

## Yo tenía diabetes, pero ¿ya no?

Dimas Igual Fraile

Médico de cabecera. Miembro de la redGDPS. Centro de Salud Manuel Encinas. Zona Norte. Cáceres

### HISTORIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

JMMG es un varón de 56 años que acude por primera vez a la consulta de enfermería para vacunarse de la gripe por sus antecedentes de rinoconjuntivitis y asma bronquial por hipersensibilidad a pólenes (estudiado hace 11 años en el Servicio de Alergología del hospital de referencia de su anterior lugar de residencia), sin aportar otros antecedentes de interés.

La enfermera, al ser un paciente no conocido del cupo, de manera oportunista, procede a iniciar la historia clínica, la toma de constantes y somatometría y la petición de analítica, encontrando los siguientes resultados: presión arterial: 200/120 mmHg, glucemia basal: 245 mg/dl, hemoglobina glucosilada (HbA<sub>1c</sub>): 8,4 %, colesterol total: 290 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad: 31 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad: 111 mg/dl y triglicéridos: 742 mg/dl.

Entre sus antecedentes familiares destacamos que su madre presenta diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento con insulina.

Al paciente se le diagnostica hipertensión arterial, DM2, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Proce-

demo a completar la historia y exploración del paciente. Constatamos su decisión de acudir de manera frecuente a nuestras consultas e iniciamos una estrategia de tratamiento farmacológico antihipertensivo (ramipril/hidroclorotiazida) y valoraciones casi diarias en la consulta de enfermería para el control tensional y de modificación de hábitos de vida.

Desde un primer momento pudimos observar la buena disposición del paciente para cambiar sus hábitos alimentarios y de sedentarismo y seguir nuestras recomendaciones.

Las cifras de presión arterial fueron descendiendo y decidimos iniciar tratamiento farmacológico hipoglucemiante (metformina) con un ajuste de dosis más rápido del que solemos hacer de manera habitual. El paciente presentó una buena tolerancia al tratamiento, por lo que, en pocos días, pudimos iniciar también tratamiento farmacológico para su dislipemia (atorvastatina) (tabla 1).

Los resultados de esta actuación intensiva de enfermería y medicina y el correcto seguimiento por parte del paciente de las recomendaciones y pautas farmacológicas dieron sus frutos rápidamente, con la normalización de las cifras somatométricas y de los parámetros analíticos en apenas unos meses (tablas 1 y 2).

**Tabla 1.** Evolución de parámetros somatométricos y del tratamiento farmacológico

Fecha	Enero de 2016	Abril de 2016	Junio de 2016	Diciembre de 2016	Diciembre de 2017
Parámetro					
Presión arterial (mmHg)	210/130	155/85	148/93	150/90	155/94
Talla (cm)	171				
Peso (kg)	94,5	84,3	82,2	80,6	81,4
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	32,32	28,83	28,11	27,56	27,84
Perímetro abdominal (cm)	109	101	99	95	97
Tratamiento	Ramipril/HCT	Ramipril/HCT Metformina	Ramipril Metformina Atorvastatina	Ramipril Atorvastatina	Ramipril Metformina Atorvastatina

HCT: hidroclorotiazida; IMC: índice de masa corporal.

**Tabla 2.** Evolución de parámetros analíticos metabólicos

Fecha	Enero de 2016	Abril de 2016	Junio de 2016	Diciembre de 2016	Diciembre de 2017
<b>Parámetro</b>					
GB (mg/dl)	245	107	107	103	122
HbA <sub>1c</sub> (%)	8,4	5,7	5,6	5,5	5,5
CT (mg/dl)	290	139	131	161	146
c-HDL (mg/dl)	31	15	46	55	50
c-LDL (mg/dl)	111	107	70	88	79
TG (mg/dl)	742	85	76	89	83
Albúmina/creatinina en orina (mg/g)	16,8	2,4	4,05	2,7	1,5

c-HDL: colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; CT: colesterol total; GB: glucemia basal; HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glucosilada; TG: triglicéridos.

Durante el seguimiento del paciente en el primer año y con la constatación de la normalización metabólica, pudimos reducir las dosis de los fármacos e incluso se pudo retirar la metformina (coincidiendo con la aparición de probables efectos secundarios gastrointestinales leves). Llegados a este punto, el paciente nos planteó la reclasificación diagnóstica: «Entonces, ¿ya no soy diabético?».

A pesar de seguir siendo un paciente cumplidor, en la siguiente analítica aparecían normales todos los parámetros metabólicos excepto la glucemia basal (122 mg/dl). Esto convenció al paciente de que **presentaba una DM2 controlada** pero que **continuaba siendo una persona con diabetes mellitus (DM)** y que era procedente mantener los hábitos saludables de estilo de vida y reinstaurar, esta vez de una manera más lenta y progresiva, el tratamiento farmacológico con metformina.

## DISCUSIÓN

Para el diagnóstico de DM, en ausencia de sintomatología hiperglucémica inequívoca, es necesaria la repetición del test diagnóstico. La American Diabetes Association, en sus estándares de 2018, acepta que si dos tests diferentes (como la hemoglobina glucosilada y la glucemia basal) superan el umbral diagnóstico, como ocurre en nuestro caso, este queda confirmado<sup>1</sup>.

