

En aquest primer butlletí de 2016 us volem fer una foto d'aquesta gran coneguda nostra, la diabetis *mellitus* tipus 2 (DM2). Ens vam fer 4 preguntes bàsiques sobre què ens interessaria saber-ne i van sortir les dades que veureu en aquest butlletí. Esperem que ho trobeu interessant. Si en voleu saber més coses, podeu enviar les vostres consultes a [sisap@gencat.cat](mailto:sisap@gencat.cat), i si surten prou preguntes noves, en farem una segona part.

## Cribrem i diagnostiquem?

Un dels punts claus de la DM2 és el seu cribatge. La [guia de l'ICS de la DM2](#) recomana, amb un grau de recomanació D, cribrar pacients majors de 45 anys cada 3 anys (el [PAPPS](#) ho recomana cada 4); i anualment aquells amb algun factor de risc per a la DM2 (tenir antecedents de DM2 en familiars de primer grau, obesitat, malaltia cardiovascular, altres factors de risc cardiovascular, macrosomia i/o diabetis gestacional prèvia, diagnòstic previ d'intolerància a la glucosa o glucèmia basal alterada, ètnies de risc alt com són les asiàtiques o llatinoamericanes).

Tot i el baix grau de recomanació sobre el cribatge de DM2, el 73,43% dels majors de 45 anys tenen una glicèmia cada 3 anys i el 65,32% amb factors de risc l'últim any.

Això, combinat amb les prevalències que tenim de DM2, ens fa intuir que [les xifres de cribatge de l'ICS són bones](#).

La prevalença de DM2 depèn de com la calculem, i sobretot del punt de tall de l'edat i del tipus de població que incloquem. A la taula 1 hem comparat prevalències d'altres estudis amb la nostra, emulant la seva metodologia de càlcul, perquè fos més comparable.

**Taula 1. Prevalença de DM2 per diferents grups d'edat i per població atesa o assignada a l'ICS**

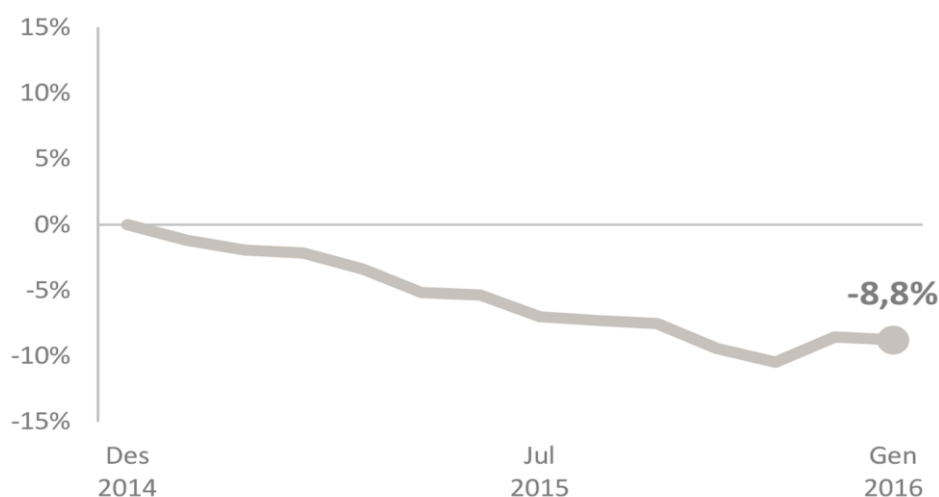
Grup d'edat	Estudi	Població atesa ICS	Població assignada ICS
Entre 31 i 90 anys	7,6% [1]	11,90%	9,41%
Majors de 70 anys	22,4% [1]	26,29%	25,36%
Majors de 16 anys	5,43% [2]	10,19%	7,92%
Majors de 18 anys	7,4% [3]	10,40%	8,09%



Amb el 70,2% de la població correctament cribrada, aconseguim prevalències superiors a la literatura. No hem d'oblidar, però, que **tenim un 41,5% de majors de 45 anys sense factors de risc que tenen més d'una glucèmia cada 3 anys** i podríem parlar de sobrecribratge.

