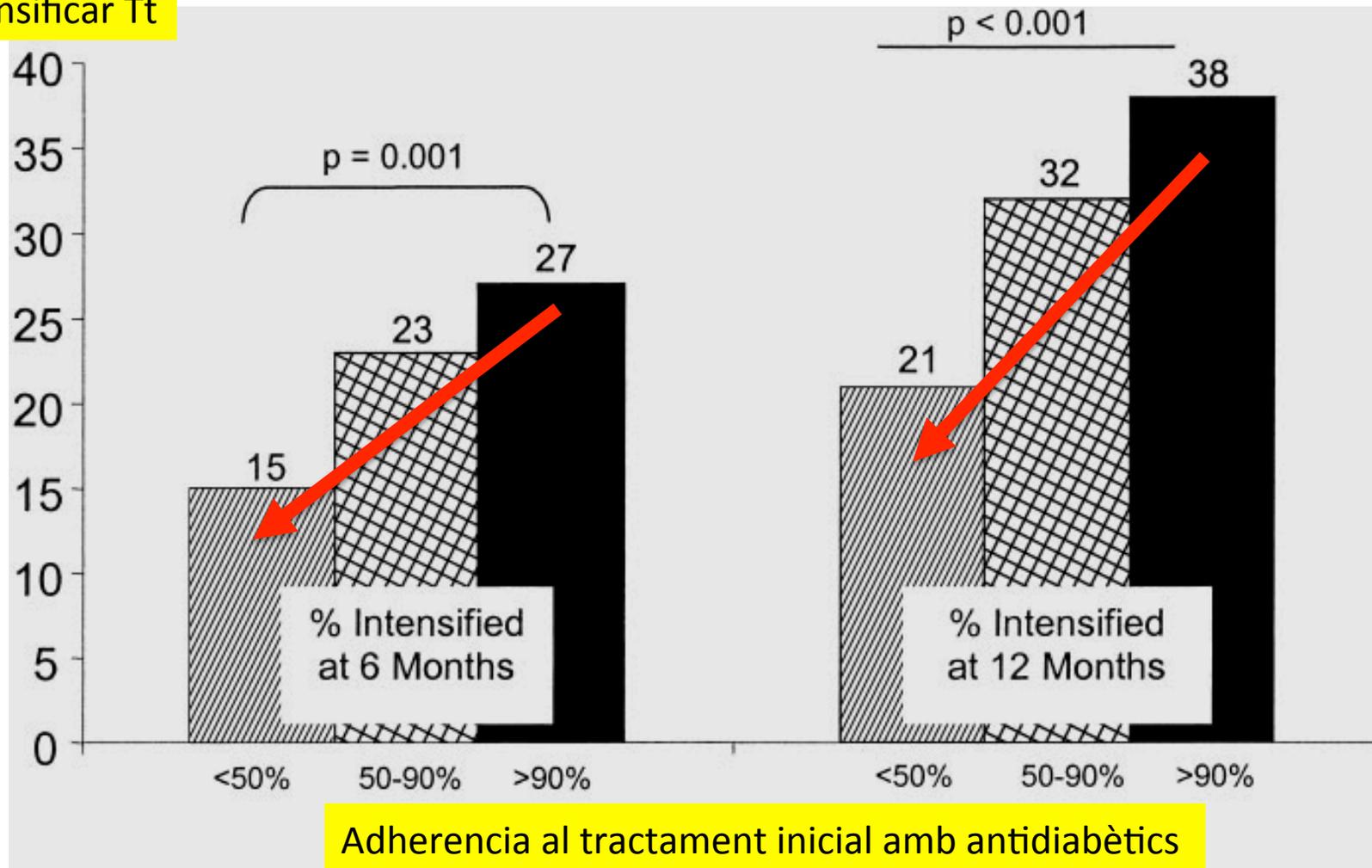


Figure 2—Proportion of patients with drug regimen intensification in response to poor glycemic control. A: All eligible diabetic patients. B: Patients with no glucose-lowering drugs, glyburide or metformin monotherapy, or submaximal doses of both of these agents.

Shah BR et al. Diabetes Care. 2005; 28:600-6.

La probabilitat de intensificar el tractament augmenta amb el major compliment previ del pacient

Intensificar Tt



Cumpliment excel·lent (>90%, $n = 857$), moderat (50–90%, $n = 1.020$) i deficient (<50%, $n = 188$)

Grant R, et al. Diabetes Care. 2007 Apr;30(4):807-12.

Inèrcia Clínica en Diabetis

- Molt freqüent?

