D

Diabetes mellitus tipo 2: mal control y barrera idiomática

Anna Llenas Martínez, Josep Franch Nadal

Equipo de Atención Primaria Raval Sud. Barcelona

PALABRAS CLAVE

Control metabólico. Diabetes mellitus tipo 2. Etnia. Inmigración. Tratamiento.

RESUMEN

El diagnóstico, tratamiento y control de las personas de otras culturas es una situación cada vez más frecuente y que comporta evidentes dificultades. El profesional sanitario debe adaptarse a esta realidad.

DIAGNÓSTICO

- DM tipo 2 (DM2).
- Obesidad abdominal.
- Hipertensión arterial.

COMENTARIO

Terapéuticamente se nos plantean varias posibilidades:

- Mantener la metformina (850 mg) en dosis 1-0-1 insistiendo en la correcta toma del fármaco.
- Subir a metformina (850 mg) 1-1-1 insistiendo en la correcta toma del fármaco.
- Dar ya de entrada una asociación de dos antidiabéticos orales, porque

difícilmente con un solo fármaco alcanzará una $HbA_{1c} < 7\%$. Pero dudamos en la elección del segundo fármaco: gliclazida, porque es más barato; repaglinida, porque sus hiperglucemias son principalmente posprandiales; un inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4), porque es más seguro y no dará hipoglucemias; un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, porque tiene una buena función renal; o directamente la insulina, porque es más potente.

- Derivarlo al endocrino de nuestro centro.

Probablemente todas las opciones pueden ser válidas, pero optamos por iniciar ya de entrada un tratamiento combinado de metformina + iDPP4, por las siguientes reflexiones:

- El cumplimiento terapéutico es un problema terrible que afecta a casi el 50 % de las personas que tienen una DM2 o cualquier otra enfermedad crónica indolora. Esto es especialmente preocupante en personas inmigrantes de etnias en las que no existe el concepto preventivo, porque viven el día actual sin preocuparse por el futuro. Por tanto, en todo el seguimiento del paciente el cumplimiento terapéutico debe ser una obsesión. Intentaremos aplicar medidas que lo faciliten (como usar combinaciones en dosis fijas, sencillez de las tomas e interrogatorios frecuentes).
- La dosis con mejor relación entre eficacia/efectos secundarios es la de 2000 mg/día de metformina; por tanto, al subir a 3 comprimidos de metformina al día, probablemente aumentaremos los efectos secundarios (diarreas y disconfort abdominal) sin conseguir una mayor reducción de la HbA_{1c} .
- Las sulfonilureas son los fármacos orales que más hipoglucemias producen, de manera que no parecen muy indicadas en este paciente que trabaja en la construcción, con unos horarios de comida irregulares.
- Probablemente el paciente tendrá glucemias posprandiales elevadas; sin embargo, ese no es su principal problema en estos momentos (glucemia basal de 281 mg/dl).
- La opción metformina con iDPP4 es la más atractiva, por su escaso riesgo de producir hipoglucemias y la eficacia similar a otras alternativas orales. En el caso del inmigrante, la linagliptina es el iDPP4 que muestra más experiencia de uso, puesto que se han realizado estudios en múltiples grupos étnicos con excelentes resultados.
- La elección de un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 puede ser otra opción muy válida, especialmente a partir de los resultados del EMPA-REG.
- Efectivamente, la insulina es la opción más potente, pero, por un lado, el riesgo de hipoglucemia también es muy alto y, por otro lado, precisa un proceso educativo complejo.
- Al final optamos por la opción de dar metformina (1000 mg)/linagliptina (2,5 mg) cada 12 horas (1-0-1), además de insistir en la necesidad de

que el paciente acuda a la consulta de enfermería para un programa educativo adaptado a sus creencias.

Y reflexionamos sobre varios temas:

- Existe una barrera idiomática, que no es idiomática tan solo, sino básicamente cultural. ¿Qué percepción tendrá él de la salud o de las enfermedades que no duelen? ¿Su religión influirá en su concepto de salud? Si la pretensión del profesional sanitario es ofrecer al paciente recursos para gestionar sus propios objetivos (*empowerment*), es posible que este comportamiento no sea el que de entrada el paciente espera. En realidad, en el modelo de la «cultura musulmana», el médico detenta el poder de la relación. Personas con *locus of control* externo como son en general los individuos con fuertes convicciones religiosas, es posible que parezcan poco permeables a este tipo de relación médico-paciente y, simplemente, preferirán obedecer.
- Una de las labores más difíciles que puede tener el profesional sanitario es intentar proporcionar una educación sanitaria eficaz a personas con barreras idiomáticas y culturales.
- Al margen de la prevalencia de DM en sus países de origen, cuando los emigrantes se adaptan al país de acogida se modifican sus estilos de vida y sus hábitos alimentarios (suelen incrementar el consumo de azúcares rápidos) en un proceso que se ha denominado «occidentalización». Esta adaptación suele conllevar resultados negativos en lo que a la presencia de enfermedades metabólicas como la obesidad y la DM2 se refiere.
- La regla de oro será *individualizar* siempre todas nuestras actuaciones. Habrá que explicárselo, priorizar y negociar con él. Posiblemente deberemos contar con la ayuda de un mediador cultural. Y habrá que establecer una pauta de seguimiento e intentar corresponsabilizar al paciente de su cuidado, así como establecer unos objetivos realistas y alcanzables. Deberemos hacer muchas cosas, enfrentarnos a muchos desafíos, pero esa es nuestra misión de cada día.

BIBLIOGRAFÍA

- Abate N, Chandalia M. The impact of ethnicity on type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2003;17:39-58.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl 1):S11-61.
- Franch J (coordinador). *Diabetes y etnias*. Barcelona: Editorial Euromedice; 2011.
- International Diabetes Federation. *Diabetes atlas*. 7.^a ed. Disponible en:

URL: www.eatlas.idf.org.