

Pertinencia de los objetivos terapéuticos en diabetes: la necesidad de individualizarlos

José Manuel Millaruelo Trillo

Centro de Salud Torrero La Paz, Zaragoza. RedGDPS Aragón

Desde hace varios años hemos venido criticando la unanimidad de las guías de práctica clínica en cuanto a la uniformidad de los objetivos, sin tener en cuenta que los pacientes son distintos por circunstancias clínicas y personales. Ello se acompañaba de dos mensajes, también falaces, que el tiempo, ese juez casi divino, ha desenmascarado. La enfermedad cardiovascular, aun siendo muy importante, no representa siquiera un 50% de la mortalidad en los diabéticos, frente al 80% que todavía sigue siendo esgrimido. Además la tendencia es, afortunadamente, a disminuir su peso relativo. Estas circunstancias tan favorables no se han debido a la casualidad, sino a un manejo más correcto de la diabetes y los factores de riesgo cardiovascular que habitualmente la acompañan.

En 2011, apareció un artículo de Ismail-Beigi¹ en el que abogaba por la individualización de objetivos en el control glucémico, que, para satisfacción de algunos, ha servido de base al nuevo algoritmo de control glucémico centrado en el paciente de la American Diabetes Association (ADA) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD).

Dada la difusión que se espera de esta reciente guía, por el peso específico de ambas sociedades, parece oportuno hacer unas consideraciones adicionales para no quedarnos en la superficie del mensaje y ser eficaces al llevar las recomendaciones a la práctica.

Cuando hablamos de control más o menos estricto, tenemos en mente las cifras de 7% y 8% de hemoglobina glucosilada, como si esas fueran cifras concretas avaladas por estudios concretos. La primera no implica normalidad, sino glucemias medias de 160 mg/dl aproximadamente, con las que no nos sentiríamos satisfechos en un paciente joven de diagnóstico reciente al verlas en su cuaderno de autocontrol. La segunda puede parecer excesivamente exigente para un paciente de 80 años, sobre todo si se acompaña de una comorbilidad tan frecuente como la demencia y está institucionalizado.

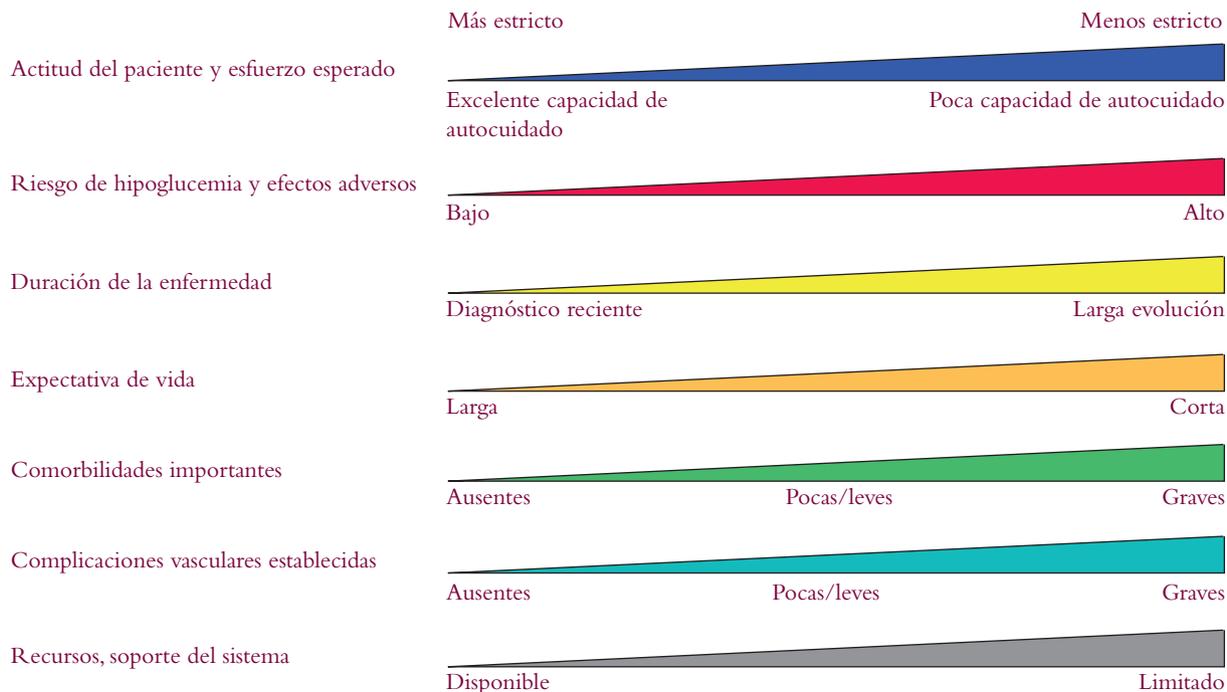
Las variables dicotómicas de buen o mal control han mostrado ser malos indicadores de buena práctica clínica, al promover ineficiencia y causar, en algunas ocasiones, daños²⁻⁴. Además, no existen estudios clínicos que avalen su eficacia, ni siquiera estadística. Los buenos resultados obtenidos en los últimos años tanto en microangiopatía como en macroangiopatía se han conseguido con cifras de control menos exigentes que las propuestas por las guías anteriores a la ahora comentada.

