

## Algunas reflexiones acerca de la «miopía clínica»

Josep Franch Nadal

*Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud. Barcelona*

Las personas que padecen una diabetes mellitus tienen una mayor morbimortalidad cardiovascular, con una esperanza y una calidad de vida peores que las de la población general. Esto lo sabemos todos desde hace muchos años.

También sabemos, gracias a estudios como el UKPDS<sup>1</sup> o el Steno<sup>2</sup>, que un buen control metabólico de todos los factores de riesgo asociados a la diabetes tipo 2 (no solo de la glucemia) se acompaña de un claro descenso de las complicaciones, incluida la mortalidad. No existe duda de que normalizar las cifras de presión arterial, de lípidos, la obesidad y el tabaquismo es muy beneficioso para las personas que presentan una diabetes.

En estos momentos tenemos herramientas potentes para alcanzar estos objetivos de control. Las modificaciones de los estilos de vida han demostrado su eficacia en el control metabólico de la enfermedad<sup>3</sup> y en la reducción de la morbimortalidad (véase estudio PREDIMED<sup>4</sup>). Pero además disponemos de una extensa farmacopea muy potente, que es capaz en la inmensa mayoría de los casos de reducir los factores de riesgo a nivel del objetivo deseado. En la actualidad tenemos a nuestra disposición nueve familias distintas de fármacos antihiper glucémicos, ocho familias más de antihipertensivos y seis familias de hipolipemiantes. Bien sea en monoterapia o en terapias combinadas (de gran utilidad en las personas con diabetes), estos fármacos son muy eficaces.

Sin embargo, las revisiones repetidas año tras año demuestran que el control metabólico de los diabéticos no es bueno. Probablemente el objetivo de control de una hemoglobina glucosilada < 7 % solo se alcanza en aproximadamente un 60 % de los diabéticos tipo 2 de nuestro país, una presión arterial < 140/90 mmHg la tienen cerca del 65 % de los casos y unos niveles de colesterol total < 250 mg/dl se observan en el 77 %. Y el 11 % de los diabéticos siguen fumando<sup>5</sup>.

La pregunta parece evidente: ¿por qué no se alcanzan los objetivos de control deseados si tenemos herramientas

suficientes? La respuesta no es fácil, como no lo es nada de lo que atañe a la medicina asistencial de las consultas de cada día, pero desde un plano teórico, probablemente hay dos tipos de factores que son los responsables de esta ausencia de control: la inercia y la falta de adhesión al tratamiento. Cuando se presentan conjuntamente, es lo que algunos autores denominan «**miopía clínica**»:

- a) Factores atribuidos al médico y al sistema sanitario. Dentro de este apartado sin duda hay que destacar la llamada «**inercia clínica**», que se define como «el fracaso en la actuación a pesar de haber detectado el problema»<sup>6</sup>. La responsabilidad de este problema la podríamos repartir entre el profesional sanitario y el propio sistema sanitario.

El profesional sanitario debe atender muchas patologías, no solo la diabetes, y frecuentemente la falta de acuerdo entre las múltiples guías de práctica clínica en fijar un único objetivo de control contribuye a confundirle sobre la necesidad del control metabólico. Por otro lado, en ocasiones ya no se consigue alcanzar el objetivo de control al inicio de la terapia, bien sea por no utilizar de manera correcta las modificaciones de los estilos de vida o los fármacos (con frecuencia por no titular progresivamente la medicación hasta el objetivo) o bien por no identificar y gestionar comorbilidades, como la depresión, que dificultan el acto terapéutico. Otro de los grandes problemas con los que tiene que enfrentarse el profesional es la falta de tiempo en las consultas sobresaturadas y los pacientes que «secuestran» el encuentro clínico cambiando constantemente el motivo de su visita entre varias de sus patologías («vagabundos temáticos»).

El sistema sanitario con frecuencia tampoco ayuda a crear el entorno necesario para que el profesional ejerza su labor de manera eficiente. En ocasiones no se planifican adecuadamente las visitas (que sobresaturan las consultas), no existen registros adecuados para un correcto seguimiento de la evolución, ni hay estímulos para un trabajo en equipo que facilitaría la

consecución de los objetivos. Con mucha frecuencia el médico no se siente respaldado por su sistema sanitario, más preocupado por la contención del gasto económico que por la obtención de objetivos que han demostrado mejorar la calidad de vida de las personas.

- b) El otro gran motivo por el que no se alcanzan los objetivos tiene como responsable a la propia persona que padece la enfermedad, aunque tal vez toda la responsabilidad no sea suya. Estamos hablando del fenómeno conocido como «**incumplimiento terapéutico**» o «**falta de adhesión al tratamiento**», que tanto nos preocupa.

Los motivos son diversos. Frecuentemente el paciente no es consciente de la gravedad de su situación, y llega incluso a negar la enfermedad (es común oír en nuestras consultas: «Diabético no, solo tengo un poco de azúcar») o a minimizar su importancia. Esto, unido a una escasa cultura sanitaria y a la falta de comunicación médico-paciente (lo que en la actualidad se llama «relación clínica»), genera necesariamente una desconfianza por parte del paciente hacia su médico/personal de enfermería.

A estos aspectos debemos añadir todos los que atañen a la propia medicación en sí. Es habitual que se prescriban pautas farmacológicas complejas difíciles de cumplir, con medicamentos caros (sin valorar las posibilidades económicas del paciente). Además, estas

personas suelen tener otras patologías asociadas, con lo que el consumo de medicamentos y, por tanto, la posibilidad de efectos secundarios se disparan. El miedo a estos efectos secundarios, junto con los olvidos involuntarios, se han descrito como los dos principales motivos por los que el paciente no se toma la medicación en las dosis prescritas.

En conjunto sabemos/intuimos que más del 50 % de las personas con diabetes no cumplen con los tratamientos que les han sido prescritos para su enfermedad.

Necesitábamos mostrar la realidad actual y concienciar al profesional sanitario de la importancia de estos problemas. Este monográfico se inicia con una excelente revisión de la Dra. Cols sobre estos dos condicionantes, tan frecuentes y tan potencialmente graves. A continuación, para demostrar cuál es la situación real en nuestro país, se presentan por primera vez los resultados de dos estudios que analizan, por un lado, el tema del incumplimiento terapéutico (estudio INCANDA) y, por otro, el de la inercia clínica (estudio INERCIÓMETRO) en la Atención Primaria. Y, para cerrar el monográfico, unas interesantes consideraciones de la Dra. López Simarro, que probablemente es una de las personas que más ha trabajado en este tema.

Esperamos que la lectura de esta interesante monografía nos haga reflexionar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;359(15):1577-89.
2. Gæde P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:580-91.
3. Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E, et al. Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type II diabetes: a 4-year randomized controlled clinical trial. *Diabetologia* 2002;45:1231-9.
4. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. (PREDIMED study). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013;368(14):1279-90.
5. Franch J, Artola S, Diez Espino J, Mata M. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clin (Barc)* 2010;135:600-7.
6. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.