

Fijando los objetivos individualizados del control glucémico

A modo de justificación de la necesidad de individualizar los objetivos

José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza. redGDPS Aragón

La individualización de los objetivos terapéuticos en la práctica clínica en general, y específicamente en una enfermedad como la diabetes, cuyo espectro de situaciones es prácticamente incontable, ha sido una (antigua ya) propuesta personal, compartida por otros componentes de la redGDPS, como puede comprobarse en diversas publicaciones e intervenciones realizadas por algunos miembros del grupo¹ (tabla 1).

Tabla 1. Comunicación personal (12/06/2008). Esplús (Huesca)

Edad	Duración de la DM2	Complicaciones	Comorbilidad	Motivación	Problemas sociales y familiares
40-54 años	0-5 años	M ± m ±		+++	
55-70 años	6-10 años	M + m ++	+	++	+
71-85 años	11-15 años	M ++ m ++	++	+	++
+ 85 años	+ 15 años	M +++ m +++	+++		+++

DM2: diabetes mellitus tipo 2; M: macrovasculares; m: microvasculares.

Pero hay que reconocer el fracaso en la consecución del objetivo en el manejo de la diabetes en general, ya que nuestros compañeros preferían acomodarse a los dictados de las guías de práctica clínica y estándares, incluso los propuestos por nuestro grupo, que en esos momentos resultaban «uniformizadores» y que al intentar llevarlos a la práctica producían la incomodidad de que algo no estaba funcionando.

Y en eso llegó el trabajo de Ismail-Beigi et al.², que, como agua de mayo, sirvió para racionalizar, que no racionar, la atención a la diabetes, al menos en lo que al control glucémico se refiere. Porque tiene que quedar muy claro que el aparente relajamiento en los objetivos en pacientes con largos años en la evolución de la diabetes, pacientes con comorbilidades importantes o con complicaciones presentes no procede de ese espíritu economicista que parece subyacer en muchas decisiones sanitarias en la actualidad, sino de la comprobación en estudios de rigor y prestigio académico de los efectos de un control glucémico estricto en ciertas circunstancias.

Como no hay rosas sin espinas, el algoritmo de la American Diabetes Association/European Association for the Study of

Diabetes adolece de una propuesta de actuación, si es que existe, para los pacientes poco motivados (¿podría hacerse una indicación terapéutica de la «entrevista motivacional?») y también para los que no tienen una situación sociofamiliar favorable (por decirlo con términos menos ingratos), con dificultades muchas veces insalvables de todo tipo; la más concreta, el acceso a los hipoglucemiantes por motivos económicos. ¿Nos atreveríamos a hacer una propuesta en esos casos evitando nuevos fármacos y nuevas insulinas, aun reconociendo el exceso de riesgo que ello supone? Pero seguro que es peor para esta población la abstención terapéutica o el incumplimiento sistemático que muchas veces se produce. En general, las situaciones que no pueden medirse con variables numéricas son difíciles de valorar, al no contar con adecuadas escalas validadas, y ante esa dificultad solemos ignorarlas³.

En este momento en que, como hemos señalado, la palabra «individualización» es un *top trending topic* y nadie se atreve a cuestionar sus bondades ni la dificultad de llevarla a la práctica de una manera rigurosa (evitando la subjetivización por parte de los sanitarios en los aspectos más difícilmente «medibles», como los últimos comentados), es de ley hacer un reconocimiento a los autores que nos permitieron asomarnos un poquito antes a esa ventana de conocimiento. Estoy convencido de que Ismail-Beigi también bebió en sus fuentes, por lo que su mención resulta imprescindible.

En primer lugar, anónimos, los pacientes, porque fueron sus diversas circunstancias clínicas y personales y algunas veces sus comentarios los que nos hicieron ver que el «café para todos» del 7 % no era útil. En los primeros momentos desconocíamos que era incluso peligroso.

También, tras la primera inquietud, resultaba al menos extraño la falta de interés por parte de los investigadores por analizar los resultados de los estudios de control glucémico sin tener en cuenta ni franjas de edad al menos, ni duración de la diabetes ni, más importante, franjas de hemoglobina glucosilada.

Aron et al.⁴ nos alertaban de los problemas de utilizar tan solo variables dicotómicas, así como de los cambios en los objetivos terapéuticos que muchas veces se proponían sin un rigor científico suficiente. Asimismo, se comenzó a valorar la importancia de las comorbilidades cuando hablábamos del beneficio del control glucémico estricto⁵.

Hayward nos dejó trabajos con unas ideas definitivas que enfatizaban la dificultad de aplicar los resultados de los estudios aleatorizados al paciente individual, de manera que resulta imprescindible la estratificación de riesgos (tabla 2)⁶.

