

LOGÍSTICA Y DM2 LA FALTA DE CONSENSO EN CUANTO AL AUTOCONTROL DIFICULTA LA PRESCRIPCIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA LOS PACIENTES

Problema reconocido, solución por aplicar

→ Administraciones, médicos y pacientes coinciden en que el autocontrol es indispensable en la diabetes, sea el tipo que sea. Sin embargo, no existe un consenso en las mediciones que deben realizarse los pacientes con

diabetes tipo 2 y antidiabéticos orales. El problema es que parece que esto será así hasta que no haya evidencia. ¿Y cómo se demuestra que algo que no es un tratamiento es eficiente?

David Rodríguez Carenas

Desde 2006 existe un artículo de consenso sobre el mejor tratamiento en la diabetes tipo 2, que la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD, por sus siglas en inglés) publicaron en las revistas *Diabetologia* y *Diabetes Care*, y que habla de fisiopatología de la enfermedad, cómo evitar complicaciones..., "pero aunque es muy exhaustivo, el capítulo de autocontrol queda algo etéreo", explica a CORREO MÉDICO Jesús Diago, director médico de la compañía LifeScan.

En lo que se refiere al autocontrol, en todos los tipos de diabetes existe un consenso de 2005 del International Diabetes Center (doi:10.1016/j.amjmed.2005.7.055) y algunas secciones de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, en sus siglas inglesas), "pero es poco conocido y no se ha actualizado. Además, en el caso concreto de la tipo 2 con antidiabéticos orales no hay casi consenso". Por último, la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AAEC, por sus siglas en inglés) publicó en mayo de 2007 un suplemento sobre el tratamiento y el manejo de la diabetes tipo 1 y 2 (*Endocr Pract.* 2007;13 (Suppl 1)). "El problema está en que lo que no publican la ADA o la EASD pasa muy desapercibido".

Según Diago, la falta de interés por el autocontrol en diabetes tipo 2 se debe en gran medida a una cuestión de prioridades: "Tiene más interés un nuevo antidiabético". También podría tratarse de un problema económico: los costes asociados a la diabetes son muy altos (algunos estudios hablan del 10 por ciento del gasto sanitario). Sin embargo, en 2002 se publicó el estudio CODE-2 (*Gac Sanit* 2002;16 (6):511-20), realizado en ocho países, entre ellos España, que mostraba que sólo un 0,6 por ciento, de los 1.305,15 euros de coste sanitario medio anual por paciente diabético de tipo 2 en nuestro país provenía de los test para autoanálisis, la partida más pequeña de las diecisiete medidas junto a las

visitas al endocrino, frente al 32 por ciento del coste de hospitalización.

Consenso nacional

Diago señala que la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición no se centra en la diabetes y la Sociedad Española de Diabetes no habla de autocontrol. "La falta de consenso nacional sobre autocontrol hace que aparezcan diferentes normas sobre prescripción de tiras según región". El Distrito Sanitario Córdoba Sur recomienda entre tres determinaciones por semana y una al mes, según el tipo de fármaco y el control del paciente, mientras las áreas 6 y 9 de Madrid aconsejan o no hacer autodeterminaciones o sólo efectuarlas en casos de hipoglucemia. Y estas recomendaciones han de ser la base para la entrega de tiras reactivas al paciente. Según Diago, aunque no haya un consenso establecido, de las actualizaciones del consenso de la EASD y la ADA



El paciente con DM2 y antidiabéticos orales tiene complicada la prescripción de tiras reactivas.

(*Diabetologia DOI 10.1005/s00125-008-1157-y*) se puede extraer que para DM2 con antidiabéticos orales lo aconsejable es una autodeterminación al día.

El panorama en derredor, en palabras de Diago, mues-

tra que en Francia y Alemania existe un consenso nacional desde octubre de 2007 y agosto de 2009, respectivamente. "En Italia no hay consenso, pero no tienen problemas, y en el Reino Unido se acaban de ac-

tualizar las guías del NICE".

Queda clara la poca presencia de la recomendación de autocontrol en DM2 con antidiabéticos orales, pero ¿hasta qué punto es necesaria? "Un mayor autocontrol mejora el control metabóli-

El problema podría radicar en que los representantes de la sanidad pública se centran más en campañas y no tanto en la atención al paciente

co, reduce las complicaciones y, por tanto, disminuye el gasto sanitario asociado". Según datos de un estudio estadounidense de 2008 (*Am J Manag Care.* 2008;14 (3):131-140), el autotratamiento revertiría en un ahorro económico mayor cuanto más se hacía. En agosto de 2009, datos españoles (*dia.2008.0139*) derivados de los estudios CARE-2 y Rosso ratificaron que a más autocontrol, más ahorro.

