



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Linari, María Amelia

La evidencia publicada y las transformaciones en el abordaje de la diabetes

Salud Colectiva, vol. 10, núm. 2, 2014, pp. 279-281

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73131881011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## La evidencia publicada y las transformaciones en el abordaje de la diabetes

### Published evidence and transformations in the management of diabetes

Linari, María Amelia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médica. Especialista en Nutrición. Magíster en Diabetes. Integrante de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), Argentina. marimelina@yahoo.com

El motivo de estas líneas es reflexionar acerca del artículo "Transformaciones en el abordaje de la diabetes: análisis de las evidencias científicas publicadas por dos sociedades científicas (1980-2010)" (1) publicado a fines de 2013, en *Salud Colectiva*.

No cabe duda de que se observa un creciente proceso de medicalización y que esto puede llevar a una dependencia vinculada al conocimiento científico. Al estudiar la pandemia de las enfermedades crónicas se suele ver que estas se incluyen en el marco de la epidemiología del riesgo, buscando establecer medidas de riesgo individual sobre las poblaciones. Aunque fuera esta una teoría dominante desde los ochenta, no se puede expresar una sinonimia exclusiva entre enfermedades crónicas y la epidemiología del riesgo. En cambio, si se incorporara el riesgo a una epidemiología crítica –en la que se construye desde una visión contrahegemónica– y a una epidemiología sociocultural se crearían escenarios concretos que verificarían en forma más amplia un formato crítico y reflexivo. Con la historia de las enfermedades, transcurre también la historia del abordaje epidemiológico. La interpretación del estudio de la historia de las enfermedades en forma dinámica y en movimiento es esencial. Reiteradamente, el ejercicio de la ciencia médica, en cualquier nivel de atención, es un arte en el que influye la profesionalidad médica y suele ser necesario, muchas veces, aplicar tecnología de avanzada para curar a un enfermo. Es por ello que se torna indispensable profundizar en el conocimiento de los factores que benefician o perjudican la salud. Consolidar

estos conocimientos y hacerlos válidos o no en la práctica médica diaria es parte de nuestro rol, pues ciencia, docencia y práctica médica son tres elementos esenciales que integran un sistema unido y armónico en nuestro sistema de salud pública. Comparto que la articulación de distintos tipos de metodología asigna varios puntos problemáticos a la hora de su concreción. También considero que gran cantidad de la evidencia científica es parte del reduccionismo biomédico, por ello la inclusión de la epidemiología sociocultural en forma crítica en el abordaje de los problemas de salud resulta pertinente para construir una visión más completa y compleja sobre los fenómenos sanitarios.

Participo al día de hoy en la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), sociedad científica en crecimiento, desarrollo y aprendizaje permanente, en la que no faltan los obstáculos y los desafíos. Integré el equipo de autores de algunas guías y recomendaciones publicadas desde la SAD, y de algunas discusiones internas, las cuales son también parte del desarrollo científico y fomentan la participación activa como actor social. No es mi intención desarrollar conceptos que hacen en forma específica a la diabetes ya que el artículo de la Dra. Perner (1), en el cual me inspiro, hace mención a evidencias y aspectos que conllevan a una reflexión más amplia y hasta filantropológica.

Deseo aclarar que no es solo de los estudios clínicos randomizados y de los metaanálisis de donde actualmente se toma el fundamento científico para redactar las recomendaciones, consensos y guías, sino también de estudios epidemiológicos observacionales que datan de muchos años, y de la experiencia y el conocimiento de referentes o expertos a la hora de aplicarlos y adaptarlos a regiones de nuestro país con diversas características culturales. Estas referencias y fundamentos fueron y son marcadores de cambios en la historia de la diabetes, en su definición y en su aplicación terapéutica. Con la investigación básica y clínica se descubrieron otros tipos de diabetes, como la *Latent Autoimmune Diabetes in Adult* (LADA), la *Maturity Onset Diabetes of the Young* (MODY), etc., además de las más conocidas como la DM1, DM2, o la diabetes gestacional, en las que el conocimiento de su existencia es fundamental a la hora

