

■ **DIABÉTICO TIPO 2 CON FRACASO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES, QUE NO ACEPTA TERAPIA INSULÍNICA**

DIABÉTICO TIPO 2 CON FRACASO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES, QUE NO ACEPTA TERAPIA INSULÍNICA

AUTOR: JUAN CARLOS AGUIRRE RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
MÉDICO DCCU DEL DISTRITO METROPOLITANO
DE GRANADA. SANTA FE (GRANADA). MIEMBRO DEL GRUPO
DE DIABETES DE SEMERGEN

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE
MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD
DEL LIMONAR. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

Aunque está demostrado que el uso precoz de la insulina en el tratamiento de la diabetes tipo 2 aporta importantes mejoras en el grado de control, todos sabemos que no suele ser acogido con agrado por parte de nuestros pacientes. Tanto el diabético, como el médico que lo trata suelen tener el sentimiento que recurrir a la insulina es la "última opción" y, por tanto, supone "un fracaso" ya que no se han conseguido controlar los niveles de glucosa a pesar de las múltiples intervenciones que se han realizado previamente: cambios en el estilo de vida, uso de uno o varios fármacos, etc...

Además, la insulina y su forma de administración están relacionadas con múltiples e injustificados mitos que se suman al miedo que el paciente siente por las inyecciones, a una mayor responsabilidad en su propia enfermedad y autocontrol, o al temido riesgo de hipoglucemias.

Sin lugar a dudas, la terapia insulínica demuestra una muy elevada efectividad en la mayoría de los pacientes. Y, si analizamos la evolución natural de la diabetes tipo 2, donde, por una parte, se va produciendo un deterioro progresivo de las células beta-pancreáticas asociado a la propia enfermedad y al aumento de edad y, por otra parte se produce un frecuente fracaso secundario de los antidiabéticos orales, llegaremos a la conclusión de que un elevado porcentaje de diabéticos tipo 2 requerirá en algún momento de su vida, ser tratado con insulina.

CASO CLÍNICO

María es una diabética de 61 años de edad a la que conocemos casi desde que fue diagnosticada hace 8 años. A lo largo de este tiempo hemos ido introduciendo numerosos cambios en su tratamiento ya que el control metabólico ha sido siempre un objetivo inalcanzable: dieta y ejercicio que realiza de forma ocasional y anárquica y diversos antidiabéticos orales con resultados y tolerancia muy dispares. En alguna ocasión le hemos propuesto tratarla con insulina pero no quiere ni oír hablar del tema, por lo que hemos continuado con antidiabéticos orales, en contra de nuestra opinión y, a pesar del escaso control.

Hoy acude a recoger su analítica y vamos a intentarlo nuevamente, ya que está en tratamiento con metformina y sulfonilureas a dosis máxima. Además, hace 3 meses le asociamos pioglitazona, ante la negativa de la paciente, una vez más, al tratamiento con insulina. En ese momento nos prometió que iba a andar a diario y a hacer la dieta de forma correcta ("¿es que hasta ahora no la hacía?") y, aseguró que lo comprobaríamos en el próximo control. Glucemia basal: 286 mg/dl y HbA1c: 8,6 por ciento...

(Médico): María, ¡Esto es un desastre!, ¡Así no podemos seguir!

(María): Pues esta vez lo he hecho todo bien, no me he tomado ni un pastel, con lo que me gustan...

(Médico): Si hubiera hecho eso mismo hace años, no estaríamos en esta situación. Mira que se lo avisé: "...cómo no haga las cosas bien tendremos que ponerle insulina", ¡Ahora ya es tarde!

DIABÉTICO TIPO 2 CON FRACASO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES, QUE NO ACEPTA TERAPIA INSULÍNICA ■

(María): Lo mismo con otras pastillas...

(Médico): ¡María! No se engañe, no podemos tomar tantas pastillas: 3 para el azúcar, la del colesterol, las 2 de la tensión, la de la circulación, y las de su artrosis... No podemos esperar más: hay que ponerle insulina hoy mismo...

(María) (llorando): Lo mismo mandándome otras pastillas más fuertes...

(Médico): ¡María!