Magnitud de la Inercia terapéutica

Estudios en Norteamérica

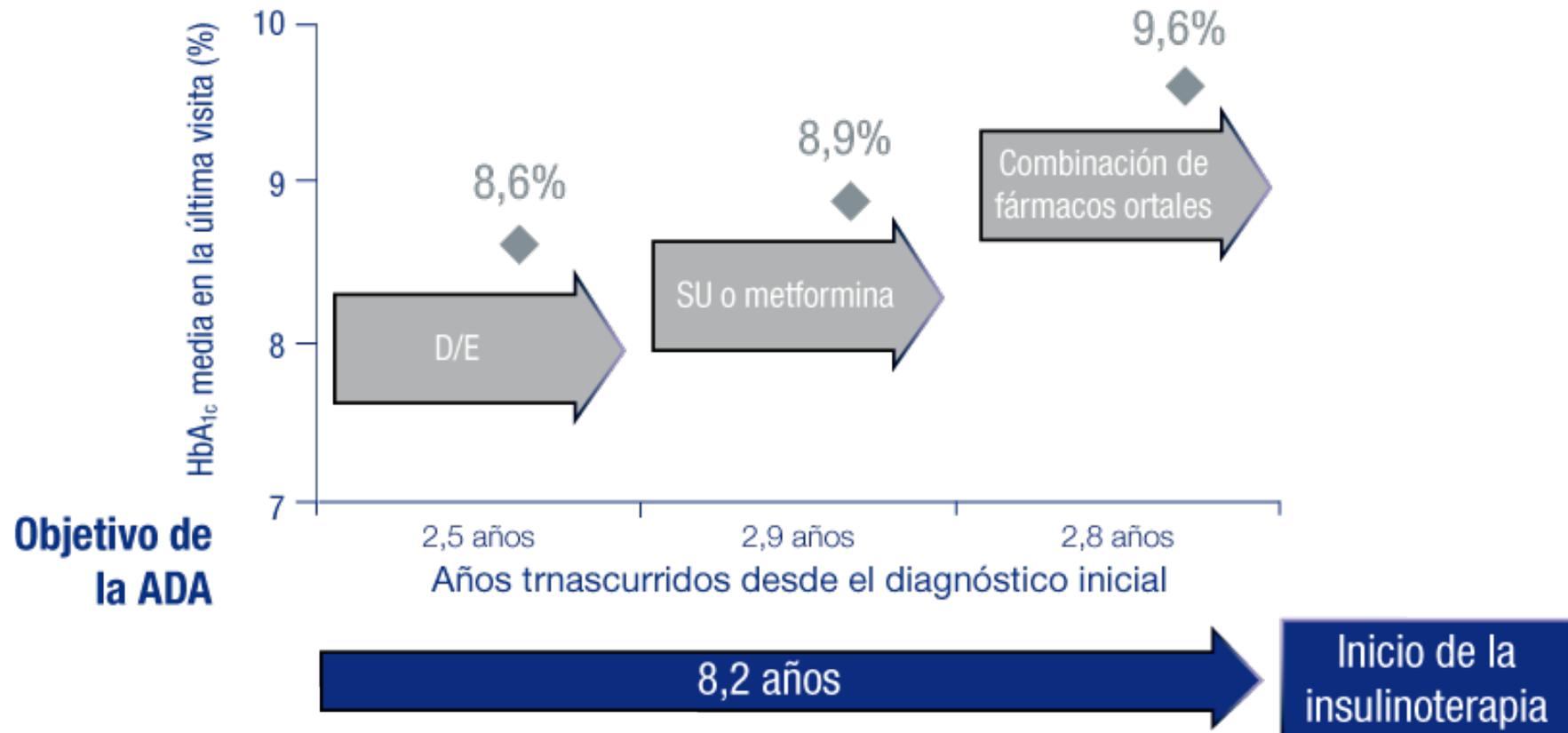
	Definición inercia	Inercia observada	HbA1c cambio
• Canadá (Ontario)¹	>8%	62,6%	9,3%
• USA (Kaiser Permanente)²	>7%	--	8,8-9,6%
• USA (HMO)³	>7%	66,6%	9,4%
• USA (TRIAD study)⁴	>7,2%	52%	9,1%

1. Shah BR, Diabetes Care 2004; 27:1535-40
2. Brown et al. Diabetes Care 2004; 27:1535-40
3. Grant R. Diabetes Care 2007; 30:807-12
4. McEwen LN. Diabetes Care 2009; 32:971-6

Inercia terapéutica en el tratamiento antidiabético

Años con control deficiente (HbA1c>7%) hasta el cambio de escalón

N= 7.208

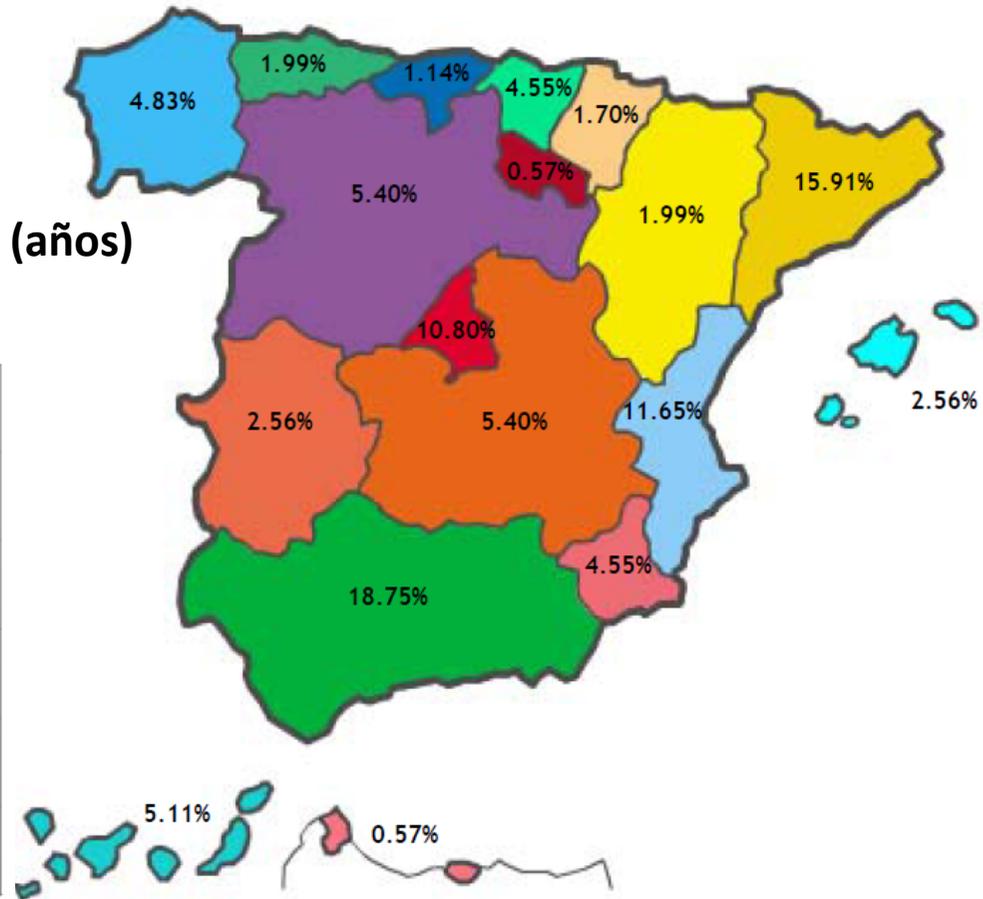
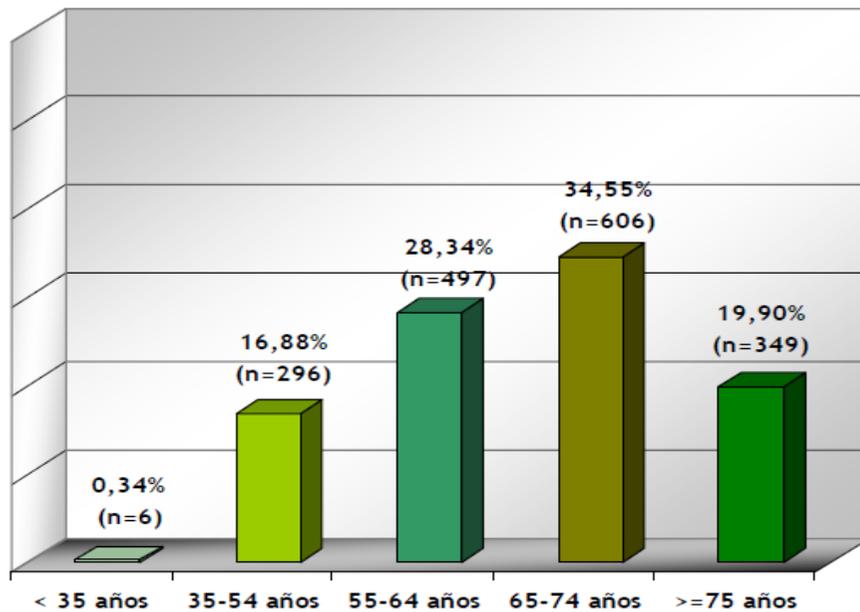