de plantear, por ejemplo, marcadores de laboratorio a investigar y el tipo de terapéutica contraindicada. El desconocimiento de su existencia y su uso podría agotar más tempranamente la función pancreática de ciertos pacientes o exponer a estos a descompensaciones agudas. En definitiva, la modificación en la definición de la diabetes, con el correr del tiempo, no solo tiene relación con el tipo de etiología al cual se refiere, sino también con el tipo de conducta terapéutica que se debe tomar. Es importante destacar que, en diabetes, la conducta terapéutica no es sinónimo de aplicación farmacológica, porque dependiendo del tipo de enfermedad o diabetes que se padezca, como del tiempo de transcurrida, podrá ser indicativa en muchas oportunidades solo de medidas higiénico-dietéticas y de educación.

Es cierto que, tanto en Latinoamérica como en nuestro país, los estudios y las referencias son aún pocos para poder hablar de indicadores propios, pero es por esto –y porque nuestra tecnología aún está inmersa en un marco de variabilidad e inexactitud en normas de seguridad– que la SAD, por ejemplo, no admite, como lo hacen otros países, el uso de la hemoglobina glicosilada como prueba de diagnóstico (2) de la enfermedad para ningún tipo de diabetes, ningún grupo etario, ni tiempo biológico. No se trata de ignorar el poder del conocimiento disponible acerca del riesgo, lo importante en las nuevas técnicas o en los conjuntos de prácticas de prevención de enfermedades, pero sí es posible tener reparo en las exageraciones, en su utilización y resaltar sus vínculos con aspectos de beneficio personal o no médico.

Si bien muchos colegas y referentes de las enfermedades crónicas utilizan cotidianamente el término prediabetes para aquellos pacientes que presentan glucemias fuera del rango considerado normal y fuera del rango considerado diabetes, la SAD insiste (aunque para muchos sea a modo de facilitar y aclarar términos) en utilizar el uso de glucemia alterada en ayuna o intolerancia, según el tipo de disglucemia que se presente (2). Esto no se trata de una falta de acuerdo sino de una visión, análisis y reflexión sobre las bases que fundamentan otras sociedades y el riesgo de estigmatizar a los individuos con una patología que puede no manifestarse con el tiempo, que es considerada al momento con tratamiento pero sin cura y que socialmente (lamentablemente) genera diferencias

y limitaciones. En el año 2012 (publicación fuera de fecha respecto de los artículos analizados por la Dra. Perner) la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD) (3) publicaron una nueva recomendación y posición en sus guías de tratamiento, posición que la SAD comparte e implementa, en la que los objetivos de tratamiento y la conducta a seguir no deben estar puestos solamente en el objetivo glucémico, sino también en las características, condiciones y antecedentes de cada individuo con diabetes. Esto hace referencia a la importancia de una conducta médica personalizada, que implica el conocimiento sobre el paciente como un todo, incluyendo lo referente a su situación social, económica y cultural. Es desde la investigación científica, las recomendaciones y los consensos presentes que se nos aceptan los fundamentos utilizados para impulsar los cambios a una resolución dispuesta en 1989 y prácticamente obsoleta (Ley 23753 hoy actualizada por la Ley 26914 aún sin reglamentar, motivo por el cual no se aplica) (4,5). Es desde las guías y las recomendaciones que los médicos que hacemos asistencia fundamentamos a las prestaciones en salud cuando nos rechazan los pedidos de insumos a pacientes en condiciones de complicaciones crónicas severas, en las que no existen otras opciones terapéuticas y se contraindican determinados tratamientos no reconocidos por el plan médico obligatorio. Es desde estos fundamentos que, frente a situaciones extremas, en las que los pacientes deben implementar medidas legales y se nos cita a determinadas audiencias como testigos, nos valemos de herramientas que nos sirven luego para sentar jurisprudencia.

