

Paciente que acude a una asociación de diabéticos

José Luis Pardo Franco

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Orihuela I. Orihuela (Alicante)

Asesor médico. Asociación de Diabéticos de Orihuela y Comarca

Paciente de 68 años, mujer.

Antecedentes personales: sin hipertensión arterial, diabetes mellitus ni dislipemia. No tiene hábitos tóxicos. No padece cardiopatía ni nefropatía o retinopatía conocida. Osteoporosis. Histerectomía por un mioma uterino.

Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vida activa.

Tratamiento: ácido ibandronico mensual.

Antecedentes familiares: sin diabetes.

Ingreso en el hospital: ingreso al ser llevada por la familia por encontrarla más confusa y desorientada. En la anamnesis refería sintomatología sugestiva de poliuria y polidipsia de 1-2 días de evolución. Con descenso de peso no cuantificado de semanas de evolución. No presentaba fiebre ni otra clínica acompañante. Un mes antes en la analítica de rutina mostró una glucemia de 115 mg/dl.

Exploración física: paciente confusa, con cierta deshidratación. Sin hallazgos patológicos en el resto de la exploración.

Analítica:

- Glucemia: 375 mg/dl; urea: 35 mg/dl; creatinina: 0,70 mg/dl; Na: 135 mEq/l; K: 3,8 mEq/l; proteína C reactiva: 0,49.
- Gasometría, pH: 7,06. Tras fluidoterapia e insulina intravenosa, pH: 7,30. Bicarbonato: 3,4 → 21 mEq/l.
- Orina: cuerpos cetónicos, sedimento: 2-4 hematíes/campo.
- Tomografía axial computarizada craneal, radiografía de tórax y electrocardiograma sin hallazgos patológicos.
- Al alta, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}): 9,6 %.

Orientación diagnóstica: cetoacidosis diabética.

Tratamiento: insulina glargina, metformina (1-0-1).

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE ORIHUELA Y COMARCA

La paciente acudió a la Asociación de Diabéticos de Orihuela y Comarca a las pocas semanas. Se encontraba muy nerviosa y preocupada por su nueva enfermedad.

Consulta médica en la Asociación de Diabéticos de Orihuela y Comarca:

- Mujer de 68 años. Altura: 155 cm. Peso: 66 kg. Índice de masa corporal: 27,4 kg/m².
- Sin bocio. No presenta acantosis nigricans ni estrías rojovinosas.
- Sin hallazgos patológicos en el resto de la exploración física.

La paciente mostró el informe de Medicina Interna del hospital comarcal, donde no constaba estudio de autoinmunidad, que se sugirió con una nota a su médico.

Ese día, tras una punción en el dedo para determinación de química seca, presentó una cifra de HbA_{1c} del 6,8 % (al alta un mes antes: 9,6 %).

La pauta de insulina era glargina (14-0-0), y 850 mg de metformina (1-0-1).

Dado que presentaba cifras de glucemia elevadas, antes de la comida del medio día se le recomendó 2 UI de insulina, análogo de acción rápida, en el desayuno.

Actividades de la educadora de la asociación con la paciente:

- La educadora de la asociación (con experiencia de más de 25 años atendiendo a pacientes con inicio de diabetes, así como a los crónicos) le explicó los conceptos básicos de esta enfermedad.
- Le resolvió las diversas dudas con respecto a las inyecciones de insulina (áreas de inyección, rotación, etc.).

- Le describió los síntomas de hipoglucemia y la instruyó en los alimentos con hidratos de carbono (HC) de absorción rápida más apropiados, con la comprobación de las cifras de glucosa a los 15 minutos y la pauta que debía seguir.
- En sucesivas visitas le expuso la dieta del Hospital Clínic de Barcelona de 1600 kcal.

Durante los primeros 10 días la paciente realizó diversas llamadas telefónicas a la educadora, que trabaja en la asociación mañana y tarde. Esta resolvió sus dudas y disminuyó solo en parte su incertidumbre.