Surgen dos preguntas con respuestas posiblemente complementarias o tal vez antagónicas. ¿Por qué se utilizan como objetivos de tratamiento cifras que no demuestran mejorar la evolución de las complicaciones? ¿Es el largo tiempo de evolución para que se produzcan las complicaciones, siempre mayor a la duración de los estudios clínicos, la única respuesta? ¿Podríamos mejorar los resultados con un control metabólico todavía más estricto? Los estudios realizados hasta el momento, como el Addition, Origin y otros, no parecen apoyar esta tesis.

No existen cifras mágicas, por lo menos avaladas hasta el momento por la evidencia, ni, como decía Menkes, soluciones sencillas: si estas aparecen, serán probablemente erróneas.

El nuevo algoritmo ADA/EASD tiene como apóstrofe «Enfoque centrado en el paciente», lo que siempre es bien recibido, y valora factores clínicos como la duración de la enfermedad, la presencia de complicaciones, el riesgo de hipoglucemias y los efectos secundarios, etc., considerados de alguna manera en otros documentos, y es novedoso en hacerlo con factores del paciente como su actitud y el esfuerzo esperado, la comorbilidad, los recursos propios y del sistema, etc. Es muy importante que así lo haga, pero resulta imprescindible profundizar en estos conceptos y valorar su importancia para que las palabras no se queden en papel mojado. Una dificultad inicial, pero capital, es que no tenemos instrumentos validados para medir esas circunstancias y sus variaciones (figura 1).

Figura 1. Abordaje del manejo de la hiperglucemia

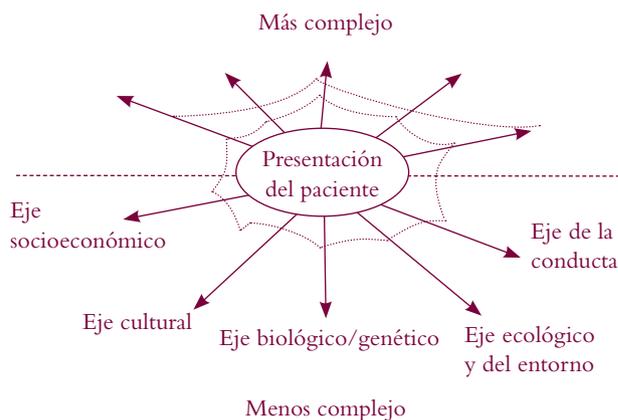


Diabetes Care, Diabetologia. 19 April 2012 [Epub ahead of print] (Adapted with permission from: Ismail-Beigi F, et al. *Ann Intern Med* 2011; 154:554)

Los años de práctica clínica, que permiten una reflexión pausada, nos instan a sumar a estos nuevos factores del paciente otras circunstancias, y así, en los recursos del paciente, podemos incluir su educación global y sanitaria, su situación socioeconómica, el apoyo familiar y de su red social, la situación específica de soledad, etc. En la motivación y esfuerzo esperado, valoramos el ánimo depresivo, si no queremos llamarlo depresión, que se traduce en la desmotivación y en la falta de adherencia al tratamiento. La comorbilidad presente nos obligaría a formularnos y responder distintas e importantes cuestiones:

