

El Ache-Ce-O

Pulso...de la medicina primaria

Todos los años los reportes de información de HEDIS ("Healthcare Effectiveness Data and Information Set") nos dejan saber como va nuestro desempeño como plan médico en distintas áreas de nuestros servicios de salud. Los últimos números que tenemos son de 2007.

- Continuamos teniendo mucho espacio para mejorar.
- Esto se hace muy evidente en parámetros que miden el desempeño de nuestros proveedores médicos en el manejo de la diabetes.

Hemoglobina glicosilada o hemoglobina A1c (HbA1c):

- La prueba de A1c se debe de hacer por lo menos dos veces al año en pacientes diabéticos que están estables y bien controlados.
- Si el paciente con diabetes ha cambiado de tratamiento o no se han alcanzado los niveles de glucemia esperados con el tratamiento, entonces la A1c se debe de medir cada tres meses.
- El promedio de cumplimiento con estas recomendaciones del "American Diabetic Association" (ADA) a nivel nacional en el 2007 fue de un 87.5%.
 - Entre los proveedores médicos de los planes comerciales de Humana un 65.8% de los diabéticos se hicieron una HbA1c en 2007.
 - En Reforma **Este solamente un 56.7%** (vs. 50% en 2006).
 - En Reforma **Sureste solamente un 47.9%** (vs. 51.6% en 2006)
- La meta del tratamiento en diabetes es mantener la A1c en 7% o menos. En 2007 a nivel nacional 48.7% de las A1c demostraron un pobre control.

- En Reforma Este **68.6% de las HbA1c señalaron pobre control** de la diabetes en 2007 (73.7% en 2006).
- En el sureste un **76.4% de las A1c estaban muy altas!** (73% en 2006).

El cernimiento para retinopatía en pacientes con diabetes:

- Todo diabético tipo 1 que tenga 10 años o más debe ser visto por un oftalmólogo o un optómetra para un examen completo de los ojos con dilatación de pupilas en los primeros cinco años de su enfermedad.
- Los pacientes con diabetes tipo 2 deben recibir el primer examen con prontitud luego del diagnóstico.

De acuerdo a los reportes de HEDIS sobre el desempeño de nuestros proveedores médicos, parece que tenemos mucho espacio para mejorar la calidad de nuestros servicios médicos!

- Después del examen inicial, **todos los pacientes con diabetes deben ser vistos por un oftalmólogo o un optómetra anualmente, y más frecuentemente si hay retinopatía progresiva.**
- En el año 2007 a nivel de toda la nación norteamericana un 54.7% de los pacientes con diabetes recibieron un examen de la retina por un especialista.
 - En Puerto Rico en el 2007 solamente un 23.8% de los pacientes diabéticos con planes médicos comerciales fueron referidos para cernimiento de retinopatía.
 - En Reforma Este un mero 18.55% recibió un examen de la retina por un especialista en 2007 (vs 14.5% en el 2006).
 - En el sureste solamente un 17.3% recibieron el examen de la retina recomendado por el ADA (vs 20% en 2006).

Vigilancia para la presencia de nefropatía en el paciente diabético – recomendaciones del ADA.

- En el paciente diabético tipo 2 se deben ordenar **pruebas de orina para detectar albúmina anualmente** empezando seguida del diagnóstico.

- En tipo 1 se comienzan las pruebas anuales para albúmina en la orina a los cinco años del diagnóstico de diabetes.
- **La creatinina sérica se debe verificar por lo menos una vez al año en todos los adultos con diabetes;** y se utiliza para hacer un estimado de la tasa de filtración glomerular y el estadio de enfermedad crónica del riñón.
- En el año 2007 en los EEUU casi un 80% de los pacientes diabéticos con planes comerciales recibieron monitoreo adecuado para nefropatía diabética – en Puerto Rico solamente un 52%.
 - En Reforma Este en el 2007 se le hizo monitoreo para nefropatía a un 67% de los pacientes diabéticos.
 - En el Sureste solo a un 61% de los diabéticos se les hizo una prueba para albúmina en la orina durante el 2007.
 - Sin embargo, un 94% de los diabéticos con "Medicare" recibieron monitoreo adecuado para nefropatía.
 - ¿Porqué será esa diferencia?

Recomendaciones del "American Diabetic Association" para el cuidado del pie diabético –

- Hay que ejecutar un examen anual y detallado del pie diabético por lo menos una vez al año, e identificar factores de riesgo para el desarrollo de úlceras y amputaciones.
- El examen debe incluir una inspección minuciosa, verificación de los pulsos en los pies, y pruebas para la pérdida de sensación.
- Tenemos que dedicarle tiempo a la educación del paciente en cuanto al autocuidado del pie, y es aconsejable referir a un especialista para que la atención sea multidisciplinaria.
- Referidos son muy importantes en caso de úlceras o historial de úlceras o amputaciones, o para pacientes que fuman o presentan historial de claudicación.

Ref:

1. Diabetes Care, vol 32, supplement 1; Standards of Medical Care in Diabetes. January 2009.
2. HEDIS Reporting Year 2008, Measurement Year 2007. Humana – Puerto Rico.

Farmacocinética

Pulso...de la medicina primaria

Hipertensión: La presión arterial (BP) se debe verificar en cada visita de rutina de una persona diabética a la oficina médica.

