

Proyecto INCANDA (INCumplimiento terapéutico en pacientes de edad AvaNzaDA)

Javier Díez Espino

Médico de familia. Centro de Salud de Tafalla (Navarra)

INTRODUCCIÓN

La población mundial envejece y, como han demostrado todos los estudios epidemiológicos, la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) está íntimamente relacionada con la edad de la población.

En nuestro medio, el estudio Di@bet.es encontró una prevalencia global de DM del 13,8 %, pero en la población mayor de 75 años esta prevalencia era superior al 40 %. Por tanto, la consecuencia es lógica: en las consultas del médico cada día habrá más personas de edad avanzada con diabetes.

En los ancianos la adhesión al tratamiento disminuye por diversos factores, como la polifarmacia, las múltiples dosis, las prescripciones por diferentes médicos, la falta de percepción de gravedad, el deterioro de los sentidos, los problemas de memoria, la soledad, etc. La adhesión a un tratamiento único es superior a la de pautas más complejas¹. Se estima que la falta de adhesión al tratamiento farmacológico en los ancianos llega al 55 % y que hasta el 20 % de los fármacos prescritos no llegan a ser consumidos². Por otra parte, cuanto mayor es el nivel socioeconómico, mayor es la adherencia³. Un horario regular de comidas, probablemente por la asociación con las tomas de medicación, también favorece la adherencia al tratamiento⁴.

Estos son temas de extraordinaria importancia para el médico que, desde su consulta diaria, intenta ayudar a las personas con DM para que puedan tener la misma calidad de vida que el resto de la población. Por esto era necesario poner en marcha el Proyecto INCANDA (INCumplimiento terapéutico en pacientes de edad AvaNzaDA).

OBJETIVOS

El Proyecto INCANDA nació con el objetivo de conocer las opiniones de los facultativos respecto al incumplimiento de los pacientes diabéticos en edad avanzada.

Para alcanzarlo se han analizado los siguientes aspectos:

- Dificultades que se les presentan a los pacientes de este grupo de edad en el cumplimiento de los hábitos higiénico-dietéticos recomendados por los facultativos.
- Cumplimiento terapéutico en este perfil de paciente.
- Importancia del control de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial en pacientes diabéticos con edad avanzada.

METODOLOGÍA

El proyecto contó con la colaboración de una muestra representativa de médicos de Atención Primaria de diferentes comunidades autónomas, con el objeto de conocer la opinión de facultativos de toda España respecto a este tema.

El estudio que se llevó a cabo fue de carácter cuantitativo y se estructuró en dos fases, siguiendo la metodología Delphi. La recogida de datos se realizó a través de cuestionarios autocumplimentados por los propios facultativos.

A continuación, se expone un resumen del informe en el que se desglosan los ítems y comentarios.

LA PRESENCIA DE POLIPATOLOGÍA EN EL ANCIANO CON DIABETES MELLITUS FAVORECE UN MENOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La pluripatología es más frecuente en el anciano⁵. Su presencia tiene importantes repercusiones en la salud, requiere una atención sanitaria más frecuente, incrementa la probabilidad de necesitar ingreso hospitalario y de consumir fármacos, altera la calidad de vida, genera discapacidad y aumenta el riesgo de muerte⁶. La polimedicación se asocia a una mayor complejidad del manejo terapéutico e incrementa el riesgo de sufrir efectos adversos, de cometer erro-

res en la toma de fármacos y de disminuir la adherencia al tratamiento.

Se estima que la mitad de las medicaciones para enfermedades crónicas, entre ellas la DM, no se toma o se hace inadecuadamente. La gran mayoría de los facultativos están convencidos de que los ancianos pluripatológicos y, por tanto, polimedicados cumplen peor el tratamiento para la DM.

UNA MAYOR EDAD EN PACIENTES ANCIANOS SE ASOCIA CON UN MENOR CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se han descrito muchos factores en el anciano como causa de no adherencia al tratamiento, pero solo existen evidencias claras para el aumento de los médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo (tabla 1).