Dado el estado de ansiedad que persistía, se le recomendó acudir a la consulta de la psicóloga de nuestra asociación.

Las personas a las que se les notifica el diagnóstico de una enfermedad grave o crónica suelen pasar por una serie de etapas o procesos psicológicos que van desde la negación (pasando por fases de rabia, ira, depresión, etc.) hasta la convivencia o aceptación de la enfermedad.

Su médico de cabecera le remitió a los dos meses a la consulta de Endocrinología, donde se le prescribió una pauta de insulina basal y tres dosis de insulina, análogo rápido según autocontroles, manteniendo la metformina.

Se hallaron cifras elevadas de tirotrópina, por lo que se instauró un tratamiento sustitutivo con tiroxina.

La paciente presentó en los siguientes meses varios episodios de hipoglucemia confirmados, en torno a 50 mg de glucemia.

Los sucesivos controles metabólicos se han mantenido, respecto a la HbA_{1c}, en torno al 7 %.

No obstante, siguió con episodios de hipoglucemia de difícil explicación, dado que es una paciente colaboradora y consciente de su dieta; además, «no se salta ninguna comida».

Realiza ejercicio físico de forma regular (30 minutos de bicicleta estática, a la misma hora de cada día, sin sobreesfuerzos).

En una de las visitas a la asociación, aportó los resultados de algunos anticuerpos: anticuerpo antiglutamato decarboxilasa (GAD); antitirosina fosofatasa (IA2) y péptido conector de insulina (péptido C):

- GAD: > 120 u/ml (N < 5).
- IA2: < 5 u/ml (0-10).
- Péptido C: 0,2 ng/dl.

Orientación diagnóstica: diabetes mellitus de inicio en el anciano con clara predisposición a la cetoacidosis, dependiente de insulina, con autoinmunidad positiva.

Diagnóstico diferencial:

- Diabetes mellitus tipo 2 con cetoacidosis.
- Diabetes autoinmune latente del adulto (LADA).
- Diabetes mellitus tipo 1.

La cetoacidosis diabética puede ser la forma de presentación de una diabetes mellitus tipo 2, pero, dada la positividad de los autoanticuerpos GAD, se descarta¹.

La mayoría de los ancianos padecen diabetes mellitus de tipo 2, pero la de tipo 1 puede aparecer con la misma incidencia entre los 30 y los 80 años^{2,3}.

La diabetes tipo LADA se denomina latente por la lenta evolución hasta la insulinopenia. Inicialmente, se puede controlar con antidiabéticos orales y al menos a los seis meses puede necesitar insulinización. Algunos la denominan diabetes 1.5. Suele cursar con anticuerpos GAD positivos.

La diabetes mellitus tipo 1 puede tener su comienzo a cualquier edad, en nuestra paciente a los 68 años. La paciente es GAD positiva y la evolución ha sido rápida, menor de seis meses.

La determinación de autoanticuerpos⁴ es válida para realizar el diagnóstico diferencial de la diabetes mellitus tipo 1 como la de esta paciente con otros tipos de diabetes cuando hay dudas diagnósticas.

EVOLUCIÓN

El sobrepeso de la paciente disminuyó debido a su interés en la dieta y el ejercicio.

Los controles metabólicos siguieron siendo aceptables, pero las hipoglucemias moderadas (corregidas sin la ayuda de otras personas) no eran raras. Por ello, en la asociación pensamos en la conveniencia de calcular las dosis de insulina según sus autocontroles glucémicos y las unidades necesarias para cada comida que vaya a consumir, según las raciones de HC.

La educadora le explicó la dieta, según raciones de HC, y le entregó un librito con fotografías de diferentes alimentos que mostraba el número de raciones que contienen.

El médico le calculó la sensibilidad a la insulina (cálculo del descenso de miligramos de glucemia por cada unidad de

insulina, de acción rápida inyectada) y la ratio insulina/HC (unidades de insulina necesarias para controlar una ración de HC)⁵.

La paciente comprendió las explicaciones y las siguió con entusiasmo.