- Una presión sistólica de 130 mmHg o más, o una diastólica de 80 mmHg, se tienen que confirmar en otra visita para diagnosticar hipertensión.
- La meta del tratamiento es precisamente llevar la presión a niveles por debajo del 130/80.
- Para presiones sistólicas de 130 a 139 mmHg o diastólicas entre 80 y 89 mmHg, se empieza el manejo con modificación de estilos de vida (dieta, pérdida de peso de un 7 %, ejercicio).
- Si no alcanzamos la meta de 130/80 en tres meses, entonces hay que añadir la farmacoterapia
- Para hipertensión más severa, más de 140/90, la farmacoterapia se empieza desde el principio junto a las modificaciones en estilos de vida.
- La medida de HEDIS para "control de hipertensión" se basa en el % de pacientes entre los 18 y 85 años con menos de 140/90.

A nivel nacional en los EEUU en pacientes de Medicaid en el 2007 un 53% alcanzó una presión de <140/90.

- En Puerto Rico en Reforma Este en el 2007 solamente un 45% tenía <140/90, y en el 2008 fue peor – solo llegamos a un 41%!!
- En el sureste los números son mas malos -- hipertensión controlada en un 38.7% en el 2007 y un 40.4% en el 2008.
- Ni siquiera con los pacientes de Medicare los números de hipertensión controlada son aceptables – 39% en el '07 y 36% en el '08!

- Los medicamentos de primera elección para personas diabéticas con hipertensión son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II ("ACE inhibitors") o bloqueadores del receptor de angiotensina ("ARB's").
- Si hay que añadir otro medicamento, se utiliza un diurético tiazídico si la tasa de filtración glomerular es normal.
- Lo usual es que se tengan que utilizar dos o más medicinas en dosis máximas para conseguir que la presión arterial se normalice.

Dislipidemias: Por definición las dislipidemias son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos; un aumento anormal de lípidos sanguíneos (como el colesterol alto) a causa del consumo de grasas, especialmente de origen animal.

- **En la gran mayoría de los adultos con diabetes se debe hacer un perfil de lípidos en suero por lo menos una vez al año.**
 - Con parametros de bajo riesgo (LDL <100mg/dl, HDL >50mg/dl, triglicéridos <150mg/dl) con cada dos años.
 - HEDIS mide cumplimiento por una medida del LDL una vez al año.
 - 87.5% de pacientes con condiciones cardiovasculares y planes comerciales se hacen un LDL anualmente en la nación norteamericana.
 - En Puerto Rico, en pacientes que tienen el seguro de salud del gobierno el cumplimiento de comprobar los niveles de LDL anualmente: 61% en el Este y 65% en el Sureste en el 2008.
 - Si se miran las estadísticas de HEDIS en cuanto a % de pacientes con una condición cardiovascular que presentan valores del colesterol LDL controlado (menos de 100mg/dl), los números son alarmantes: solamente 20% en el Este y 22% en el Sureste!
- Hay que insistir en modificaciones en estilos de vida, con énfasis en la reducción de grasas saturadas, grasas trans y la ingesta de colesterol; pérdida de peso; y aumento en las actividades físicas.
- En personas con diabetes, tenemos que añadir la terapia con estatinas si existe evidencia clara de enfermedad cardiovascular (CVD), y si el paciente tiene más de 40 años, o presenta uno o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

- Para pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular evidente y con menos de 40 años, usar estatinas y modificación de estilos de vida si el paciente continua con LDL>100mg/dl o presenta múltiples factores de riesgo para CVD.
- Para los individuos sin evidente enfermedad cardiovascular, la meta del tratamiento es un LDL<100mg/dl.
- Si hay CVD, la meta es un LDL<70mg/dl.
- Una meta alternativa: reducción del LDL en un 30-40%.
 - Es saludable también alcanzar otras metas: triglicéridos <150mg/dl), HDL >40mg/dl en hombres o >50mg/dl en las mujeres.
- Pero la meta principal es la de alcanzar los niveles de LDL indicados.
- Hay que recordar que la terapia con estatinas esta contraindicada durante el embarazo.

Dislipidemia en niños con diabetes:

- Si hay historial familiar de hipercolesterolemia o de un evento cardiovascular antes de los 55 años, o si no conocemos la historia familiar, debemos ordenar un nivel de lípidos en ayuna en niños >2 años seguida después del diagnóstico de diabetes.
- Si no nos preocupa la historial familiar, entonces el primer nivel de lípidos lo podemos hacer a los 10 años o más tarde
- En los adolescentes el primer nivel de lípidos debe ser inmediatamente después del diagnóstico de diabetes.
- En todas las edades, si los niveles son anormales se debe monitorear anualmente.
- Si el LDL esta bien (<100mg/dl), el monitoreo puede ser cada 5 años.
- La terapia inicial esta dirigida a optimizar los niveles en el plasma a través de una dieta dirigida a disminuir las grasas saturadas – con la ayuda de un (a) nutricionista.
- Después de los 10 años en niños en que, a pesar de la dieta y los cambios en estilos de vida, persiste el LDL >160mg/dl o LDL >130mg/dl y uno o más factores de riesgos de CVD --- entonces le añadimos una estatina (que podría ser atorvastatina 5-10mg/día).
- La meta nuevamente es un LDL <100mg/dl.

Ref:

1. Diabetes Care, vol 32, supplement 1; Standards of Medical Care in Diabetes. January 2009.