Superando barreras Gestión integral de la DM2

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

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

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**[4]

Tratamiento con 2 ADOs

Inercia de **>7,2 años**[5]

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[6]

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?

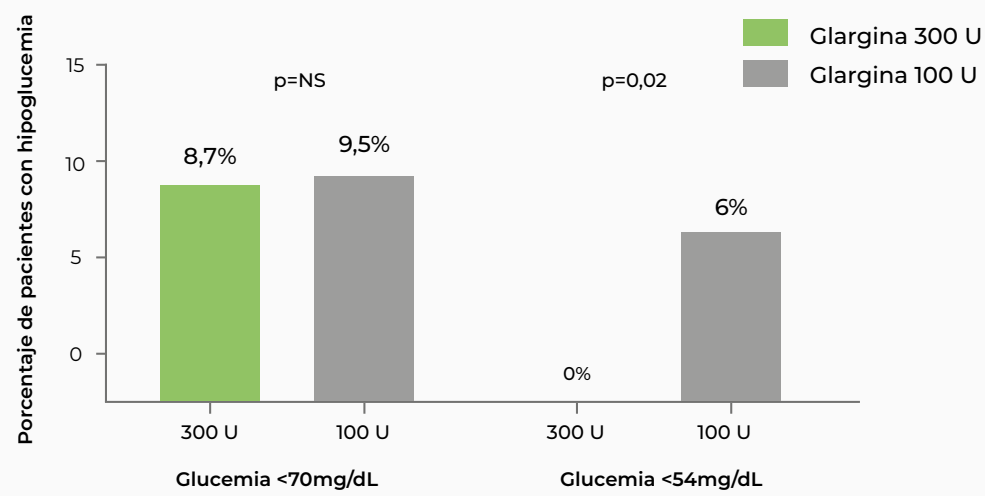
Adaptado de Pérez Pérez A, *et al.* 2009[7]

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 U[8]



Gráfica extraída de Pasquel FJ, *et al.* 2020[7]

Al alta

EL **32%** de personas con DM son dados de alta **sin cambios** en el tratamiento ni seguimiento posterior[9]

Tratamiento al alta[10]

HbA1c < 7%	HbA1c 7%-9%	HbA1c >9%
		Basal Bolos misma dosis

Reiniciar tratamiento previo al ingreso (ADO y/o insulina)

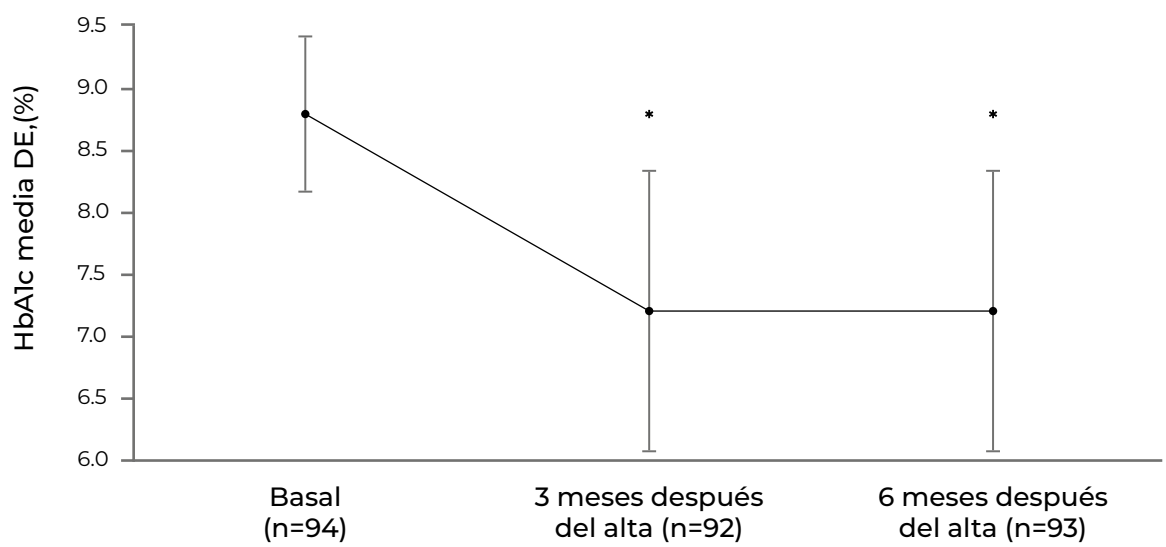
Reiniciar ADOs y Gla-300 diaria 50% de la dosis del hospital

que en el hospital.
Alternativa: reiniciar ADOs y Gla-300 diaria 80% dosis del hospital

Algoritmo extraido de Umpierrez GE, *et al.* 2014[10]

Gla-300 demostró una reducción significativa de los valores de HbA1c en personas con DM2 3 meses después del alta hospitalaria[11]

Control glucémico con Gla-300



* P≤0,01 *vs.* valor inicial

Gráfica extraída de Pérez A, *et al.* 2020[11]

