Bi motako diabetesa eta giltzurrun gutxiegitasuna duten pazienteen medikazioa berrikustea: lehen mailako arreta-unitate betean esku-hartze baten eragina

Patxi Ezkurra Loyola (Zumaia), Itziar Otxagabia Azpitarte (Zumaia), Josune Iribar Sorazu (Hernani), Arritxu Etxebarria Agirre (Hernani)

Zumaiako-Getaria-Zeztoa-Aizarnazabal Lehen mailako arreta unitatea (LMAU).

Sarrera

2 Motako diabetesa (DM 2) eta Giltzurrun gutxiegitasuna (GG) gaixotasun kroniko oso prebalenteak dira, gizarteko osasun arazo garrantzitsua direlarik. Espaini mailako GG eragile nagusia da DM2-a.

DM2-a eta GG-a duten gaixoak arrisku talde berezi bat dira, hilkortasun eta morbilitate tasa haundiago dutelako eta baita giltzurrun funtzio normala duten gaixoek baino hipogluzemia arrisku nabarmenagoa ere (1).

GG-a giltzurrun funtzioaren narridura bezala definitzen da giltzurrun iragazketa (GI) gutxituta izatea (GI < 60 ml/min/1,73 m2) edo giltzurrunean kaltea pairatzea (albuminuria, hematuria, kalte histologikoak) 3 hilabetez gutxienez (2).

DM2 eta GG duten gaixoen tratamendua eztabaidagarria da ebidentzia gutxi dagoelako (1). Medikazio dosifikazioari buruzko gida liburuak geroz eta ugariagoak badira ere, gutxi dira GG eta DM2 duten gaixoetan medikazioen egokitzapena eta beren ondorioak neurtzen dituzten estudioak(3).

Helburuak

Medikazioen desegokitasun-profila eta honen prebalentzia ezagutzea 2 motako diabetesa (DM2) eta Giltzurrun gutxiegitasuna (GG) duten pazienteen artean. Lehen Mailako arretako medikuei banakako gomendioak ematean oinarritzen den esku-hartzearen eragina aztertzea.

Material eta metodoak

- Diseinua: Aurretik eta ondoren Esku-Hartze estudioa.
- Estudioaren esparrua: Lehen mailako arreta unitate (LMAU) bateko Medikuak.
- Subjektuak: Historia klinikoan DM2 eta GI <60ml/min duten Pazienteak.
- Laginaren tamaina: 153 gaixo.
- Esku hartzeak eta kronograma: Elektronikoki DM2 eta GI <60ml/min zuten pazienteak identifikatu ziren OBI (Oracle Business Intelligence) herramienta bidez. Ezarrita zuten medikazioan Giltzurrunarekiko segurtasun arazoak sortu ditzaketen medikazioak (GSASDM) ere identifikatu ziren, SUPRE sisteman aktibo zuten medikazioa begiratuz eta Infac-eko "Dosificación de medicamentos en la enfermedad renal crónica" dokumentuaren argibideak erabiliz(4). Behin GSASDM-ak identifikatuta, hilabete baten buruan, LMAU-ko 2 medikuek banan-banako medikazio aldaketa gomendiak eman zituzten. Mediku primaristek 3 hilabeteko epea izan zuten istoria klinikoak berrikusi eta egokiak baziren, kasuan-kasuko aldaketak egiteko. 3 hilabete pasata, berriz ere hasierako OBI kontsulta bera egin zen aldaketak bete ziren aztertzeko.
- Neurketak: GSASDM % eta zenbatekoa. Medikazio dosi desegokien % eta zenbatekoa. Onartu diren gomendioen portzentaia eta beren deskripzioa.

Emaitzak

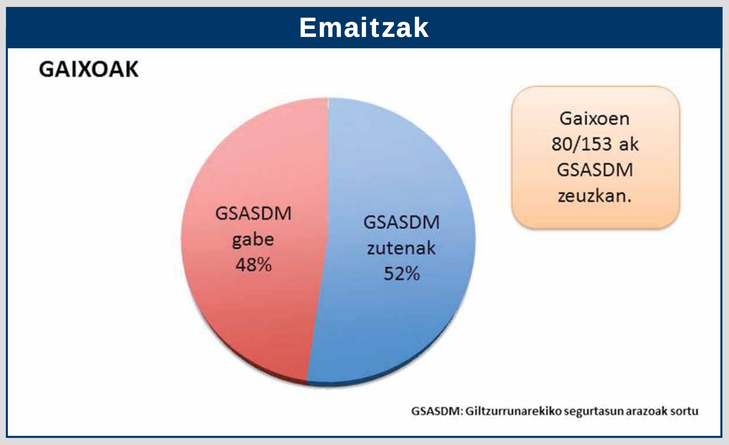
GSASDM-ak identifikatu ziren pazienteen zenbatekoa 80/153-koa da (%52.29). (1 TAULA). Guztira 144 preskripzio arazo potentzial, %23.61 medikazio desegokiagatik, %74.31 dosi desegokiagatik eta %2.08 Whammy egoeragatik (2 TAULA).

