

Crear colaboraciones entre
proveedores y pacientes
para mejorar el cuidado y
tratamiento de la diabetes

Según el Atlas de Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), **463 millones de adultos** viven con diabetes y el **10 %** de la inversión médica mundial se gasta en diabetes (760 mil millones de dólares).



La diabetes es uno de los desafíos de salud a nivel global de más rápido crecimiento del siglo XXI; el número de adultos que viven con la enfermedad a nivel mundial se ha más que triplicado en los últimos 20 años.¹

La pandemia del coronavirus complica aún más este desafío de salud, ya que las personas con diabetes tipo 2 tienen más probabilidades de tener complicaciones graves, ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI), mayor duración de la estancia y mayor mortalidad por COVID-19.²

Dada la profundidad y complejidad del problema, las organizaciones médicas que se empeñan en tener un impacto positivo en la prevención y la gestión de la diabetes, así como en reducir los costes médicos asociados y el agotamiento de recursos clínicos, deben adoptar un enfoque centrado y basado en la evidencia que implique directamente a los pacientes.

Cada vez más evidencias demuestran que tener la colaboración de los pacientes en el tratamiento puede mejorar los resultados de salud, la eficacia de la práctica y la satisfacción del paciente y del proveedor.³ Puesto que los pacientes actuales son consumidores de atención médica mucho más informados, crear colaboraciones de confianza entre pacientes y proveedores, y empoderar a los pacientes como participantes activos en su propio tratamiento es una evolución natural en su jornada de atención médica.

Factores de riesgo de la diabetes

Para adultos estadounidenses de 18 años o más con diabetes diagnosticada:



89 %

tenía sobrepeso



68 %

tenía tensión arterial alta



43 %

tenía colesterol alto



38 %

estaba físicamente inactivo



15 %

era fumador activo

CDC: Informe Nacional de Estadísticas de Diabetes, 2020
(datos de factores de riesgo para 2013-2016)

Colaboraciones de confianza con pacientes se traducen en cuidados y resultados optimizados

Dado que un mejor control de la diabetes y un buen control glucémico también pueden reducir los riesgos de complicaciones graves, como enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de extremidades inferiores y accidentes cerebrovasculares, y sus costes asociados, la mejora del tratamiento de la diabetes tiene beneficios de gran alcance tanto para los pacientes como para las organizaciones médicas.

El Comité de Colaboración de Pacientes en Salud del American College of Physicians desarrolló principios que posicionan a los pacientes en el centro del tratamiento al mismo tiempo que reconoce la importancia de la colaboración entre el equipo de atención y el paciente para mejorar la atención médica y reducir el daño. «Los principios establecen que los pacientes y las familias deben ser tratados con dignidad y respeto, ser colaboradores activos en todos los aspectos de su tratamiento, contribuir al desarrollo y mejora de los sistemas de salud, y colaborar con la educación de los profesionales de la salud».⁴

La comunicación respetuosa, la comprensión y el apoyo son elementos esenciales de un tratamiento eficaz de la diabetes. Las organizaciones médicas que fomentan la colaboración, la educación y el compromiso son más capaces de proporcionar conexiones consistentes, auténticas y personalizadas que:

- Generan confianza
- Fomentan la alineación entre los pacientes y los equipos de atención
- Capacitan a los pacientes para que tomen decisiones compartidas basadas en la evidencia

Cuando los pacientes sienten que no están solos en su jornada de atención, están más dispuestos a seguir los planes de tratamiento y a realizar cambios duraderos en el estilo de vida que generan mejores resultados. La mejora del cumplimiento del paciente reduce el riesgo de que un paciente desarrolle complicaciones más graves y el consiguiente agotamiento de recursos médicos.



Los adultos con inseguridad alimentaria pueden estar en alto riesgo de padecer diabetes no diagnosticada. La evidencia del estudio English Longitudinal Study of Aging sugiere que enfocarse en personas de grupos socioeconómicos bajos puede ayudar al diagnóstico temprano de la diabetes para adultos mayores.