Brown JB et al. *Diabetes Care* 2004; 27: 1535–40.

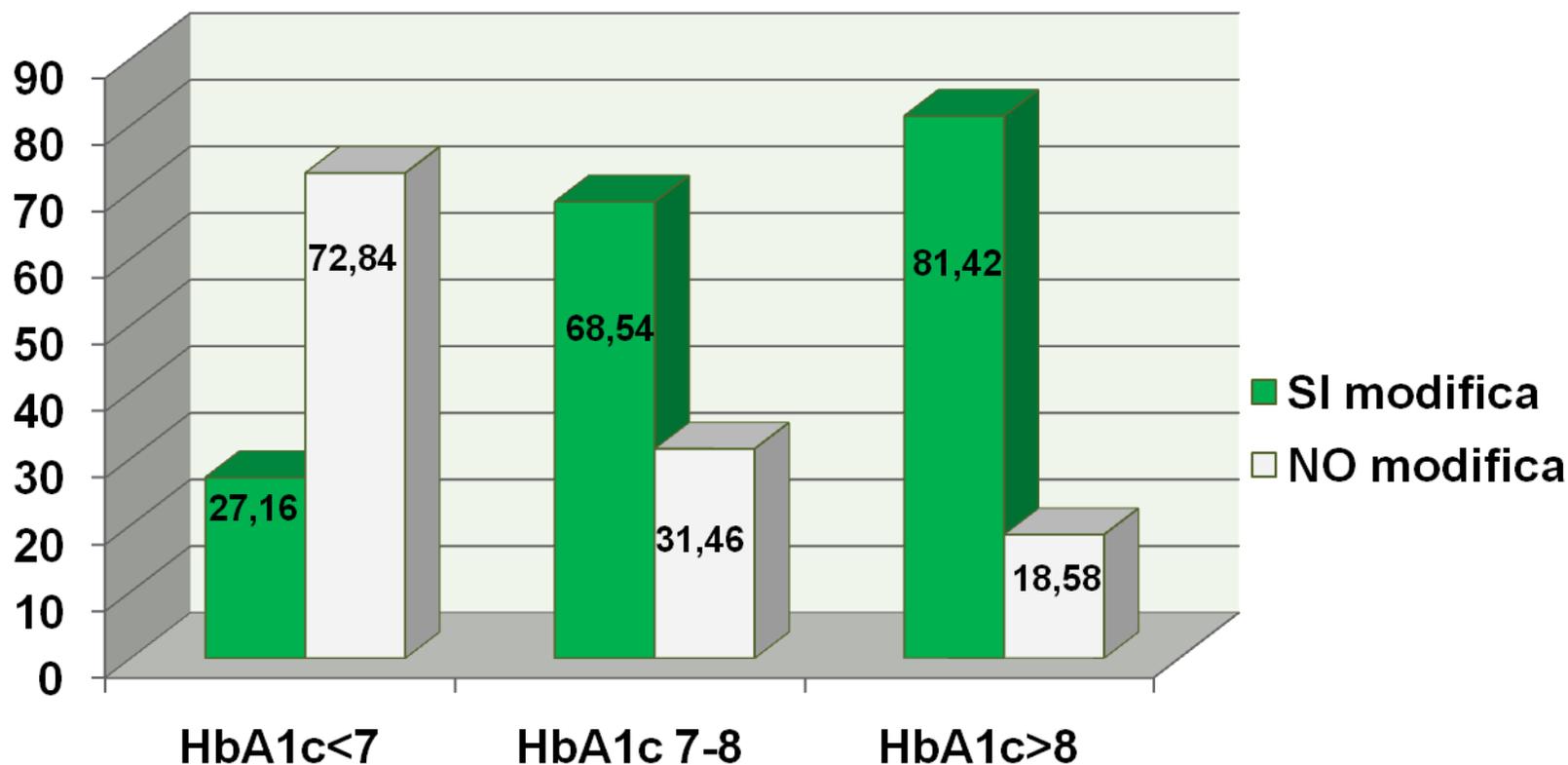
INDIMAP-SEMERGEN

N: 1756 pacientes
350 médicos
Sexo: 50,8% hombres
Edad: 65,1 (DE: 10,8)

Estratificación de la edad de los pacientes (años)



Cambios tratamiento según nivel de Hb A1c. Estudio INDIMAP



Afectos de Inercia Terapéutica 26,8% de los pacientes

$p < 0.0001$ para intensificar para Hb > 8

INERCIA DEL PROFESIONAL Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. PA EN DM2

- Edad: 68,92 (DE 10,08)
- Género: 50% mujeres
- Objetivo PA < 130/80mmHg
- Principios activos prescritos: 2,21 (DE 0,99)
- Tomas al día: 1,57 (DE 0,58)
- Comprimidos diarios: 2,10 (DE 1,28)

