

Este documento forma parte del Atlas de la atención sanitaria de la diabetes en Aragón



La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica altamente prevalente que se asocia frecuentemente con otras comorbilidades, principalmente con patologías cardiovasculares y renales. Este hecho, junto con las complicaciones derivadas de la propia enfermedad, tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen.

Un seguimiento adecuado de las personas con diabetes es clave en la prevención de complicaciones derivadas de la enfermedad, de la misma manera que un mal control se asocia a un aumento de complicaciones y a mortalidad prematura. Para el seguimiento del paciente con diabetes las guías de práctica clínica recomiendan una serie de actuaciones dirigidas a monitorizar y controlar los niveles de hemoglobina glicosilada, presión arterial, colesterol o albuminuria o a la realización de pruebas como la exploración de pie diabético o retinografías de cribado de la retinopatía diabética para su vigilancia y diagnóstico temprano.

La diabetes no controlada es la principal causa de ceguera, terapia renal sustitutiva (diálisis o trasplante), y amputaciones.

■ ¿Cuál es la situación actual en Aragón?

En Aragón, 91.613 diabéticos mayores de 40 años (el 11,4% de la población mayor de 40 años) acudieron al menos una vez a su centro de salud en 2023 y dependiendo del centro de salud en el que fueron atendidos (i.e. zona básica de residencia) recibieron distinta intensidad de cuidados.

A pesar de las diferencias observadas entre zonas básicas de salud, hay que destacar que el seguimiento y el control del paciente con diabetes ha mejorado globalmente a lo largo del período 2014-2023. Específicamente, la determinación y el control de la hemoglobina glicosilada, del colesterol LDL, de la albúmina en orina (albuminuria) y la exploración del pie diabético mejoraron, mientras que la retinografía de cribado y la vacunación de la gripe se mantuvieron estables, y descendió el porcentaje de pacientes con control de la tensión arterial.

Existe una variabilidad persistente entre zonas básicas de salud en el seguimiento y control del paciente diabético, con diferencias entre zonas básicas desde hasta 1,3 veces en el caso del porcentaje de pacientes diabéticos con la hemoglobina glicosilada controlada y de hasta 1,7 veces en el caso del porcentaje de pacientes con los niveles de albuminuria controlados.

En este mismo periodo, se observa una disminución en las diferencias entre zonas básicas de salud en el porcentaje de pacientes diabéticos con determinación de hemoglobina glicosilada, colesterol LDL y albúmina en orina. Por el contrario, las diferencias en el cribado de retinopatía entre zonas se acentuaron en parte debido a la falta temporal de retinografos en algunos sectores.



En general, se observa que los hombres con diabetes tienen un peor seguimiento y control de la enfermedad que las mujeres. Esto podría asociarse con el mayor número de complicaciones derivadas de un control insuficiente de la diabetes que sufren los hombres comparado con las mujeres diabéticas, siendo estas diferencias significativas en el caso de las hospitalizaciones por infarto e ictus y en el caso de las amputaciones de miembros inferiores.

Figura 1 Porcentaje de población con diabetes y hemoglobina glicosilada controlada (<7%) en 2015 y 2023