La edad avanzada, por sí sola, incluso en ausencia de otras enfermedades, se asocia con discapacidad, pero además hay cada vez más evidencia científica de que la DM se asocia con deterioro funcional e incapacidad⁷. Cuanto más avanzada es la edad del anciano, más se acentúa el impacto de estos factores en el cumplimiento, tal como reconocen la mayoría de los facultativos consultados.

Tabla 1. Motivos de incumplimiento del tratamiento en el anciano

- Pluripatología
- Enfermedades crónicas
- Elevado número de fármacos a ingerir
- Falta de conocimientos sobre la enfermedad
- Olvido, falta de memoria, trastornos cognitivos
- Nivel cultural
- Dificultad para comprender las explicaciones recibidas sobre el tratamiento
- Complejidad del régimen terapéutico (vía de administración, dosis, etc.)
- Efectos adversos
- Falta de interés o motivación

EN EL ANCIANO, LOS OLVIDOS DE DOSIS DE MEDICAMENTOS SON FRECUENTES

Los olvidos son, junto con la falta de conocimientos, dos de los principales motivos de incumplimiento del tratamiento⁸.

Entre los facultativos existe prácticamente unanimidad en considerar que el paciente anciano olvida con mayor fre-

cuencia las instrucciones del médico cuanto más avanzada es su edad y el número de medicamentos prescritos.

UN PORCENTAJE IMPORTANTE DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INSULINA EMPLEA UNA DOSIS INFERIOR A LA PRESCRITA POR SU MÉDICO

El anciano debe ser considerado un paciente de riesgo a la hora de iniciar una insulización. Por ello, hay que valorar cuidadosamente los criterios que llevan a instaurar la terapia con insulina, garantizar una educación diabetológica adaptada al anciano y prescribir aquellas insulinas que, por su sistema de aplicación y por su farmacocinética, generen menos errores en la administración y ocasionen menos hipoglucemias y menos variabilidad.

Aproximadamente la mitad de los médicos consultados cree que un porcentaje importante de los pacientes en tratamiento con insulina utiliza dosis inferiores a las prescritas, con mal control de los niveles glucémicos y el riesgo de sufrir crisis hiperglucémicas.

LOS DIABÉTICOS DE EDAD AVANZADA TIENEN DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LA DOSIS DE INSULINA EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA CAPILAR

Tener que inyectarse la insulina, decidir qué dosis administrarse en cada comida en función del valor de la glucemia capilar del momento, hacer el cálculo de los hidratos de carbono que van a ingerir y prever la actividad física que realizarán más tarde pueden ser tareas complicadas para muchos ancianos⁹.

Entre los facultativos, existe unanimidad respecto al hecho de que el autocontrol de la glucemia y la modificación de las dosis de insulina en función de los resultados pueden entrañar dificultades en el paciente anciano.

EL MIEDO A LA HIPOGLUCEMIA ES UNA CAUSA FRECUENTE DE UNA ADHESIÓN MENOR AL TRATAMIENTO PRESCRITO

Las hipoglucemias son el principal efecto secundario del tratamiento de la DM en los ancianos, dada su mayor predisposición a padecerlas y por sus graves consecuencias en ellos (pérdida de calidad de vida, caídas, fracturas, deterioro cognitivo, episodios cardiovasculares).

El estudio GAPP¹⁰ concluyó que el 67 % de los pacientes diabéticos tratados con insulina temen sufrir un episodio hipoglucémico y que alrededor del 75 % de los médicos administrarían el tratamiento para acercarse más a la hemoglobina glucosilada recomendada si no fuera por el temor a eventos hipoglucémicos importantes.

Alrededor del 90 % de los médicos consultados cree que el miedo a la hipoglucemia hace que algunos pacientes no se tomen la medicación necesaria para alcanzar el nivel de control glucémico que les permitiría reducir las complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

EN EL ANCIANO CON DIABETES ES MÁS FRECUENTE LA SOBREDOSIFICACIÓN INVOLUNTARIA QUE EN POBLACIÓN MÁS JOVEN

Los olvidos y las dificultades para comprender las indicaciones del médico sobre la pauta posológica que han de seguir son más frecuentes en los pacientes ancianos que en los más jóvenes. Una de las consecuencias de los olvidos (que pueden conducir a la repetición de la toma de la medicación) y de los errores en la pauta posológica es, sin duda, la sobredosificación.