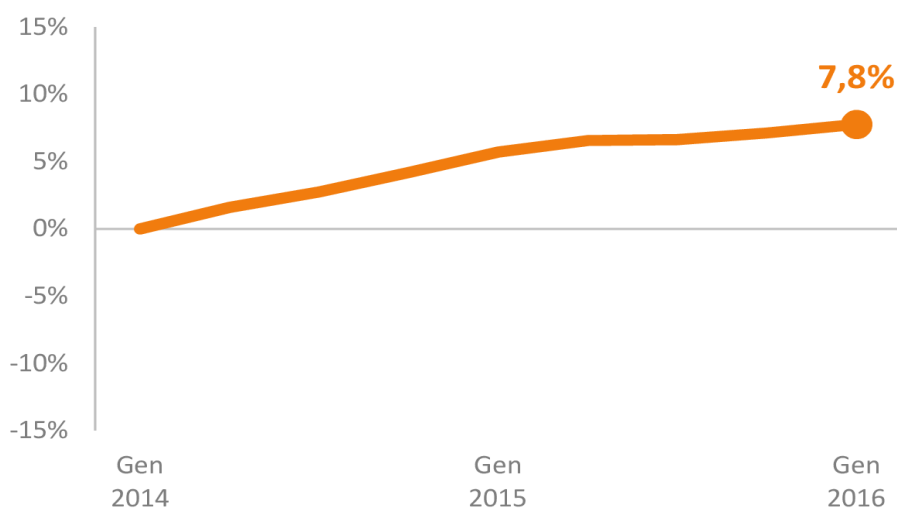
Si analitzem una mica més en profunditat la prevalença, veiem que els nous casos tenen tendència a disminuir. En el gràfic (figura 1) es pot veure la variació dels casos nous en el temps.

**Figura 1. Variació mensual del nombre de nous casos de DM2 a l'ICS**



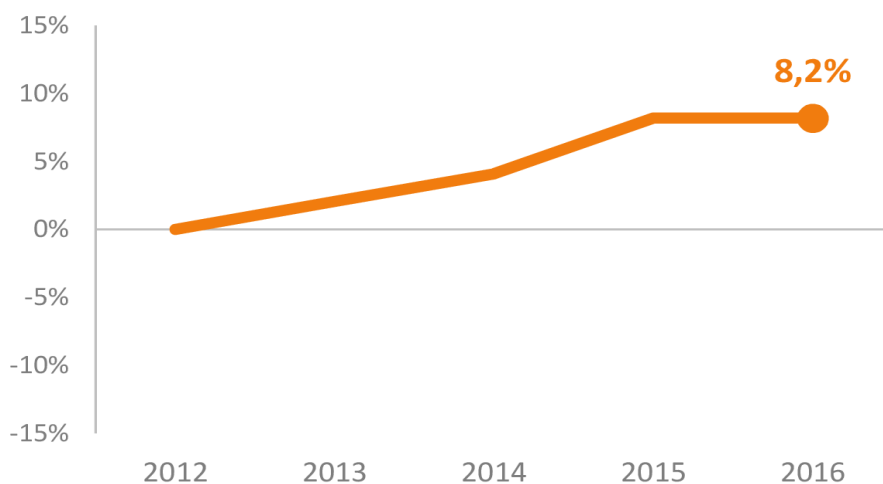
I el nombre de casos actius té tendència a augmentar. En el gràfic (figura 2) es pot veure la variació dels casos actius en el temps.

**Figura 2. Variació mensual del nombre de casos actius de DM2 a l'ICS**



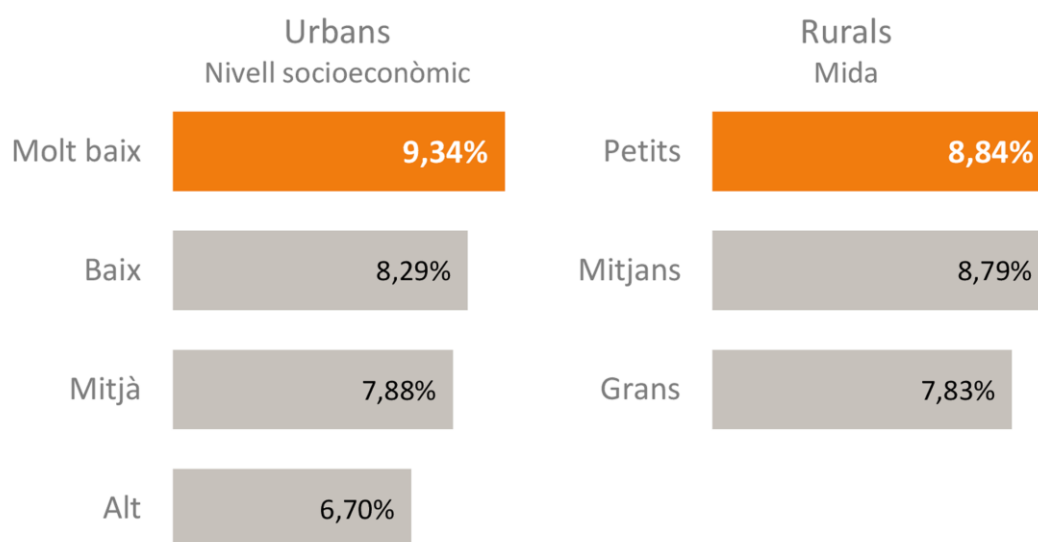
Amb aquestes dades una hipòtesi que podríem fer és que **la prevalença de la DM2 està augmentant a expenses de l'envelliment de la població**. I si ens fixem en el percentatge de gent major de 45 anys, veiem que augmenta al llarg dels anys (figura 3).