N: 180

	Objetivo PA	
Cumplim. Terap.	SI	NO
SI	31,11%	42,78%
NO	8,89%	17,22%

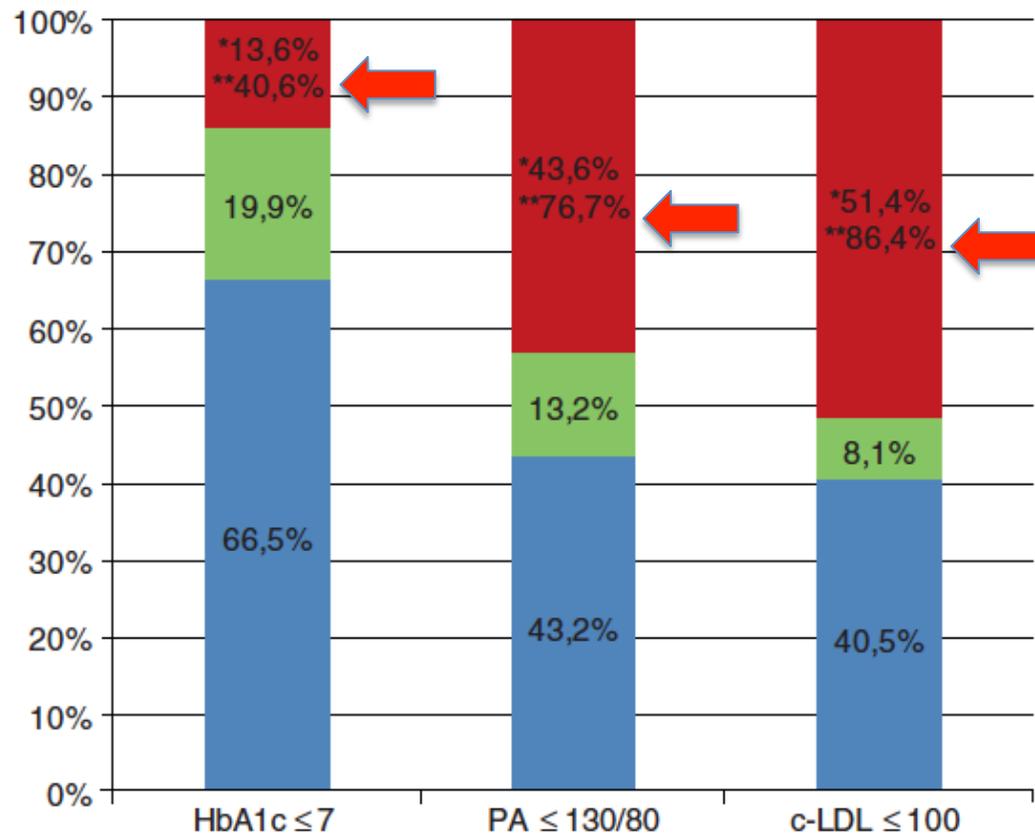
No modifican tratamiento: 67,5%
Inercia clínica (29% del total)

Estudio MARTORELL

Estudio transversal. n=320 DM2

Objetivos de control: HbA1c \leq 7%, Presión Arterial \leq 130/80 mmHg, LDL \leq 100 mg/dl

Comprobar la **Inercia Clínica** y el **Cumplimiento terapéutico**



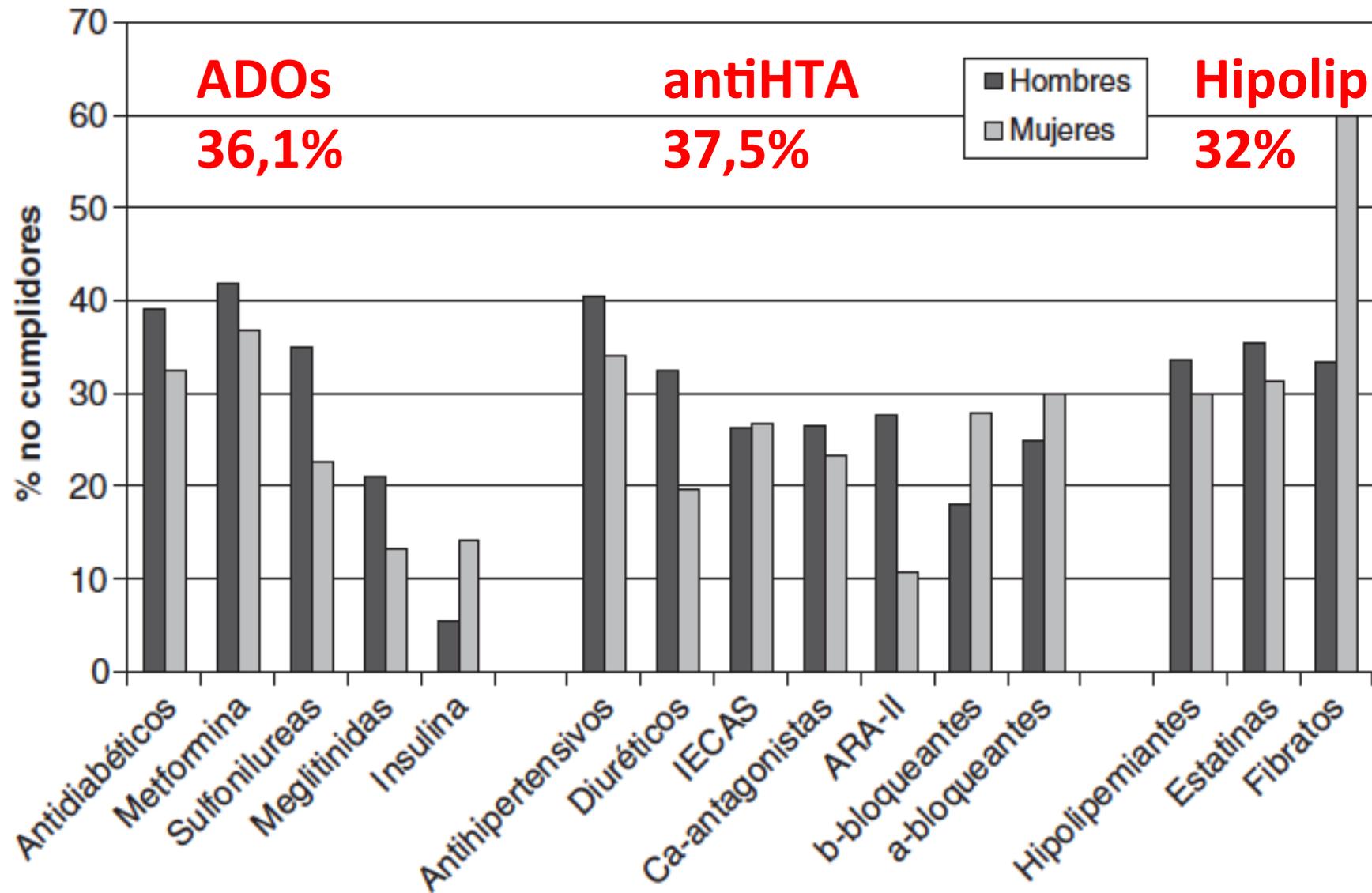
Inercia clínica

- Mal control. SI inercia
- Mal control. NO inercia
- Buen control

* % Inercia sobre el total de pacientes

** % Inercia sobre mal control

Incumplimiento terapéutico



Estudio DIAMOND

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

- **Criterios de inclusión**

Pacientes en monoterapia con un antidiabético oral, y que hayan iniciado combinación al menos un año antes de su inclusión en el estudio.
Disponer de al menos una visita de seguimiento realizada un año después del cambio de tratamiento antidiabético de monoterapia oral a terapia combinada.