En la actualidad las hipoglucemias se han hecho muy esporádicas, y la paciente mantiene la HbA_{1c} en torno al 7 %.

ASOCIACIONES DE PACIENTES DIABÉTICOS

Definición

En España, las asociaciones de pacientes diabéticos están principalmente centradas en la ayuda a pacientes, familiares de pacientes y cuidadores. Si además añadimos que estas entidades también ofrecen atención personalizada, tanto por parte de personal sanitario y no sanitario como por parte de pacientes y familiares de pacientes, la función de estas entidades se podría definir como integral. De esta manera, los ciudadanos asumen responsabilidades que antes eran propias del entorno sanitario.

Las asociaciones de diabetes se crean sin ánimo de lucro, son de interés público y poseen estatutos propios: en ellas se reúnen los pacientes afectados y sus familiares con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de vida de sus integrantes.

Desde las asociaciones también se potencia la educación diabetológica para que los pacientes diabéticos conozcan y participen de manera activa en todo su proceso. Otro objetivo principal de las asociaciones de diabetes es hacer que la sociedad se sensibilice frente a la enfermedad y fomentar hábitos de vida saludables: para ello se realizan charlas y talleres para promover la concienciación de la diabetes, se distribuyen folletos y revistas periódicas para dar a conocer las asociaciones y, cómo no, se acude a centros de educación (colegios e institutos) u otras asociaciones y entidades para que los alumnos y profesores aprendan más sobre esta enfermedad y todo lo que la rodea: prevención, tratamiento y cuidados.

Además, se organizan actividades fuera del centro asociativo muy interesantes, como excursiones, visitas culturales y educativas, etc.

Así pues, las asociaciones de diabetes son una referencia para la sociedad: están abiertas a pacientes diabéticos y a sus familiares, apoyan a los profesionales de la sanidad

en docencia e investigación y sirven de puente entre todos estos colectivos y la Administración u otras empresas relacionadas⁶.

Otra función de las asociaciones es representar a los pacientes ante las instituciones de Gobierno de las comunidades autónomas o el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En algunas de estas instituciones tienen representación permanente, como ocurre en el Consejo Asesor sobre Diabetes de Cataluña⁷.

¿El asociacionismo puede mejorar los parámetros metabólicos?

En un estudio realizado en Francia, mejoraron los del tipo 1 y algunos parámetros de los del tipo 2⁸.

¿Qué quieren saber los pacientes de las asociaciones de diabéticos?

Fragmento de una entrevista, en una revista de ámbito comarcal⁹:

- *¿Qué funciones o trabajos desarrolla la asociación con los enfermos o asociados?*
- *A todas aquellas personas que pasan por nuestra asociación y lo solicitan se les puede realizar determinaciones de glucemia capilar, de colesterol, de HbA_{1c} (es un valor medio de glucemia de los últimos tres meses), toma de presión arterial, consulta médica y, sobre todo, educación en cualquier tema relacionado con la diabetes: alimentación, técnicas de inyección, cuidado de los pies, ejercicio físico, consejos para prevenir y actuar frente al aumento o el descenso de los niveles de glucosa en sangre, consejos para prevenir o retrasar las complicaciones crónicas de la diabetes, etc. Y para ello, programamos y organizamos charlas y conferencias, enviamos a nuestros asociados la revista Diabetes cada dos meses, realizamos campamentos de verano y viajes de convivencia que permiten compartir experiencias a las personas con diabetes y a su familia.*
- *¿Qué diferencia hay para un diabético entre acudir a esta asociación o hacerlo a la Seguridad Social o a su médico de cabecera?*
- *Los servicios que nuestra asociación ofrece a la persona con diabetes son complementarios a los que presta la Seguridad Social. Hay una persona que realiza educación en diabetes sin tiempo controlado, con la disponibilidad que el paciente necesita. Ofrecemos consulta psicológica individualizada una vez a la semana y consulta médica cada 15 días. De esta manera, la consulta con el médico especializado*

se puede adaptar a las necesidades del paciente y con la frecuencia que él elija.