**Figura 3. Variació mensual del nombre de persones majors de 45 anys a l'ICS**



La prevalença de la DM2, a part de dependre de l'estructura d'edat de la població, també augmenta amb la privació socioeconòmica. En el gràfic següent (figura 4) es pot veure que com més 'pobra' és una població urbana, s'hi dona més prevalença de DM2.

**Figura 4. Prevalença de DM2 segons nivell socioeconòmic i ruralitat de la població de l'ICS, a l'abril 2016**



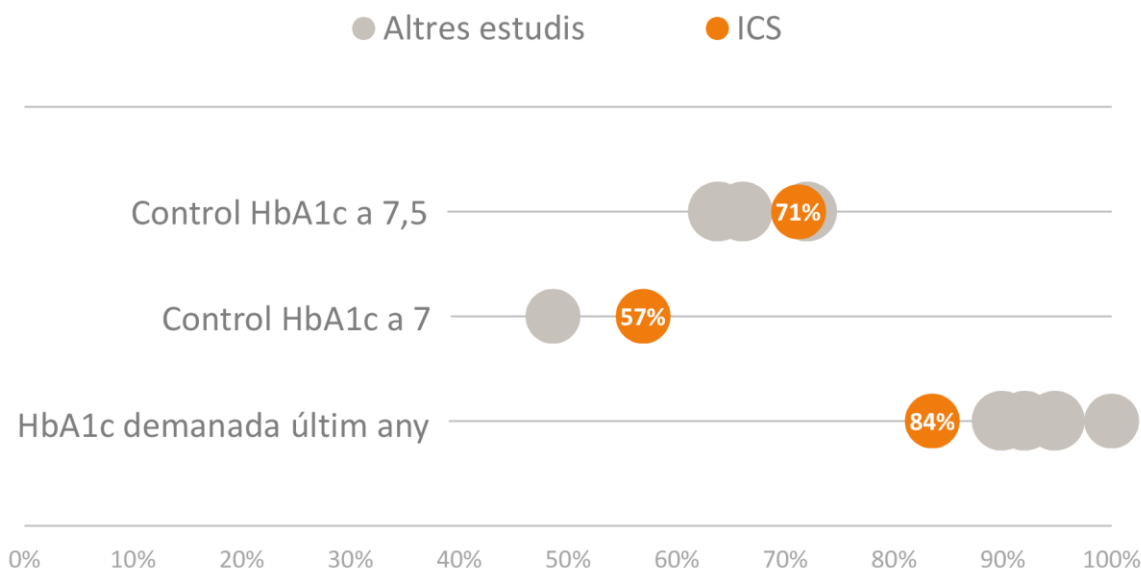
Com que al medi rural no es pot aplicar el nivell socioeconòmic, dividim els equips en 3 graus de ruralitat. Veiem que com més rural, més prevalença de DM2, el que coincideix amb el fet que a les zones més rurals hi ha més població major de 45 anys.

## Sabem quants pacients diabètics controlem, però això és molt o poc?

La [guia de l'ICS](#) defineix 'control òptim' com l'hemoglobina glicosilada per sota de 7. Tot i que cal individualitzar en els pacients de risc (en pacients d'edat avançada [majors de 70 anys], llarga durada de la malaltia [més de 10 anys], risc elevat d'hipoglucèmia o presència de complicacions cròniques), valors del 8% o fins i tot superiors poden ser considerats acceptables. Segons aquestes recomanacions, **tenim amb control recomanat el 62,7% de la població (el 50,4% dels primers i el 67,6% dels pacients de risc).**

I això ho considerem molt o poc? Doncs això ho podem saber comparant-nos amb altres sistemes sanitaris similars al nostre (figura 5).