- **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.

Estudio DIAMOND

Resultados

n= 1.202

Objetivo principal

HbA1c en el momento del cambio a terapia combinada

HbA1c = 8,1 ± 1,2 %

Tiempo con HbA1c elevada hasta que se produce el cambio:

para $\geq 7\%$ **2,9 ± 3,4 años**

para $\geq 6,5\%$ **3,8 ± 3,8 años**

Conclusiones estudio Diamond

- 👉 El cambio de tratamiento en España se realiza con valores de HbA_{1c} un punto por encima del recomendado en las guías.
- 👉 Se constata un **retraso de casi 3 años** para abordar el segundo escalón terapéutico, cuando la recomendación del consenso ADA/EASD es de 3 meses.
- 👉 Al año del cambio de tratamiento el 50% de los pacientes alcanzaron el objetivo de control metabólico (HbA_{1c} <7%).
- 👉 Al añadir un segundo fármaco oral la disminución media de la HbA_{1c} estuvo alrededor de un 1%.

Objetivos

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

Material y Métodos

- Estudio multicéntrico transversal. Evaluación Gedaps 2007
- Muestra aleatoria, 52 Centros AP Cataluña (n=3130)
- Inercia terapéutica: ausencia de modificación del tratamiento en 997 pacientes con la última HbA1c > 7%
- Datos recogidos de la historia clínica electrónica y CRD en la página web www.redgedaps.org

Inercia Gedaps 2007

Actitud ante una HbA1c > 7%

N=997 (35,7%)

No se ha cambiado el tratamiento (inercia)	33,2%
Se han introducido cambios	66,8%