Es lógico, por tanto, y así lo creen la mayoría de los encuestados, que la sobredosificación involuntaria se produzca con más frecuencia en la población anciana con diabetes.

LOS PACIENTES ANCIANOS QUE TOMAN VARIOS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES MELLITUS TIENEN UN MENOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO QUE LOS QUE TOMAN SOLO UNO

Un estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas polimedicados puso de relieve que, entre los mayores de 65 años, el 75 % de los que tenían prescrito un medicamento afirmaban tomarlo, el 68 % de los que tenían dos, el 54 % de los que tenían tres y el 35 % de los que tenían cuatro, reduciéndose progresivamente el porcentaje hasta el 10 % entre los que tenían nueve medicamentos¹¹.

No parece relevante si los múltiples fármacos tomados son para la misma enfermedad o para enfermedades distintas; lo importante (y así parecen creerlo también los expertos preguntados) es que la necesidad de tomar varios fármacos determina un peor cumplimiento.

UN MAYOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS DISMINUYE LAS COMPLICACIONES Y LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes puede tener una repercusión mucho más grande sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos¹².

En el caso de la DM, está claramente demostrado (y así lo creen la mayoría de los facultativos) que los pacientes que cumplen el tratamiento indicado presentan mejor control de su enfermedad, menos complicaciones micro y macrovasculares, menor riesgo de ser hospitalizados y menor mortalidad global.

CUANTO MAYOR ES EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO, MENORES SON LOS COSTES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD

El objetivo principal del tratamiento de la DM es evitar las complicaciones agudas y crónicas. Un cumplimiento terapéutico deficiente a largo plazo se traduce en bajos resultados de salud y en un aumento de los costes sanitarios.

El 40 % del coste de la DM tiene que ver con las complicaciones que la enfermedad mal controlada acaba provocando en los pacientes. Las hipoglucemias son una de las complicaciones de la DM que son evitables con un control adecuado.

La gran mayoría de los profesionales encuestados estiman que en los pacientes diabéticos con buen cumplimiento terapéutico se reducen los costes sanitarios en general, principalmente asociados a la reducción de los ingresos hospitalarios (al disminuir la aparición de complicaciones).

LOS CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE VIDA SON MÁS DIFÍCILES EN EL ANCIANO

La educación diabetológica es fundamental a la hora de promover cambios en el estilo de vida de los pacientes con DM, principalmente en la alimentación y en la actividad física. Sin embargo, hasta muy recientemente no han empezado a desarrollarse programas específicos para pacientes de edad avanzada y sus cuidadores.

El estudio DAWN¹³ mostró que el cumplimiento terapéutico en la DM no es óptimo, pero que es mejor el cum-

plimiento del tratamiento farmacológico que el de la terapia nutricional y el ejercicio físico.

Con la edad aparece un declive en la capacidad de adaptación y también dificultades para procesar nueva información, por lo que no es de extrañar que de forma prácticamente unánime los facultativos piensen que lograr que los ancianos introduzcan cambios en su estilo de vida es más difícil que hacerlo en la población más joven.

UN MENOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 SE TRADUCE EN UN PEOR CONTROL METABÓLICO Y DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Un buen control metabólico evita los síntomas de la hiperglucemia, mejora la calidad de vida mediante la prevención de las complicaciones micro y macrovasculares y prolonga la supervivencia¹⁴.

De forma unánime, el incumplimiento del tratamiento en la DM es considerado como una de las causas principales de la falta de control de la enfermedad y de los factores de riesgo cardiovascular que coexisten muy frecuentemente en los pacientes diabéticos.

EL EMPLEO DE PASTILLEROS/RECORDATORIOS FAVORECE EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DE EDAD AVANZADA

Realizar tarjetas calendario y utilizar pastilleros para el manejo de la medicación son medidas propuestas por numerosos autores para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Generalmente, los pacientes diabéticos de edad avanzada están polimedicados, por lo que todos los facultativos parecen estar de acuerdo en que el uso de pastilleros o recordatorios es muy importante para mejorar el cumplimiento (tabla 2).

