

Darío Londoño

Diabetes en adultos mayores: comparación entre la clasificación de la diabetes mellitus de la Asociación Americana de Diabetes de 1997 y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud de 1985

Introducción. La diabetes mellitus (DM) es una de las patologías más prevalentes en toda la población mundial y en especial en los adultos mayores; por esta razón es de suma importancia la clasificación adecuada de esta entidad. Hasta 1997 los criterios diagnósticos de la DM estaban basados en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1985; fue entonces cuando un comité de expertos para el diagnóstico y la clasificación de la DM, respaldado por la Asociación Americana de Diabetes (AAD), publicó unas nuevas recomendaciones para el diagnóstico de la DM.

Objetivo. El objetivo principal de este estudio fue el de comparar la prevalencia de tolerancia anormal a la glucosa según los criterios de la OMS y de la AAD, con base en la información obtenida del estudio epidemiológico de salud cardiovascular en adultos mayores.

Diseño. De acuerdo con los autores, se realizó un estudio de correlación y concordancia en la clasificación de la DM según los diferentes criterios.

Los estudios de correlación buscan evaluar si los cambios en una variable se acompañan por cambios en el mismo sentido y magnitud en otra variable; son excelentes para buscar asociación y son muy diferentes de los estudios de concordancia, en los cuales se busca evaluar qué tanto los valores de dos métodos coinciden, es decir, si un método puede reemplazar a otro.

Lugar. Este estudio fue realizado por la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de la Universidad de Washington, en Seattle.

Sujetos. Se identificaron 5.201 sujetos para el Estudio de Medicina Cardiovascular (EMC) mediante muestreo de una lista de probables candidatos de Medicare, estratificados por edad y género en cuatro comunidades de población norteamericana; de esta cohorte reclutada en 1989, se excluyeron 386 participantes (7,4%) por estar recibiendo un tratamiento para la DM. Un grupo suplementario constituido por 672 sujetos afroamericanos, fue reclutado en los dos años siguientes al EMC y se excluyeron 91 sujetos (13,5%) por estar recibiendo hipoglicemiantes orales o insulina exógena. El grupo analizado fue de 4.515 personas en la cohorte de 1989 y de 262 en el grupo afroamericano.

Principales desenlaces y mediciones. Los criterios de la OMS para definir la diabetes son la presencia de una concentración de glucosa mayor o igual a 140 mg/dL en ayunas, o a 200 mg/dL en estado postprandial (medida a las

dos horas), la intolerancia a la glucosa corresponde a una glicemia en ayunas normal (< 140 mg/dL) y a las dos horas entre 140 y 200 mg/dL. Los criterios de la AAD definen la DM como una glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL, y la intolerancia a la glucosa como una glicemia en ayunas entre 105 y 125 mg/dL.

Resultados. En la cohorte de 1989, la prevalencia de DM no tratada usando los criterios diagnósticos de la AAD fue de 7,7 % frente a 14,8% con los criterios de la OMS; el 77,7% tuvieron una glicemia normal de acuerdo con la AAD y sólo 53,2% usando los criterios de la OMS. En la cohorte de afroamericanos la prevalencia fue de 2,7% (AAD) y de 11,8% (OMS); 91,2% tuvieron una glicemia normal de acuerdo con la AAD y sólo 58,4% usando los criterios de la OMS. La correlación de la glucosa en ayunas con la edad fue realmente muy mala, pero la correlación de ésta con la glicemia postprandial fue buena. La concordancia usando la medida estadística de kappa fue de 0,275 (AAD) y de 0,136 (OMS) (se considera una buena concordancia si la cifra es mayor de 0,75). Todas las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas. No existieron diferencias significativas en la prevalencia de enfermedad cardiovascular, usando cualquiera de las clasificaciones.

