



El autocontrol una herramienta de poder

LOS PACIENTES QUE TOMAN DECISIONES DE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y FÁRMACOS SEGÚN LOS RESULTADOS DE SUS ANÁLISIS, MEJORAN SUS VALORES DE GLUCEMIA.

TEXTO REDACCIÓN

La educación diabetológica, en la que el autocontrol de la glucemia es fundamental, es el mejor método para conseguir una vida saludable. A día de hoy, no hay evidencia clínica que justifique la retirada de este autocontrol en los pacientes con diabetes que, con independencia del tratamiento que

sigan, usan los resultados de sus análisis para tomar decisiones sobre su plan de alimentación, ejercicio o tratamiento farmacológico. No obstante, aún persisten muchas reticencias por parte de las administraciones públicas.

La importancia de que el paciente asuma más responsabilidades sobre su enfer-

medad —que hay que ver como la mejor manera de reducir significativamente los efectos de muchas enfermedades crónicas y de disminuir los costes de los sistemas sanitarios—, está generando múltiples debates en la comunidad científica. Precisamente, este tema fue el eje central de una conferencia en el Parlamento Europeo —enmarcada dentro del European

Life Science Circle (ELSC) —sobre autogestión y motivación para cambios en el estilo de vida, y sobre la importancia de otros factores en la vida de las personas, al margen de las medicinas. El Dr. David Klonoff, profesor de Medicina Clínica en la Universidad de California de San Francisco, resaltó que “la evidencia aplastante es que la automonitorización de la glucemia tiene un efecto directamente positivo tanto en los pacientes como a nivel económico”.

Como ya se sabe, el tratamiento de la diabetes mellitus consiste en que el paciente alcance unos niveles de glucosa lo más semejantes posibles a los que tienen las personas que no padecen esta patología. Para ello es esencial contar con unos hábitos alimenticios saludables, hacer ejercicio físico regular y seguir el tratamiento farmacológico que aconseje su equipo médico. No obstante, se debe hacer un importante refuerzo en un aspecto que, a fecha de hoy, es de gran relevancia para una óptima gestión de la enfermedad, pero al que las autoridades sanitarias no prestan toda la atención que le gustaría a la comunidad de personas con diabetes. Hay que potenciar la educación diabetológica reglada y continuada en el tiempo. La implementación de políticas orientadas en este sentido vendría a dar respuesta a una de las principales demandas del colectivo desde hace años: contar con los conocimientos necesarios y suficientes sobre diabetes para su correcto control y

tratamiento, lo que permitiría al paciente adaptar la patología a su vida, y no al contrario, como ocurre actualmente.

En la educación diabetológica juega un papel destacado el autoanálisis de los niveles de glucosa en sangre en determinados momentos del día. Y cuando la información que aporta el autoanálisis de la glucemia se utiliza para hacer cambios en cualquiera de los aspectos que influyen en el control glucémico (alimentación, ejercicio, fármacos, etcétera), estamos hablando de autocontrol de la glucemia. Precisamente a favor del autocontrol glucémico se enmarcó el simposio recientemente celebrado en Madrid y dirigido por el Dr. Alfonso Calle, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid. Bajo el título de *Fortaleciendo a las personas con Diabetes tipo 2*, se presentaron los primeros resultados de un estudio que compara la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 en función de si hacen o no monitorización de su glucosa. Los primeros resultados de este estudio, de tres años de duración, confirman que

Las autoridades sanitarias siguen sin prestar suficiente atención a la educación reglada y continuada

el 76% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se monitorizaban (99) consiguieron unos valores óptimos de HbA1c (<6,5%), mientras que aquellos que no se autocontrolaban (65) lo consiguieron en un 35%. Algunos estudios anteriores establecían que no había diferencias significativas entre autocontrolarse o no en diabetes mellitus tipo 2. No obstante, según el Dr. Calle, “tras comprobar una cierta incertidumbre clínica respecto a los resultados, las guías actuales sugieren la necesidad de realizar ensayos clínicos con criterios adecuados”.

Así, y bajo la hipótesis de que “la monitorización de la glucosa capilar en diabetes mellitus tipo 2 permite mejorar la adherencia a los cambios en el estilo de vida”, el equipo de Endocrinología del Hospital Clínico reclutó a un grupo de 164 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de entre 18 y 80 años, con glucemias mayores a 125 mg/dl y niveles de hemoglobina glicada por encima del 8%. El objetivo era llegar a una HbA1c de 6,5%. Tal y como confirmó la Dra. Patricia Martín Rojas - Marcos, “los resultados del estudio a un año muestran que el 39% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 monitorizados consiguieron hemoglobinas por debajo del 6%. También observaron mejoras significativas en el peso e Índice de Masa Corporal (IMC) si se comparan con los resultados del grupo control”.