EL FALLO DE ASISTENCIA A LAS CONSULTAS MÉDICAS O DE ENFERMERÍA ES UN INDICADOR DE BAJO CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

El pilar fundamental para asegurar un buen cumplimiento es una buena relación médico-paciente que facilite la comunicación y genere confianza.

Tabla 2. Intervenciones para aumentar la adherencia

- Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencionada o no
- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación
- Las intervenciones deben ir dirigidas a los problemas específicos detectados, y pueden incluir:
 - Sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación
 - Hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad
 - Simplificar el régimen posológico
 - Cambiar el envasado de los medicamentos
 - Utilizar pastilleros, sistemas personalizados de dosificación, etc.
- Si el problema son los efectos adversos:
 - Discutir con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, así como los efectos a largo plazo de la medicación, y sobre las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos
 - Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración
- Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema y considerar opciones para reducirlo

Los cuidados continuos son esenciales para el tratamiento de todos los pacientes con DM. Por ello, es fundamental programar un calendario de visitas periódicas de control con el médico o el personal de enfermería adecuado al grado de control y necesidades del paciente.

Cuanto más frecuentes son las visitas, mejor es el control y cumplimiento. Por esta razón, la gran mayoría de los participantes consultados opinan que el fallo en la asistencia a las consultas médicas o de enfermería es un indicador de bajo cumplimiento del tratamiento.

LA FALTA DE PERCEPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL MAL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES MELLITUS PUEDE FAVORECER EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE ANCIANO

El paciente toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o sobre la manera como considera que debe hacerle frente. La percepción de riesgos es importante para lograr cambios de estilo de vida y un buen cumplimiento del tratamiento pres-

crita en el paciente con DM. En este sentido, en el Proyecto Diálogo, los resultados mostraron que el 43 % de los pacientes diabéticos desconocía cuál era su riesgo cardiovascular y un 6 % lo calificaba de bajo.

La mayoría de los facultativos coinciden en la convicción de que, si el paciente no percibe la gravedad del mal control metabólico de la DM, es mucho más probable que no cumpla adecuadamente las indicaciones de su médico, tanto respecto a las medidas no farmacológicas como al tratamiento farmacológico.

LOS DIFERENTES ESTUDIOS OBSERVAN PORCENTAJES SIMILARES DE CUMPLIMIENTO EN LOS DIABÉTICOS EN FUNCIÓN DEL SEXO

Los datos que se conocen de estudios que han valorado el género como posible determinante del cumplimiento son contradictorios, si bien parece observarse una tendencia al mejor cumplimiento entre las mujeres, quizá porque se toman la enfermedad más seriamente, comunican un mayor impacto de esta en su calidad de vida y están más dispuestas a implicarse en su autocuidado, siguiendo las medidas necesarias para un buen control de su enfermedad y acudiendo a las visitas de seguimiento con el médico o enfermera, mientras que los varones dependen más del apoyo familiar¹⁵.

El poco interés o conocimiento que revelan las respuestas de los médicos encuestados va en esa misma dirección.

EN UN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SOBREPESO Y LIGERA INSUFICIENCIA RENAL, EL SEGUIMIENTO DE UNA DIETA RESTRICTIVA EN PROTEÍNAS ES BÁSICO Y SU INCUMPLIMIENTO PUEDE AUMENTAR LA SARCOPENIA (PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR)

El término sarcopenia hace referencia a la pérdida de masa y potencia muscular que ocurre durante el envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. Además, la disminución de la masa muscular se acompaña de otros cambios en la composición corporal, como un incremento progresivo de la masa grasa. Numerosos estudios han puesto de manifiesto la asociación entre el consumo elevado de proteínas (> 20 % del valor calórico total) y la aparición o progre-

sión de la nefropatía, mientras que la restricción proteica moderada (0,6-0,8 g/kg/día) detiene e incluso revierte la microalbuminuria.

Sin embargo, algunas evidencias sugieren que las actuales recomendaciones de ingesta diaria de proteínas (0,8 g/kg/día) no son suficientes para mantener la masa muscular del anciano y podrían causar sarcopenia¹⁶. Se trata, pues, de un delicado equilibrio que requiere un abordaje individualizado y un control riguroso de cada paciente.