También Huang et al.⁷ hacían hincapié en la disminución de beneficios del control glucémico estricto en casos de comorbilidad, orientando su área de interés hacia las personas mayores. Se interesaron por lo que supone la complejidad de los tratamientos y la necesidad de valorar las preferencias de los pacientes a la hora de indicarlos.

Montori⁸, cuando estas ideas estaban en fase de consolidación, atinó con su propuesta de medicina mínimamente disruptiva que valoró por vez primer el trabajo del paciente para el manejo de su enfermedad. Si su capacidad se ve superada por la complejidad del tratamiento se llega al desánimo y al incumplimiento terapéutico (figura 1).

El profesor Gale⁹, con el aval de su dilatada experiencia y su sentido crítico, cuestionaba la calidad y eficacia de las guías

de práctica clínica, un tótem para muchos, y ello nos animó también a intentar ser más críticos y realistas (figura 2).

Y así nos encontramos en estos tiempos difíciles, complejos, pero que suponen un atractivo reto al que nuestro algoritmo, modestamente, aspira hacer frente. Dicho algoritmo requerirá, tras la experiencia en su uso, las aportaciones de todos para hacerlo mejor y más útil.

Figura 1. Elementos a valorar en el paciente con una enfermedad crónica

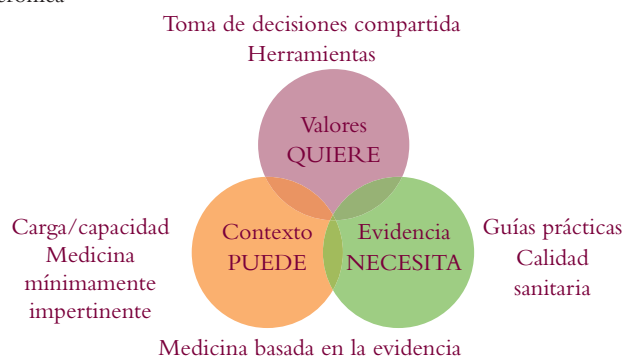


Tabla 2. Objetivos dicotómicos y deficiente manejo del paciente

La utilización de variables dicotómicas de buen o mal control puede llevar a prácticas incorrectas

- Usar los objetivos de tratamiento como medidas de calidad de manejo promueve el gasto inútil e incluso daños en algunos casos
- Utilizar variables dicotómicas de buen o mal control empeora el problema, porque no hay evidencias de su eficacia, ni siquiera estadística

«Para cualquier problema, hay una solución simple, clara y errónea» Menckes

Hayward R. Am J Manag Care 2007;13:126-8.

Figura 2. Posibles problemas de las guías de práctica clínica que no promueven la individualización (tomada de Gale⁹)

Las guías tienden a promover el sobretratamiento

Porque:

1. Estiman el riesgo poblacional y no el individual
2. Valoran mínimos beneficios
3. Consideran como enfermedad una disfunción
4. Ignoran los efectos secundarios de los tratamientos
5. Adolecen de sentido común



BIBLIOGRAFÍA

1. Millaruelo JM. Comunicación personal. 12 de junio de 2008. Esplús, Huesca.
2. Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M, Hirsch IB, Inzucchi SE, Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. Ann Intern Med 2011;154:554-9.
3. Östgren CJ, Sundström J, Svennblad B, Lohm L, Nilsson P, Johansson G. Associations of HbA1c and educational level with risk of cardiovascular events in 32,871 drug-treated patients with type 2 diabetes: a cohort study in primary care. Diabet Med 2013;30:e170-7.
4. Aron D, Rajan M, Pogach L. Summary measures of quality of diabetes care: comparison of continuous weighted performance measurement and dichotomous thresholds. Int J Qual Health Care 2007;19:29-36.
5. Pogach LM, Tiwari A, Maney M, Rajan M, Miller DR, Aron D. Should mitigating comorbidities be considered in assessing healthcare plan performance in achieving optimal glycemic control? Am J Manag Care 2007;13:133-40.
6. Kent DM, Hayward RA. Limitations of applying summary results of clinical trials to individual patients: the need for risk stratification. JAMA 2007;298:1209-12.
7. Huang ES, Zhang Q, Gandra N, Chin MH, Meltzer DO. The effect of comorbid illness and functional status on the expected benefits of intensive glucose control in older patients with type 2 diabetes: a decision analysis. Ann Intern Med 2008;149:11-9.
8. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ 2009;339:b2803.
9. Gale E. Diabetes clinical guidelines. Useful in clinical practice? Congreso EASD Barcelona 2010. Comunicación (con autorización).