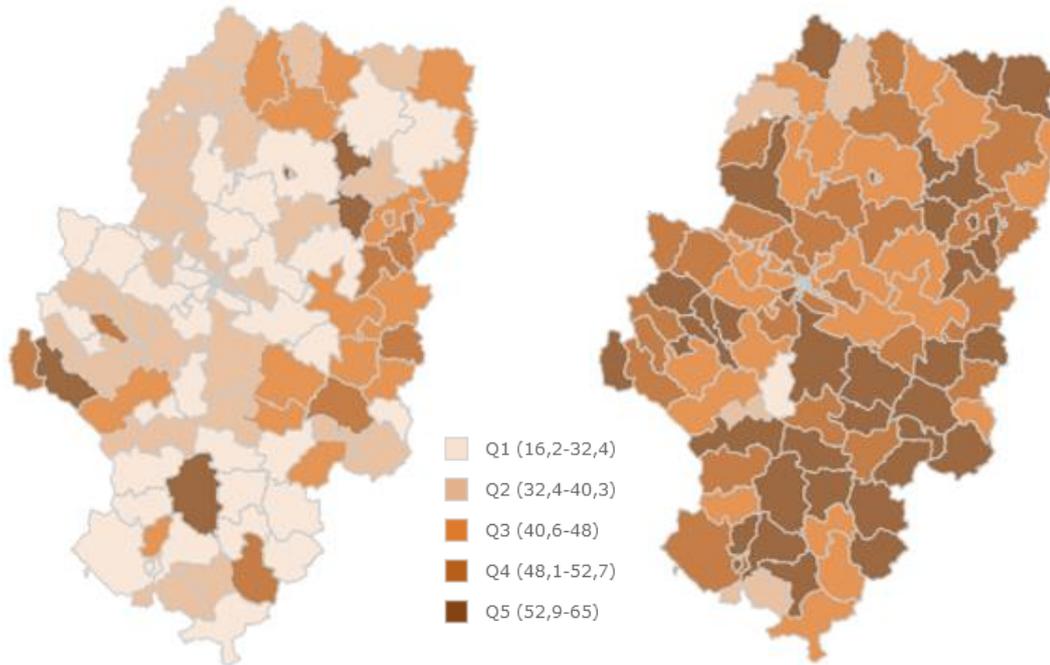
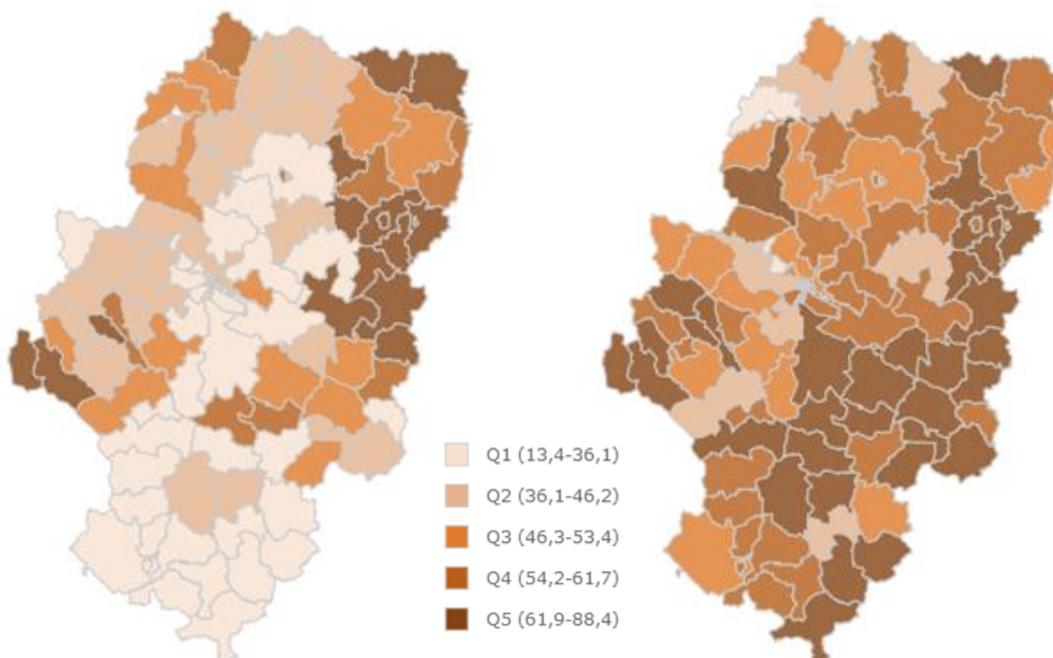


Figura 2 Porcentaje de población con diabetes y albuminuria controlada (<30 mg/día) en 2015 y 2023





■ ¿Cuáles son los patrones de prescripción farmacéutica en las personas con diabetes?

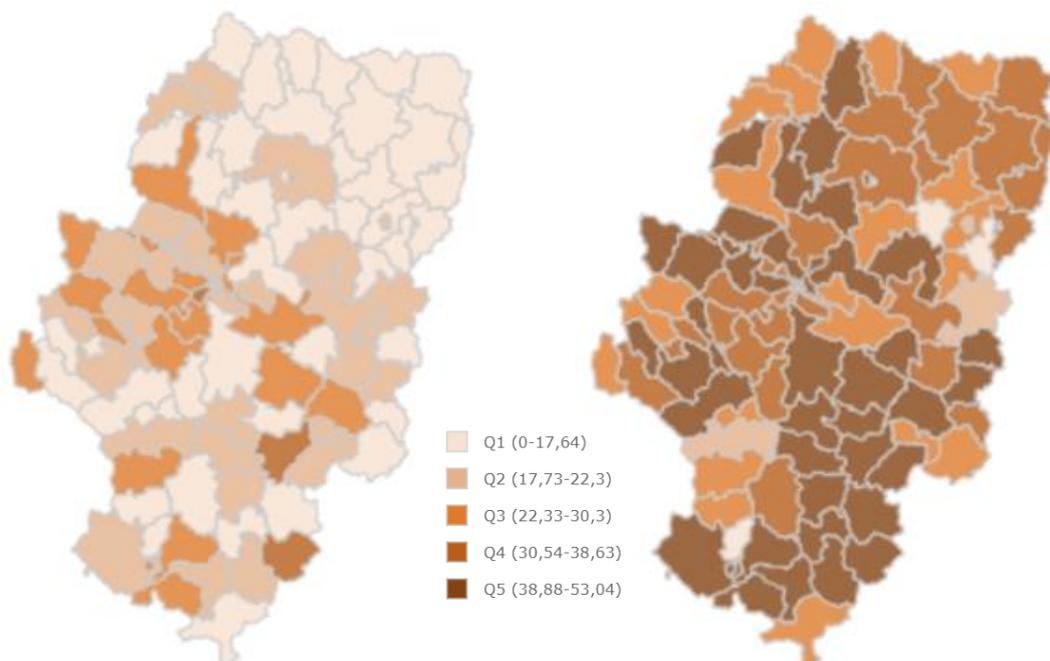
El tratamiento farmacológico de la diabetes debe ser individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta sus características específicas, edad, comorbilidades o fragilidad. En los últimos años han aparecido nuevos fármacos antidiabéticos, como los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1), con evidencia demostrada en la mejora de la enfermedad cardiovascular, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad renal, además del control glucémico. Dado que muchas guías de tratamiento de la diabetes sitúan en el mismo nivel de importancia el tratamiento de las comorbilidades del paciente diabético y el control de la glucemia, el uso de estos fármacos estaría recomendado en los diabéticos con comorbilidades.

