

347/2488 - MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2). ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

D. Martín Enguix^a, J. Aguirre Rodríguez^b, A. Hidalgo Rodríguez^c, M. Mené Llorente^d, M. de Cruz Benayas^e, E. Jiménez Megías^f y V. Martínez Ruiz^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada. ^cMédico de Familia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. ^fProfesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada. Director de la Cátedra de Docencia e Investigación en Medicina de Familia SEMERGEN-UGR. ^gProfesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada.

Resumen

Introducción: Metformina es unánimemente recomendada para iniciar/mantener el tratamiento de la diabetes (excepto intolerancia o contraindicación). La intensificación del tratamiento es discutible: cualquier antidiabético (ADO) puede ser 2^a-3^a opción, influyendo las características del paciente y determinadas ventajas de un fármaco sobre otro (hipoglucemias, peso del paciente, coste...). La variabilidad es evidente: tenemos 9 familias de ADOs y 9 posibilidades diferentes de monoterapia; en doble terapia: 36 posibles combinaciones; 84 en triple y 126 en cuádruple terapia. Total: 255 posibilidades diferentes de tratamiento. Las "preferencias/costumbres" de los prescriptores, en ocasiones basadas en argumentos "poco científicos" pueden influir en esta elección. Valorar "errores de prescripción" (EP) o "tratamientos inadecuados" (TI) es difícil, aunque hay contraindicaciones o "asociaciones inadecuadas" generalmente aceptadas que constituyen nuestro objeto de estudio: 1. Ausencia de Metformina sin contraindicación (Fg 30 ml/min) o intolerancia. 2. Utilizar Insulina basal sin ADO ni insulina rápida: insuficiente para controlar glucemia posprandial. 3. Asociar aGLP1/iDPP4: idéntico mecanismo de acción. 4. Utilizar aGLP1 > 6 meses sin efectividad (sobre peso o sobre HbA1c). 5. "Cuádruple" terapia: actualmente no recomendada como tal en ninguna guía de práctica clínica. 6. Usar estatinas sin objetivo de control. Hipótesis: la prescripción de ADOs no siempre se hace de manera adecuada. Una intervención formativa breve (IFB), redundará en mejorar la calidad prescriptora en AP y evitará TI o sin clara evidencia.

Objetivos: 1. General: identificar/cuantificar errores-inadecuaciones al prescribir ADOs en nuestra población. 2. Específicos: 2.1. Identificar factores relacionados con EP. 2.2. Valorar asociaciones entre EP/TI y factores como HTA, dislipemia... 2.3. Analizar diferencias entre situación basal y tras 6 meses, en una submuestra de médicos en los que se detecten EP/TI, tras participar en una IFB.

Diseño: Etapas (plan de trabajo): 1. Estudio descriptivo/analítico de principales variables: datos del paciente (sexo, edad, comorbilidades, tratamiento, control...) y del médico (años de ejercicio...). 2. Estudio experimental: diseño pre-post donde las variables dependientes, o de adecuación terapéutica, se medirán a los 0-6 meses post-intervención. 3. Intervención: IFB. a) Carta estandarizada a prescriptores con los "errores" detectados. b) Taller formativo: "manejo integral de diabetes", convocando, voluntariamente, a los mencionados prescriptores (2 horas).

Emplazamiento: Estudio multicéntrico en CS de nuestra provincia.

Material y métodos: Población: 915.392 habitantes; diagnóstico de diabetes: 8% (73.232 diabéticos). Muestra de estudio (IC95%; error: 5%): 383 diabéticos. Análisis: Estudio distribución de frecuencias para variables categóricas (VC). Estudio analítico (ji cuadrado para VC). Las diferencias basales/postintervención se pretenden estimar construyendo un índice alusivo a las prácticas adecuadas, asociándolo con el resto de VC (modelo de regresión lineal múltiple).

Aplicabilidad: Realización en nuestro medio, con posibles ventajas: mejora de prescripción, subsanando algunos “errores” detectados, incluyendo potencial mejora de “costes” económicos.

Aspectos ético-legales: Cumplimiento de principios de Declaración Helsinki (modificación Fortaleza, 2013), Ley Orgánica 15/1999 de 13/12 de Protección de Datos, Ley 14/2007 de Investigación Biomédica sobre protección de datos personales y Garantía de Confidencialidad. Los datos sólo serán accesibles para los analistas del estudio. Permisos solicitados al Comité de Ética de Investigación. Los participantes recibirán hoja informativa con objetivos/actividades y documentación sobre consentimiento informado (carácter voluntario y desinteresado de participación y posibilidad de abandono en cualquier momento).

Palabras clave: Diabetes. Errores de prescripción. Tratamientos inadecuados. Actividad formativa.