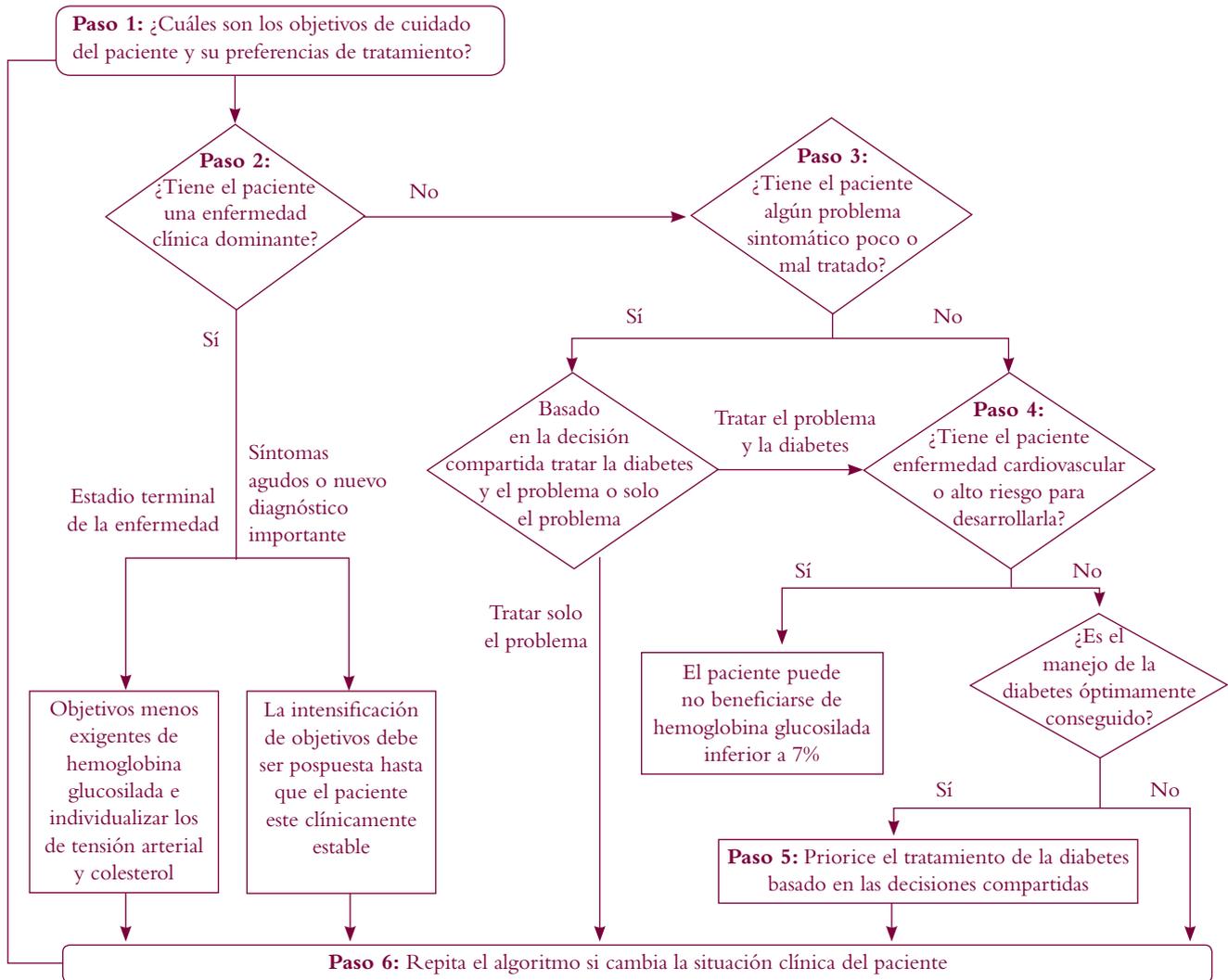
- ¿Es lo mismo comorbilidad que multimorbilidad⁵?
- ¿Cambia el tipo de cuidado en la diabetes mellitus tipo 2 según el tipo de comorbilidad? ¿Afecta por igual en distintas enfermedades⁶?
- ¿Qué es para nosotros un paciente complejo? ¿Es imprescindible que tenga comorbilidad⁷? (figura 2).
- ¿Cómo afecta al paciente, al médico y a su relación la comorbilidad⁸?
- ¿Presentan los diabéticos mucha comorbilidad^{9,10}?
- ¿Nos sirven los instrumentos que tenemos para medirla¹¹?
- ¿Debemos modificar los objetivos terapéuticos en pacientes con comorbilidad¹²? (figura 3).

