

Declaración de Saint Vincent: perspectivas desde el nuevo milenio

ROSA CORCOY

Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

Cuando ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN inició la serie de artículos especiales sobre la Declaración de Saint Vincent se habían cumplido 15 años de ésta, que serán 18 este mes de octubre¹. Reconociendo por una parte que la diabetes mellitus (DM) era una causa de morbilidad de primera magnitud y en aumento, y que diferentes programas en centros concretos habían demostrado ser efectivos en minimizar su impacto, los participantes (representantes de los ministerios de sanidad europeos, de las organizaciones de pacientes y expertos en diabetes) acordaron unos objetivos a 5 años que, si bien eran ambiciosos, se valoraron como factibles^{2,3}. Los objetivos generales eran: *a)* conseguir una mejoría sostenida en la calidad y la expectativa de vida de los pacientes, y *b)* la prevención y la curación de la DM y sus complicaciones mediante un mayor esfuerzo en investigación. Los objetivos específicos a 5 años han sido citados en múltiples ocasiones, y una de ellas fue la presentación de esta serie de artículos especiales⁴.

Desde la perspectiva del nuevo milenio, podemos decir que, por lo que respecta a la prevención, la investigación ha cumplido su papel. En lo que se refiere a la DM2, a fecha de hoy disponemos de estudios que demuestran fehacientemente que la modificación del estilo de vida y la mejoría farmacológica de la resistencia a la insulina son herramientas efectivas para reducir la incidencia de DM2 en sujetos con riesgo elevado⁵⁻⁷. Sin embargo, ello no se ha traducido en una disminución de la prevalencia de DM; si en el momento de la Declaración de Saint Vincent la prevalencia de DM2 estaba en aumento, las cifras han continuado aumentando⁸ junto con las de obesidad⁹, que es una de sus principales causas. Y aunque las razones sean diferentes y peor comprendidas, no es menos cierto que la incidencia y la prevalencia de DM1 también están aumentando¹⁰.

¿Qué podemos decir de la morbilidad que conlleva la enfermedad? Su reducción constituía el objetivo específico número 8 y el tema de la serie de artículos que ahora se cierra. Antes de iniciar una revisión detallada, ya podemos imaginar que llevamos las de perder: un aumento de la población afectada por DM conllevará necesariamente un aumento del número de pacientes afectados por sus complicaciones crónicas¹¹, a menos que las maniobras de prevención secundaria sean extraordinariamente efectivas. En el campo de la insuficiencia renal terminal por DM, los objetivos de la Declaración de Saint Vincent no se han cumplido¹², ya que si bien los pacientes con DM1 se han beneficiado de un mejor control glucémico y otras medidas de nefroprotección¹³, el número de pacientes con DM2 que entra en diálisis ha aumentado, indiscutiblemente¹⁴, como consecuencia de la mayor prevalencia de la enfermedad. El número de amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores en pacientes diabéticos ha mejorado en algunos ámbitos como el área 7 de Madrid¹⁵, pero en otros estudios de base poblacional los resultados han sido irregulares^{16,17}. Por lo que se refiere a la gestación, no sólo los resultados perinatales en mujeres diabéticas son uniformemente más desfavorables que en la población de referencia¹⁸, sino que hay que afrontar el incremento en la prevalencia de gestantes con DM2¹⁹. Respecto a la ceguera asociada a DM, el artículo correspondiente de esta serie recoge descensos en la ceguera debida a DM en varios países; en España, está estable, mientras que la retinopatía diabética estaría disminuyendo²⁰. En cuanto a morbilidad por cardiopatía isquémica asociada a DM, el artículo de Esteve et al²¹ recoge que en los últimos años las tasas brutas de eventos en pacientes diabéticos aumentan debido a la mayor prevalencia de DM y que, si bien la mortalidad cardiovascular ha mejorado, el beneficio ha sido inferior al observado en la población general, lo que implica que las diferencias en pronóstico se mantengan o aumenten. En el artículo de Castell et al²², referente al ámbito de Cataluña, se constata asimismo una disminución de la mortalidad por infarto de miocardio.