¿Qué nos piden los pacientes?

Las siguientes afirmaciones están extraídas de una propuesta de The Patients Association (una asociación de pacientes con diabetes del Reino Unido)¹⁰ al National Institute for Health and Care Excellence (NICE):

Piden ser tratados como personas individuales, ya que frecuentemente se sienten como datos estadísticos.

A menudo sienten que los profesionales de la salud tratan su enfermedad, pero que no ven a la persona que hay detrás. Los profesionales han de ser capaces de comprometerse y comunicarse con los pacientes como individuos, siendo conscientes del largo período de tiempo que estas personas van a sufrir la enfermedad. The Patients Association cree que el cuidado debería estar siempre centrado en las necesidades y requerimientos del paciente.

Los pacientes deberían estar en el centro del Sistema de Salud y deberían estar involucrados en todas las decisiones que afecten a su cuidado.

Necesitan una información adaptada a cada paciente que les permita actuar en las diferentes situaciones en las que se van a encontrar en el desarrollo de su enfermedad.

Muchas veces los pacientes tienen miedo de preguntar a su médico por temor a ser reprendidos; solicitan un diálogo que les ayude a comprender el tratamiento de su enfermedad que evite este problema.

Reclaman que sus tratamientos no estén basados prioritariamente en el coste.

Se quejan a menudo de la deficiente coordinación entre los diferentes profesionales que les atienden, hecho que perjudica la calidad asistencial que perciben.

CONCLUSIÓN

Las asociaciones son un complemento del Sistema Nacional de Salud que puede mejorar notablemente la calidad de vida de nuestros pacientes.

En ellas los pacientes se sienten entre iguales y cuentan con un apoyo limitado, por los medios insuficientes, pero de una gran accesibilidad.

Los pacientes tienen derecho a crear o participar en una organización representante de pacientes y buscar apoyo de los cuerpos sanitarios o relacionados y la sociedad civil para su organización¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boix E, Pardo C, López A, Pico A. Cetoacidosis diabética en diabetes mellitus tipo 2: a propósito de un caso. *Endocrinología y Nutrición* 2002;49(01):20-1.
2. Melton LJ 3rd, Palumbo PJ, Chu CP. Incidence of diabetes mellitus by clinical type. *Diabetes Care* 1983;6(1):75-86.
3. Rathmann W, Martin S, Haastert B, Icks A, Holle R, Löwel H, et al.; KORA Study Group. Performance of screening questionnaires and risk scores for undiagnosed diabetes: the Kora Survey 2000. *Arch Intern Med* 2005; 165(4):436-41.
4. Huici Moreno MJ, Herrera del Rey MT, Álvarez Ríos AI, Domínguez Pascual I, Infante Fontán R, León-Justel A, et al. Estudio de autoanticuerpos en el inicio de la diabetes autoinmune en nuestro medio mediante ELISA. *Revista de Laboratorio Clínico* 2011;4(2):77-83.
5. Tejera Pérez C, Carramiñana F. Medidores de la glucemia y calculadoras del bolo de insulina. *Diabetes Práctica* 2014;05(01):1-48.
6. Camona Simarro JV. Asociaciones de diabéticos: una referencia para la sociedad. *Autocontrol es vida. Boletín Bayer*, número 4. 20 Enero 2015:1.
7. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*. DOGC núm. 3085-24/02/2000.
8. Selvais PL, Amoussou-Guenou KD, Hermans MP. Belonging to a diabetes patients' association is predictive of better metabolic control. *Diabetes Metab* 2008;34(3):279-82.
9. Zaragoza A. La Asociación de Diabéticos de Orihuela y Comarca celebra sus bodas de plata. *Portada Vega Baja* 2012;536:12-3.
10. The Patients Association. Disponible en: URL: <http://www.patients-association.com/>. Último acceso: 23/11/2015.
11. Carta internacional de derechos y responsabilidades de las personas con diabetes. Disponible en: URL: <http://www.idf.org>. Último acceso: 21/11/2015.