

«Doctora, ¿se acuerda de cuando estaba siempre ingresada? Ya no tengo la maleta preparada...»

Noelia Fernández Brufal¹, Cristina Herrero Payo², Manuel Carlos Soler Torres²

¹ Médica de familia. Centro de Salud San Fermín. Elche (Alicante). ² Residente de 3.º año de medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Elche (Alicante)

Palabras clave: atención primaria, diabetes mellitus tipo 2, arGLP1, enfermedad cardiovascular, individualización.

RESUMEN

Las personas con diabetes mellitus (DM) tipo 2 tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, siendo esta su principal causa de muerte. La aparición de nuevos fármacos en los últimos años que mejoran la supervivencia y morbilidad cardiovascular, como son los análogos del péptido similar al glucagón tipo 1, ha conducido a realizar cambios en los algoritmos y guías terapéuticas actuales. La individualización a la hora de seleccionar un determinado tratamiento para un paciente obliga a conocer tanto las nuevas recomendaciones como sus efectos adversos, así como a potenciar el trabajo multidisciplinar.

Hay pacientes que hasta compran una bolsa, reservan una maleta, incluso la tienen preparada con lo “básico” por si el ingreso los sorprende de nuevo así sin avisar, como acostumbra de un tiempo a esta parte... Se aprende de la experiencia, se convierte uno en previsor ante la inminente estancia hospitalaria, lejos de casa, de familiares, de la protección de lo conocido.

HISTORIA CLÍNICA Y DATOS DE INTERÉS

María tiene 79 años. Está casada y tiene tres hijas; ninguna de ellas vive en su domicilio, pero sí intervienen en sus cuidados, traslado a consultas, compra y limpieza. Vive con su marido en una vivienda de un primer piso sin ascensor (población rural). Deambula por casa con andador. No fuma ni tiene hábito enólico. Nivel socioeconómico medio-bajo.

Se le diagnosticó DM tipo 2 a los 66 años (13 años de evolución). En el año 2012 fue ingresada por cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST). Presenta insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada, disnea paroxística nocturna y disnea de esfuerzo II-III/IV de la New York Heart Association (NYHA). En la última revisión oftalmológica, no presenta retinopatía diabética (2018). Cabe destacar como comorbilidades asociadas una artrosis generalizada, lo que ocasiona un

grave cuadro de dolor y limitación funcional, empeorada por su obesidad; insomnio mixto; hipertensión arterial; arritmia cardíaca por fibrilación auricular y esteatosis hepática.

Acude a la consulta con su marido, tras permanecer 24 horas en urgencias hospitalarias derivada desde el centro de salud por dolor torácico, que al alta y tras pruebas complementarias se diagnostica como dolor de origen osteomuscular.

Se revisa conjuntamente el tratamiento: acenocumarol según pauta de Hematología; atorvastatina (40 mg); mirtazapina (15 mg), que se le pautó hace dos años tras un ingreso hospitalario como tratamiento de su insomnio; bisoprolol (2,5 mg); empagliflozina (10 mg); furosemida (20 mg) en pauta variable según los síntomas; omeprazol (20 mg); fentanilo transdérmico (25 µg) y paracetamol (1 g/8-24 horas) para su dolor. En este momento su adherencia terapéutica es buena, aunque no fue así en el pasado. Sus familiares están implicados en el cuidado: supervisan la dieta y se había podido trabajar con enfermería el método del plato. El aumento de la actividad física sigue siendo una asignatura pendiente debido a la disnea, el peso y el dolor grave por patología degenerativa, así como por las características de su vivienda.

Los datos de la exploración muestran un peso de 102,4 kg, talla de 147 cm, índice de masa corporal de 47,3 kg/m², pre-

sión arterial (PA) de 138/68 mmHg, glucosa de 117 mg/dl, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) del 6,6 %, colesterol total de 150 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad de 33 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad de 91 mg/dl, triglicéridos de 132 mg/dl, creatinina de 0,58 mg/dl, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) de 86,1 ml/min/1,73 m², sin microalbuminuria, aspartato aminotransferasa de 46 UI/l, alanina aminotransferasa de 52 UI/l y γ -glutamil transferasa de 70 UI/l.

INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

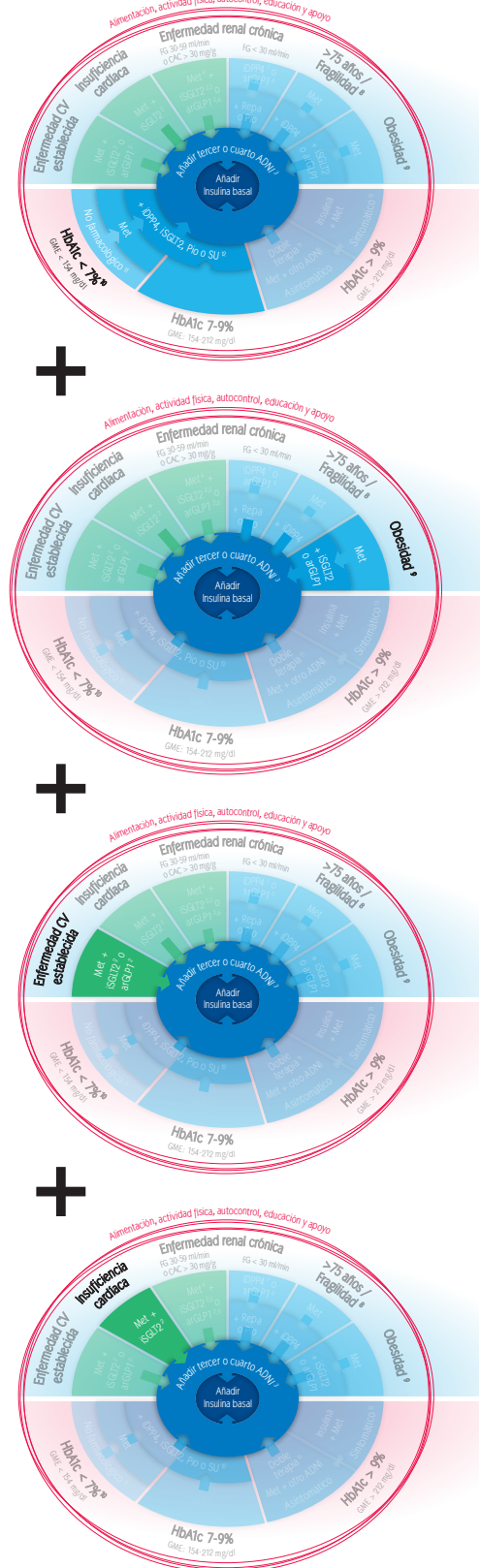
La paciente hace constar su preocupación ante el número de visitas hospitalarias, estancias en urgencias e ingresos de los últimos años, tanto por descompensación de su insuficiencia cardíaca como por dolor torácico isquémico y dolor mecánico, por los que, ante antecedentes en el historial clínico, acaba siendo derivada a urgencias. Además, presenta un elevado número de visitas sucesivas en consultas externas hospitalarias (el centro de salud se encuentra a 17 km del centro hospitalario). La convivencia con el dolor limita su actividad, relaciones familiares y estado de ánimo, de forma que supone una barrera importante para abordar su obesidad, cada vez con un mayor índice de masa corporal.

Esta situación lleva a plantear si se puede hacer «algo» desde la consulta para mejorar. Se trata de una paciente de 79 años y con HbA_{1c} del 6,6 %, dentro de las cifras objetivo para este grupo de edad. Sin embargo, la paciente presenta tres comorbilidades susceptibles de ser tratadas con fármacos que han demostrado evidencia científica en pacientes con DM^{1,2}: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y obesidad grave (figura 1).

Ante este escenario, a la sombra de una prevención cuaternaria³ de los pacientes (para evitar el daño por excesos de medicación o un excesivo número de intervenciones diagnósticas) y observando a la paciente unos segundos (hay que recordar cómo ha entrado con andador por el dolor y como necesita ayuda ante su peso), se plantea si sería necesario intensificar el tratamiento de su DM o, por otro lado, fijar el objetivo en otros aspectos clínicos susceptibles de mejora al revisar el tratamiento y la analítica (lípidos, escala analgésica del dolor, actividad física, etc.).

Si se revisa su HbA_{1c}, ¿sería inercia no hacer ningún cambio si se está en objetivo⁴? Por otro lado, la paciente es algo más que cifras numéricas: es necesario conocer todo aquello que puede también hacer inclinar la balanza (su familia, su entorno, su ciclo vital, cómo afronta cada acontecimiento de salud y enfermedad, etc.).

Figura 1. Recomendaciones terapéuticas en el algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud de 2020¹



Así es como la decisión terapéutica consiste en añadir un análogo del péptido similar al glucagón tipo 1, liraglutida, con una dosis de 1,2 mg/día. Es un fármaco hipoglucemiante seguro⁵, con fácil manejo y que se puede combinar con su tratamiento de base (empagliflozina). Tiene un efecto favorable sobre factores de riesgo cardiovascular, ya que disminuye considerablemente el peso y reduce los eventos cardiovasculares y la mortalidad, en el caso de la liraglutida⁶.

