

Mi «Harrison» con patitas

María Ascensión López Serrano

Médica de familia. Centro de Salud Ignacio López Saiz. Burgos

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, insulina, análogo del receptor de GLP1.

RESUMEN

Varón de 75 años con diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución y una gran pluripatología asociada. Tratado al inicio con metformina y un inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4, posteriormente se le insulinizó con una premezcla. Como consecuencia a su mala evolución, se decide el cambio a una pauta de insulina basal-bolo. Finalmente, debido a sus múltiples factores de riesgo cardiovascular, se le añade un análogo del receptor de GLP1 con el fin de mejorar su obesidad, hemoglobina glucosilada y otros parámetros asociados a sus patologías.

Mi enfermera se había jubilado y el nuevo enfermero interino venía con muchas ganas de trabajar y conocer el cupo lo antes posible. Yo procuraba hacerle una pequeña introducción de algunos pacientes que iban pasando a su consulta para ponerlo en antecedentes.

Aquel día allí estaba Eliseo, uno de los habituales para hacerse el control del acenocumarol.

—Buff —dije yo—, ese es un Harrison con patitas...

Ahí quedó todo hasta que, en el siguiente control, pica mi enfermero en la puerta y me dice:

—Está Harrison en la sala y pregunta por ti.

—¿Quién? ¿Harrison Ford?

Por una milésima de segundo pensé que el famoso actor estaba a la puerta de mi consulta... Le expliqué a mi enfermero que Eliseo era como un compendio de mi libro de cabecera durante la carrera (de ahí su nombre):

- Hipertensión y dislipemia.
- Hiperuricemia con gota.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada, síndrome de apneas-hipopneas del sueño muy grave con presión positiva continua en las vías respiratorias.
- Fibrilación auricular. Hipertensión pulmonar moderada. Insuficiencia cardíaca.

- Enfermedad renal crónica IIIb de causa vascular con microalbuminuria (G3bA2)¹.
- Poliglobulia secundaria.
- Síndrome de Raynaud.
- Neuropatía periférica muy sintomática.
- Isquemia arterial crónica de grado IIa en miembros inferiores, con claudicación intermitente.
- Hernia discal en L4-L5 con radiculopatía en L5 izquierda.
- Neumonías de repetición con múltiples ingresos en Neumología.
- Sepsis neumocócica por neumonía en el lóbulo superior derecho y en el inferior izquierdo, con fallo multiorgánico e íleo paralítico.
- Obesidad de grado II; índice de masa corporal: 36,94 kg/m².
- Exfumador de 40 cigarrillos/día. Consumo acumulado estimado: 100 años-paquete.
- Intervenciones quirúrgicas: hemorroidectomía, colecistectomía, hernioplastia y apendicectomía.
- Diabetes mellitus diagnosticada hace 10 años con muy mal control metabólico.

HISTORIA CLÍNICA Y DATOS DE INTERÉS

Eliseo tiene 75 años, está jubilado y vive solo en un quinto piso sin ascensor. Va a comer a una residencia y suele hacer horarios regulares. Pasea diariamente. Le diagnosticaron

diabetes mellitus a raíz de un ingreso en Medicina Interna, momento en que se inició el tratamiento con metformina (850 mg) en el desayuno y la cena.

La evolución fue tan mala que a los dos años en el Servicio de Endocrinología le añadieron vildagliptina y lo insulinizaron con una insulina premezclada.

El curso de su diabetes mellitus seguía siendo tórpido. La neuropatía y la arteriopatía le dificultaban la deambulación y favorecían que aumentase de peso, añadiendo más factores negativos para controlar su patología. Decía que no me traía los controles glucémicos para no asustarme. Cada vez que venía a hacerse el control del acenocumarol, yo aprovechaba para animarlo, insistía en las medidas higienicodietéticas, nos sacábamos una sonrisa el uno al otro... Pero un día estaba tan saturada de la consulta que me puse muy seria, le hice algunos comentarios y me enfadé con él. No acudió al siguiente control del acenocumarol y revisé su historia. Vimos que estaba ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por una sepsis cuyo origen era una doble neumonía. He de reconocer que me sentía parcialmente culpable de aquel ingreso, pero durante mucho tiempo no volvimos a hablar de aquella conversación que habíamos mantenido.

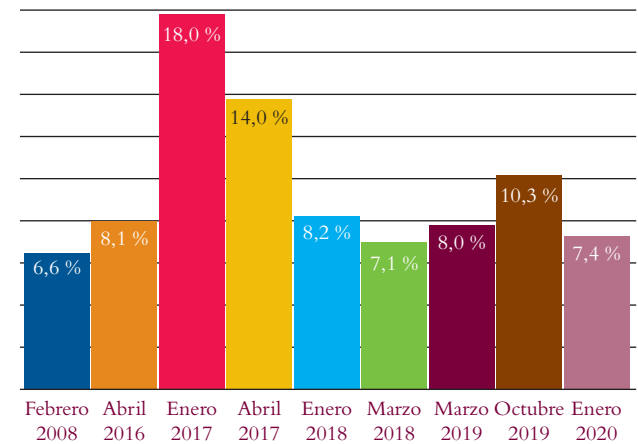
Tras tres meses ingresado y un régimen alimentario estricto, los valores glucémicos se habían normalizado. Al alta hospitalaria le retiraron la metformina, la vildagliptina y la insulina premezcla y le pautaron una insulina basal en el desayuno.