Figura 2. Aspectos que debemos valorar en la complejidad de los pacientes (modificado de Safford et al.⁷)



Por último, no pensemos que tras pronunciar la palabra «individualización» resolvemos todos los problemas, porque individualizar lleva consigo unos riesgos¹³ que van desde la subjetividad del médico, la actitud del paciente frente a las decisiones compartidas a seguir haciéndolo fundamentalmente por criterios biológicos y clínicos, olvidándonos de los psicológicos y sociales. Se considera a este último como uno de los más graves.

Figura 3. Algoritmo de decisión en pacientes con diabetes y comorbilidad (modificado de Laiteerapong et al.¹²)



¿Qué decir de los recursos del sistema en estos tiempos de crisis y de penurias? Pues que se echan de menos directrices que se preocupen más de racionalizar que simplemente de recortar sin más criterio que el numérico (en este caso, de los millones de euros que no podemos gastar), que hay que delimitar muy bien las responsabilidades de quien genera gasto innecesario de todo tipo y del que siguiendo directrices superiores pone en peligro vidas de personas (figura 4).

Ligando los aspectos anteriormente expuestos, me parece una oportunidad interesante conocer la aparición de una corriente llamada medicina mínimamente disruptiva (MMD) (difícilmente traducida como impertinente, agresiva, medicalizadora, molesta), que enfatiza algunos aspectos hasta ahora escasamente valorados, ni siquiera intuitivamente: la capacidad del paciente y su carga de trabajo debida al

Figura 4. Un símbolo del desacuerdo con los recortes sanitarios



tratamiento (en sentido amplio), obviando, para este concepto, la carga producida por la propia enfermedad¹⁴.

Existe una sencilla definición de la MMD: es aquella que se propone conseguir los objetivos terapéuticos con la menor carga de trabajo posible. Acostumbrados a muchos dislates y excesos en el manejo de cualquier enfermedad (solo recordemos el número de pruebas complementarias complejas, a veces repetidas, muchas veces no interpretadas), se hace una crítica fácil desde posiciones intelectuales poco sólidas, como favorable a un nihilismo terapéutico, sin entrar a valorar los logros y fracasos de la situación actual. Pero la MMD sí que tiene como meta objetivos terapéuticos, eso sí, considerando las circunstancias del paciente y teniendo como «regla de oro» que aumentar la carga de trabajo del paciente lleva a disminuir su capacidad y ello a la depresión (que yo quiero entender como desmotivación), con la consecuente falta de adherencia al tratamiento (considerado en sentido amplio, evitando tomar la medicación aconsejada, dejando de acudir a citas o de hacerse autocontroles si los precisa, etc.), circunstancia que ha demostrado empeorar el control metabólico y aumentar las complicaciones y también los ingresos hospitalarios y la morbimortalidad.

Podemos aumentar la carga del paciente con el mal funcionamiento, la burocratización, la descoordinación de las estructuras sanitarias a las que pertenecemos y con la intensificación poco discriminada de tratamientos que muchas veces fracasan no por el efecto bioquímico de los fármacos, sino por circunstancias del paciente que ni conocemos ni valoramos.