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]

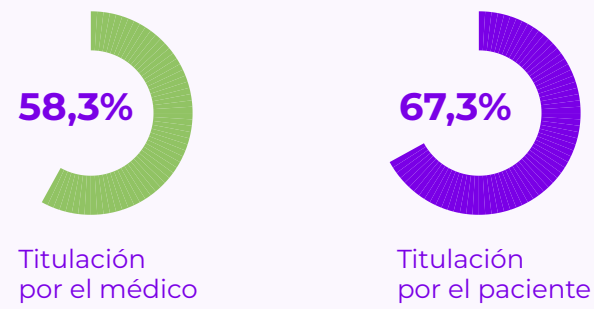
- **Disipar los mitos** sobre el uso de la insulina[14]
- **Mostrar cómo usar la pluma** de insulina[14]
- **Explicar los beneficios** de la Insulina[15]
- **Compaginar insulina y estilos de vida** para evitar complicaciones[15]

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**]

P = 0,0187



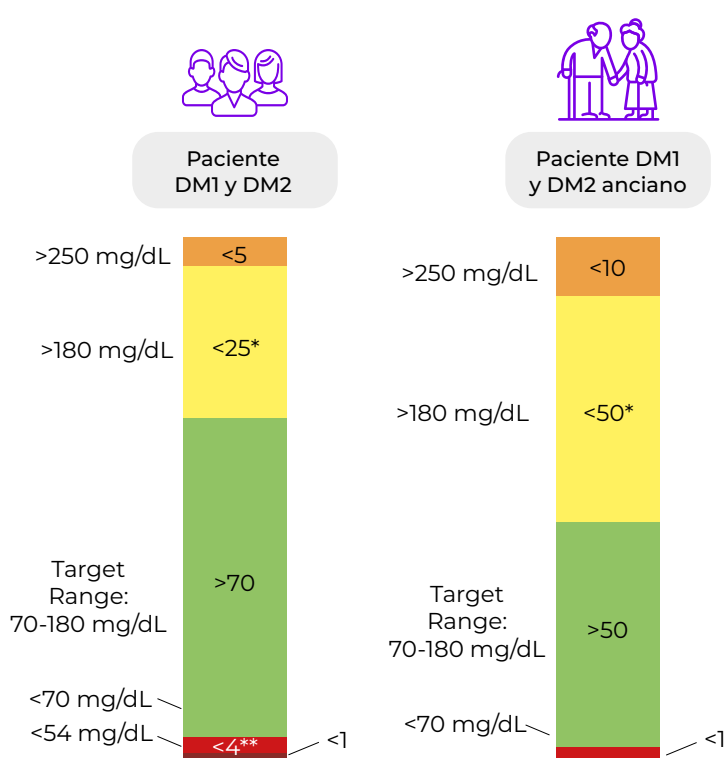
** Objetivo compuesto: consecución de objetivo glucémico sin hipoglucemia confirmada o grave.

Adaptado de Russel-Jones D, *et al.* 2019[15]

El uso de la MCG puede resultar de gran utilidad en el ajuste del tratamiento con insulina en personas con DM2[17]

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[15]	**70%**	**7,0**
	80%	6,5
	90%	6,0

EN PACIENTES CON DM2[19]

Priorizar reducir el TBR y luego incrementar el TIR

Manejo individualizado y conservador. **Priorizar** reducción del TBR y evitar un TAR excesivo

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; **DM1:** 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. Holman RR. Diabetes Res Clin Pract 1998;40 (Suppl. 1):S21—5. **2.** Romera I, *et al*. Diabetes Ther. 2020;11:437-51. **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. 2013;36:3411–7. **6.** The Economist Intelligence. People with type 2 diabetes and healthcare professionals benefit from discussing the progressive nature of the condition: why and how? November 14, 2021. Disponible en: https://impact.economist.com/perspectives/healthcare/perceptions-changing-nature-diabetes-infographic (ultimo acceso Mayo 2022). **7.** Pérez Pérez A, *et al*. Med Clin (Barc). 2009; 132 (12):465-75. **8.** Pasquel FJ, *et al*. Diabetes Care. 2020;43:1242–1248. **9.** Griffith ML, *et al*. J Clin Endocrinol Metab. 2012; 97 (6):2019-26. **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):e001518. **12.** Russell-Jones D, *et al*. Diabetes Obes Metab.2018;20:488-96. **13.** López Simarro F. Cuadernos de la redGDPS. 2021:5-12. **14.** Snoek FJ, *et al*. Primary Care Diabetes. 2021;15:619–21. **15.** Martín E. Diabetes Práctica 2017;08(Supl Extr 4). **16.** Russel-Jones D, *et al*. Diabetes Obes Metab 2019;21:1615-24. **17.** Bellido V, *et al*. Diabetes Res Clin Pract. 2021 Jul;177:108917 **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 Toujeo

MAT-ES-2201822 v1 junio 2022