(María): ...Y si me mandara al especialista... Hace muchos años que no me ve el médico del azúcar.

(Médico): El especialista nos regañaría por no haberle puesto ya la insulina. María, no tenemos otra opción, yo le voy a mandar la insulina y si quiere se la pone y si no...

(María) (desesperada): Y...quién me va a pinchar, vivo sola... yo no sé... y si me mareo, o... me quedo ciega... Por favor no me ponga insulina... vamos a esperar un poco más... por favor... (llora desconsoladamente).

(Médico): Bueno, no se ponga así... Vamos a ver si el próximo análisis viene mejor...

DISCUSIÓN

Esta situación, totalmente real, es frecuente en nuestras consultas: el paciente tiene miedo ante una nueva expectativa de tratamiento, que desconoce y que teme por los rumores y mitos que existen referidos a la insulina: teme al tratamiento, pero no teme a la diabetes en si ni a las complicaciones que posiblemente ya tenga. Y, por otra parte, el médico adopta una actitud "poco negociadora", quizá haya establecido una relación previa con la paciente que condiciona la situación actual. Se puede intuir que esta relación tiene ciertos tintes paternalistas y autoritarios: "...¡Así no podemos seguir!... Si hubiera hecho eso mismo hace años... Mira que se lo avisé... yo le voy a mandar la insulina y si quiere se la pone y si no...".

Además, hay que tener en cuenta que el médico ha utilizado previamente el tratamiento con insulina como "amenaza": "cómo no haga las cosas bien tendremos que ponerle insulina". En esta situación el paciente se puede sentir defraudado: ... esta vez lo he hecho

todo bien... (Puede pensar: ¿No me dijo que la insulina era sólo si no hacía bien las cosas...?).

Como decíamos anteriormente, la situación que refleja esta entrevista no es casual, sino que es el resultado de una relación previa que condiciona totalmente toda la capacidad de maniobra del médico: ha utilizado la "amenaza", sabe que no está actuando como debiera desde el punto de vista clínico:..." El especialista nos regañaría por no haberle puesto ya la insulina", y, ante la presión emocional de ver llorar a la paciente desiste en su intento, demorando la decisión para una próxima cita (¿habrá sido esta la primera vez que el médico ha desistido de su intención ante el llanto de María?). (Gráfico 1).

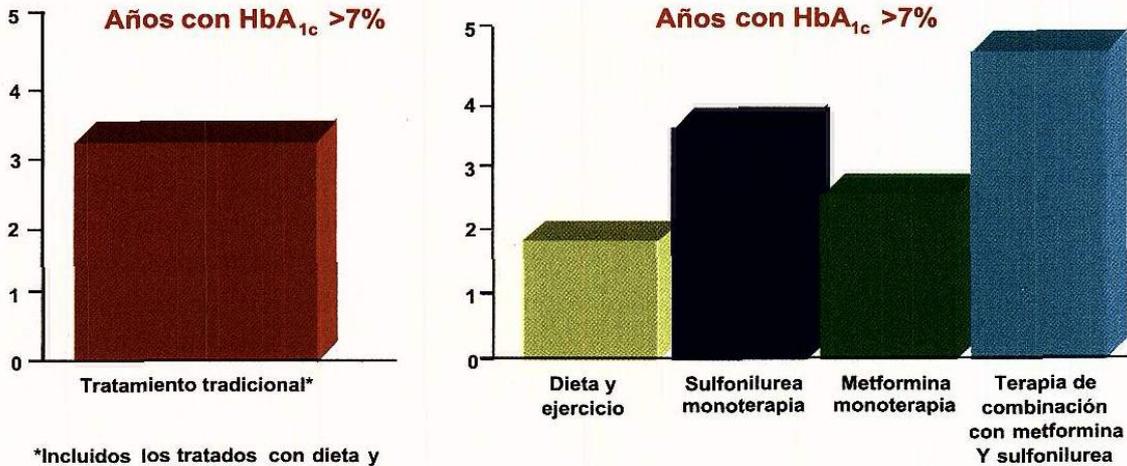
Desde el punto de vista clínico, la terapia con insulina ha pasado de ser el último recurso a desempeñar un papel muy importante desde los estadios iniciales de la diabetes tipo 2 (Gráfico 2). Cada vez contamos con mayores evidencias sobre su uso de forma precoz. El adecuado control de la glucemia permite al paciente mantener una buena calidad de vida y reduce el riesgo de posibles complicaciones a largo plazo.