En el período 2020-2023 ha habido un aumento de la utilización de estos fármacos en Aragón, de hasta 2,7 veces en el porcentaje de pacientes con diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva y prescripción de iSGLT2 y de hasta casi dos veces en el porcentaje de pacientes con diabetes y enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular con prescripción de iSGLT2 o arGLP-1.

A pesar del aumento en su utilización, sigue siendo relevante la magnitud de las diferencias en la prescripción de estos principios activos entre zonas básicas de salud, de hasta casi tres veces en el porcentaje de pacientes con enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca congestiva y prescripción de iSGLT2, de más de cuatro veces en el porcentaje de pacientes con enfermedad cardiovascular y prescripción de arGLP1 y de 2 veces en el porcentaje pacientes con enfermedad renal y prescripción de iSGLT2 o arGLP-1.

También resulta destacable que la prescripción de iSGLT2 y arGLP1 ha sido significativamente mayor en hombres que en mujeres con comorbilidades a lo largo de todo el período 2020-2023.

Figura 3 Porcentaje de población con diabetes y enfermedad cardiovascular con prescripción de iSGLT2 o arGLP1 en 2020 y 2023





En el año 2023 persisten diferencias entre 3 y 4 veces en el porcentaje de pacientes con diabetes y comorbilidades a los que les han prescrito iSGLT2 o arGLP-1.

El análisis de prácticas de bajo valor en la prescripción durante el período 2020-2023 pone de relieve el aumento del número de personas con diabetes polimedizadas (es decir con al menos cuatro fármacos antidiabéticos prescritos simultáneamente). En cambio, la inercia terapéutica (falta de acción por parte de los profesionales de la salud para iniciar o intensificar un tratamiento cuando está claramente indicado debido a dificultades en el control de una patología) se mantuvo estable, aunque con evolución variable entre sectores de Aragón.

En la población anciana descendió la prescripción de sulfonilureas distintas a la gliclazida (desaconsejadas por su riesgo a hipoglucemias). En cambio, aumentó el número de ancianos con la hemoglobina glicosilada controlada pero que mantienen tres fármacos antidiabéticos prescritos y, por tanto, pueden ser candidatos a la desintensificación de tratamiento.

■ Recomendaciones

Los análisis sugieren las siguientes acciones:

- ✓ Intensificar el seguimiento activo de la población con diabetes, con especial atención a la población masculina dado que es la que presenta mayores tasas de complicaciones.
- ✓ Reactivar la exploración de pie diabético y el cribado de retinopatía, ya que ambas pruebas no han recuperado los valores anteriores a la pandemia.
- ✓ Incidir en el cumplimiento de la retinografía de cribado con especial énfasis en la población diabética con menor nivel socioeconómico que es la que presenta mayores tasas de retinopatía.
- ✓ Promover la prescripción de iSGLT-2 y arGLP-1 en pacientes con diabetes y comorbilidades como enfermedad renal, enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardiaca congestiva haciendo especial hincapié en la población femenina.
- ✓ Fomentar acciones para disminuir la inercia terapéutica que faciliten la revisión de las prescripciones tras la obtención de resultados de hemoglobina glicosilada fuera de control, por ejemplo, mediante “alertas” dentro del sistema.
- ✓ Valorar la oportunidad de deprescripción de antidiabéticos en la población con diabetes sobre todo entre la población anciana con la hemoglobina glicosilada con valores por debajo de 7%.

■ Más información en el Atlas de la atención sanitaria de la diabetes en Aragón:

<https://cienciadedatosysalud.org/atlas/diabetes-aragon/>

Grupo Atlas VPM (2024). Atención sanitaria a la población con diabetes en Aragón (Policy Brief) (1.0.0). Zenodo.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14273857>