**Figura 5. Grau de control i de sol·licitud anual d'hemoglobina glicosilada (HbA1c) dels pacients amb DM2 de l'ICS, comparat amb altres estudis**



Altres estudis: Irlanda i Escòcia [4], Anglaterra [5], Espanya [6][1].

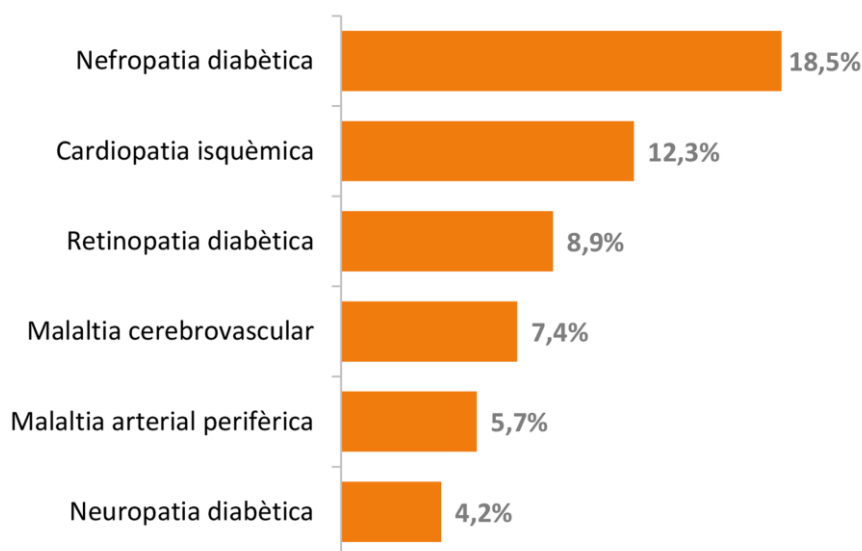
Els estudis calculen el bon control de la DM2 sense tenir en compte aquells pacients a qui manca l'hemoglobina glicosilada, ja que els exclouen dels indicadors. Per poder comparar-ho, també els hem exclòs i llavors veiem que majoritàriament tenim millor control de l'hemoglobina glicosilada en la DM2 que altres estudis. El que tenim més baix és el percentatge de pacients a qui s'ha sol·licitat l'hemoglobina glicosilada l'últim any, tot i que no

és completament comparable en tots els estudis, ja que en alguns per disseny només tenien pacients amb hemoglobina glicosilada. Per tant, amb aquestes dades, podem intuir que **el control de l'hemoglobina glicosilada en la DM2 és similar o lleugerament millor que en altres sistemes sanitaris similars.**

## Quines complicacions tenen els diabètics de l'ICS?

Al gràfic següent (figura 6) es pot veure la prevalença de les diferents complicacions de la DM2.

**Figura 6. Prevalença de les complicacions de la DM2 de l'ICS**

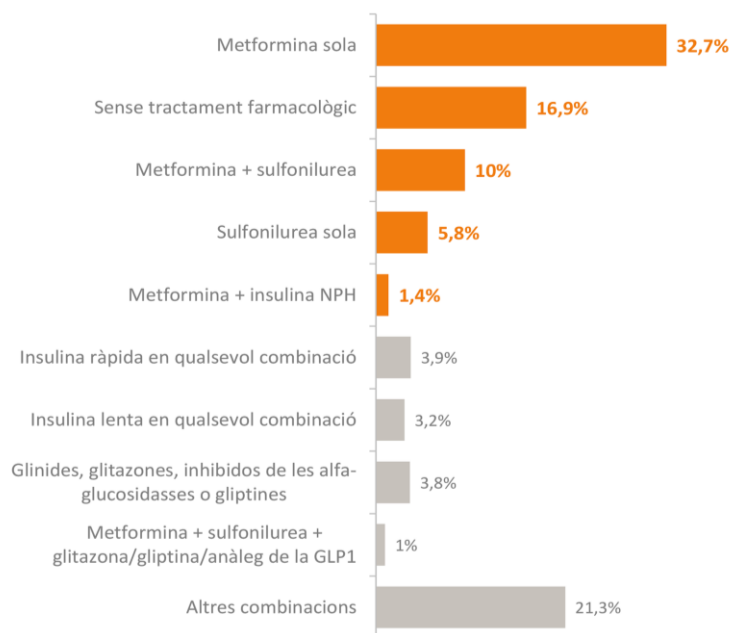


Les definicions i les formes d'estudiar les complicacions en altres estudis són heterogènies [7][8], i les comparacions requeriran un butlletí específic amb una anàlisi en profunditat sobre les complicacions de la DM2.

