



AVANCES EN DIABETOLOGÍA

www.elsevier.es/avdiabetol



CARTA AL EDITOR

Sobre el zorro y las uvas II. Posibles causas de la infrautilización de la infusión subcutánea continua de insulina

The fox and the grapes II. Possible causes of the under-use of continuous subcutaneous insulin infusions

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés su reciente editorial «Posibles causas de la infrautilización de la infusión subcutánea continua de insulina»¹.

Participamos de su preocupación por el escaso uso de esta terapia en España, que creemos está privando a muchos pacientes diabéticos tipo 1, niños y adultos, de un tratamiento que puede optimizar su control metabólico y, por tanto, disminuir su probabilidad de presentar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Creemos como ustedes que esto se debe, al menos en parte, a la inercia terapéutica, fenómeno muy extendido en las enfermedades crónicas. Lo peculiar en este caso es, a nuestro entender, que en la mayoría de las ocasiones la inercia no es solo de un médico concreto, sino de todo un servicio. Queremos, por tanto, para centrar el tema, intentar responder la siguiente pregunta: ¿Por qué hay servicios de endocrinología que no tienen aún incorporada la infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) en su cartera de servicios, o, si la tienen, solo la ofrecen de forma muy excepcional?

Compartimos con ustedes que no parece ser la causa principal los recortes actuales en el gasto sanitario, entre otros motivos porque esta infrautilización se inició años antes del comienzo de dichos recortes.

Creemos que las causas son básicamente 2:

- 1) La percepción de que es una tecnología demasiado compleja y que requiere unos medios materiales y humanos no disponibles en servicios de endocrinología de tamaño mediano o pequeño. A esta percepción han contribuido los diferentes documentos-consensos publicados por varias sociedades científicas en los que se dice, por ejemplo, que para iniciar esta terapia es necesario disponer de un teléfono de asistencia de 24 h o de un hospital de

día. En este sentido queremos compartir la experiencia de nuestro servicio, que pertenece a un hospital de tamaño mediano. Cuando se decidió incorporar la terapia con ISCI a nuestra cartera de servicios en el año 2005, se ofertó una consulta monográfica semanal de bombas de insulina con un médico responsable y una enfermera. No se dispuso nunca de teléfono de 24 h ni se precisó hospital de día para iniciar terapia, por lo que se establecieron protocolos de actuación consensuados con el servicio de urgencias. Así ha continuado la consulta hasta la actualidad, en que tenemos a 60 pacientes en terapia con ISCI, por lo que hace un año se amplió la consulta a 2 días a la semana. No hemos registrado incidencias ni complicaciones reseñables.

- 2) Ciento malentendido respecto a los criterios de selección de los pacientes en al menos 2 aspectos:

Por un lado se piensa que debe ser el propio paciente quien solicite la terapia y los médicos solo aceptarla o no. Esta postura es similar a pensar, por ejemplo, que un paciente coronario debe solicitar a su médico el tratamiento con stent farmacoactivo de última generación y, si no lo hace, se le pondrá el «más básico». A nuestro entender, somos los médicos quienes debemos proponer la terapia con ISCI al paciente en que creemos que está indicada. Es nuestra tarea seleccionar adecuadamente a los pacientes y provocar su interés en el conocimiento de esta técnica para que con toda la información y libremente tome la decisión final.

Por otro lado se opina que solo el «paciente perfecto» es candidato a esta terapia. Solo el paciente con gran adherencia terapéutica, que se hace 4-6 autocontroles de glucemia/día, que realiza dieta por raciones de forma continua y sin errores, que sigue las recomendaciones dietéticas de forma estricta, y a pesar de ello no alcanza objetivos terapéuticos, «se merece» la posibilidad de tratamiento con ISCI.

Esta idea presupone, entre otras cosas, que los pacientes no tienen capacidad de cambio si tienen a su alcance un instrumento nuevo «que merezca su esfuerzo». No hemos de olvidar que muchos pacientes se desmotivan precisamente por el mal control que tienen a pesar de esfuerzos intensos y sostenidos para alcanzar mejor control. Es precisamente en los pacientes peor controlados (por los motivos que sean) donde la mejoría con la ISCI es mayor².

Además, el inicio de este tipo de terapia no es irreversible, y al igual que con otras patologías se hacen ensayos terapéuticos, nuestra opinión es que en los pacientes «no perfectos» con mal control metabólico también puede intentarse la terapia con ISCI, ya que esta siempre se puede retirar si a los 6-8 meses no se consigue ningún beneficio clínico relevante.

En conclusión, creemos que lo fundamental para incorporar ISCI a la cartera de servicios es la determinación de un equipo de ofrecer a sus pacientes los mejores recursos disponibles para mejorar su calidad y su expectativa de vida. Basta con, al menos, un miembro del equipo comprometido y un responsable del mismo involucrado en el desarrollo de esta iniciativa para empezar a funcionar.

O siguiendo con la fábula del zorro y las uvas, solo sería necesario un zorro convencido de que las uvas saciaran su sed y la ayuda de otro zorro para subirse en él y alcanzarlas.

Bibliografía

1. Conget I, Giménez M, Ampudia-Blasco FJ. Posibles causas de la infratilización de la infusión subcutánea continua de insulina en España. *Av Diabetol.* 2013;29:1-3.
2. Pickup JC, Sutton AJ. Severe hypoglycaemia and glycaemic control in type 1 diabetes: Meta-analysis of multiple daily insulin injections compared with continuous subcutaneous insulin infusion. *Diabet Med.* 2008;25:765-74.

Marta Botella Serrano* y Julia Alvarez Hernandez

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [\(M. Botella Serrano\).](mailto:mbotella.hupa@salud.madrid.org)