Conclusión. Los bajos valores de concordancia entre los criterios de la AAD y la OMS nos indican que un método no puede reemplazar al otro. Por la buena correlación de las variaciones de la glicemia postprandial con la edad, se puede considerar que este criterio es la mayor fuente de variación de la prevalencia con la edad entre las dos clasificaciones. Los efectos de una clasificación inadecuada del diagnóstico de la DM no son claramente conocidos; en especial las complicaciones a nivel de la microvasculatura y la macrovasculatura no mostraron variación importante en ambos grupos. Es indispensable realizar un seguimiento de los criterios y su correlación con las complicaciones crónicas de la DM.

- Wahl PW, Savage PJ, Psaty BM, et al. Diabetes in older adults: comparison of 1997 American Diabetes Association classification of diabetes mellitus with 1985 WHO classification. *Lancet* 1998;352:1012-1015.

Estudio aleatorizado controlado acerca del tratamiento auto administrado y supervisado de la tuberculosis

Introducción. En la gran mayoría de los países en desarrollo la tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud. Con la aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, se ha presentado una explosión en el número de casos y en la resistencia, que han

llevado a que sea necesario replantearse muchos elementos del tratamiento de los sujetos que sufren esta enfermedad. Dentro de los principales se encuentra la falta de adherencia al tratamiento; para poder mejorarla se han usado varias estrategias dentro de las que se puede mencionar la supervisión de la toma de la medicación. Esta intervención es costosa para el personal de la salud y para el paciente, pues se hace necesario el desplazamiento hasta el lugar donde recibe los medicamentos diariamente y el tener a una persona que observe que el paciente se toma la medicación. Por esta razón se decidió crear un sistema más fácil y barato, y se desarrolló el sistema autoadministrado, en el que el sujeto acude una vez por semana a recoger los medicamentos; nunca se había probado en un estudio aleatorizado y controlado que el sistema supervisado fuera efectivo.

Objetivo. Comparar los resultados del tratamiento en términos de curación en aquéllos que completaron el tratamiento, asignados aleatoriamente a recibir el tratamiento autoadministrado o el supervisado.

Diseño. Se trata de un experimento clínico controlado (en el que los investigadores manipulan la intervención) y aleatorizado (no es claro en la descripción del artículo qué método usaron para aleatorizar; este procedimiento busca lograr que las variables de confusión o de interacción se distribuyan igual en los dos grupos), no cegado (el investigador y el paciente conocen de qué manera se está recibiendo el tratamiento).

Lugar. El estudio se realizó en Sudáfrica en dos poblaciones diferentes, la primera de ellas en Khayelitsha y la segunda en Elsies River.

Sujetos. La población de estudio fueron sujetos con tuberculosis que tuvieran más de 15 años, en quienes se fuera a iniciar un tratamiento antituberculoso; fueron exclu-

dos aquellos individuos con enfermedades severas multi-resistentes.

Intervención. En el tratamiento antituberculoso autoadministrado, el paciente acude una vez a la semana al hospital para recibir los medicamentos y para que le sea revisada la tarjeta de anotación de los medicamentos recibidos. El tratamiento supervisado requiere de una visita diaria a la entidad que lo está suministrando y de la observación por una enfermera del programa de tuberculosis durante la toma de la medicación.

Principales desenlaces. El principal desenlace fue el éxito del tratamiento, que incluye la curación (esputo, cultivo o ambos negativos al final del tratamiento) en aquellos pacientes que completaron el tratamiento. Se aplica a todo paciente con esputo negativo al inicio y que por razones clínicas recibió tratamiento o a aquéllos con bacteriología positiva al inicio y negativa a los dos meses, pero sin resultado bacteriológico al final del tratamiento.

Resultados. El éxito fue mayor con el tratamiento autoadministrado (60%) que con el supervisado (54%). En aquellos pacientes que recibieron retratamiento, 74% tuvieron éxito con el autoadministrado y 42% con el supervisado (IC90%: 11%-52%).

Conclusiones. El tratamiento antituberculoso supervisado es menos efectivo y más costoso; por esta razón es recomendable la terapia autoadministrada, buscando una buena relación médico-paciente.

- Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, et al. Randomised controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. *Lancet* 1998;**352**:1340-1343

Darío Londoño Trujillo MD, MSc Profesor Asociado - Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario de San Ignacio. Bogotá.