La FID, a favor del autocontrol del paciente

Los resultados de este estudio del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid coinciden con las recomendaciones de la Federación Internacional de Diabetes (FID). Éstas defienden que la monitorización de la glucosa capilar (SMBG) debería formar parte de un programa educativo global que capacite a los pacientes para responder ante cambios en sus valores de glucosa en sangre o en su medicación, en cooperación con los profesionales de la salud.

En este sentido, la FID publicó, en septiembre de 2009, un documento sobre el autocontrol de la glucemia en personas con diabetes tipo 2 tratadas con fármacos que se administran por vía oral. En esta guía, la FID establece que, si bien el autoanálisis de la glucemia debiera hacerse sólo cuando las personas con diabetes, sus cuidadores y/o sus profesionales sanitarios tengan el conocimiento, las habilidades y la disposición para convertir el simple análisis en autocontrol, éste debe incorporarse al plan de cuidados de los pacientes para ayudarles a conseguir sus objetivos terapéuticos. Por ello, el autocontrol de la glucemia debiera considerarse en el momento del diagnóstico de la diabetes para aumentar la comprensión sobre la enfermedad, como parte de la educación del paciente y para facilitar el inicio y optimización del oportuno tratamiento.

La FID también considera en esta guía que el autocontrol de la glucemia debería formar parte de una educación continuada para ayudar a las personas con diabetes a entender mejor su enfermedad y, así, proporcionarles un medio para par-

ticipar activa y eficazmente en su control y tratamiento. Así, los pacientes podrían modificar conductas e intervenciones farmacológicas si fuese necesario, tras consultar con su equipo médico. Para ello, tanto la intensidad como la frecuencia de autocontroles de glucemia deben dirigirse a las necesidades específicas de cada paciente, así como a las necesidades de información sobre conductas y tratamientos que tenga su equipo médico.

A nivel internacional, existen otra serie de estudios que apoyan también esta tesis. En este sentido, en febrero de 2010, el Sistema Nacional de Salud Británico (NHS, sus siglas en inglés) publicó un informe sobre el autocontrol de la glucemia en personas con diabetes tipo 2 tratadas con fármacos de administración oral. Sus principales conclusiones están muy en línea con las defendidas por la FID: el autocontrol de la glucemia debería proporcionarse rutinariamente a personas no tratadas con insulina sólo cuando haya un propósito u objetivo acordado para analizarse y aprovechar los resultados obtenidos.

De esta forma, la automonitorización de la glucosa con educación estructurada debería estar disponible para personas en tratamiento con fármacos que puedan producir hipoglucemias para poder identificar estos episodios. Asimismo, el autocontrol de la glucemia debería usarse sólo dentro de un conjunto de cuidados, acompañado de educación estructurada, que debería incluir instrucciones claras sobre el lugar que ocupa el autoanálisis y cómo los resultados pueden usarse para reforzar los cambios de estilo de vida, ajustar la terapia o alertar a los profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES CON DIABETES

Recientemente, el Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid publicó la guía *Recomendaciones para el autocontrol de la glucemia capilar en pacientes con diabetes en la Comunidad de Madrid*, en la que se establecen una serie de consejos acerca de los controles de glucemia a realizar en las diversas situaciones clínicas. Para ello, se contó con un equipo de profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, quienes revisaron la evidencia científica y aportaron su experiencia profesional de amplia y reconocida trayectoria. Por lo que se refiere a las recomendaciones, las principales que recoge el texto son las siguientes:

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INSULINA

- **DM 1 ó 2 en fase de ajuste*.** Hasta un perfil completo (6 puntos) de forma diaria, incluyendo cada 3 días el punto nocturno.
- **DM1 ó 2 (con múltiples dosis de insulina) en fase estable**.** 3 ó 4 controles al día.
- **DM 2 con una sola dosis de insulina y por encima de objetivos de control glucémico.** 2 controles al día.
- **DM2 con una sola dosis de insulina y dentro de objetivo glucémico.** 1 control al día.
- **Diabético con infusión continua subcutánea de insulina (ICSI).** Entre 4 y 7 monitorizaciones al día. Estos pacientes requieren seguimiento hospitalario.
- **Diabético en edad pediátrica.** En general, de 3 a 7 determinaciones al día. Estos pacientes requieren seguimiento hospitalario.
- **Diabetes gestacional.** 3 determinaciones preprandiales diarias y 3 posprandiales en días alternos, con una determinación nocturna, según necesidades.
- **Durante enfermedades intercurrentes como infecciones, diarreas o fiebre.** Incrementar el número de controles.
- **Pacientes conductores.** Se aconseja monitorización de glucemia antes del inicio del viaje y a intervalos regulares si se trata de un viaje largo.