La progresión de la tolerancia normal a la glucosa hasta la DM franca, pasando previamente por los estadios de alteración de la glucemia en ayunas y alteración de la tolerancia a la glucosa, es el resultado del deterioro gradual de la función de la célula  $\beta$ . Se piensa que en el desequilibrio entre apoptosis y regeneración de la célula  $\beta$  pueden intervenir factores genéticos y ambientales (principalmente ingesta excesiva y sedentarismo) que llevan a la obesidad y precipitan el inicio de la enfermedad<sup>2</sup>.

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar DM2 podemos considerar unos no modificables (edad, raza/etnia, antecedentes familiares de DM en familiar de primer grado, antecedentes de DM gestacional y síndrome del ovario poliquístico) y otros modificables (obesidad, sobrepeso, obesidad abdominal, sedentarismo, tabaquismo, patrones dietéticos y fármacos, entre otros). Parece que el riesgo de padecer la enfermedad aumenta según el número de factores de riesgo presentes en el individuo<sup>3</sup>.

Es probable que los primeros en hablar de «curación» de la DM2 fueran los cirujanos con la cirugía bariátrica. Existen estudios controlados que demuestran mayor porcentaje de resolución de la DM2 en pacientes sometidos a cirugía bariátrica que en el grupo control. Parece también que los pacientes con mayor deterioro de la célula  $\beta$  (mayor tiempo de evolución de su DM2) serían los que menos se beneficiarían de la cirugía metabólica<sup>4</sup>.

Probablemente sea más correcto emplear el concepto de «remisión» que el de «curación». Podemos hablar de «remisión parcial» en presencia de HbA<sub>1c</sub> < 6,5 %, glucosa basal entre 100 y 125 mg/dl y ausencia de tratamiento farmacológico al menos durante un año de seguimiento. Hablaríamos de «remisión completa de la DM2» en presencia de una HbA<sub>1c</sub> < 6,5 %, glucosa basal < 100 mg/dl y ausencia de tratamiento farmacológico al menos en un año de seguimiento. Se consideraría «remisión prolongada de la DM2» cuando esta se prolonga durante un mínimo de cinco años<sup>5</sup>.

En nuestro caso, una modificación exhaustiva de los factores ambientales, con una ayuda farmacológica básica, permitió revertir el descontrol metabólico a la normalidad, induciendo a que nuestro paciente pensara que estaba curado de su DM, aunque lo cierto es que al permanecer la «base genética» pueden reaparecer las alteraciones metabólicas ante la más mínima relajación en el control de los diferentes aspectos del estilo de vida.

En los últimos años, varios países han desarrollado diversos modelos para afrontar el reto que supone la atención a las enfermedades crónicas, entre las que se incluye la DM2. En todas estas iniciativas se señala a la Atención Primaria, y especialmente a enfermería, como las garantes de la atención al paciente con enfermedad crónica, a su familia y a la comunidad. Están, por tanto, llamadas a liderar las intervenciones en el marco de la cronicidad<sup>6</sup>.

En el caso presentado queda patente el papel esencial desarrollado por la enfermería en la captación, diagnóstico, plan terapéutico y seguimiento de nuestro paciente.

En Atención Primaria, y más concretamente en la atención directa en consulta, es fundamental tener en cuenta el concepto de medicina centrada en el paciente y no en la enfermedad<sup>7</sup>. Así, como ocurrió en nuestro paciente, en un primer encuentro se realizaron varios diagnósticos de procesos crónicos. En estas situaciones es esencial la empatía y la priorización secuencial en el manejo de dichos procesos. Intentar controlar y tratar todos los procesos en un mismo momento puede implicar la pérdida del paciente

o, cuando menos, dificultar la adherencia de este a nuestras recomendaciones.

### CONCLUSIONES

---

- En un paciente al que se le diagnostica DM podrá conseguirse un buen control metabólico, pero seguirá siendo una persona con DM.
- La intervención de enfermería es fundamental en el manejo de los procesos crónicos prevalentes, como la DM2.
- En Atención Primaria es primordial el ejercicio centrado en el paciente y no en la enfermedad.

### AGRADECIMIENTOS

---

A C. Jiménez y C. Costa, enfermeras del Centro de Salud Manuel Encinas de Cáceres y grandes profesionales, con quienes he tenido/tengo el honor de haber compartido/compartir la tarea diaria.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care* 2018;41(Suppl 1): S13-S27.
2. González E, Hinojosa MC, Inglada L. Diabetes mellitus tipo 1 y 2: etiopatogenia, formas de comienzo, manifestaciones clínicas, historia natural. *Medicine* 2008;10:1091-101.
3. Martínez J. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2? En: Ezkurra P (coordinador). Guía de actualización en diabetes. 2016. p. 24-6. Disponible en: <http://www.redgdps.org/guia-de-actualizacion-en-diabetes-20161005>. Último acceso: 28 de julio de 2018.
4. Benaigues D, Goday A, Botet JP. La cirugía bariátrica como tratamiento de la diabetes tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2012;138:391-6.
5. Rubio MA, Monereo S, Lecube A, Resa J, Masdevall C, De la Cruz F, et al. Posicionamiento de las sociedades SEEN-SECO-SEEDO-SED sobre la cirugía metabólica en la diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinol Nutr* 2013;60: 547-8.
6. Mármol-López MI, Miguel I, Montejano R, Escribano A, Gea-Caballero V, Ruiz A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* 2018;92:e1-15.
7. Cortés JA. La gestión clínica. En: Casado V (editora). Tratado de medicina de familia y comunitaria. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2012. p. 155-71.