O.J.D.: 380273
E.G.M.: 2274000

EL PAIS SALUD

Fecha: 11/10/2008
Sección: *** MENSAJE ***
Páginas: 20

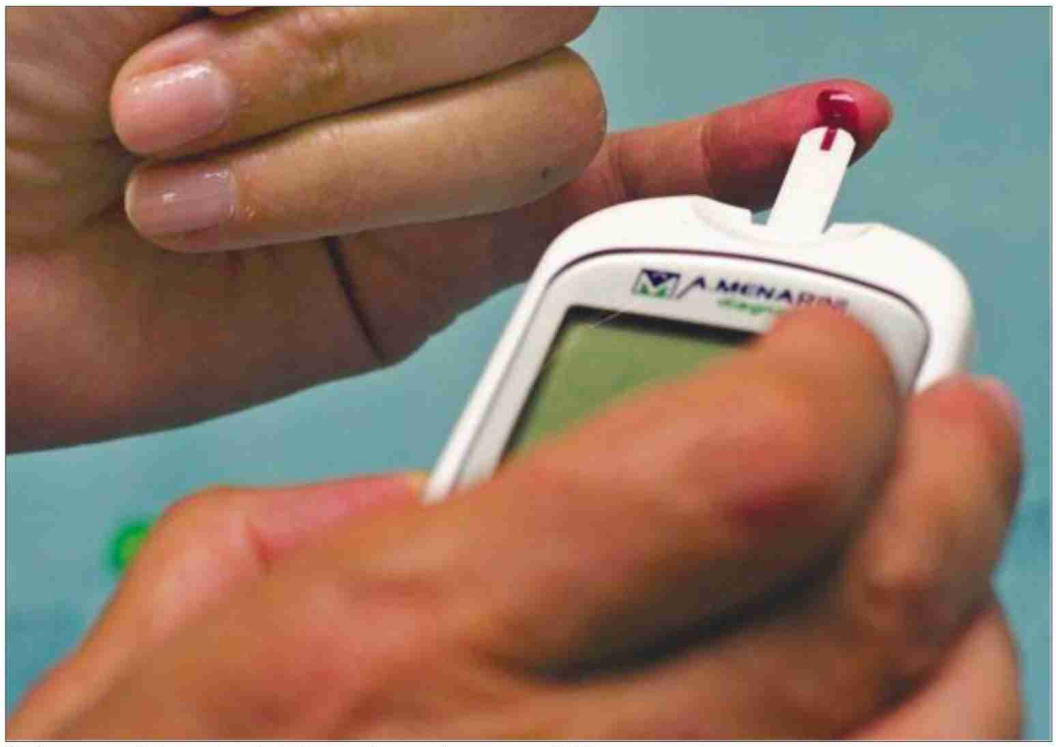
La encomiable idea de que los propios diabéticos determinen su concentración de glucosa, una vez llevada a la práctica, no ha podido demostrar ningún efecto positivo para la salud de estos pacientes como consecuencia de la utilización de este procedimiento. Un control muy frecuente de la concentración sanguínea de la glucosa en las personas en las que los valores de azúcar en sangre son relativamente estables puede ser, además de innecesario, peligroso. Por **Andreu Segura**

Buenas ideas, malos resultados

Las buenas ideas, como las buenas intenciones, no garantizan los buenos resultados. Así que no deberían encandilarnos. La conveniencia de que los pacientes diabéticos asuman el control de su enfermedad con la mayor autonomía posible es, sin duda, una buena idea. Para hacerla efectiva es posible enseñar a los pacientes a determinar los valores de glucosa en sangre.

Sin embargo, como ocurre con cualquier intervención sanitaria, las consecuencias potenciales de esta medida no se limitan a los beneficios que se pretende conseguir, sino que pueden causar efectos adversos. El 20 de septiembre de 2003, las páginas de EL PAÍS acogían unas consideraciones *(Autonomía del paciente, salud y sistema sanitario)* que denunciaban el despilfarro económico atribuible al uso de las tiras reactivas para la determinación del azúcar en sangre empleadas por muchas personas afectadas de diabetes tipo 2, particularmente aquellas que no requieren la administración de insulina para el control de su enfermedad.

El hecho cierto es que no se ha podido demostrar ningún efecto positivo para la salud de estos pacientes como consecuencia de la utilización de este procedimiento. Un control muy frecuente de la concentración sanguínea de la glucosa en las personas en las que los valores de azúcar en sangre son relativamente estables puede ser, además de innecesario, peligroso. No sólo porque puede propiciar actitudes obsesivas que son poco saludables, sino también porque implica, en términos económicos, una mala relación coste / oportunidad. Al dedicar nuestros esfuerzos al control de la glucosa dejamos de dedicarlos a otras posibles actividades.



Pinchazo para medir la concentración de glucosa en la sangre de una persona diabética. CONSUELO BAUTISTA

El control del azúcar con tiras reactivas por los diabéticos no ha mejorado su salud

El tratamiento intensivo para reducir el nivel de hemoglobina glicosilada aumenta el riesgo de mortalidad

0,6% del gasto farmacéutico

El coste para el sistema sanitario público es considerable, de forma que en Cataluña supone este año cerca de 10 millones de euros. Esto, comparado con la factura farmacéutica, viene a representar el 0,6% del total, casi el doble de lo que gasta el Servicio Catalán de la Salud en sillas de ruedas. Si tenemos en cuenta que la diabetes tipo 2 es la más frecuente y que, afortunadamente, una elevada proporción de las personas afectadas no requiere insulina, podemos concluir que buena parte de este gasto podría dedicarse a otras prestaciones necesarias.

