

## Cosas de la vida según nuestros queridos pacientes

Francisco Urbán Delicado

Coordinador médico del Centro de Salud de Altabix. Elche (Alicante)

### RESUMEN

Caso de una paciente de las «habituales» en Atención Primaria. En este modelo de atención, podemos y debemos atender a otras situaciones que afectan a la vida de nuestros pacientes y, por tanto, a cómo se manejan con sus enfermedades. Vemos cómo influyen sus problemas sociales, familiares y emocionales, y cómo conociéndolos podemos entender en muchas ocasiones por qué con un paciente no obtenemos los resultados esperados ante su enfermedad.

Vemos cómo hemos ido cambiando de tratamiento por no obtener resultados favorables o por la aparición de efectos secundarios en los que ha influido su situación familiar.

### ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer de 64 años. Ama de casa. Encargada de hacer la comida y cena para ella, su marido y un hijo de 41 años que ha vuelto a casa tras separarse de su pareja. Con frecuencia también come en su casa otra hija de 44 años, divorciada con dos hijos que comen en casa de la paciente casi todos los fines de semana.

Antecedentes patológicos:

- Diabetes mellitus tipo 2 de unos seis años de evolución.
- Hipertensión arterial esencial.
- Hiperlipemia con predominio de hipertrigliceridemia.
- Obesidad.
- Insuficiencia venosa crónica.
- Esteatosis hepática.
- Colectomizada.

### HISTORIA CLÍNICA ACTUAL

Paciente con mal control glucémico habitual, a pesar de distintos intentos de cambio de tratamiento.

Ha tenido dos episodios de hipoglucemia, uno atendido en el centro de salud y otro en urgencias hospitalarias.

Se observa, además, una falta de adherencia terapéutica, a través de las recetas no recogidas en la oficina de farmacia (comprobado mediante aplicación informática de prescripción terapéutica e historia clínica).

### ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso: 81 kg; talla: 161 cm; índice de masa corporal: 31,2 kg/m<sup>2</sup>.
- Perímetro abdominal: 88 cm.
- Presión arterial en consulta médica: 134/82 mmHg.
- Auscultación cardíaca: frecuencia de 76 lpm, rítmica, sin soplos.
- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin soplos abdominales.
- Pulsos periféricos presentes y simétricos en las cuatro extremidades.
- Exploración neurológica dentro de la normalidad, sin alteraciones en la sensibilidad.
- Clasificación clínica de insuficiencia venosa extremidades inferiores de la American Venous Fórum 1994: C4a, Ep, An, Pn, sintomática, con medidas de compresión aconsejadas pero no utilizadas.

### DATOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Última analítica:

- Hemograma: normal; glucemia: 188 mg/dl; urea: 24 mg/dl; creatinina: 1,05 mg/dl.
- Colesterol: 241 mg/dl; triglicéridos: 290 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad: 45 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad: 138 mg/dl.

- Ácido úrico 7,5 mg/dl; GOT: 45 UI/l; GPT: 52 UI/l; GGT: 84 UI/l; fosfatasa alcalina: 112 UI/l; creatina fosfoquinasa: 176 UI/l.
- Hemoglobina glucosilada: 8,2 %.
- Hormona estimulante de la tiroides: 3,88  $\mu$ UI/ml.
- Microalbuminuria: no; filtrado glomerular MDR/CKD-EPI (Modification of Diet in Renal Disease equation/Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration formula): 56,1 ml/mn.

Otras exploraciones:

- Índice tobillo-brazo: 1,1.
- Retinografía: normal.
- Electrocardiograma: normal.

### POSIBLES OPCIONES TERAPÉUTICAS Y TRATAMIENTO INSTAURADO

Tras su diagnóstico se inició el programa de educación sanitaria en consulta de enfermería, abordando aspectos de información, alimentación, ejercicio y autocuidado. Como tratamiento farmacológico, se pautó metformina con una dosis inicial de 850 mg diarios.

Se fue aumentando la dosis de metformina hasta llegar a 850 mg 3 veces al día. Ante la falta de buen control con esta dosis (hemoglobina glucosilada del 8,5 %), se añadió al tratamiento glimepirida, comenzando con 2 mg diarios y llegando a 6 mg. La paciente sufrió dos episodios de hipoglucemia, uno atendido en el centro de salud y otro en urgencias hospitalarias al tratarse de un domingo. Estos dos episodios de hipoglucemia aparecieron en el curso de dos semanas, coincidiendo además con el regreso a casa de su hijo tras su separación.

Ante estas hipoglucemias se retiró la glimepirida y se añadió pioglitazona, comenzando por 15 mg y llegando a 30 mg diarios. Con la metformina (850 mg cada 8 horas) y la pioglitazona (30 mg diarios), la hemoglobina glucosilada se situó en el 8,2 % a los seis meses, y el peso prácticamente no varió.