Comparto que la tendencia a la medicalización y la influencia de la industria farmacéutica hacen que muchas fuentes de información y disertaciones de expertos que tienen injerencia sobre la opinión, incorporación y aplicación terapéutica de otros colegas, promuevan la dependencia de nuevas drogas o el uso permanente de fármacos que ni siquiera presentan resultados significativos y suficientes en lo que respecta al uso y seguridad de la droga. Sabemos que este tema permite complejos enfoques ético-filosóficos que, por cierto, no caben aquí. Es para esto que debemos formarnos y formar sobre el honesto y responsable conocimiento científico y su aplicación, sobre la

no necesidad de tratar siempre farmacológicamente, y sobre la importancia de los cambios higiénicos dietético y la educación. Es por esto que resulta relevante formarnos y formar en la lectura y el análisis de los trabajos científicos publicados; en la búsqueda de nuevos lugares de publicación y no solo de aquellos que están cada vez más influenciados por la industria farmacéutica y, por sobre todo, generar espacios de investigación y publicación independientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perner MS. Transformaciones en el abordaje de la diabetes: análisis de las evidencias científicas publicadas por dos sociedades científicas (1980-2010). *Salud Colectiva*. 2013;9(3):373-389.
2. Sociedad Argentina de Diabetes. Convergencias, divergencias, variabilidad, puntos de corte e indicación de la glucemia de ayuno, la hemoglobina glucosilada e insulinemia [Internet]. *Jornadas Rioplatenses*; 24-25 abr 2010; Colonia, República Oriental del Uruguay [citado

21 ene 2014]. Disponible en: [http://www.diabetes.org.ar/docs/jornadas\\_rioplatenses\\_trabajo\\_final.pdf](http://www.diabetes.org.ar/docs/jornadas_rioplatenses_trabajo_final.pdf).

3. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters AL, Tsapas A, Wender R, Matthews DR. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012;35(6):1364-1379.

4. Ministerio de Salud de la Nación. Ley 23753 [Internet]. 1989 [citado 21 ene 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/insitucional/pdf/ley-nacional-de-diabetes-23753.pdf>.

5. Ministerio de Salud de la Nación. Ley 26914 [Internet]. 2013 [citado 21 ene 2014]. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/224327/norma.htm>.

## FORMA DE CITAR

Linari MA. La evidencia publicada y las transformaciones en el abordaje de la diabetes. *Salud Colectiva*. 2014;10(2):279-281.

## Respuesta a la carta “La evidencia publicada y las transformaciones en el abordaje de la diabetes”

### Response to “Published evidence and transformations in the management of diabetes”

**Perner, Mónica Serena<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Médica. Especialista en Epidemiología. Docente investigadora, Universidad Nacional del Comahue, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. [serenaperner@gmail.com](mailto:serenaperner@gmail.com)

En primer término, agradezco la carta enviada por María Amelia Linari (1), integrante de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) una de las instituciones a las que hace referencia el artículo de mi autoría, publicado en *Salud Colectiva* (2). Dicha sociedad científica fue seleccionada por considerar que es un actor imprescindible en la construcción del conocimiento para el abordaje de un problema complejo como la diabetes; tanto por su historia,

como por su potencial influencia en profesionales de la salud que abordan este problema. Por ello, creo prioritario poder avanzar en un diálogo que permita profundizar el debate.

Al respecto, como menciona Emma Domínguez Alonso:

La diabetes mellitus, particularmente la tipo 2, es una enfermedad cuyo desarrollo y evolución están directamente afectados por factores sociales. Los estilos de vida no saludables, la carencia de conocimientos indispensables para la prevención y el control adecuado de la enfermedad, la no accesibilidad a servicios de salud de calidad, entre otros, favorecen el desarrollo de la enfermedad, a la vez que influyen negativamente en el pronóstico. La base social de todos estos condicionantes catalogan a la diabetes mellitus, cada vez con mayor evidencia, como una enfermedad social. (3 p.205)

Distintos estudios han analizado los determinantes sociales mostrando, por ejemplo, el impacto del cambio en el peso corporal (como marcador de diferencias socioeconómicas) en la incidencia (4) y en la mortalidad de diabetes tipo 2 (5).