La mayoría de los facultativos preguntados se muestran de acuerdo en que, en un paciente anciano con DM tipo 2 (DM2) con sobrepeso y ligera insuficiencia renal, el seguimiento de una dieta restrictiva en proteínas es básico y su incumplimiento puede aumentar la sarcopenia.

NO ALCANZAR EL OBJETIVO DE CONTROL DE UNA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA < 7 % EN UN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y CON DISCAPACIDADES (FÍSICAS O PSÍQUICAS) PUEDE ESTAR OCASIONADO POR LA INERCIA TERAPÉUTICA DEL PROFESIONAL SANITARIO A LA HORA DE EFECTUAR LA PRESCRIPCIÓN

La inercia terapéutica es una de las principales causas de control glucémico deficiente en los pacientes con DM2 y puede impedir los beneficios de un tratamiento adecuado. Sin embargo, aspectos como las características clínicas, el cumplimiento e incluso las preferencias del paciente pueden aconsejar la no intensificación del tratamiento.

Es necesaria una individualización de los objetivos glucémicos en el anciano según el grado de dependencia, funcionalidad, fragilidad, comorbilidad, alteración cognitiva/demencia o esperanza de vida, riesgo cardiovascular, historia de hipoglucemias y complicaciones microvasculares.

La inercia terapéutica es un problema generalizado en el manejo de las enfermedades crónicas, pero si el paciente es anciano y presenta discapacidades (sean físicas o psíquicas), y el médico percibe que su expectativa de vida es baja, es posible que esta inercia terapéutica se acentúe. Así parecen creerlo dos tercios de los encuestados, a pesar de que se dispone de suficientes guías clínicas para el manejo de la DM en el anciano.

EN EL ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA NO SIRVEN PARA MEJORAR LOS CONTROLES GLUCÉMICOS Y DISMINUIR LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

Existen evidencias sobre la utilidad de programas adaptados de ejercicio físico de resistencia, con o sin ejercicio aeróbico complementario, en población anciana tanto para la prevención de la sarcopenia, de las caídas y del deterioro funcional, como para la mejoría del control glucémico y de la calidad de vida.

A menudo se considera que los ancianos no se benefician de programas de ejercicio físico intenso, que no pueden realizarlos o que no tienen una buena adherencia a ellos, pero estas creencias carecen de fundamento experimental y no son compartidas por aproximadamente el 75 % de los médicos consultados.

UN BUEN CONTROL DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN EL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO ES NECESARIO, YA QUE ES MENOS EFECTIVO QUE EL CONTROL DE LA GLUCEMIA

La hipercolesterolemia es uno de los factores de riesgo cardiovascular modificables en los que más se puede influir y cuya normalización comportaría un gran beneficio socio-sanitario, al disminuir la tasa de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular¹⁷.

Más del 75 % de los facultativos encuestados consideran que la hipercolesterolemia en el paciente anciano frágil con DM2 debe tratarse, ya que es un determinante importante del riesgo cardiovascular.

UN BUEN CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO ES NECESARIO, YA QUE ES MENOS EFECTIVO QUE EL CONTROL DE LA GLUCEMIA

Los beneficios del control tensional en el paciente con DM son incontestables. En diversos estudios epidemiológicos se ha podido comprobar que aproximadamente entre

un 40 % y un 60 % de los diabéticos padecen hipertensión arterial.

Entre los facultativos, existe un amplio acuerdo sobre la necesidad de controlar los niveles de presión arterial en el paciente anciano frágil con DM2.

LA METFORMINA ESTÁ CONTRAINDICADA EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON UN FILTRADO GLOMERULAR < 30 ML/MIN. SU INCUMPLIMIENTO PUEDE TENER CONSECUENCIAS POTENCIALMENTE GRAVES

La metformina constituye la base del tratamiento de la DM2 en cualquier grupo de edad, incluidos los pacientes de edad avanzada.

Según su ficha técnica, la metformina está contraindicada en pacientes con filtrado glomerular < 60 ml/min, pero parece demostrado que su utilización es segura en individuos con filtrado glomerular entre 30 y 60 ml/min, aunque en estos casos es necesario ajustar las dosis. También debe evitarse su uso en situaciones de enfermedad aguda intercurrente, insuficiencia hepática o si es necesaria la administración de contrastes yodados o existe riesgo de insuficiencia renal funcional (vómitos, diarrea).