A juicio de Diago, el Ministerio de Sanidad y Política Social debería crear un grupo de trabajo para comprobar y demostrar la utilidad del autocontrol y su frecuencia, de forma que se pudiera difundir por las distintas regiones y sociedades científicas. "Lo importante es que las sociedades científicas se impliquen y se pongan de acuerdo".

Evidencia

Por su parte, José Antonio Vázquez, coordinador de la Estrategia en Diabetes del SNS, reconoce que "aunque hay consenso en cuanto a que sin controlar la glucemia es complicado que el paciente pueda tomar los mandos de su propia enfermedad, no hay datos absolutos incontrovertibles de la evaluación respecto al autocontrol. Se necesitan estudios bien randomizados. Definir con precisión es difícil; si acaso se pueden hacer recomendaciones".

El problema es que mientras las cosas sigan así, continuarán las dificultades de los pacientes con DM2 para conseguir tiras reactivas. A este respecto, Vázquez señala que se llevan a cabo reuniones de seguimiento de la estrategia con las comunidades autónomas. "El problema podría radicar en que los representantes de la sanidad pública se centran más en campañas y no tanto en la atención al paciente en concreto. Pero es difícil convencerlos sin evidencias claras".

EL MÉDICO

Conocer los límites en cada momento

D.R.C.

"Es cierto que no hay consenso, pero también que hay una limitación para que exista evidencia, porque las tiras reactivas no son un tratamiento sino una herramienta. Lo que importa es cómo se lean las cifras glucémicas, porque los estudios demuestran su efectividad en el control de la diabetes", señala Alfonso Calle, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.

Por eso es tan importante la formación: "No basta con tener el coche, hay que enseñar a conducir. Pincharse no es agradable, y si no se le da una utilidad, el paciente no verá su importancia". En el Clínico San Carlos están inmersos en un estudio que saldrá pronto publicado, que de momento ha demostrado que los pacientes con un tratamiento integral logran la regresión de su enfermedad un 35 por ciento.

"Además, un mejor control genera ahorro a largo plazo en términos de menos complicaciones y un mejor estilo de vida, porque los pacientes conocen sus propias limitaciones en cada momento", concluye Calle.

EL EDUCADOR

La formación es un derecho del paciente

D.R.C.

Al contrario de lo que señala José Antonio Vázquez, coordinador de la Estrategia en Diabetes del SNS, Esther Gil-Zorzo, presidenta de Enfermeras Expertas en Diabetes y Educación de Crónicos, afirma que en la estrategia no hay una parte específica para la formación, que "es un derecho de los pacientes con diabetes".

Según Gil-Zorzo, la clave está en desarrollar guías que reconozcan la importancia del autocontrol en DM2 con antidiabéticos orales. "En colaboración con Jesús Diago, de LifeScan, estamos desarrollando un borrador que circularemos entre especialistas para generar un consenso". Este acuerdo será clave para no generar un caldo de cultivo en materia de inequidad entre centros y comunidades autónomas.

"Primero hay que poner en evidencia esta necesidad, y ya existen estudios con solidez para ello". Después, el médico será quien haga la valoración del número de determinaciones glucémicas necesarias y el paciente tendrá que estar educado -labor habitual de Enfermería- para poder dar valor a las cifras.

EL PACIENTE

Ahorrar hoy para gastar más mañana

D.R.C.

"No controlarse en diabetes es una barbaridad. Dicen que una persona que se trata con antidiabéticos orales no cambia sus hábitos de vida, y no es así. Para cualquier tipo de diabetes se requieren al menos una o dos mediciones glucémicas diarias". Así de claro se expresa Ángel Cabrera, presidente de la Federación de Diabéticos Españoles.

"Los gobiernos autonómicos pretenden ahorrar costes, pero en perjuicio de los pacientes. Se ahorra hoy para gastar mañana".

"No hay consenso, y a los pacientes no nos preguntan". Cabrera recuerda que "no nos gusta hacernos controles glucémicos y tampoco es cierta la leyenda urbana -escuchada en una consejería de sanidad- de que nos gusta ir midiendo la glucemia de nuestros vecinos". Por eso Cabrera insiste en la importancia de la formación diabetológica, que no está reglada. "Pero si enseñas a leer, la gente quiere libros".

"El consenso llegará cuando nos juntemos administraciones sanitarias, médicos independientes -no propuestos por la sanidad pública- y el paciente", concluye Cabrera.