Esta iniciativa podría provocar reacciones de protesta entre los propios afectados, como ilustra la respuesta que al artículo mencionado dio Paloma Moro (EL PAÍS, 24 de septiembre de 2003), escandalizada por la supuesta preeminencia de las consideraciones económicas sobre las sanitarias. Sin embargo, los hallazgos de un reciente estudio que acaba de publicarse en el *British Medical Journal*, sugieren también un impacto negativo en la salud mental.

Los resultados del estudio ESMON (acrónimo inglés que se refiere a la *Eficacia de la automonitorización de la glucosa sanguínea en pacientes recién diagnosticados de diabetes tipo 2*) no muestran ninguna diferencia tras un año de seguimiento entre los valores de hemoglobina glicosilada correspondientes a los pacientes que controlaban sistemáticamente sus valores de glucosa sanguínea y los que no lo hacían (el 6,9% en ambos grupos). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número y los episodios de hipoglucemia que afectaron a 18 pacientes del grupo de intervención con 31 episodios y a 13 del grupo control con 36.

En cambio, sí que se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la calidad de vida de las personas estudiadas, 184 diabéticos menores de 70 años de los cuales 111 eran varones, distribuidos al azar en dos grupos de 96 y 88 personas, respectivamente. El grupo de pacientes que monitorizaba su glucosa sanguínea mostró un valor el 6% mayor en la subescala de depresión que el grupo control. Con un incremento de la ansiedad similar, aunque esta diferencia no alcanzara por muy poco significación estadística.

Los pacientes de uno y otro grupo siguieron un mismo esquema asistencial, mediante un programa de educación idéntico, que incluía una visita trimestral de control médico, de enfermería especializada y dietista. El algoritmo terapéutico se basaba para todos en los resultados de los análisis de hemoglobina glicosilada y la medicación se administraba según los mismos criterios.

En cada una de estas visitas trimestrales los pacientes cumplimentaron diversos cuestionarios, uno de los cuales, el de bienestar, incluía cuatro subescalas, las de depresión, ansiedad, energía y bienestar positivo. La única diferencia entre ambos grupos es que a los pacientes del grupo de intervención se les proporcionó un monitor de glucosa con el que leer las tiras impregnadas en sangre capilar ocho veces a la semana, cuatro en ayunas y cuatro tras las comidas. Y, naturalmente, las indicaciones que debían seguir en el caso de obtener lecturas elevadas en el glucómetro.

Así pues, un mayor esfuerzo de los enfermos no resultó en una mejora del control del azúcar y, en cambio, empeoró algunos de los componentes de su calidad de vida. Esto sugiere que la intervención de monitorización es, en este tipo de pacientes, inadecuada y desde luego desproporcionada.

Riesgos y beneficios

El que ambos grupos fueran objeto de un intenso seguimiento, necesario para observar cambios en alguno de ellos, permite aventurar como una hipótesis verosímil que el control de la glucemia se alcanzó precisamente gracias a la estrecha supervisión. Y es cierto, también, que se han publicado otros estudios con resultados contradictorios, aunque tales investigaciones fueran menos rigurosas metodológicamente.

Sin embargo, en ausencia de una demostración convincente de la eficacia de una intervención, lo más lógico no es proponer su introducción generalizada basándonos en la buena intención de la medida o, incluso, en sus eventuales buenos resultados con otros pacientes como los afectados por la diabetes tipo 1 o aquellos que requieren insulina. Entre otras cosas porque cualquier intervención se expone a provocar efectos adversos que sólo están justificados cuando el beneficio es superior.

Entre los parámetros utilizados para comparar el efecto de la intervención se ha mencionado la determinación del porcentaje de hemoglobina glicosilada, que consiste en medir cuánta hemoglobina de la sangre se ha unido a la glucosa, de forma que el valor de este indicador nos informa del exceso de glucosa circulante unas semanas antes del análisis. Pues bien, los valores de esta hemoglobina que se han venido usando como referencia podrían ser inadecuados para los enfermos de diabetes tipo 2.

Según publica el número del 12 de junio del *New England Journal of Medicine*, el estudio ACCORD ha suspendido una de las ramas de la investigación que se lleva a cabo en más de 10.000 afectados de diabetes tipo 2 a los tres años y medio de seguimiento, porque las personas diabéticas que recibían un tratamiento intensivo para reducir sus niveles de hemoglobina glicosilada por debajo del 6% no sólo no disminuían significativamente la frecuencia de complicaciones cardiovasculares, sino que además experimentaban un exceso de mortalidad del 20% respecto de aquellos sometidos a tratamiento convencional.

Las buenas ideas y las buenas intenciones se deben beneficiar también de una evaluación lo más rigurosa posible para evitar que, como reconoce la sabiduría popular, embaldosen el camino del infierno.

Andreu Segura es profesor de Salud Pública de la Universidad de Barcelona. andreu.segurab@gencat.cat