El objetivo específico número 9 decía: "utilizando la tecnología existente, establecer sistemas de monitorización y control para crear sistemas de garantía de

Correspondencia: Dra. R. Corcoy.
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital de Sant Pau.
Sant Antoni M. Claret, 167. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: rcorcoy@santpau.cat

Manuscrito recibido el 15-10-2008 y aceptado para su publicación el 16-10-2008.

calidad en atención diabetológica y procedimientos de laboratorio relacionados con el diagnóstico, tratamiento y automonitorización". Éste fue el origen de la iniciativa DiabCare²³, una red paneuropea de mejora continua de la calidad en la atención diabetológica, iniciativa que coincidía con una llamada general a la mejora continua de calidad en el ámbito de la salud²⁴. DiabCare se fundamentaba en la comparación anónima entre unidades proveedoras de cuidados al paciente diabético basada en 141 ítems específicos, recogidos de forma anual. Estos ítems, definidos como básicos, correspondían tanto a indicadores de proceso e indicadores intermedios como a los objetivos de Saint Vincent. La iniciativa DiabCare como tal no ha prosperado, pero IDF Europe intenta mantener el espíritu²⁵, y sí están activos diferentes programas de garantía de calidad en diabetes²⁶⁻²⁹, aunque ninguno en el ámbito europeo.

Podemos concluir que el objetivo general de prevención no se ha cumplido, y que el objetivo específico de disminuir la morbilidad relacionada con la enfermedad lo ha hecho sólo en parte, en gran medida por el aumento del número de pacientes afectados. Igualmente, el objetivo de sacar provecho del avance tecnológico para establecer círculos de calidad en DM se ha cumplido de manera muy parcial.