Todos estos datos no parecen despertar dudas a los encuestados, habida cuenta de que la gran mayoría se muestra de acuerdo con la contraindicación de metformina en pacientes ancianos con DM2 y filtrado glomerular < 30 ml/min.

LAS SULFONILUREAS PRESENTAN MÚLTIPLES INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON SALICILATOS, DICUMARÍNICOS, SULFONAMIDAS, FIBRATOS, ALOPURINOL, METOTREXATO, DIURÉTICOS, BETABLOQUEANTES, CORTICOIDES, ETC., LO QUE COMPLICA SU USO EN LOS ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 POLIMEDICADOS

Las sulfonilureas están indicadas en diabéticos que conservan una cierta función de la célula β y no presentan sobrepeso o en aquellos que muestren contraindicación o intolerancia a la metformina. Inducen ganancia de peso y su uso está limitado en presencia de insuficiencia renal por el elevado riesgo de hipoglucemia.

Presentan múltiples interacciones medicamentosas, lo que complica su uso en pacientes polimedicados (tabla 3), y así lo creen unánimemente los profesionales encuestados.

Tabla 3. Principales interacciones de las sulfonilureas

Fármaco	Mecanismos
Diuréticos tiazídicos, de alta eficacia y diazóxido	Inhiben la liberación de insulina
Glucocorticoides	Actividad hiperglucemiante intrínseca
Rifampicina	Inducción enzimática
Fenobarbital	Inducción enzimática
Betaadrenérgicos	Aumento de glucogenólisis y gluconeogénesis
Sulfonamidas	Desplazamiento del transportador (albúmina)
Hidantoínas	Inhiben la liberación de insulina

EN EL PACIENTE DE AVANZADA EDAD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, LAS HIPOGLUCEMIAS NO SE ASOCIAN CON DETERIORO COGNITIVO, A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LOS PACIENTES MÁS JÓVENES

Las hipoglucemias son el principal efecto secundario del tratamiento de la DM en los ancianos, dada su mayor predisposición a padecerlas, su menor reconocimiento de ellas y sus graves consecuencias en esta población, entre las que se encuentra, sin duda, el deterioro cognitivo. La hipoglucemia asociada al tratamiento de la DM2 con fármacos secretagogos (sulfonilureas, glinidas) o con insulina es más frecuente y a menudo más grave en los ancianos, y tiene consecuencias potencialmente más graves.

Existe una relación bidireccional entre hipoglucemia y demencia. Por un lado, el riesgo de hipoglucemia grave es mayor en pacientes con demencia y, además, los pacientes con hipoglucemias graves de repetición tienen más riesgo de desarrollar demencia.

LAS CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE SEGUIR FUMANDO EN LAS PERSONAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 YA NO SON IMPORTANTES

Un gran número de estudios clínicos y experimentales han encontrado pruebas de que hay una asociación impor-

tante entre el consumo de tabaco, el control de la glucosa en sangre y las complicaciones diabéticas.

Las evidencias son tan claras que solo algo más del 10 % de los profesionales preguntados se muestran de acuerdo con la afirmación de que las consecuencias del incumplimiento de seguir fumando en las personas mayores con DM2 ya no son importantes.

DE FORMA GENERAL, LOS MÉDICOS NO SUELEN VALORAR LA PRESENCIA DE UN INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO ANTE UN DIABÉTICO DE EDAD AVANZADA

Puesto que numerosas evidencias indican que la falta de adherencia, intencionada o no, es un problema en las personas mayores, el paciente anciano polimedicado debe ser considerado diana de actuación, y en él conviene aplicar periódicamente métodos de detección del incumplimiento para descubrir errores en la prescripción y reforzar actitudes correctas que mejoren la adherencia¹⁸.

Aproximadamente un 20 % de los encuestados consideran que el médico no actúa adecuadamente y que, con frecuencia, no valora la existencia de incumplimiento terapéutico en los pacientes diabéticos de edad avanzada.