Dentro de Sudamérica, Brasil tiene:

- El gasto medio anual más alto en salud por persona con diabetes (3117 dólares)
- El mayor número de adultos con diabetes (16,8 millones)
- Una estimación de 95 800 niños y adolescentes menores de 20 años con diabetes tipo 1

Identificar los determinantes sociales y las barreras a cambiar

Los pacientes a menudo son conscientes de que deben comer más sano y perder peso, pero cambiar los hábitos no es fácil, especialmente los hábitos que requieren cambios importantes en el estilo de vida. Sin embargo, dado que la obesidad es un factor de riesgo mayor para la diabetes, superar las barreras y motivar tanto a los niños como a los adultos a controlar su peso es crucial. Un análisis de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) muestra que cada dólar gastado en la prevención de la obesidad genera más de seis veces el rendimiento económico.⁵

Es importante reconocer los aspectos únicos de las circunstancias de la vida de un paciente que influyen en estos factores y en la capacidad de cambiar. El nivel de educación, las finanzas, los antecedentes culturales, el transporte, el acceso a una vivienda asequible y los alimentos saludables tienen un impacto directo en la salud de los pacientes y en el gasto médico.

Según la Federación Internacional de Diabetes, la carga de tratar la diabetes «recae cada vez más a los países de bajos y medios ingresos, y afecta desproporcionadamente a los grupos más pobres, desfavorecidos y vulnerables, incluidos los pueblos indígenas y las comunidades minoritarias de los países de ingresos altos».⁶

Para apoyar mejor a estas poblaciones, los sistemas de salud deben ser más creativos para ayudar a los pacientes a superar los obstáculos que enfrentan. Por ejemplo, si los pacientes de bajo ingreso o de edad avanzada carecen de transporte, algunos sistemas de salud están trabajando con servicios de transporte compartido y transporte público para garantizar que los pacientes lleguen a sus citas. Si el acceso a alimentos saludables es un problema, una agencia de servicios podría conectar a un paciente con programas de asistencia alimentaria. Los pacientes que tienen dificultades para pagar las recetas médicas pueden ser elegibles para recibir ayuda de los programas de asistencia para recetas médicas.

« UpToDate® [ayuda a la toma de decisiones clínicas] marcó una gran diferencia durante la pandemia de COVID-19, especialmente en el tratamiento de pacientes hospitalizados. Nos ayudó a proporcionar educación continua a los pacientes que tienen diabetes no controlada y a destacar los riesgos de infección grave, estancias hospitalarias más largas e ingreso en la UCI. Con UpToDate, cambiamos nuestra práctica en relación con el tratamiento de la COVID-19 y la diabetes. Nos mantuvo informados sobre los cambios en el tratamiento y nos ayudó a responder a las preguntas de los pacientes».

Dra. Fatima Alsayyah, especialista en endocrinología del Hospital de Dubái (DHA)



La colaboración es una calle de doble sentido: los médicos deben estar al día de las nuevas pruebas y tratamientos

Los médicos también deben hacer su parte en lograr colaboraciones exitosas con pacientes al mantenerse al día de las últimas investigaciones y pruebas sobre la diabetes, nuevas opciones de tratamiento y reconocer cómo la inercia terapéutica de la diabetes puede afectar negativamente al tratamiento del paciente.

Nueva evidencia: la pandemia de COVID-19 hizo hincapié en la necesidad de que los médicos estén al día de las últimas pruebas relacionadas con la diabetes, tanto en tiempos de crisis como en calma. Los pacientes con diabetes corren el riesgo de desarrollar una enfermedad grave a causa de la COVID-19 y el virus parece precipitar manifestaciones graves de diabetes, incluyendo cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico y resistencia severa a la insulina.

En un estudio retrospectivo en los EE. UU., la tasa de mortalidad fue del 14,8 por ciento entre los pacientes con diabetes y del 28,8 por ciento en los pacientes con diabetes o hiperglucemia no controlada, en comparación con el 6,2 por ciento sin ambas.⁷

Al consultar un recurso de apoyo para la toma de decisiones clínicas e información sobre fármacos basado en evidencias clínicas, las organizaciones médicas y los médicos pueden estar seguros de que están proporcionando un tratamiento para la diabetes basado en las últimas evidencias.