Aumento de la dosis	40,5%
---------------------	-------

Se ha añadido un fármaco	15,7%
--------------------------	-------

Metformina	4,7%
------------	------

Sulfonilurea	4,5%
--------------	------

Glitazona	1,1%
-----------	------

Glinida	1,1 %
---------	-------

Inhibidor alfa glucosidasas	0,4%
-----------------------------	------

Inhibidor DPP4	0,2%
----------------	------

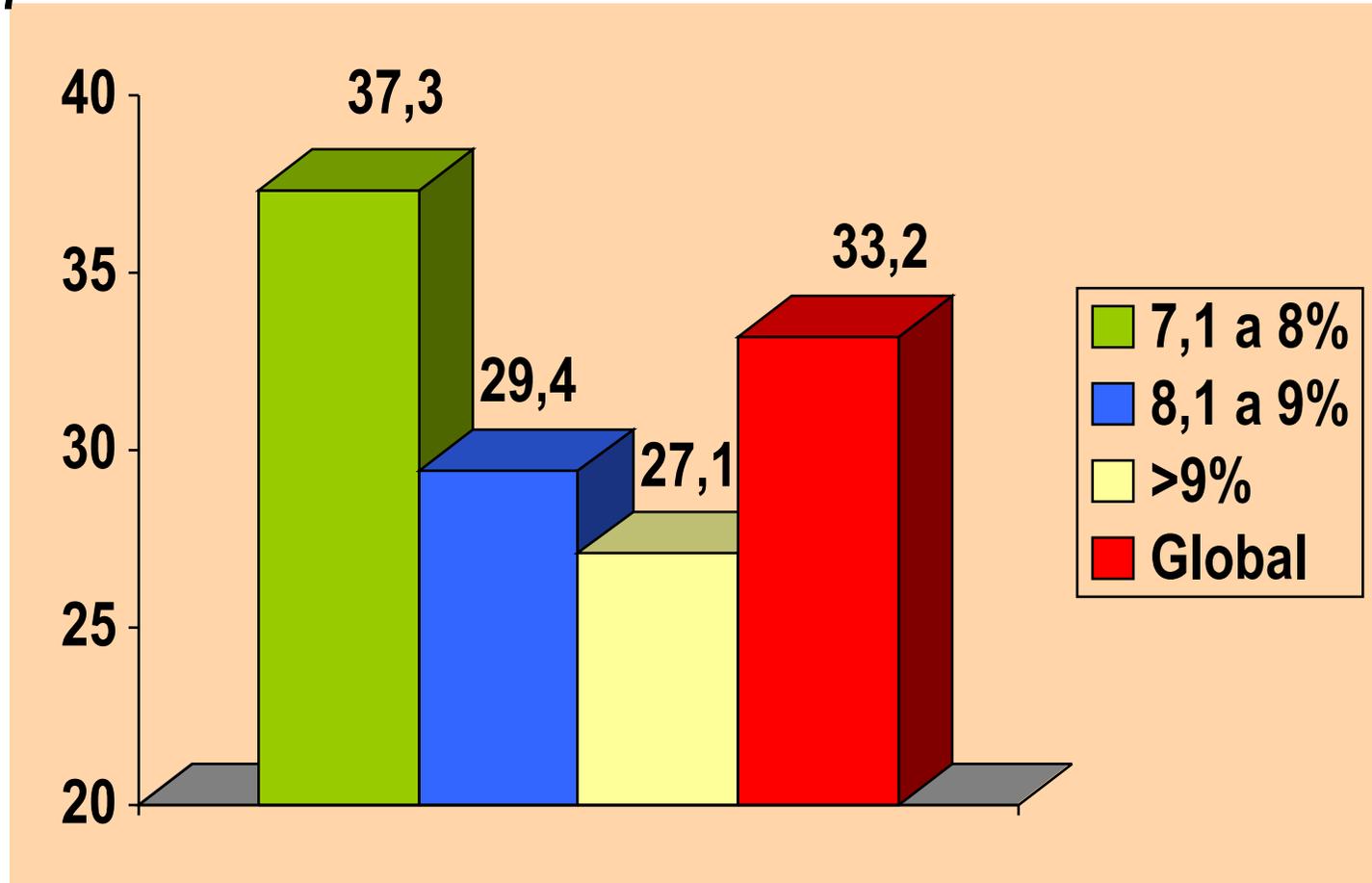
Insulina	3,7%
----------	------

No consta el cambio introducido	10,6%
--	--------------

Inercia Gedaps 2007

Inercia clínica según HbA1c

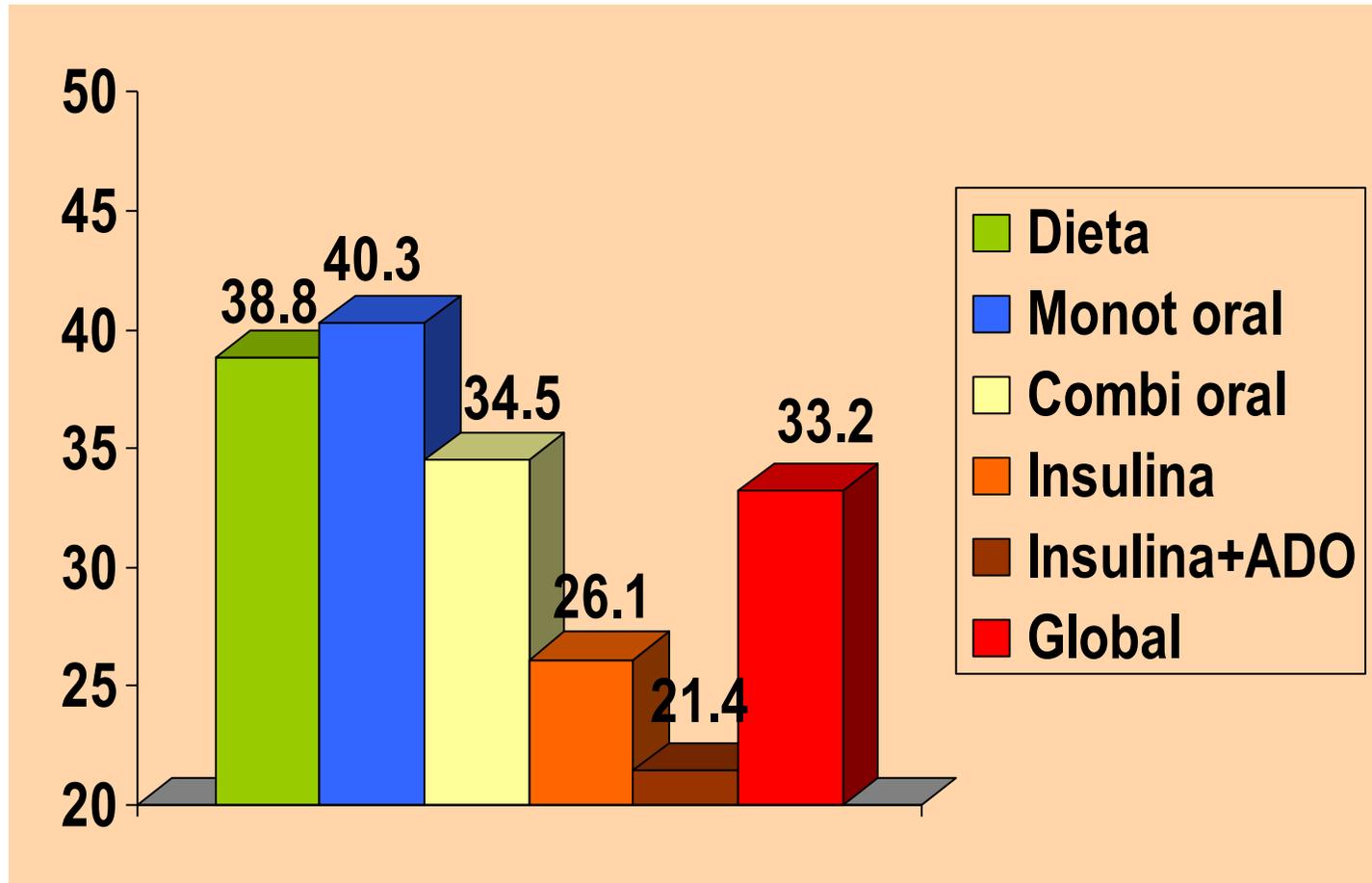
n= 997



Inercia Gedaps 2007

Inercia clínica según escalón de tratamiento antidiabético

n= 997



Conclusiones Inercia Gedaps 2007

- ☞ La inercia terapéutica afecta a un tercio de los diabéticos con control deficiente y se relaciona más con un nivel de HbA1c próximo al objetivo terapéutico que con las características de los pacientes.
- ☞ Los cambios se introducen con una HbA1c media de 8,4%
- ☞ La mayor oportunidad de mejora se encuentra en los pacientes tratados con dieta o un fármaco oral (40,5%)

De tots aquests estudis podem concloure que ...

- ✓ Només en una tercera part dels DM2 amb HbA1c > 7% farem canvis en el tractament
- ✓ Quan fem canvis, la HbA1c ja estarà una mica per sobre del 8%
- ✓ I això serà 3 anys després de quan tocava fer-ho (HbA1c > 7%)

Molt malament, oi?

En defensa del metge ...





¡ESTOS SEIS ÚLTIMOS MESES, HE HECHO TODO LO QUE ME DIJO PARA BAJAR MI NIVEL DE COLESTEROL, DOCTOR!

¡UNO O DOS HUEVOS A LA SEMANA, VERDURA, FRUTA, TODO A LA PLANCHA, NADA DE GRASAS, EJERCICIO TODOS LOS DÍAS!



¿ESTÁ LOCO? ¿VERDURA? ¿EJERCICIO? ¡ESTÁ CAVANDO SU PROPIA TUMBA!

PE... PERO



PERO USTED ME DIJO...

