

## Paciente diabético tipo 2, obeso, con trastorno psicótico de tipo paranoide y mal control metabólico a pesar de distintas combinaciones de antidiabéticos orales

José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza

### RESUMEN

Paciente diabético tipo 2, obeso, con trastorno psicótico de tipo paranoide y mal control metabólico a pesar de distintas combinaciones de antidiabéticos orales. Seguimiento compartido con Endocrinología, con escasa comunicación y algunos cambios de domicilio que agravan el problema. La historia clínica presenta importantes «lagunas de información».

### ANTECEDENTES PERSONALES

- Apendicectomía a los 23 años.
- Trastorno psicótico de tipo paranoide con el primer brote a los 26 años, coincidiendo con consumo generoso de cannabis y, posiblemente, relacionado con el fallecimiento de su padre por muerte súbita.
- Dislipemia mixta desde hace ocho años.
- Hipertensión arterial desde hace seis años.

### Historia sociofamiliar

Nunca ha tenido un trabajo remunerado estable. En estos momentos percibe una renta de reinserción, con derecho a farmacia gratuita. Vive en un piso tutelado con otras tres personas, bajo el auspicio de una ONG. Reciben una comida preparada diariamente y ellos se ocupan de desayuno y cena. Escaso apoyo familiar. La madre vive en una ciudad distante, con una hija. Su hermano, que vive en la misma ciudad, no quiere saber ya nada de él, porque está ya «cansado». Cuenta con cierto soporte de la red social, de modo intermitente.

### HISTORIA CLÍNICA ACTUAL

Acude a la consulta, desanimado e irritado, desde la consulta del endocrinólogo, que le había propuesto meses antes la cirugía bariátrica, pero había sido rechazado por el equipo de

valoración. En estos momentos, estaba a punto de aceptar una propuesta de trabajo, de muy baja cualificación, pero estable, en una empresa colaboradora con proyectos de reinserción social. «Lo que menos me preocupa es la diabetes.»

### Medicación actual

Metformina: 1000 mg/12 h; dapagliflozina (suspendido); atorvastatina: 40 mg/24 h (noche); losartán/hidroclorotiazida: 50/12,5 mg/24 h (mañana); amlodipino: 10 mg/24 h (noche); ácido acetilsalicílico: 100 mg/24 h (noche); aripiprazol: 15 mg/día.

### ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Última consulta hace más de tres meses. No presenta síntomas cardinales de diabetes a pesar del probable deficiente control metabólico. No hay incidencias clínicas intercurrentes de interés. Sigue manifestando poca adherencia al tratamiento farmacológico y escaso seguimiento de dieta y ejercicio (andar) recomendados. Ha ganado 2,4 kg desde la visita anterior.

Índice de masa corporal: 37,3 kg/m<sup>2</sup>; presión arterial: 145/84 mmHg (promedio de tres tomas). Se revisan datos de la monitorización ambulatoria de la presión arterial de la última consulta: patrón *no dipper*. Auscultación cardiopulmonar: ritmo sinusal a 84 lpm; sin soplos, hipoventilación sin ruidos añadidos. Abdomen globuloso, sin palpase organomegalias ni auscultarse soplos. Pulsos periféricos normales. No se realiza exploración con monofilamento.

Se solicita una nueva analítica.

### DATOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Glucosa: 256 mg/dl; hemoglobina glucosilada: 9,2 %; urea: 45 mg/dl; creatinina: 1,09 mg/dl; triglicéridos:

478 mg/dl; colesterol: 223 mg/dl; lipoproteínas de alta densidad: 37 mg/dl; lipoproteínas de baja densidad (no puede calcularse); GOT: 38 UI/l; GPT: 41 UI/l; GGT: 76 UI/l; fosfatasa alcalina (FA): 98 UI/l; lactato deshidrogenasa (LDH): 112 UI/l. Índice albúmina/creatinina: 38 mg/g.

Electrocardiograma normal.

### POSIBLES OPCIONES TERAPÉUTICAS Y TRATAMIENTO INSTAURADO

Revisando la historia, al paciente se le había tratado con dosis inferiores de hipolipemiantes y antihipertensivos y diversas combinaciones de antidiabéticos orales, añadiendo a la metformina sucesivamente sulfonilureas, pioglitazona, repaglinida y sitagliptina. Cada fármaco sustituyó al anterior, aunque el incumplimiento de objetivos probablemente se debía a una mala adherencia terapéutica. El último fármaco utilizado, dapagliflozina, se retiró a causa de una balanitis.

Se propone la utilización de un análogo del péptido similar al glucagón tipo 1 de efecto predominantemente posprandial (lixisenatida) y valorar en 3-4 meses la respuesta terapéutica, tanto en disminución del peso como en las cifras de hemoglobina glucosilada, condición necesaria para seguir manteniendo el tratamiento. No obstante, se concierta comunicación por *mail* al mes, para valorar posibles efectos secundarios y adherencia al tratamiento y a hábitos saludables.

Realizado ya este primer control, por *mail*, el paciente había perdido 2,3 kg, llevaba a cabo un mejor cumplimiento de la dieta y ejercicio y tenía mayor motivación al comenzar

a trabajar. Las náuseas de la primera semana no interrumpieron el tratamiento «porque me da confianza nuestra relación profesional».