Nuevos tratamientos: en los últimos 20 años, las terapias con medicamentos aprobadas para la diabetes tipo 2 han mejorado la facilidad de uso con mejores resultados y menos efectos adversos. Los agentes más nuevos también han demostrado ser más eficaces, realmente solucionando disfunciones del órgano o del sistema.⁸

La insulina biosimilar, que ha estado disponible en muchos países alrededor del mundo hace varios años, también ha sido aprobada para el uso en los EE. UU. A diferencia de los medicamentos genéricos, los productos biosimilares, que comparten exactamente la misma composición química que sus homólogos de marca, son duplicados «muy similares» del producto de marca de referencia y se espera que produzcan el mismo resultado clínico en un paciente determinado.

En julio de 2021, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó la primera versión biosimilar intercambiable de insulina, lo que significa que está totalmente aprobado sustituir en la farmacia la insulina de marca de acción prolongada por la insulina biosimilar sin necesidad de obtener primero un permiso del prescriptor.⁹

La investigación realizada en muchos países ha demostrado la alta prevalencia de la inercia terapéutica.

Por ejemplo:

- Un estudio de cohortes de pacientes con diabetes tipo 2 en la base de datos Datalink de investigación clínica del Reino Unido encontró que se tardaron más de 3 años en intensificar de un fármaco antihiper glucémico oral a dos agentes orales en pacientes con un A1C superior al 7,0 %.
- Un estudio realizado en afroamericanos urbanos mostró que el tratamiento de la diabetes solo se intensificó en el 50 % de las visitas a la clínica a pesar de que los pacientes no estaban en la meta.
- El estudio DAWN Japan encuestó a especialistas certificados y no certificados por la Sociedad Japonesa de Diabetes para evaluar las barreras médicas para el inicio de la insulina cuando está garantizado. Las razones se consideraron clínicamente insignificantes, incluyendo preocupaciones acerca del uso de la terapia con insulina en los ancianos y dificultad para proporcionar orientación y educación a los pacientes con respecto a las inyecciones de insulina.

La insulina biosimilar e intercambiable de bajo coste puede ayudar a los pacientes de bajos ingresos y sin seguro o con un seguro insuficiente. Ellos pueden haber tenido que racionalizar su insulina debido al alto coste, y ahora podrán obtener una mejor accesibilidad y asequibilidad de la insulina, resultando en mejor cumplimiento de los planes de tratamiento. La información clínica basada en la evidencia, mantenida cuidadosamente y actualizada con frecuencia, puede ayudar a los médicos a mantenerse informados de los medicamentos más recientes para tratar la diabetes, explicar el concepto de biosimilares e intercambiabilidad a sus pacientes, y abordar cualquier preocupación acerca de la seguridad y eficacia.

Ajuste del tratamiento basado en el control glucémico: la inercia terapéutica es la falta de ajuste oportuno de la terapia cuando no se cumplen los objetivos de tratamiento de un paciente. Con respecto al tratamiento de la diabetes, significa ser lento para añadir o cambiar el plan de cuidado si un paciente no tiene buen control glucémico como lo indica su A1C.

La inercia terapéutica de la diabetes puede producirse por muchas razones,¹⁰ incluyendo:

- **Factores relacionados con el médico:** sobreestimación de la calidad del tratamiento, creencia de que la intensificación del tratamiento es injustificada o falta de materiales, tiempo y formación para aumentar adecuadamente el tratamiento
- **Factores relacionados con el paciente:** negación de tener diabetes, no tomar medicamentos o conocimientos limitados sobre la salud
- **Factores relacionados con el sistema:** acceso limitado a recursos para el seguimiento o personal limitado de la clínica

Las complicaciones a largo plazo de la inercia terapéutica y los retrasos en el tratamiento son considerables, ya que un control glucémico deficiente puede provocar retinopatía relacionada con la diabetes y otros eventos microvasculares, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, amputación de extremidades inferiores, accidente cerebrovascular y mortalidad.

A pesar de la asociación entre un buen control glucémico y la prevención o retraso de las complicaciones relacionadas con la diabetes, los médicos a menudo no establecen objetivos glucémicos, de presión arterial y de lípidos con los pacientes. E incluso cuando se establecen objetivos, la terapia no siempre se ajusta cuando no se cumplen los objetivos del tratamiento.

Los médicos que pueden acceder fácilmente a las pruebas más recientes sobre la diabetes pueden ser más propensos a ajustar los tratamientos. Por lo tanto, la adopción y el uso de recursos de apoyo para decisiones clínicas basadas en la evidencia e información sobre fármacos es una estrategia eficaz para que las organizaciones médicas reduzcan la incidencia de la inercia terapéutica relacionada con el médico y sus complicaciones asociadas y costes médicos.