Se explica a la paciente y a su marido (y posteriormente a su hija en próximas visitas) la administración, efectos secundarios, objetivos, etc. Se efectúan controles analíticos cada tres meses. Aunque se trata de un fármaco con riesgo bajo de hipoglucemias, se instruye a la familia en detección y prevención de estas. Se realizan citas por medicina/enfermería, tanto presenciales como telefónicas. Se refuerzan la dieta y la actividad física adaptada; se lleva a cabo un registro de peso, PA, edemas y síntomas como disnea.

EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE

A los 18 meses, los datos de la exploración revelan una pérdida de más de 20 kg de peso, una mejoría en control lipídico y un descenso de cifras de PA, transaminasas, etc. No hay microalbuminuria, pero sí un ligero descenso del filtrado glomerular. Peso: 81 kg; talla: 145,5 cm; índice de masa corporal: 38,5 kg/m²; PA: 129/79 mmHg; glucosa: 109 mg/dl; HbA_{1c}: 5,9 mg/dl; colesterol total: 108 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad: 35 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad: 52 mg/dl; triglicéridos: 107 mg/dl; creatinina: 0,74 mg/dl; filtrado glomerular estimado (CKD-EPI): 83,4 ml/min/1,73 m²; sin microalbuminuria; aspartato aminotransferasa: 29 UI/l; alanina aminotransferasa: 43 UI/l; γ -glutamyl transferasa: 65 UI/l.

La paciente mostró desde el inicio buena tolerancia al fármaco, con reseñable adherencia terapéutica, pese a la medicación inyectable y dosificación diaria. Previamente, no toleró la metformina y la adherencia terapéutica a un inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4 era muy baja (tratamientos previos de la paciente a la empagliflozina). No presentó ingresos hospitalarios por agudización de la insuficiencia cardíaca ni cardiopatía isquémica. La paciente

manifiesta una gran mejoría de movilidad y de su disnea: sale a pasear a diario, se encarga de hacer la comida, etc. La presencia de menor dolor osteoarticular permitió la deprescripción de fentanilo. Presentó una mejoría de la calidad de sueño, lo que condujo a la deprescripción de mirtazapina. La mejoría también fue percibida por sus familiares: motivación para aspectos como dieta, ejercicio, prevención de caídas, ejercicios de memoria, etc.

El tratamiento inyectable se abordó conjuntamente con enfermería, para romper barreras sobre 'insulina', «enganche», etc. La implicación de la paciente y su marido en el autocuidado, así como de sus hijas, contribuyó al control precoz de síntomas cardíacos y a la deprescripción de fármacos. La decisión de intensificar el tratamiento en la paciente anciana se revisó con analíticas trimestrales, con una importante precaución sobre hipoglucemias y otros efectos adversos. El trabajo coordinado con Cardiología fue fundamental para la adherencia de la paciente.

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

Es importante no olvidar revisar todos los aspectos que pueden condicionarnos una actitud terapéutica con cada paciente:

- **Grado de control** (tener en cuenta los fármacos que han demostrado evidencia científica en el manejo de las patologías).
- **Efectos adversos** provocados por los fármacos que puedan inducir también cascadas terapéuticas.
- **Otras comorbilidades** que determinen diversos enfoques terapéuticos y que se deben reflejar en el historial clínico para facilitar su manejo a corto o medio plazo (pacientes que cambian de cupo, que se valoran en un contexto de urgencias, guardias, etc.) por todos los profesionales.
- **Revisión periódica de la medicación:** ¿falta o sobra? No se puede realizar siempre, pero no hay que olvidar criterios de deprescripción⁷, también presentes en la DM y en pacientes ancianos.
- **Contexto personal-familiar-social** de los pacientes, que se ha de trabajar conjuntamente para conseguir los objetivos y mantener una motivación para el cambio.

BBIBLIOGRAFÍA

1. Mata M, Artola A, Díez J, Ezkurra P, Franch J, García FJ. Actualización de 2020 del algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS. *Diabetes Práctica*. 2020;11:47-53.
2. Zelniker TA, Wiviott SD, Raz I, Im K, Goodrich EL, Furtado RHM, et al. Comparison of the effects of glucagon-like peptide receptor agonists and sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors for prevention of major adverse cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes mellitus. *Circulation*. 2019;139:2022-31.
3. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. *Primary Care*. 2010;10:350-4.
4. García Soidán J (coord.). Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: recomendaciones de la redGDPS. Fundación redGDPS; 2018. Disponible en URL: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/> [último acceso: 29 de agosto de 2020].
5. Astrup A, Carraro R, Finer N, Harper A, Kunesova M, Lean ME, et al. Safety, tolerability and sustained weight loss over 2 years with the once-daily human GLP-1 analog, liraglutide. *Int J Obes*. 2012;36:843-54.
6. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck MA, et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375:311-22.
7. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:89-96.