## Quins tractaments segueixen els diabètics de l'ICS?

**El 66,8% de pacients porten un tractament de primera elecció** segons la guia vigent a l'ICS. Al gràfic següent (figura 7) es poden veure els diferents tipus de tractament i el seu percentatge.

Figura 7. Percentatge de pacients DM2 amb cadascun dels tractaments possibles



Les recomanacions de 'no fer' de la semFYC recomanen no realitzar tractament amb insulines ràpides de la glucèmia en majors de 65 anys diabètics [9], ja que els objectius de control han de ser més moderats en aquesta població. **Hi ha 19.986 persones a l'ICS amb aquesta situació, que correspon a un 8,3% dels diabètics majors de 65 anys.**

## Idees clau

Totes aquestes dades que presentem són descriptives i no se'n poden treure conclusions sòlides, però es podrien treure les idees (o hipòtesis) clau amb les dades presentades.

*Tenim una **alta prevalença de DM2 comparat amb altres estudis**, i això podria ser per un molt bon registre, a més de per un bon cribratge. No hem d'oblidar, però, que a una part de la població li estem demanant més glucèmies basals de les necessàries.*

***La prevalença augmenta, però els nous casos de DM2 disminueixen.** Creiem que pot ser per un augment de l'edat de la població.*

*Com **més pobra és una població, més prevalença de DM2 hi ha.***

*El **control de l'hemoglobina glicosilada és lleugerament superior a altres estudis**, però estem una mica enrere en la sol·licitud de glicades anuals.*

***Dos terços dels pacients DM2 porten un tractament de primera elecció.** Tot i que 1 de cada 10 pacients DM2 està en tractament amb insulina ràpida i potser no caldria.*

## Apunts metodològics

Data d'extracció de les dades: 27/04/2016

Disseny: estudi transversal

Àmbit: equips d'atenció primària de l'ICS

Font de dades: ECAP

Població assignada als equips d'atenció primària de l'ICS major de 18 anys (si no s'hi especifica el contrari)

Població assignada i atesa l'últim any almenys una vegada en el seu sector

[Diabetis mellitus tipus 2](#)

[Malaltia cardiovascular](#)

[Retinopatia](#) diabètica

[Nefropatia diabètica](#) o insuficiència renal

[Neuropatia](#)

Nivell socioeconòmic mitjançant el [MEDEA](#)

Ruralitat mitjançant [criteris SISAP](#)

## Hi han participat

Mireia Fàbregas (coordinació, idea, protocol, elaboració de l'informe)

Ermengol Coma (idea, revisió del protocol, extracció, explotació de dades, aportació dels resultats, presentació dels resultats)

Manolo Medina (idea, revisió del protocol, revisió final)

Francesc Fina (revisió del protocol, revisió final)

## Bibliografia

1. Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care*. 2012;35: 774–779.
2. Buja A, Gini R, Visca M, Damiani G, Federico B, Donato D, et al. Need and disparities in primary care management of patients with diabetes. *BMC Endocr Disord*. 2014;14: 56.
3. Seidu S, Davies MJ, Mostafa S, de Lusignan S, Khunti K. Prevalence and characteristics in coding, classification and diagnosis of diabetes in primary care. *Postgrad Med J*. 2014;90: 13–17.
4. Mc Hugh S, Marsden P, Brennan C, Murphy K, Croarkin C, Moran J, et al. Counting on commitment; the quality of primary care-led diabetes management in a system with minimal incentives. *BMC Health Serv Res*. 2011;11: 348.

5. hscic. National Diabetes Audit 2013-2014 and 2014- Report 1: Care Processes and Treatment Targets [Internet]. 2016. Available: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB19900/nati-diab-rep1-audi-2013-15.pdf>
6. Miñambres I, Mediavilla JJ, Sarroca J, Pérez A. Meeting individualized glyceic targets in primary care patients with type 2 diabetes in Spain. *BMC Endocr Disord*. 2016;16: 10.
7. Alonso-Morán E, Orueta JF, Fraile Esteban JI, Arteagoitia Axpe JM, Marqués González ML, Toro Polanco N, et al. The prevalence of diabetes-related complications and multimorbidity in the population with type 2 diabetes mellitus in the Basque Country. *BMC Public Health*. 2014;14: 1059.
8. Rodríguez-Poncelas A, Garre-Olmo J, Franch-Nadal J, Diez-Espino J, Mundet-Tuduri X, Barrot-De la Puente J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes in Spain: PERCEDIME2 study. *BMC Nephrol*. 2013;14: 46.
9. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glyceic control. *JAMA Intern Med*. 2015;175: 356–362.