Cuando se trata de pacientes, la no adherencia a los medicamentos es un gran contribuidor para la inercia terapéutica y contra el mantenimiento de los niveles glucémicos objetivos. Las asociaciones que fomentan la comunicación abierta y honesta entre el paciente y el proveedor pueden ayudar a mejorar el cumplimiento de la pauta farmacológica.

El compromiso del paciente es la intersección de la información, la motivación y el acceso: comunicar información relevante adaptada a los medios y valores del paciente mediante el uso de métodos probados y personalizados para motivar la acción.



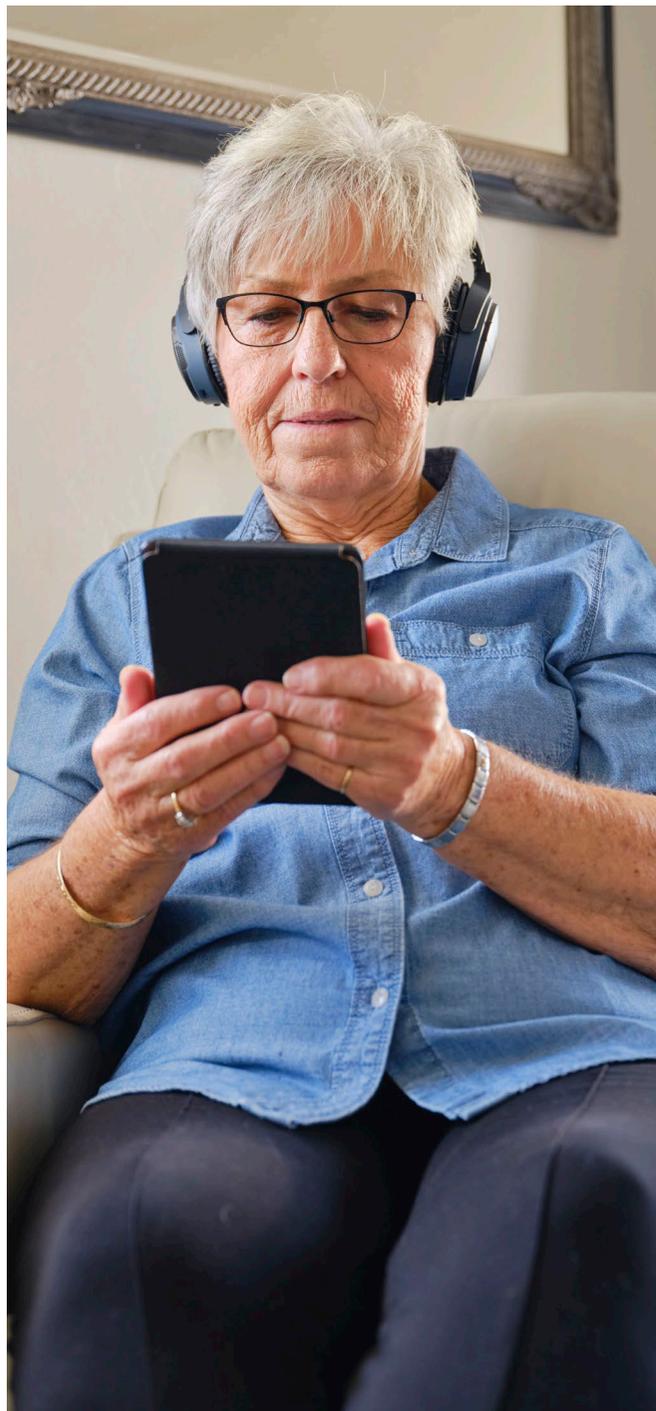
Crear programas sostenibles que saquen a los pacientes de la atención aguda

El combinar la ciencia del comportamiento con tecnologías fáciles de usar en programas de compromiso puede hacer que el seguimiento de sus planes de tratamiento sea sencillo e incluso agradable para los pacientes. Los programas eficaces que también proporcionan una voz empática y sin juicios son más capaces de abordar las necesidades críticas del paciente para una autogestión exitosa, como:

- Tomar medicamentos según lo prescrito
- Llevar una dieta saludable y perder peso
- Hacer ejercicio regularmente
- Concertar, mantener y asistir a citas médicas
- Comprobar y documentar la glucosa en sangre
- Hablar sobre los problemas de salud mental con los médicos
- Controlar el estrés

Tales programas pueden producir resultados convincentes. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (2002) encontró que los participantes en un Programa de Cambio de Estilo de Vida redujeron sus probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2 en un 58 por ciento.¹¹ Los costes del programa se justificaron con los beneficios de la prevención de la diabetes, la mejora de la salud y la reducción de los costes de atención médica.