La MMD propone tener muy en cuenta:

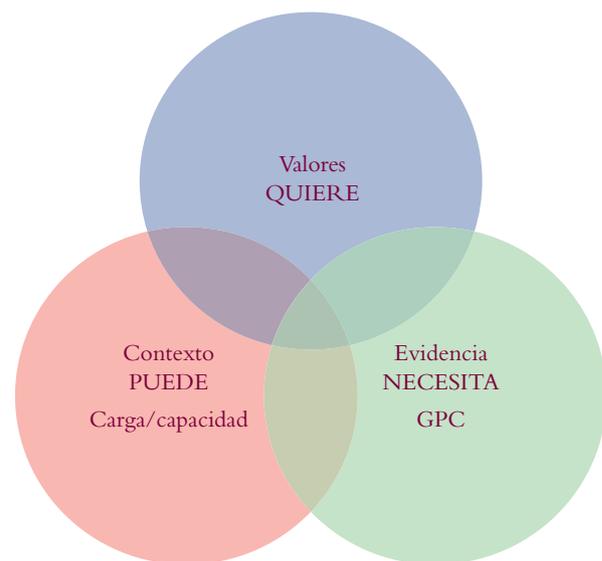
- La carga/capacidad del paciente.
- La coordinación de la atención sanitaria y con la comunidad.
- Las guías prácticas deben tomar en cuenta la comorbilidad.

- Las prioridades desde el punto de vista del paciente.

Todo ello puede esquematizarse en unas herramientas para la toma de decisiones que tengan en cuenta los contenidos de la figura 5.

Deberemos valorar las dificultades que aparezcan en un proceso que parece no solo novedoso, sino interesante desde un punto de vista teórico, que puede apoyar nuestra práctica clínica y que parece un concepto de razonamiento en unos tiempos de crisis en los que todo el mundo anda «como pollo sin cabeza» (*headless chicken*) y cuyas bases metodológicas comienzan a esbozarse¹⁵.

Figura 5. Valores a tener en cuenta para tomar las decisiones clínicas aplicando medicina mínimamente disruptiva



GPC: guías de práctica clínica

BIBLIOGRAFÍA

1. Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med* 2011;154:554-9.
2. Pogach L, Rajan M, Aron D. Comparison of weighted performance measurement and dichotomous thresholds for glycemic control in the Veterans Health Administration. *Diabetes Care* 2006;29:241-6.
3. Eddy D, Adler J, Patterson B, Lucas D, Smith K, Morris M. Individualized guidelines: the potential for increasing quality and reducing costs. *Ann Intern Med* 2011;154:627-34.
4. Aron D, Pogach L. One size does not fit all: the need for a continuous measure for glycemic control in diabetes. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:636-43.
5. Fried L, Ferrucci L, Darer J. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-63.
6. Voorham J, Haaijer-Ruskamp F, Wolffenbuttel B, de Zeeuw D, Stolk R. Differential effects of comorbidity on antihypertensive and glucose-regulating treatment in diabetes mellitus – A cohort study. *PLoS ONE* 2012;7(6):e38707.

7. Safford M, Allison J, Kiefe C. Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl 3):382-90.
8. Selby J, Swain B, Gerzoff R, Karter A, Waitzfelder B, Brown A, et al. TRIAD Study Group. Understanding the gap between good processes of diabetes care and poor intermediate outcomes: Translating Research into Action for Diabetes (TRIAD). *Med Care* 2007;45:1144-53.
9. Piette J, Kerr E. The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care* 2006;29:725-31.
10. France E, Wyke S, Gunn J, Mair F, McLean G, Mercer S. Multimorbidity in primary care: a systematic review of prospective cohort studies. *Br J Gen Pract* 2012;62:e297-307.
11. de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter L. How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003;56:221-9.
12. Laiteerapong N, Huang ES, Chin MH. Prioritization of care in adults with diabetes and comorbidity. *Ann N Y Acad Sci* 2011;1243:69-87.
13. Weiner S, Schwartz A, Weaver F, Goldberg J, Yudkowsky R, Sharma G, et al. Contextual errors and failures in individualizing patient care: a multicenter study. *Ann Intern Med* 2010;153:69-75.
14. May C, Montori V, Mair F. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.
15. Tran V, Montori V, Eton D, Baruch D, Falissard B, Ravaud P. Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions. *BMC Medicine* 2012;10:68-78.