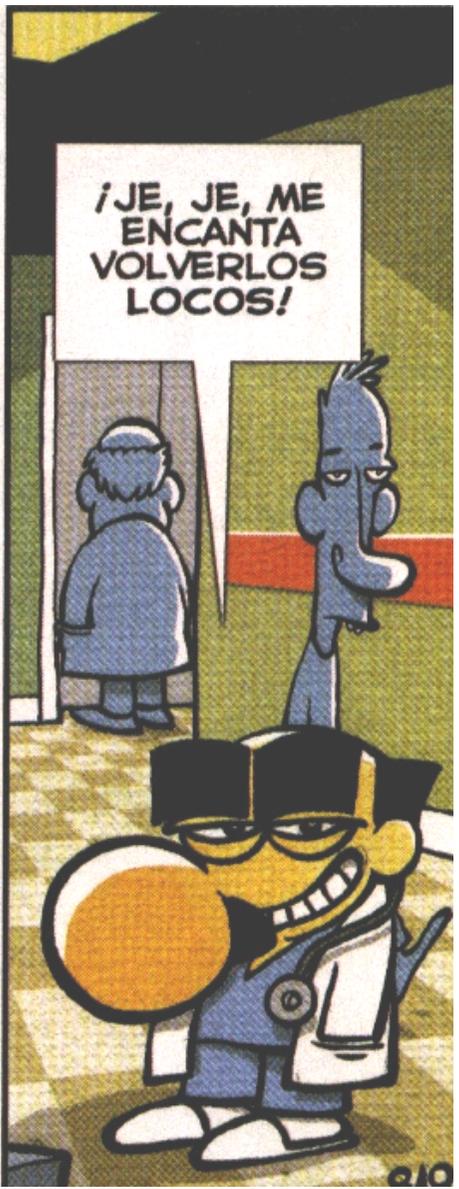
¡ESO ERA HACE SEIS MESES! ¡DESDE ENTONCES SE HAN PUBLICADO DOS ESTUDIOS EN EL "JOURNAL SCIENTIFIC" QUE DEMUESTRAN QUE EL COLESTEROL ES BUENO PARA EL CUERPO!



¿TIENE QUE COMER DIEZ HUEVOS AL DÍA, SÓLO COMER FRITOS, MUCHAS CONSERVAS, EMBUTIDO Y SEDENTARISMO A TOPE!



VALE, HARÉ LO QUE ME DICE, DOCTOR, ¡TODO SEA POR MI SALUD!



¡JE, JE, ME ENCANTA VOLVERLOS LOCOS!



¡AH, Y TAMBIÉN RECUERDO QUE DECÍA QUE EL PACIENTE TENÍA QUE DESPLAZARSE SALTANDO A LA PATA COJA!

Maika

Igual ens equivoquem amb l'objectiu



HbA1c o Malaltia CV?

Endpoint subrogat o final?

**Falta de interacció
Metge-Malalt**

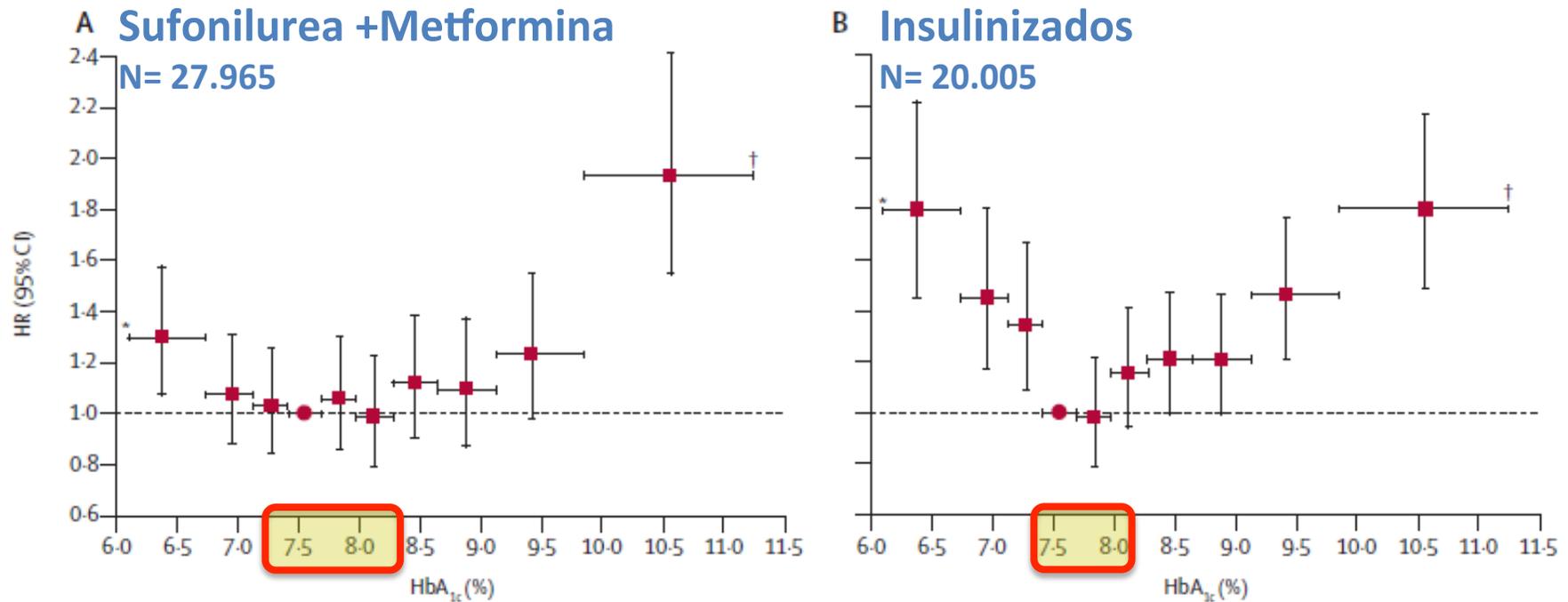
“empowerment”



HbA1c y mortalidad en una cohorte del Reino Unido

47.970 DM2 británicos >50 años sin ECV, seguidos desde 1986 a 2008 (General Practice Research Database)

Mortalidad por todas las causas



Currie CJ et al. *Lancet*. 2010. ;375(9713):481-9.