Un estudio de seguimiento demostró la necesidad de identificar estrategias para mejorar la retención, especialmente entre las personas que son más jóvenes o son miembros de poblaciones de minorías raciales o étnicas, y entre las que reportan menos actividad física o menos pérdida temprana de peso.¹² «Las estrategias que abordan la retención después de la primera sesión y durante la transición de las sesiones semanales a las mensuales ofrecen la mayor oportunidad de impacto».



Las estrategias que aprovechan las tecnologías actuales pueden involucrar a los pacientes de forma eficaz y constante, ayudándoles a realizar cambios duraderos y ayudando a las organizaciones a alcanzar sus objetivos de salud de la población. Estas tecnologías también ayudarán a apoyar a los pacientes a través de los altibajos de tratar una enfermedad crónica.

Llamadas de Respuesta de Voz Interactiva (IVR): gracias a una comprensión cada vez más sofisticada del diseño de la interfaz de usuario de voz, las llamadas automatizadas se han vuelto más conversacionales en tono, altamente personalizadas y adaptadas a las necesidades y los comportamientos individuales. Los datos capturados durante cada conversación se notifican al equipo clínico, ayudándoles a comprender cómo progresan los pacientes fuera del entorno clínico e identificando a los pacientes que podrían necesitar ayuda más específica.

Por ejemplo, la adherencia a los medicamentos es un problema significativo en el cuidado de la diabetes. Entre las personas con diabetes, hipertensión e hiperlipidemia, un estudio de 2018 de la OCED¹³ mostró que entre el 4 y el 31 por ciento de los pacientes nunca reclamaron su primera receta. De los que sí lo hicieron, solo del 50 al 70 por ciento estaban tomando sus medicamentos regularmente. Las llamadas de seguimiento de los sistemas IVR pueden detectar estos problemas y solicitar una llamada de un médico para informar a un paciente sobre los riesgos de omitir medicamentos o para determinar si los costes de los medicamentos son el problema principal.

Programas interactivos: a través de programas basados en la nube, los pacientes pueden acceder a la información con cualquier dispositivo conectado a Internet en el momento y lugar que elijan. Esto les permite procesar la información a su propio ritmo, tomar notas y repetir secciones para mayor claridad. Se puede acceder a estos programas desde diversos dispositivos para adaptarse a las preferencias del paciente.

Los programas que incluyen narración oral, animación y gráficos médicos claros simplifican la información compleja y pueden guiar a los pacientes a través del tratamiento de la enfermedad. Estudios muestran que este enfoque funciona para diversas audiencias, independientemente del estado socioeconómico, nivel de educación o estilo de vida.¹⁴ La combinación de animación y voz es especialmente útil para involucrar a personas con poca educación médica.

Ohio Hospital ve resultados con el Programa de Compromiso en Diabetes

Summa Health Systems en Akron, Ohio, EE. UU., implementó una campaña de llamada interactiva para determinar si los pacientes diabéticos habían llevado a cabo un examen ocular para la retinopatía diabética. La organización encontró que 289 pacientes diabéticos tenían una «oportunidad de tratamiento». Esto significaba que debían someterse a un examen o que se les había hecho un examen ocular y simplemente necesitaban enviar los resultados. Una campaña de llamadas de seis semanas ha dado los siguientes resultados:

- El **43 % de los pacientes** a los que se llegó se les hizo un examen ocular; las llamadas de seguimiento proporcionaron instrucciones sobre cómo los pacientes podían enviar sus resultados a Summa
- De ellos, el **23 %** tomó medidas y actualizó sus registros
- Como resultado, el sistema de salud mejoró su percentil de medición HEDIS* en un **13 %**

* Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia Médica (HEDIS): un conjunto completo de medidas de rendimiento estandarizadas utilizado en los Estados Unidos

Los beneficios de las colaboraciones con pacientes: resultados mensurables

Lograr resultados mensurables para una mejor prevención, atención y tratamiento de la diabetes requiere un enfoque colaborativo. Esto se logra mejor cuando tanto el paciente como el proveedor son socios activos en la jornada de tratamiento. Fomentar colaboraciones que abarcan recursos de apoyo a la toma de decisiones clínicas basadas en evidencias e información sobre fármacos, la educación y el compromiso de los pacientes proporcionan a las organizaciones médicas la base y el marco para mejorar los resultados de los pacientes.

La educación y los programas de compromiso personalizados e interactivos pueden ayudar a los pacientes a través de las diversas etapas de su jornada por la diabetes, desde el diagnóstico reciente, el tratamiento inicial y los cambios en el estilo de vida, hasta el tratamiento a largo plazo. Al coordinarse con sus proveedores y planes de salud, estos programas pueden involucrar y motivar a los pacientes para que tomen el control de su propia salud y mejoren los resultados.

Acerca de Wolters Kluwer

Wolters Kluwer proporciona tecnología clínica de confianza y soluciones basadas en evidencias que involucran a médicos, pacientes, investigadores y la próxima generación de proveedores de atención médica. Con un enfoque en la eficacia clínica, la investigación y el aprendizaje, la vigilancia clínica y el cumplimiento de normativas, así como soluciones de datos, nuestras soluciones probadas impulsan una toma de decisiones eficaz y resultados coherentes en todo el proceso asistencial.



Referencias

- 1 <https://www.diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>
- 2 https://www.uptodate.com/contents/covid-19-issues-related-to-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20covid-19&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1#H1739524332
- 3 Wendy K. Nickel, et al. "Principles for Patient and Family Partnership in Care: An American College of Physicians Position Paper," *Annals of Internal Medicine*, Dec. 2018; 10.7326: M18-0018 <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0018>
- 4 Nickel, "Principles for Patient and Family Partnership in Care: An American College of Physicians Position Paper"
- 5 "The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention," Informe Ejecutivo. OECD-iLibrary. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en>
- 6 International Diabetes Federation: Rights and responsibilities of people with diabetes, May 2019 <https://www.idf.org/52-about-diabetes/43-rights-and-responsibilities.html>
- 7 https://www.uptodate.com/contents/covid-19-issues-related-to-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20covid-19&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1#H1739524332
- 8 Cassie Homer, "Diabetes drugs approved in past decade are game changers, with room to improve," *EndocrineToday*, 2017 March. <https://www.healio.com/news/endocrinology/20170308/diabetes-drugs-approved-in-past-decade-are-game-changers-with-room-to-improve>
- 9 Mike Hoskins, "Hello Semglee: New Low-Priced 'Interchangeable' Insulin Is First of Its Kind," Healthline.com, Diabetes Mine, Aug. 2021. <https://www.healthline.com/diabetesmine/new-low-cost-interchangeable-semglee-insulin?c=925429413310>
- 10 Susan I. Karam, et al. "Overview of Therapeutic Inertia in Diabetes: Prevalence, Causes, and Consequences," *Diabetes Spectrum*, 2020 Feb; 33(1):8-15. <https://spectrum.diabetesjournals.org/content/33/1/8>
- 11 The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. "Description of lifestyle intervention." *Diabetes Care*, 2002 Dec; 25(12): 2165-2171. <https://care.diabetesjournals.org/content/25/12/2165.long>
- 12 Michael J. Cannon, et al. "Retention Among Participants in the National Diabetes Prevention Program Lifestyle Change Program, 2012-2017," *Diabetes Care*, 2020 Sep; 43(9): 2042-2049. <https://care.diabetesjournals.org/content/43/9/2042>
- 13 Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee, OECD Health Working Paper No. 105, 22 June 2018. [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2018\)2&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2018)2&docLanguage=En)
- 14 Meppelink C, et al. "The Effectiveness of Health Animations in Audiences with Different Health Literacy Levels: An Experimental Study," *J Med Internet Res* 2015;17(1): e11. <https://www.jmir.org/2015/1/e11/>