HABITUALMENTE, EL MÉDICO, MEDIANTE SU PROPIO JUICIO CLÍNICO, PUEDE DETECTAR SI EL DIABÉTICO DE EDAD AVANZADA INCUMPLE EL TRATAMIENTO SIN NECESIDAD DE UTILIZAR NINGÚN OTRO MÉTODO DE MEDIDA

Aunque se han descrito diversas intervenciones para mejorar la adherencia, con la evidencia disponible no se puede recomendar una intervención específica que sirva en todos los casos. Varios estudios han constatado que el juicio clínico es un método sencillo pero inexacto, y que existe una baja correlación entre la estimación de los médicos del cumplimiento y la adherencia real de los enfermos¹⁸.

Algunos médicos creen que mediante su propio juicio clínico pueden detectar el incumplimiento, pero la mayoría se muestra en desacuerdo, considerando, por tanto, la necesidad de recurrir a los métodos de medida disponibles.

PARA MEDIR EL INCUMPLIMIENTO EN EL ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EL PRIMER TEST DEBE SER SIEMPRE UN MÉTODO INDIRECTO BASADO EN LA ENTREVISTA CLÍNICA O EL CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO

Los métodos indirectos valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población que se ha de valorar es amplia, pero son poco objetivos, ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar o del médico, lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento.

Son muy fiables si el enfermo se confiesa mal cumplidor, pero cuando se comparan con otros métodos más exactos, se comprueba que un número importante de enfermos que aseguran tomar la medicación no dicen la verdad. A pesar de ello, la mayoría de los médicos consideran que estos test deben ser la primera opción al valorar el cumplimiento de los pacientes.

EL RECuento DE COMPRIMIDOS ES UN MÉTODO VALIDADO PARA MEDIR EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL DIABÉTICO ANCIANO

El recuento de comprimidos es un método objetivo indirecto validado que se basa en el recuento de la medicación que queda en el envase que se ha prescrito al paciente y que este debe aportar en la visita siguiente. En los ancianos puede subestimar la adherencia, ya que tienden a retirar las recetas de la farmacia antes de que se les acabe la medicación y acumular en el domicilio más comprimidos de los que necesitan¹¹.

A pesar de estos sesgos e imprecisiones, la mayoría de los facultativos consultados opinan que es un buen método para medir el grado de cumplimiento terapéutico en el paciente anciano.

LA ESTRATEGIA INDIVIDUAL MÁS EFICAZ, DE FORMA GENERAL, PARA DISMINUIR EL INCUMPLIMIENTO ES LA SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO GLOBAL DEL DIABÉTICO DE EDAD AVANZADA

La complejidad del tratamiento es una variable asociada a un peor cumplimiento, y la DM es un ejemplo claro de

tratamiento autoadministrado complejo, más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de los diabéticos presentan otras patologías concomitantes que requieren medicación, y todo ello es especialmente cierto en el caso del anciano.

Minimizar el número de fármacos prescritos y simplificar la pauta posológica son factores clave para reducir las tasas de incumplimiento terapéutico y es la intervención que cuenta con mayores evidencias de eficacia.

Así lo señalan todos los estudios que han valorado las estrategias para mejorar el cumplimiento y así lo creen la inmensa mayoría de los médicos preguntados.

UN SISTEMA DE RECUERDO DE LA TOMA DE LA MEDICACIÓN ANTIDIABÉTICA MEDIANTE TELEFONÍA O CARTAS O LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA POR PARTE DE ENFERMERÍA MEJORAN EL CUMPLIMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Entre las intervenciones sobre el comportamiento de los pacientes para mejorar el cumplimiento, las más comunes ofrecen al paciente recordatorios, por correo, por teléfono, a través del ordenador o de visitas a domicilio.

En este sentido, la participación del personal de enfermería es especialmente relevante, ya que la consulta de enfermería constituye un entorno ideal para la obtención de información sobre miedos y reticencias culturales o individuales de cada paciente.

La mayoría de los facultativos se muestran de acuerdo sobre el impacto positivo de un sistema de recuerdo de la toma de la medicación antidiabética sobre el grado de cumplimiento en pacientes ancianos con DM.