* Fase de ajuste por inicio de tratamiento con insulina, desestabilización o control preconcepcional (en busca de alcanzar los niveles óptimos de glucosa capilar definidos como los más bajos posibles sin hipoglucemias).
 ** La fase estable supone mantenerse dentro de unos valores de glucosa capilar sin hipoglucemias. Mantenimiento de Hb1Ac dentro de cifras de objetivo durante 3 determinaciones seguidas. ●

Las reticencias de la Administración Pública

Pero a pesar de estas múltiples evidencias clínicas y científicas sobre el efecto positivo del autocontrol de la glucemia, sobre todo en las personas que siguen un tratamiento con insulina, los impedimentos continúan. Y es que, cuando se habla de personas con diabetes tratadas con fármacos orales, existen tanto estudios que demuestran los efectos positivos del autocontrol de la glucemia, como otros que muestran efectos neutros. Son precisamente en estos últimos en los que se apoyan los gobiernos de algunas comunidades autónomas de España para justificar la reducción (incluso en la práctica, la retirada total) del autocontrol de la glucemia a las personas con diabetes tratadas con fármacos orales, a pesar de ser estudios que tienen importantes defectos en su diseño.

Uno de los ejemplos más recientes de este tipo de restricciones ha sido el planteado en el manual *Uso adecuado de tiras reactivas de glucosa en sangre*, publicado por la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, que recoge una serie de medidas con las que la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) está totalmente en desacuerdo. Y es que este texto, en la práctica, supone vetar a estos pacientes del acceso al único método de medición de glucosa con el que cuentan en la actualidad. O, lo que es lo mismo, dejar en una situación de total indefensión a los pacientes con diabetes ante la enfermedad y futuras complicaciones crónicas derivadas de la propia enfermedad. En total, en la Comunidad Valenciana se podrían ver afectadas, por esta medida, cerca de 100.000 personas con diabetes. Tras un minucioso análisis del contenido de este manual, FEDE ha podido constatar la existencia de numerosas incongruencias. Al mismo tiempo que se habla de la importancia de la "educación en diabetología" y de la "autonomía del paciente", se restringe la capacidad de maniobra de este último ante la enfermedad. Así las cosas, la única conclusión a la que se puede llegar

es que esta decisión obedece únicamente a motivos económicos. Busca reducir el gasto sanitario a corto plazo, pero a la larga provocará más daño que beneficio al paciente y a las arcas públicas, puesto que incurrirá en un mayor gasto en el futuro, al verse incrementa la incidencia de otras complicaciones crónicas derivadas de una diabetes mal controlada. Esto demuestra de nuevo el desconocimiento de los gestores de las arcas públicas, puesto que no hay que olvidar que, mientras el gasto sanitario en tiras reactivas representa sólo el 0,6% del gasto total en diabetes, el gasto hospitalario en diabetes se eleva hasta el 32%.

Ante esta situación, desde FEDE se hace un doble llamamiento al sentido común. Por un lado, a las diferentes comunidades que estén tentadas de caer en políticas reduccionistas en lo relativo a políticas y material dirigido al autocontrol de la diabetes por parte de los pacientes. Y, por otro, al ministerio de Sanidad y Política Social de España que, con su silencio, permite situaciones de atropello a los pacientes. A pesar de que la sanidad es una competencia transferida, su papel no puede ser el de un mero moderador; también debe tomar parte y actuar ahí donde se produ-

can discriminaciones entre los ciudadanos, por el simple hecho de residir en una u otra autonomía. Asimismo, FEDE reclama, una vez más, el impulso de formación continuada y reglada en diabetología como recurso sostenible, a medio y largo plazo, y como mejor método para la consecución de una vida saludable de las personas con diabetes. Y es que no parece existir evidencia clínica que justifique la retirada del autocontrol de la glucemia en aquellas personas con diabetes que, independientemente del tratamiento que sigan, utilizan los resultados de sus análisis para tomar decisiones sobre su plan de alimentación, ejercicio o tratamiento farmacológico. O para aquellos que, aunque no hagan dichos cambios, son atendidos por un equipo sanitario que sí usa la información aportada por el autoanálisis de la glucemia para el control de su enfermedad.

Con ello, además, se contribuiría a algo también de gran relevancia y que no hay que olvidar: reducir y / o retrasar las complicaciones crónicas y agudas de esta patología, tales como retinopatía diabética, cardiaca, cerebrales, nefropatía diabética, neuropatía, amputaciones, cetoacidosis, hiperglucemia o hipoglucemia. ●