Con estos datos cambiamos el tratamiento, dejamos la metformina en la misma dosis (850 mg 3 veces al día) y añadimos lixisenatida (10  $\mu$ g diarios durante 2 semanas, y 20  $\mu$ g diarios posteriormente). Se envió a la paciente a consulta de enfermería para adiestramiento en la técnica de administración. Esta prefirió ponérsela todos los días antes de la cena, pues en ese momento del día suele estar más tranquila. La paciente tuvo al principio dolor abdominal difuso y náuseas ocasionales (no llegaron a vómitos), que fueron desapareciendo poco a poco en un mes aproximadamente. Aparecieron reacciones locales: enrojecimiento y sensación de picor, que duraron más (de dos a tres meses), y que ahora solo ocurren ocasionalmente.

A los seis meses de tratamiento con metformina y lixisenatida la paciente tiene una hemoglobina glucosilada del 7,4 % y el peso se ha reducido en 4 kg (77 kg).

En cuanto al resto de tratamientos, tiene pautado 160 mg de valsartán en el desayuno, con un control aceptable de su presión arterial, y 20 mg de atorvastatina. Actualmente hemos añadido un fibrato (145 mg de fenofibrato) por no alcanzar los objetivos terapéuticos en cuanto a lípidos.

### CONCLUSIONES/DISCUSIÓN DEL CASO

Como dice la paciente, las cosas (y sufrimientos) de la vida influyen en que se tome más o menos interés en su cuidado y en el cumplimiento. Le afectaron mucho las separaciones/divorcios de los hijos, además de la carga física y de responsabilidad que le ha supuesto el que hayan vuelto a su casa.

Le afecta en el control de su dieta, puesto que la comida que prepara es distinta a si estuvieran solo su marido y ella, y le afecta en el tiempo libre que le queda.

Además, reconoce que la toma de pastillas se le olvida más de lo que debiera, piensa que por motivos de estrés. Lo que no se le olvida es ponerse «la inyección» de lixisenatida, quizá porque le da más importancia a esta forma de administración.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ficha técnica de Lyxumia®. Sanofi-Aventis. Disponible en: URL: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/002445/WC500140401.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002445/WC500140401.pdf). Último acceso: 2 de agosto 2015.
- Guía clínica Fisterra. Diabetes mellitus tipo 2. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-tipo-2/>. Fecha de la última revisión: 9 de mayo de 2014.

### COMENTARIO POR JORGE NAVARRO PÉREZ

El caso expuesto pretende representar a un paciente común en la consulta de Atención Primaria: mujer con diabetes mellitus tipo 2, en torno a los 65 años y con obesidad, ama de casa y con un entorno familiar que le dificulta introducir un estilo de vida más saludable, por falta de tiempo y de dinero. Suponemos que, además, le gusta comer, dado su peso. Entre otras comorbilidades, se observa hipertensión arterial (bien controlada) y dislipemia (mal controlada).

Su hemoglobina glucosilada ( $HbA_{1c}$ ) es del 8,2 %. El tratamiento de la diabetes se inició con metformina, llegando a (¡una vez más!) 3 comprimidos/día (de 850 mg cada uno). Se añade posteriormente una sulfonilurea (glimpirida), que se titula en dosis elevadas (6 mg/día), lo que provoca hipoglucemias. Dosis mayores de 4 mg de glimepirida diarios solo dan mejores resultados en casos excepcionales. Menos mal que la paciente era incumplidora.

Ante la aparición de hipoglucemias se retira la glimepirida (podría haberse titulado en menos dosis diaria) y se añade

pioglitazona titulada en 30 mg/día (bien, pues es una persona obesa). Se mantiene la metformina en dosis altas. Más tarde, al ver que no mejora claramente la  $HbA_{1c}$  y que no pierde peso, se agrega un análogo del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) de acción corta o prandial (lixisenatida). Entendemos que al introducir el análogo del GLP-1 se retira la glitazona, pues finalmente parece llevar metformina (en dosis altas) y lixisenatida. Hubiera sido muy interesante combinar metformina más pioglitazona más el análogo de GLP-1. Pero con metformina más lixisenatida, en seis meses, la paciente llega a una  $HbA_{1c}$  del 7,4 % y pierde 4 kg.

Para el control lipídico se añade a los 20 mg de atorvastatina un fibrato (fenofibrato). Dado el perfil de alto riesgo cardiovascular de la paciente, también hubiera sido interesante subir la dosis de la estatina.

El cumplimiento terapéutico ha aumentado al incorporar un fármaco «pinchado».