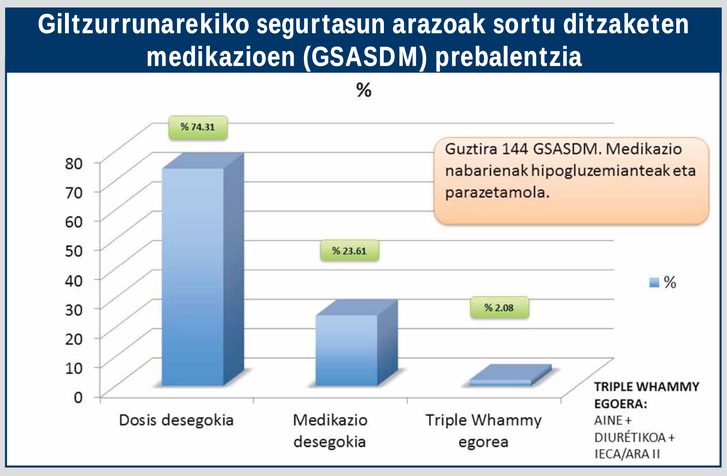
114 aldaketa gomendio egin ziren: %65.7 dosi jaitsiera, %30 medikazioa aldaketa, %4 medikazio kentze (3 TAULA). Horietako gomendio talde bakoitzak ondorengo adhesio portzentaiak izan zituen hurrenez hurren: %50.6, %64.6, %60 . Egindako gomendio guztien %56 burutu ziren (4 TAULA).

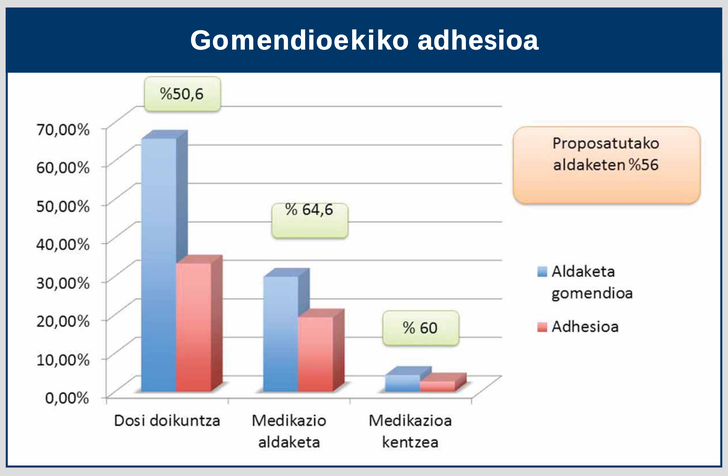
Mugak

Gure estudioaren mugarik garrantzitsuenetako bat konparaketak egiteko talde kontrolik eza izan da. Hala ere, interbentzioa eta estudioaren amaiera bitarteko denbora tarte txikiak (3 hilabete), ikusi daitezkeen aldaketak interbentzioari egoztea ahalbidetzen du, ez bait dirudi beste edonolako interbentzio edo denbora gertakariek horrelako denbora tarte laburrean aldagai printzipaletan aldaketak eragin ditzaketenik.

Bigarren oztopo garrantzitsua emaitzen orokortzearen araberakoa da, lehen mailako arreta unitate bakarrak parte hartu duelako. Hala ere, bibliografia eskaseko gaia denez, segurtasun arazoen prebalentziari eta motari buruz jasotako informazioa gure inguruan esanguratsua dela uste dugu, estudioa lehen mailako beste arreta unitateren batera zabaldu litekeelarik.







Ondorioak

DMI eta GI kasuetan MIDGSA Prebalentzia garrantzitsua da. Medikazioaren berrikuspenak arazo horiek identifikatzen laguntzen du. Farmazia-mediku talde lanean, familia-medikuei banan-banako gomendioak errazteak gomendio hauei atxikitzea sustatzen du.

BIBLIOGRAFIA

1. Gomez-Huelgas R, Martinez-Castelao A, Artola S, Gorriz JL, Menendez E. [Consensus document on treatment of type 2 diabetes in patients with chronic kidney disease]. Nefrologia: publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia. 2014;34(1):34-45. Epub 2014/03/13. Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal cronica.
2. SEN, semFYC, SEMG, Semergen, y otras sociedades científicas. Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica. 2012 01/05/2014.
3. Chen SY, Siu K, Kovacs B, Stokes M, Rao P, Sander S, et al. Clinical and economic outcomes associated with National Kidney Foundation guideline-concordant oral antidiabetic drug treatment among type 2 diabetes patients with chronic kidney disease. Current medical research and opinion. 2012;28(4):493-501. Epub 2012/03/01.
4. Dosificación de medicamentos en la enfermedad renal crónica. INFAC. 2014;22(1/2).

Donostia Unibertsitate Ospitaleko Komunikazio Unitatea / Unidad de Comunicación Hospital Universitario Donostia