

PREGUNTA 58

¿Cómo abordar el tratamiento de la diabetes en población inmigrante?

Josep Franch Nadal

Médico de familia. Centro de Salud Raval Sud. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (glucemia y resto de factores de riesgo) se ha mostrado eficaz en la reducción de la morbilidad asociada a la enfermedad. Diversos estudios han demostrado la necesidad de individualizar no solo los objetivos de control, sino también las políticas de abordaje de la enfermedad y su tratamiento¹⁻³.

Las diferencias étnicas no solo se deben a aspectos fisiopatológicos intrínsecos a la raza, sino también a diferencias culturales y religiosas. A este hecho hay que añadir las barreras idiomáticas y las diferencias sociales y económicas asociadas a la inmigración.

VOLUMEN DE LA EVIDENCIA

En las guías de práctica clínica consultadas se han encontrado frecuentes referencias a la etnia como motivo del cribado de la enfermedad o la valoración de los factores de riesgo asociados, pero hay pocas menciones específicas a diferencias en el abordaje de la diabetes en función de las características étnicas o de la inmigración.

La mayor parte de la evidencia obtenida surge de algunos ensayos clínicos y estudios observacionales enfocados a la educación diabetológica. Se han encontrado cinco revisiones sistemáticas centradas en los resultados obtenidos por intervenciones educativas adaptadas culturalmente a determinadas minorías étnicas, con resultados dispares⁴⁻⁸.

En el año 2012 se publicó una nueva revisión sistemática destinada a cuantificar el impacto de las intervenciones culturalmente competentes (mediador cultural) para mejorar los resultados relacionados con la diabetes en los grupos de minorías étnicas⁹. En dicha revisión se analizó un total

320 estudios, de los que se acabaron incluyendo solo 11, y mediante un test se valoró el grado de competencia cultural de las distintas intervenciones. Se concluyó que, cuando las intervenciones se han definido bien para la población objeto, son altamente efectivas tanto para alcanzar objetivos clínicos (reducción de la hemoglobina glucosilada, índice de masa corporal, etc.) como psicosociales, de utilización de los servicios médicos, estilos de vida y de satisfacción por parte de los pacientes. No obstante, los estudios difieren en el tipo de resultados obtenidos por cada uno de ellos. Se requiere investigación adicional de buena calidad para determinar el coste-efectividad de estas intervenciones.

Por otro lado, existen algunos ensayos clínicos y revisiones que demuestran diversa eficacia y distintos efectos secundarios de determinadas familias farmacológicas antidiabéticas en distintas minorías étnicas. Así, por ejemplo:

- La metformina demostró diferente eficacia en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 según el grupo étnico en el estudio DPP, aunque su interpretación es difícil¹⁰.
- Las glitazonas se mostraron más eficaces en población indoasiática¹¹.
- Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 se muestran más eficaces en poblaciones asiáticas¹².
- Se ha observado una diferencia en la respuesta metabólica a los tipos y pautas de distintas insulinas en función de la etnia (diferencias entre latinos, asiáticos y africanos), también de difícil interpretación¹³.
- En los resultados del tratamiento del sobrepeso/obesidad, tanto mediante modificaciones de los estilos de vida¹⁴ como con tratamiento farmacológico¹⁵, existen diferencias étnicas, aunque sin llegar a resultados concluyentes. Los pacientes caucásicos se benefician más de la cirugía bariátrica que los africanos¹⁶.

APLICABILIDAD

A pesar de que el fenómeno inmigratorio es habitual en todo el mundo, existen importantes diferencias en cuanto a resultados en salud en función de las distintas características no solo de la raza o de las particularidades culturales y socioeconómicas del grupo inmigrante, sino también de la idiosincrasia de cada persona. Por tanto, la generalización de las recomendaciones en función del grupo étnico al que pertenezca el paciente no parece recomendable. Sin embargo, en la población inmigrante suelen existir algunos nexos comunes culturales y sociales que es preciso conocer para conseguir una eficaz individualización del tratamiento.

Los estudios y las revisiones analizan fundamentalmente el papel de las etnias, sin prácticamente evaluar el fenómeno inmigratorio.

La evidencia que se ha encontrado muestra diferencias en la eficacia de las intervenciones educativas o el uso de determinados fármacos en algunos grupos étnicos, pero no valora aspectos individuales/inmigratorios, por lo que estos resultados se deben adaptar a la realidad asistencial individual para que su aplicabilidad a la práctica diaria sea satisfactoria.

CONSISTENCIA

Las revisiones y metaanálisis consultados mayoritariamente coinciden en destacar diferencias en el control metabólico, la respuesta al tratamiento y otros indicadores de calidad asistencial en función del grupo étnico, pero no concuerdan en el sentido de estas diferencias ni en su posible explicación.

CALIDAD

Media

Las recomendaciones se establecen a partir de revisiones sistemáticas, metaanálisis y algunos ensayos clínicos, pero son datos poco consistentes y, frecuentemente, sin interpretaciones causales.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 1.

JUSTIFICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

Los metaanálisis, revisiones y estudios analizados recomiendan un abordaje diferente de la diabetes mellitus tipo 2 en minorías étnicas/poblaciones inmigrantes atendiendo a las diferencias culturales, religiosas y socioeconómicas. Esta afirmación es especialmente cierta en aspectos relacionados con la educación diabetológica, que pueden traducirse en mejora de indicadores clínicos y de gestión. La falta de uniformidad en los resultados obtenidos y las dudas en su interpretación probablemente se deban a la necesidad de individualizar cada intervención y, por tanto, a la dificultad de generalizar las recomendaciones.

Desde un punto de vista fisiopatológico, en los grupos étnicos con mayor probabilidad de presentar una resistencia a la insulina (indoasiáticos), los fármacos como las glitazonas o los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 se han mostrado más eficaces que en poblaciones caucásicas, pero estos resultados deben individualizarse en la práctica diaria.

Tabla 1 Niveles de evidencia y grados de recomendación

Nivel de evidencia	
1-	Las características culturales, religiosas, sociales y económicas influyen en los resultados en salud de los pacientes diabéticos
2++	Los programas de educación diabetológica aplicados a la población inmigrante se acompañan de cambios en variables clínicas, psicosociales, de utilización de los servicios médicos, modificaciones de los estilos de vida y de satisfacción por parte de los pacientes
1+	Los fármacos sensibilizadores a la insulina parecen ser más eficaces en poblaciones indoasiáticas que en caucásicas
Grado de recomendación	Recomendación
B	Se recomienda conocer las creencias, actitudes y la realidad socioeconómica de cada persona inmigrante para poder individualizar el tratamiento en función de sus características étnicas y socioculturales
B	Se aconseja que el diseño de las intervenciones de educación diabetológica sean culturalmente competentes con la participación de un mediador cultural
B	En poblaciones de origen indoasiático se sugiere priorizar el empleo de fármacos sensibilizadores a la insulina frente al uso de fármacos secretagogos en el caso de biterapia

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis TM, Cull CA, Holman RR; U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Relationship between ethnicity and glycemic control, lipid profiles, and blood pressure during the first 9 years of type 2 diabetes: U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS 55). *Diabetes Care* 2001;24(7):1167-74.
2. Beach MC, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A, et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health* 2006;6:104.
3. Peek ME, Ferguson M, Bergeron N, Maltby D, Chin MH. Integrated community-healthcare diabetes interventions to reduce disparities. *Curr Diab Rep* 2014;14(3):467.
4. Saxena S, Misra T, Car J, Netuveli G, Smith R, Majeed A. Systematic review of primary healthcare interventions to improve diabetes outcomes in minority ethnic groups. *J Ambul Care Manage* 2007;30(3):218-30.
5. Whittemore R. Culturally competent interventions for Hispanic adults with type 2 diabetes: a systematic review. *J Transcult Nurs* 2007;18(2):157-66.
6. Alam R, Singleton L, Sturt J. Strategies and effectiveness of diabetes self-management education interventions for Bangladeshis. *Diversity Health Social Care* 2008;5(4):269-79.
7. Khunti K, Camosso-Stefinovic J, Carey M, Davies M, Stone M. Educational interventions for migrant South Asians with type 2 diabetes: a systematic review. *Diabet Med* 2008;25(8):985-92.
8. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes in ethnic minority groups: a systematic and narrative review of randomized controlled trials. *Diabet Med* 2010;27(6):613-23.
9. Zeh P, Sandhu HK, Cannaby AM, Sturt JA. The impact of culturally competent diabetes care interventions for improving diabetes-related outcomes in ethnic minority groups: a systematic review. *Diabet Med* 2012;29(10):1237-52.
10. Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. *Ann Intern Med* 2005;142(8):611-9.
11. Louisa M, Takeuchi M, Takeuchi M, Nafrialdi, Setiabudy R. A meta-analysis on treatment effects of thiazolidinediones for type 2 diabetes mellitus in Asian populations. *Acta Med Indones* 2011;43(1):39-52.
12. Kim YG, Hahn S, Oh TJ, Park KS, Cho YM. Differences in the HbA1c-lowering efficacy of glucagon-like peptide-1 analogues between Asians and non-Asians: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab* 2014;16(10):900-9.
13. Davidson JA, Lacaya LB, Jiang H, Heilmann CR, Scism-Bacon JL, Gates JR, et al. Impact of race/ethnicity on the efficacy and safety of commonly used insulin regimens: a post hoc analysis of clinical trials in type 2 diabetes mellitus. *Endocr Pract* 2010;16(5):818-28. doi: 10.4158/EP09285.
14. Osei-Assibey G, Kyrou I, Adi Y, Kumar S, Matyka K. Dietary and lifestyle interventions for weight management in adults from minority ethnic/non-White groups: a systematic review. *Obes Rev* 2010;11(11):769-76.
15. Osei-Assibey G, Adi Y, Kyrou I, Kumar S, Matyka K. Pharmacotherapy for overweight/obesity in ethnic minorities and White Caucasians: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab* 2011;13(5):385-93.
16. Admiraal WM, Celik F, Gerdes VE, Dallal RM, Hoekstra JB, Holleman F. Ethnic differences in weight loss and diabetes remission after bariatric surgery: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2012;35(9):1951-8.