Superando barreras Gestión integral de la DM2

La DM2 es una enfermedad progresiva y puede requerir **el uso de insulina** para **alcanzar un control glucémico adecuado**[1]

hablando dediabetes.
CON EL DR. AMPUDIA Y LA DRA. CEBRIÁN

Existen 3 tipos de inercia terapéutica

01. Antes de la Hospitalización

Las personas con DM2 pasan **mucho tiempo** con un **control glucémico inadecuado**[2]

Durante más de 1 año...
con una HbA1c ≥ 8%[2]
casi el **60% no recibieron intensificación**[2]

La **hospitalización** puede ser una oportunidad para **iniciar la terapia con insulina**[2,3]

02. Al Alta

Es fundamental **evitar la inercia terapéutica** y escoger la **opción terapéutica más apropiada para cada paciente**[3]

Tratamiento con 2 ADOs

Inercia de >7,2 años[3]

Intensificación con insulina

03. En la consulta de AP

Reforzar la **educación diabetológica** e implicar al paciente en su propio control

Tras una **conversación implicada...**

El **62%** de las personas con DM2 cambiaron su **percepción** sobre la insulina[4]

La hospitalización y la transición a la consulta de AP es una gran oportunidad para la mejora del manejo de la DM2[3]

En el hospital

Las personas que sufren **hiperglucemia** durante la hospitalización tienen una mayor morbi-mortalidad (16%)[3]

Admisión en el hospital

Primeras 24h	Hospitalización	Planificación del alta
· Detección y planificación del tratamiento de la hiperglucemia	· Monitorización · Educación · Ajuste del tratamiento	· ¿Qué terapia? · ¿Qué seguimiento? · ¿Impartición educación?

Adaptado de: Pérez Pérez A, et al. 2009[1]

Las guías recomiendan **iniciar la terapia con insulina en el hospital** en caso de **hiperglucemia persistente >180 mg/dL** (10,0 mmol/L)[3]

Gla-300 mejora el control glucémico durante la hospitalización de manera comparable a Gla-100 proporcionando un menor riesgo de hipoglucemia[8]

La reducción glucémica durante la hospitalización fue similar en pacientes tratados con Gla-300 y Gla-100[8]

La proporción de pacientes con episodios de **hipoglucemia clínicamente significativa** (<54 mg/dL) fue menor con Gla-300 que con Gla-100 [8]

Gráfica extraída de Pasquel FJ, et al. 2020[8]

Al alta

El **32%** de personas con DM son dados de alta **sin cambios** en el tratamiento ni seguimiento posterior[3]

Tratamiento al alta[3,9]

HbA1c < 7%	HbA1c 7%-9%	HbA1c >9%
Reiniciar tratamiento previo al ingreso (ADO y/o insulina)	Reiniciar ADOs y Gla-300 diaria 50% de la dosis del hospital	Basal Bolos misma dosis que en el hospital. **Alternativa:** reiniciar ADOs y Gla-300 diaria 80% dosis del hospital

Algoritmo extraído de Umpierrez GE, et al. 2014[9]

Gla-300 demostró una reducción significativa de los valores de HbA1c en personas con DM2 3 meses después del alta hospitalaria[10]

Control glucémico con Gla-300

* P<0,01 vs. valor inicial

Gráfica extraída de Pérez A, et al. 2020[10]

En la consulta de AP

Barreras en las etapas de **inicio, titulación e intensificación** de la insulina[12,13]

- Mala percepción de la insulina
- Miedo a inyecciones
- Miedo a hipoglucemias
- Aumento de peso

Los profesionales sanitarios **pueden crear una percepción positiva de la insulina** para facilitar el inicio del tratamiento[14,15]

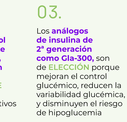
- **Disipar los mitos** sobre el uso de la insulina[14]
- **Mostrar cómo usar la pluma** de insulina[14]
- **Explicar los beneficios** de la insulina[14]
- **Compaginar insulina y estilos de vida** para evitar complicaciones[15]