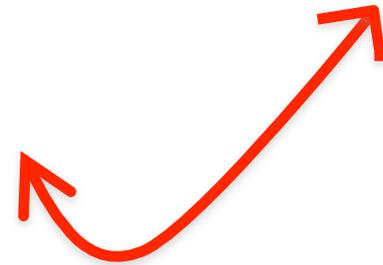
Inercia clínica como salvaguarda clínica (evitar el “encarnizamiento terapéutico”)



Dudas en los valores objetivos de

- **Diabetes** (HbA1c < 6,5-7%, PA < 130/80, LDL < 100?)
- **Hipertensión**
- **Dislipemia**

Is lower always better?

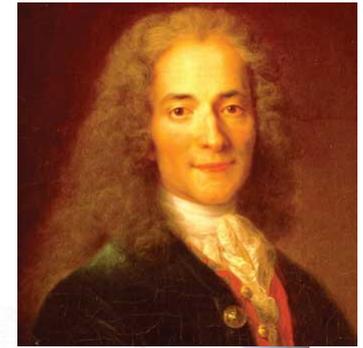


El 58% de los medicamentos (*antihipertensivos, estatinas y antidiabéticos*) podrían ser interrumpidos en ancianos y eso mejoraría la calidad de vida de estos pacientes

Giugliano, D. JAMA. 2011; 305: 1591-1592

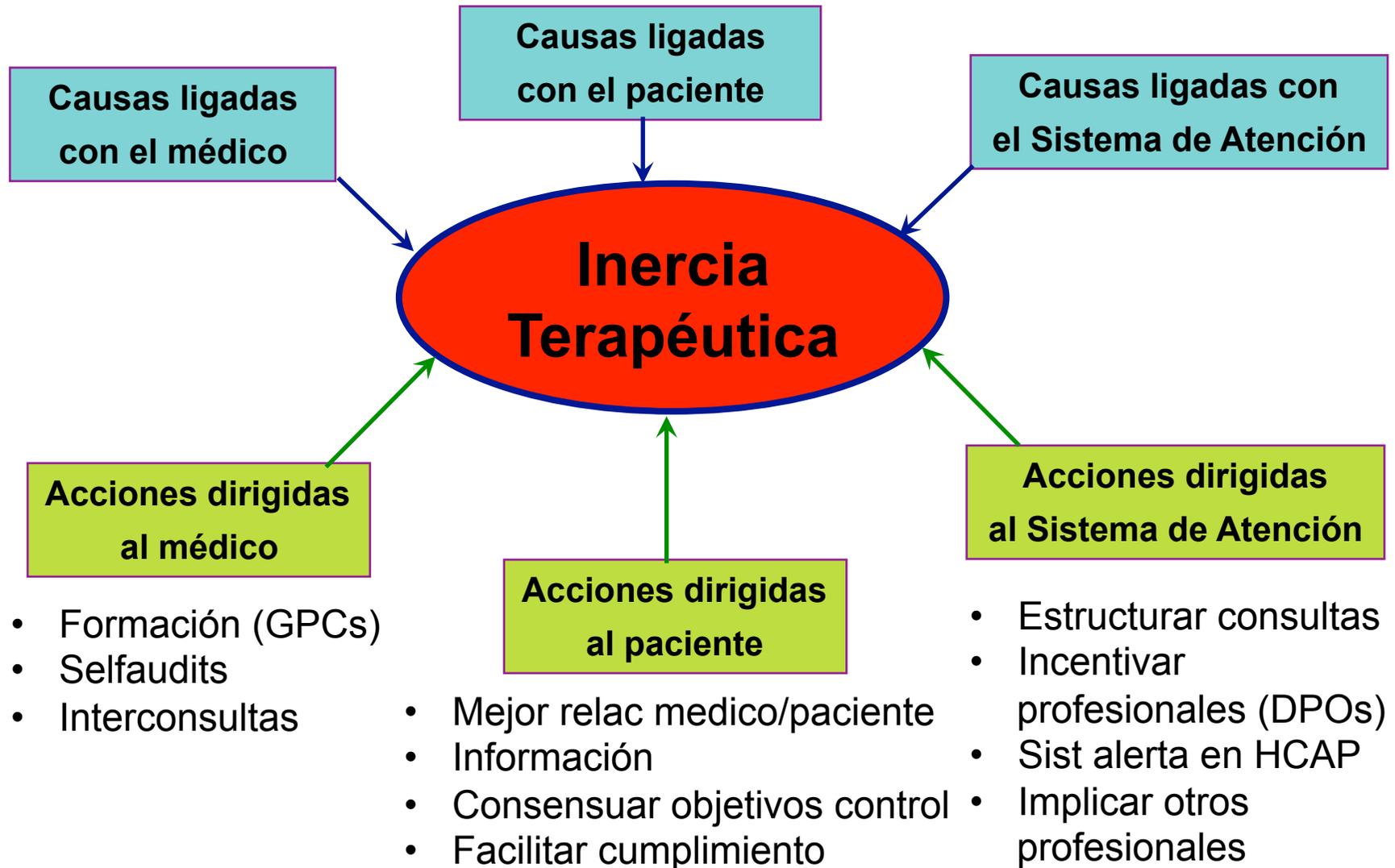
“La principal función de los médicos es entretener al paciente, en tanto la enfermedad sigue su curso inevitable”

Voltaire



Com evitar la Inèrcia?

Causas, consecuencias y soluciones relativas a la Inercia Terapéutica



Contestant a la pregunta inicial

- ✓ El més important és tenir clar **com puc ajudar** a aquella persona
- ✓ **Avaluar** correcta i completament a la persona amb DM2. Mirar tots FRCV
- ✓ **Quin és, en aquest moment, el millor objectiu per aquesta persona?** ... de HbA1c, de PA, de lípids, de tabac, de pes ... Què és prioritari?
- ✓ **Com** podré aconseguir-los?
- ✓ Planificar les nostres consultes. **Treball en equip**
- ✓ **Empowerment** del pacient. *Que fem company?*

Contestant a la pregunta inicial

- ✓ Primer **abordar els objectius**. Després resta de demandes del pacient
- ✓ **Visites freqüents** fins assolir objectius
- ✓ Planificar **seguiments i Selfaudits** (indicadors de qualitat)
- ✓ Posar-nos **recordatoris** a la HCAP (que voliem fer)
- ✓ **Actitut activa** (trucar-los per telèfon)
- ✓ Saber el que volem perquè creiem que és el millor per al pacient ... **i fer-ho!!!**

I això també va molt bé



Sta Rita patrona de les causes perdudes