Durante medio año, a pesar de ir subiendo la insulina basal, intensificar el tratamiento con una pauta basal plus y basal-bolo posteriormente, cada vez estaba más descontrolado, llegando a alcanzar una cifra del 18 % de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) (figura 1).

Dada la imposibilidad de controlar esta situación, lo derivé de nuevo a la consulta de Endocrinología y su Unidad de Educación Diabetológica. Allí decidieron cambiar de nuevo a una insulina premezcla. Al menos la HbA_{1c} fue descendiendo progresivamente, pero a los seis meses Eliseo solicitó el alta voluntaria con la educadora porque sentía que no le aportaba nada y le costaba mucho ir al hospital. La médico endocrinóloga decidió también darle el alta en el servicio porque consideraba que ya no era más intensificable.

Así, con algún ingreso intercalado y consultas a otros especialistas, fuimos manejando la situación durante dos años.

Figura 1. Evolución de la hemoglobina glucosilada



Pero en la analítica de octubre del año pasado, la HbA_{1c} se volvió a disparar (10,3 %).

Curiosamente, su colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad siempre ha estado en rango según las indicaciones de las guías de riesgo cardiovascular (muy alto: lipoproteínas de baja densidad <55 mg/dl)².

Y su filtrado glomerular, a pesar de estar en cifras de insuficiencia renal, tampoco sufría grandes variaciones (en torno a 30 ml/min/1,73 m²).

INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Llegados a este punto, yo tenía que tomar una decisión. Conocía las bondades de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; lo había leído y escuchado en distintas ponencias, pero tengo muy poca experiencia clínica con estos fármacos, bien por el rechazo de los pacientes a la vía subcutánea de administración, bien por el visado; pero pensé que no podía perder la oportunidad de intentar reducir la HbA_{1c}, la presión arterial, el colesterol, los triglicéridos y el peso, como habían mostrado estos fármacos en varios ensayos clínicos aleatorizados³.

Hablé con Eliseo. Al principio lo rechazó, pero finalmente aceptó probarlo debido a que la administración era semanal (0,75 mg de dulaglutida). He de admitir que no se creyó ninguna de las otras bondades del fármaco.

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

A los cuatro meses repetimos la analítica y la sorpresa fue enorme y muy gratificante para los dos (tabla 1): había perdi-

Tabla 1. Comparativa de parámetros antes y después de asociar el agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1

	Hemoglobina glucosilada (%)	Lipoproteínas de baja densidad (mg/dl)	Albúmina/creatinina (mg/g)	Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	Creatinina (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)	Peso (kg)	Ácido úrico (mg/dl)
Octubre de 2019	10,3	56,6	82	30,6	2,07	142	114	8,3
Enero de 2020	7,4	51	107	32,3	1,97	117	109,2	7

do 5 kg de peso y todos los parámetros analíticos mejoraron a excepción de la albuminuria. Estábamos convencidos de que la HbA_{1c} iba a disminuir, porque tuvimos que reducir la dosis de insulina, como se había demostrado en varios estudios⁴.

Aquella visita fue doblemente emotiva. Por una parte, me recordó que una vez le había hecho un comentario poco agradable, pero que no me lo tenía en cuenta, que siempre había mostrado interés y me preocupaba por él; sentía que yo lo apreciaba...

Por otra parte, venía a despedirse de mí. Por fin siguió mis consejos sobre su vivienda y se había mudado a una casa con ascensor, pero tendría que cambiar de centro de salud.

Entonces recordé las veces que me había sentado con él a última hora de la mañana en la sala esperando el resultado del acenocumarol, cuando aprovechábamos para hablar, hacer educación diabetológica..., y me dejó muy triste.

A finales del confinamiento lo llamé por teléfono. Seguía como siempre con sus calambres en los pies, los edemas de

piernas y la disnea, pero, a pesar de todo, mantenía su buen humor. Afortunadamente, no se había infectado de coronavirus. Prometió venir a verme con el buen tiempo; mientras, sigo expectante a que cualquier día «Harrison» llame a mi puerta.

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

Además de haber sido una experiencia muy gratificante como médica de atención primaria (donde seguimos demostrando que abordamos al paciente como un todo en su conjunto, en su esfera bio-físico-psico-social), me ha dado un empujón importante para replantearme el uso de estos fármacos. Conocer el posicionamiento de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 en las guías de práctica clínica como una de las primeras opciones en los pacientes con riesgo cardiovascular alto o enfermedad cardiovascular establecida^{5,6}, sumado a los buenos resultados en la práctica diaria, debe motivarnos a abandonar la inercia terapéutica en beneficio de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease—Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl* (2011). 2017;7:1-59.
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al.; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2020;41:111-88.
3. Gentilella R, Pechtner V, Corcos A, Consoli A. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists in type 2 diabetes treatment: are they all the same? *Diabetes Metab Res Rev*. 2019;35:e3070.
4. Gyorffy JB, Keithler AN, Wardian JL, Zarzabal LA, Rittel A, True MW. The impact of GLP-1 receptor agonists on patients with diabetes on insulin therapy. *Endocr Pract*. 2019;25:935-42.
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2019. *Diabetes Care*. 2019;42(Suppl 1).
6. Mata Cases M, Artola Menéndez S, Díez Espino J, Ezkurra Loiola P, Franch Nadal J, García Soidán FJ. Actualización de 2020 del algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS. *Diabetes Práctica*. 2020;11:47-54.