Tras el inicio del tratamiento con insulina, se debe titular correctamente e instruir al paciente con una buena educación terapéutica para lograr el control glucémico[16]

En el Estudio **TAKE CONTROL** se demostró que la titulación de Gla-300 realizada por el **paciente** fue tan efectiva como la guiada por el **médico**[16]

Porcentaje de pacientes que lograron el objetivo compuesto[16**,**17]

P = 0,0187



** Objetivo compuesto: consecución de objetivo glucémico sin hipoglucemia confirmada o grave.
Adaptado de: Russell-Jones D, et al. 2019[17]

El uso de la MCG puede resultar de gran utilidad en el ajuste del tratamiento con insulina en personas con DM2[22]

El **tiempo en rango (TIR)** se ha convertido en una métrica clave para evaluar el control glucémico además de la HbA1c[17]

Mejorías del **5-10% en el TIR** pueden implicar beneficios glucémicos[17]

El TIR se correlaciona **inversamente** con la HbA1c[18]

TIR 70-180 mg/dl	HbA1c, %
20%	9,4
30%	8,9
40%	8,4
50%	7,9
60%	7,4
Niveles recomendados[19]: 70%	**7,0**
80%	6,5
90%	6,0

EN PACIENTES CON DM2[20]

CADA 10% DE **DISMINUCIÓN** EN EL TIR → **10%**

AUMENTA EL RIESGO MICROALBUMINURIA → **40%**

RETINOPATÍA → **64%**

Conclusiones

01. Es IMPRESCINDIBLE **superar las barreras de la insulinización** cuando ésta es necesaria

02. Una **gestión integral del control glucémico durante la hospitalización, al alta, en AP, y en la intensificación** posterior es CLAVE para conseguir y mantener los objetivos glucémicos

03. Los **análogos de insulina de 2ª generación como Gla-300,** son de ELECCIÓN porque mejoran el control glucémico, reducen la variabilidad glucémica, y disminuyen el riesgo de hipoglucemia

ADO: antidiabético oral; **AP:** atención primaria; **DMI:** diabetes mellitus tipo 1; **DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **MCG:** monitorización continua de la glucosa; **TAR:** tiempo por encima del rango; **TBR:** tiempo por debajo del rango; **TIR:** tiempo en rango.

1. Inzman RR. Diabetes Res Clin Pract 1998;40 (Suppl. 1):S21–;**2.** Romera I, et al. Diabetes Ther. 2020;11:47-51.**3.** American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2022. Diabetes Care. 2022; 45 (Suppl. 1):S244–S253.**4.** Mata-Cases M, et al. Diabetes Obes Metab. 2018;20(1):103-12. **5.** Khunti K, et al. Diabetes Care. 2017;40(6):748-58.**6.** Pérez Pérez A, et al. Med Clin (Barc). 2009; 132 (12):465-75. **7.** Pasquel FJ, et al. Diabetes Care. 2020;43(12):e142-e143. **8.** Griffith ML, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2012; 97 (8):2859-65. **10.** Umpierrez GE, et al. Diabetes Care. 2014; 37 (11):2934-9. **11.** Pérez A, et al. BMJ Open Diabetes Res Care. 2020; 8 (1):e001358. **12.** Russell-Jones D, et al. Diabetes Obes Metab.2018;20:488-95. **13.** López Simarro F. Cuadernos de la redCDPS. 2020;5-12. **14.** Snook FJ, et al. Primary Care Diabetes. 2021;15:615-21. **15.** Martin F. Diabetes Práctica 2017;08(Suppl Esp 1). **16.** Russell-Jones D, et al. Diabetes Obes Metab. 2015;21:1616-24. **17.** Beltrán V, et al. Diabetes Res Clin Pract. 2021;172:108673 **18.** Beck RW et al. J Diabetes Sci Technol. 2019;13:614-626 **19.** Beck RW et al. Diabetes Care. 2019;42:400-405

Ver Ficha Técnica de Tougeo

MAT-ES-2201822-1 junio 2022