La comunicación con nuestro paciente es crucial, y en este caso, es especialmente necesaria desde las primeras etapas de la enfermedad, que es cuando se crean las expectativas del paciente en relación con su patología. ¡Este es el momento! Hay que dedicar el suficiente tiempo, tan escaso en atención primaria, para explicar la evolución de la diabetes, informar con claridad sobre la efectividad de los tratamientos y evitar falsas esperanzas, desmitificando desde el principio "la mala fama de la insulina"; esto es lo que en anteriores capítulos hemos llamado la parte resolutiva de la entrevista clínica: Informar, proponer un plan de actuación, negociar y pactar. Una correcta información disminuye la incertidumbre, en cambio una información nula o insuficiente genera ansiedad y miedo.

El desarrollo y puesta en práctica de las habilidades de negociación suele disminuir o evitar este tipo de situaciones, detectando previamente las posibles resistencias u opiniones discrepantes del paciente (quién me va a pinchar, vivo sola... yo no sé... y si me mareo,

DIABÉTICO TIPO 2 CON FRACASO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES, QUE NO ACEPTA TERAPIA INSULÍNICA

GRÁFICO I. Tiempo que un diabético está descontrolado antes de que su tratamiento cambie



*Incluidos los tratados con dieta y ejercicio, monoterapia con sulfonilureas, monoterapia con metformina y sulfonilureas y metformina en combinación

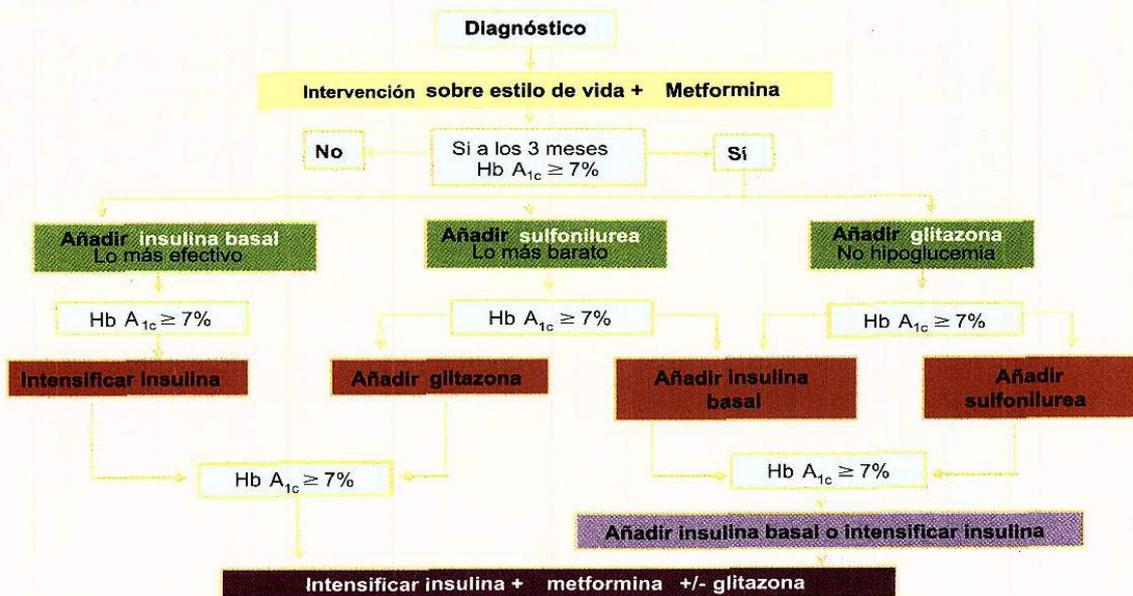
Brown JB y cols. *Diabetes Care* 2004; 27: 1535 –1540

o... me quedo ciega...) para buscar de manera conjunta el mejor plan de actuación. La solución propuesta debe ser congruente con la percepción que el paciente tenga de si mismo y de su problema. Por tanto, una negociación es efectiva cuando ambas partes tienen la

información adecuada, se aceptan los diferentes puntos de vista, no se mantiene una postura rígida y se respeta y acepta que la decisión final sea del paciente, como responsable de su salud.