¿Qué podemos mejorar? Los profesionales de la salud "trabajamos" habitualmente en el segundo objetivo, realizando prevención secundaria para minimizar las manifestaciones tardías de la DM en nuestros pacientes. Y está en nuestra mano implantar círculos de calidad que permitan mejorar esta atención, aspecto que debemos promover. Por lo que respecta a la prevención de la enfermedad, todos los profesionales de la salud atendemos una cuota de pacientes obesos y sabemos bastante sobre cómo hemos llegado a la actual epidemia de obesidad y DM, pero para su solución hace falta que otros actores interpreten su papel. Por lo menos, para la prevención de la DM2 el quid de la cuestión es conseguir que el segmento más amplio posible de la población tenga un estilo de vida saludable, y para ello no sólo es necesario que los sujetos estén bien informados, sino que el precio de frutas y verduras sea asequible, que no sea difícil realizar ejercicio físico, que el horario laboral sea compatible con unas horas de sueño adecuadas..., circunstancias todas con un componente económico y político importante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diabetes Mellitus in Europe: A problem at all ages in all countries. A model for prevention and self care. *G Ital Diabetol.* 1990;10 Suppl:1-144.
2. World Health Organisation (Europe) and International Diabetes Federation (Europe). Diabetes Care and Research in Europe: the St Vincent Declaration. *G Ital Diabetol.* 1990;10 Suppl:143-4.
3. World Health Organisation (Europe) and International Diabetes Federation (Europe). Diabetes Care and Research in Europe: the St Vincent Declaration. *Diabet Med.* 1990;7:360.
4. Corcoy R. Quince años después de la Declaración de St Vincent. Presentación. *Endocr Nutr.* 2005;52:525-6.
5. Orchard TJ, Tempresa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. *Ann Intern Med.* 2005;142:611-9.
6. Buchanan TA, Xiang AH, Peters RK, Kjos SL, Marroquin A, Goico J, et al. Preservation of pancreatic beta-cell function and prevention of type 2 diabetes by pharmacological treatment of insulin resistance in high-risk hispanic women. *Diabetes.* 2002;51:2796-803.
7. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001;344:1343-50.
8. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomilehto J, Nag S, et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care.* 2005;28:2130-5.
9. Berghöfer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health.* 2008;8:200.
10. Myers M, Zimmet P. Halting the accelerating epidemic of type 1 diabetes. *Lancet.* 2008;371:1730-1.
11. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med.* 1997;14 Suppl 5:s7-85.
12. Esmatjes E. Incidencia de insuficiencia renal terminal por nefropatía diabética. *Endocrinol Nutr.* 2005;52:527-32.
13. Schjoedt KJ, Hansen HP, Tarnow L, Rossing P, Parving HH. Long-term prevention of diabetic nephropathy: an audit. *Diabetologia.* 2008;51:956-61.
14. Van Dijk PC, Jager KJ, Stengel B, Grönhaugen-Riska C, Feest TG, Briggs JD. Renal replacement therapy for diabetic end-stage renal disease: data from 10 registries in Europe (1991-2000). *Kidney Int.* 2005;67:1489-99.
15. Martín P, Díaz A, Duran A, García de la Torre N, Benedi A, Calvo I, et al. Pie diabético. *Endocrinol Nutr.* 2006;53:60-7.
16. Trautner C, Haastert B, Spraul M, Giani G, Berger M. Unchanged incidence of lower-limb amputations in a German city, 1990-1998. *Diabetes Care.* 2001;24:855-9.
17. Trautner C, Haastert B, Mauckner P, Gätcke LM, Giani G. Reduced incidence of lower-limb amputations in the diabetic population of a German city, 1990-2005: results of the Leverkusen Amputation Reduction Study (LARS). *Diabetes Care.* 2007;30:2633-7.
18. Hod M. [Pregnancy outcome of diabetic women 15 years after the St. Vincent declaration: success or failure?]. *Endocrinol Nutr.* 2005;52:571-4.
19. Feig DS, Palda VA. Type 2 diabetes in pregnancy: a growing concern. *Lancet.* 2002;359:1690-2.
20. Vila L, Viguera J, Alemán R. Retinopatía diabética y ceguera en España. Epidemiología y prevención. *Endocr Nutr.* 2008;55:459-75.
21. Esteve E, Ricart W. Morbimortalidad por cardiopatía isquémica en el paciente diabético. *Endocrinol Nutr.* 2006;53:405-17.
22. Castell C, Pou JM. Evaluación de los objetivos de Saint Vincent en Cataluña. *Endocrinol Nutr.* 2006;53:93-8.
23. Piwernetz K, Home PD, Snorgaard O, Antsiferov M, Staer-Johansen K, Krans M, for the DiabCare Monitoring Group of the St Vincent Declaration. Monitoring the targets of the St Vin-

- cent Declaration and the implementation of quality management in diabetes care: the DIABCARE initiative. *Diabet Med.* 1993;10:371-7.
24. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med.* 1989;320:53-6.
25. Hall M, Raz I, Herrebrugh L. Re-awakening of the St. Vincent movement [citado 10 Oct 2008]. Disponible en: www.idf.org/webdata/docs/RevivalofSVMaApril2004%20text-Michael.doc
26. Benito B, Mestres M, Llussà J, Coll M, Ibeas R, Franch J. Control of risk factors among DM2 patients according to GEDAPS guidelines. *Prim Care Diabetes.* 2007;1:232.
27. McKnight JA, Morris AD, Cline D, Peden N, Fischbacher C, Wild S; Scottish Diabetes Survey Monitoring Group. Implementing a national quality assurance system for diabetes care: the Scottish Diabetes Survey 2001-2006. *Diabet Med.* 2008;25:743-6.
28. Debacker N, Nobels F, Vandenberghe H, Van Crombrugge P, Scheen A, Van Casteren V. Organization of a quality-assurance project in all Belgian multidisciplinary diabetes centres treating insulin-treated diabetes patients: 5 years' experience. *Diabet Med.* 2008;25:179-85.
29. Arun CS, Young D, Batey D, Shotton M, Mitchie D, Stannard KP, et al. Establishing ongoing quality assurance in a retinal screening programme. *Diabet Med.* 2006;23:629-34.