### CONCLUSIONES/DISCUSIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente complejo por sus circunstancias clínicas y sociales y su enfermedad mental, con muy mala adherencia al tratamiento. Es característica en estos casos la irregularidad en las comidas, que suelen ser muchas veces excesivas, el tabaquismo intenso y la influencia negativa de los neurolépticos para el control glucémico. La obesidad, casi siempre acompañante, cierra el círculo vicioso de la deficiencia en el ejercicio físico.

La indicación habitual de insulinización se ve en este caso desaconsejada por la obesidad y por la irregularidad del paciente en el cumplimiento terapéutico y medidas de autocontrol, a las que no parece muy dispuesto. La propuesta de utilizar un análogo del péptido similar al glucagón tipo 1, preferentemente de acción posprandial, parece una actuación muy razonable, aunque no hay apenas literatura al respecto, según lo consultado.

Aunque se sugiere la necesidad de una atención diferencial a estos pacientes<sup>1</sup>, existen pocas guías o documentos de consenso, poco actualizados además<sup>2,3</sup> y que no abordan específicamente los aspectos del tratamiento<sup>4,5</sup>. Es cierto que, a nivel poblacional, no es un tema de gran relevancia, pero creemos que la atención a los pacientes con enfermedad mental grave, institucionalizados o no, merece una consideración especial.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas P, Raymond P, Charbonnel B, Vaiva G. Are there specific care requirements for patients with schizophrenia and diabetes or with a risk of diabetes? *Eur Psychiatry* 2005;20 (Suppl 4):S358-63.
2. American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:596-601.
3. Hert MD, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Möller HJ. Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2009;2(1):49-59.
4. González I. Factores de riesgo de la diabetes. El trastorno mental severo. *Diabetes Práctica* 2012;4:39-45.
5. Bresee L, Majumdar S, Patten S, Johnson J. Diabetes, cardiovascular disease, and health care use in people with and without schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26(5):327-32.

## COMENTARIO POR SARA ARTOLA MENÉNDEZ

Este fue el caso número 38. El autor nos presenta a un paciente de difícil abordaje, pluripatológico en la esfera psiquiátrica. Ante dichas circunstancias resulta prioritario investigar activamente el soporte sociofamiliar, algo que con frecuencia delegamos en otros ámbitos asistenciales sin asumir que es muy poco probable que se pueda controlar su diabetes sin la implicación directa en la esfera psicosocial, incluso con un seguimiento compartido por Primaria/Endocrinología.

Al perfil del diabético incumplidor se asocia aquí la enfermedad mental grave y el entorno desestructurado. El baremo por originalidad fue muy alto.

A pesar del escenario desfavorable, no debe justificarse el descontrol metabólico (hemoglobina glucosilada del 9,2 %). El primer aspecto es establecer el objetivo de control metabólico basado en las características individuales del paciente. Siguiendo las recomendaciones de la ADA/EASD 2015<sup>1</sup> y el algoritmo de la redGDPS 2014<sup>2</sup>, en este paciente deberíamos plantear un objetivo en torno al 7,5-8 %, dadas las dificultades sociofamiliares y la comorbilidad.

En un paciente donde es necesario reducir entre el 1 y el 1,5 % la HbA<sub>1c</sub> y donde no se desea mayor ganancia de peso, se proponen dos opciones: los iSGLT2 por vía oral que hubo que suspender tras un episodio de balanitis y los arGLP1.

Los arGLP1 actúan aumentando la secreción de insulina y frenando la producción hepática de glucosa (glucagón) y, al mismo tiempo, retardan el vaciamiento gástrico y reducen el apetito, lo que favorece la pérdida de peso. Diferentes estudios han mostrado reducciones de la HbA<sub>1c</sub> de alrededor de un 1 % y pérdidas de peso medias de 3,5-4 kg con los arGLP1<sup>1,3</sup>. Se optó por lixisenatida 10 µg sc., administrada una vez al día, dentro de la hora anterior a

la primera comida del día, y se tituló la dosis a 20 µg a los 14 días.

Los pasos a seguir constituyen un ejemplo de utilidad aplicable. No hay que olvidar la interacción de los neurolépticos con el control glucémico y el repaso de frecuentes cambios de antidiabéticos orales, sin conseguir un buen control.

Siguiendo la dinámica de evaluación, se consideró el análisis estructurado de las posibilidades terapéuticas, acompañadas de nuevas formas de comunicación no presencial que pueden resultar útiles. El carácter didáctico y la calidad de la exposición cierran con las cinco citas bibliográficas la evaluación del caso.

A destacar de forma especial la discusión y conclusiones por su ordenada reflexión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2015; 38(1):140-9.
2. Alemán JJ, Artola S, Franch J, Mata M, Millaruelo JM y Sangrós J, en nombre de la RedGDPS. Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: control glucémico. 2014. Disponible en <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=948>.
3. Balena R, Hensley IE, Miller S, Barnett AH. Combination therapy with GLP-1 receptor agonists and basal insulin: a systematic review of the literature. *Diabetes Obes Metab*. 2013; 15(6):485-502.