Informar y negociar son las claves, tenemos tiem-

GRÁFICO 2. Algoritmo de tratamiento de la diabetes tipo 2 según la ADA/EASD (adaptado)



Adaptado del Consenso ADA/EASDDiabetologia. 2006;49(8):1711-21

DIABÉTICO TIPO 2 CON FRACASO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES, QUE NO ACEPTA TERAPIA INSULÍNICA

po a lo largo de la evolución de la enfermedad y no podemos tener "prisas de última hora", la insulini- zación en el diabético tipo 2 casi nunca reviste carácter de urgencia: es preferible esperar a que el paciente reciba la formación suficiente, sin demorarnos en exceso, a que tengamos el más mínimo imprevisto nada más comenzar el tratamiento. Si explicamos las ventajas de la insulina, así como la correcta técnica de administración generalmente se consigue eliminar parte del miedo que algunos pacientes tienen al mismo. Asimismo, los nuevos y más cómodos dispositivos de insulina ayudan a la aceptación del tratamiento y facilitan el adecuado seguimiento de la terapia.

Es posible que si hubiésemos informado a María, sin presiones ni "amenazas", desde el momento en que fue diagnosticada de diabetes y hubiésemos valorado sus expectativas y creencias en relación a la insulina, podríamos haber reconvertido sus ideas, aportando argumentos claros y concretos que le demostraran de forma indudable la facilidad y la ventaja del tratamiento propuesto.

María fue ingresada para una cirugía programada de rodilla debido a una artrosis muy avanzada, durante su estancia en el hospital se suspendieron los antidiabéticos orales y se pautó insulina NPH 2 dosis diarias y metformina. Cuando fue dada de alta acudió a nuestra consulta para solicitar las recetas

de insulina. Se encuentra estupendamente, muy animada, glucemias de 140-150 mg/ml y HbA1c de 7,5 por ciento y, ella misma se pone la insulina todos los días.

¡No era tan difícil!

Los médicos debemos estar alerta ante el fracaso del tratamiento e iniciar un tratamiento de combinación eficaz para conseguir a corto plazo el óptimo control de la glucemia: Este estudio prospectivo investigó el tiempo que un paciente no estaba controlado antes de que su tratamiento cambiara. Se observó que los pacientes tenían una HbA1c > 7 por ciento durante un promedio de 22,5 meses si estaban con dieta y ejercicio sólo, 41,5 meses con monoterapia con sulfonilureas, 33,5 meses con metformina y 58,3 meses con tratamiento de combinación (metformina más sulfonilureas), antes de que se iniciara otro tratamiento y el control se recuperara. La última HbA1c registrada antes de que se abandonara o suplementara un tratamiento concreto iba de 8,6 por ciento en el grupo de dieta y ejercicio a 9,6 por ciento en los que recibían tratamiento de combinación con sulfonilureas y metformina.

Añadir insulina al tratamiento del diabético tipo 2 puede ser una opción desde el momento en que haya un mal control metabólico. A medida que avanzamos en la evolución de la enfermedad la insulina se convierte en la actuación más efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Brown JB. Diabetes Care 2004; 27: 1535-1540.
- Calle JR. El valor añadido de las insulinas modernas en el control de la diabetes. Siete Días Médicos nº 736: 42-46. 25 Enero 2008.
- Consenso ADA/EASD. Diabetología. 2006; 49 (8): 1711-1721.
- Fisher R, Ury W and Patton B. *Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder.* Ed Gestión 2000 S.A. Barcelona 1998.
- Ginés Díaz Y. "Negociando con el paciente". En: Entrevista e historia clínica. Pag: 53-62. Semfyc y Semergen 2002. Semfyc y Semergen Barcelona, 2002.
- Nadal JF. Tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2 (DM 2). Objetivos y pautas de tratamiento. En: Actualización en diabetes para el médico de Atención Primaria. Módulo 2. Pag: 1-9. Barcelona: Ed. Dendrite, 2006.