CONCLUSIONES

Los médicos participantes tienen una idea muy clara de las limitaciones que presenta el anciano para lidiar con una enfermedad como la DM en un contexto de polipatología y polifarmacia, así como de la dificultad para conseguir el cumplimiento terapéutico tanto farmacológico como no farmacológico deseable. En este último aspecto se valora la importancia de la simplificación del tratamiento, de los sistemas de recuerdo de toma de medicación y citas, así como el uso de todo tipo de recursos que contribuyan a reducir los olvidos de la toma del tratamiento farmacológico y conocer

su magnitud. También destaca la escasa sensación de gravedad percibida por los pacientes con diabetes. Sin embargo, sorprende la fe de los profesionales en su propio criterio y en la pregunta directa al paciente como método de valoración del cumplimiento. El trabajo en equipo y el papel de enfermería se consideran cruciales.

Por otra parte, son conscientes de los beneficios del buen control de la glucemia, la hiperlipemia y la hipertensión o el cese del hábito tabáquico, individualizando los objetivos según las características del paciente y de la necesidad de evitar los efectos adversos del tratamiento farmacológico, como la hipoglucemia o la hipotensión, o el riesgo del empleo de los fármacos en situaciones especiales como

enfermedades intercurrentes o el deterioro de la función renal. Pero probablemente en muchas ocasiones la sobrevaloración de estos riesgos lleva a no realizar, por parte del médico, una prescripción o intensificación del tratamiento cuando es preciso y útil, o a reducir el tratamiento prescrito en el caso del paciente. También son mayoritarias las repuestas favorables en lo que respecta a la valoración de la importancia del ejercicio físico, tanto aeróbico como de resistencia, y de una adecuada nutrición proteico/calórica en el anciano.

En definitiva, se define de una forma muy realista el panorama del tratamiento de la diabetes en el paciente anciano y las dificultades para su adecuado control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clin Diabetes* 2006;24:71-7.
2. McElnay JC, McCalion CR, al-Deagi F, Scott M. Self-reported medication non-compliance in the elderly. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;53:171-8.
3. Diehl AK, Bauer RL, Sugarek NJ. Correlates of medication compliance in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *South Med J* 1987;80:332-5.
4. Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, Ha SW, et al. Factors that affect medication adherence in elderly patients with diabetes mellitus. *Korean Diabetes J* 2010;34:55-65.
5. Buitrago Ramírez F. Métodos de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos, ancianos o polimedcados. *Atención Primaria* 2013;45:19-20.
6. Rivas Costa G, Domínguez Berjón ME, Astray Mochales J, Gènova Maleras R, Rodríguez Laso A, Esteban Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid, 2007. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83:835-46.
7. Castro Rodríguez M, García Ramírez ME, Manzarbeitia Arambarri J. Diabetes mellitus. En: *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2002. pp. 589-604.
8. Castellano Muñoz P, Miranda Ruiz A, Sojo González G, Perea Milla E, García Alegría JJ, Santos Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. *Enferm Clín* 2008;18:120-6.
9. Seguí Díaz M. Insulinización en el anciano con diabetes. *Av Diabetol* 2010;26:320-5.
10. Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy (GAPP) Survey, Novo Nordisk, 2010. Disponible en: www.novonordisk.com/include/asp/exe_news_attachment.asp?sAttachmentGUID=94a95203-4761-49ca-862d-97fb1ee4368e.
11. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. Paciente polimedcado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente? *Aten Primaria* 2004;33:451-6.
12. Jansà M, Vidal M. Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Av Diabetol* 2009;25:55-61.
13. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthewa DR, Skovlund SE. Psychological problems and barriers to improved diabetes management. Results of the Cross National Diabetes, Attitudes Whishes and Needs Whishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005;22:1379-85.
14. Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)* 2013;140(3):134.e1-12.
15. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally ML, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes Metab* 2009;35:220-7.
16. Burgos Peláez R. Enfoque terapéutico global de la sarcopenia. *Nutr Hosp* 2006;21(Supl 3):51-60.
17. Law M, Wald NJ. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90.056 participants in 14 randomised trials of statins. *Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Lancet* 2005;366(9493):1267-78.
18. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *InfTer Sist Nac Salud* 2004;28:113-20.