

Don Círculo o «¡No quiero seguir engordando, por favor!»

Ángel Rodríguez-Navas González

Médico de familia. Centro de Salud Las Delicias, Jerez de la Frontera (Cádiz).

Comunicación Biomédica. Speaker Training

RESUMEN

Paciente con un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m², diabético tipo 2 desde hace seis años, con mal control metabólico con insulina basal, glucemias posprandiales elevadas, 47 años, síndrome metabólico y función renal normal. Indisciplinado, con poca adherencia a tratamientos farmacológicos, resistente a cambios en los estilos de vida (alimentación, sedentarismo), preocupado por su imagen corporal: no quiere engordar. La lixisenatida añadida a la insulina basal ha sido una alternativa altamente eficaz a la insulina regular y científicamente respaldada^{1,2}.

ANTECEDENTES PERSONALES

Don Círculo, varón de 47 años. Diabético tipo 2 desde hace seis años. Comedor y buen bebedor, buen anfitrión para saraos-fiestas. Lleva airosamente, sin arrastrar, 99 kg en 177 cm en la vertical de arte y señorío (índice de masa corporal: 31,60 kg/m²), que sabe mover, y remover, con soltura y gracia. Su cinturón, a juego con el pantalón y la camisa, a veces con sus pañuelos, abrocha 114 cm (perímetro abdominal). Trabaja de pastelero-panadero, otra de sus artes, en un amanecer cotidiano que inicia a las 03.00 h. Duerme la mañana: «Por la tarde vivo», y bien que vive, viendosele en cualquier actividad folclórica. Nunca falta una sonrisa en su rostro ni una palabra amable en su boca.

HISTORIA CLÍNICA ACTUAL

Mal control metabólico, con 50 UI/noche de insulina basal garglina. Posprandiales fuera de rango, última hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) de 7,9 %. Sin complicaciones macro o microvasculares. Función renal conservada. Intolerancia a estatinas.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Dejó de fumar hace un año y dice que engorda desde entonces, echándole la culpa también a la insulina.

En su última visita al oftalmólogo añade a su lista de problemas: cataratas iniciales e hipertensión ocular, que tratan. Hipertenso controlado cuando toma losartán (50 mg). Hipertigliceridémico tratado con gemfibrozilo, sin renunciar a sus catavinos jerezanos «olorosos y bien secos». Sedentario, salvo cuando suena una bulería, que lo arrastra y lo transforma en un monstruo, en el buen sentido, del baile por derecho, inventando juegos de piernas que nadie pensaría que podría hacer. Electrocardiograma con ritmo sinusal con bloqueo completo de la rama izquierda del haz de His. Hígado graso. Alto riesgo cardiovascular sin eventos.

DATOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Última HbA_{1c} de 7,9 % (anterior: 7,2 %). Aumento de peso: 2,5 kg en el último año. Glucemia basal: 150-180 mg/dl. Posprandiales fuera de rango; tras el almuerzo, superior a 200 mg/dl. No cumplidor (corroborada su dispensación en farmacia a través de nuestro sistema informático Diraya, conectado con las farmacias andaluzas). No respeta la dieta (alcohol). Sedentarismo.

POSIBLES OPCIONES TERAPÉUTICAS Y TRATAMIENTO INSTAURADO

Objetivos: HbA_{1c} < 7 %, glucemia tras almuerzo < 180 mg/dl. Presión arterial < 140/90 mmHg (habrá quien piense que debe ser menor); colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad < 100 mg/dl; triglicéridos < 150 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad > 40-50 mg/dl. Conseguir adherencia al tratamiento y cambio en los estilos de vida.

Se valora añadir algo que corte el círculo vicioso de su aumento de peso, sin riesgo de hipoglucemia y, dadas las características «del artista», que se pueda poner a cualquier hora; y por los niveles glucémicos y de HbA_{1c}, que actúe fundamentalmente sobre la hiperglucemia posprandial². Se descarta la insulina regular y se opta por los análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). La literatura médica y los metaanálisis corroboran lo siguiente: «La combinación de insulina basal y análogo del GLP-1 es una acertada opción terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2»³.

Se instaure la lixisenatida porque va a bajar la HbA_{1c} (0,7-0,9 %), va a disminuir la glucemia posprandial y la glucemia en ayunas, es de fácil dosificación (10 µg y luego 20 µg), monodosis, se puede tomar a cualquier hora del día y por vía subcutánea (que el paciente domina) y es bien tolerada (se informará al paciente de la posible aparición inicial de náuseas y vómitos).

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN DEL CASO

Es importante luchar contra la inercia terapéutica, propia y del paciente, para intentar alcanzar los objetivos de control⁴.

Al tener que decidir entre la lixisenatida y la insulina regular, urge un balance de beneficio-riesgo/adequación/

coste-efectividad/circunstancias individuales, etc. Se instaure el tratamiento con el agonista del GLP-1. Las ventajas de la lixisenatida frente a la insulina rápida son: no precisa titulación, 1 inyección frente a 1 a 3, no requiere monitorización glucémica posprandial, disminuye el peso corporal frente al aumento y menor riesgo de hipoglucemia, lo que compensa el mayor coste económico (el coste emocional va a favor del GLP-1).

Al presentarle el nuevo tratamiento al enfermo, su aceptación resulta fácil. La disminución de peso, el menor riesgo de hipoglucemias y la no titulación ayudaron mucho.

Al no seguir aumentando de peso y empezar a perderlo («Si me voy a poder poner hasta los trajes de corto», «Ahora sí que me tomo en serio la dieta, doctor»), el paciente mejoró su autoestima y ánimo, tanto como las glucemias posprandiales tras el almuerzo; presumiblemente la HbA_{1c} vendrá en el próximo análisis más baja (un 0,7-0,9 % menos). No debemos infravalorar «la influencia que el estado psicológico tiene sobre la adherencia y la capacidad de autocuidado en las personas con diabetes»⁵, pues ahora el paciente visita con frecuencia a la enfermera para seguir perdiendo peso. Por la tarde, viene saludando mientras anda con sus zapatos de deporte nuevos: «Cambié el *sofing* y el *Sálvame* por andar, pero no se engañe, doctor, que el *Sálvame* me lo graban». Y sobre el alcohol... Pues sobre el alcohol no me atrevo ni a preguntar a amigos míos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raccach D, Lin J, Wang E, Germé M, Perfetti R, Bonadonna RC, et al. Once-daily prandial lixisenatide versus once-daily rapid-acting insulin in patients with type 2 diabetes mellitus insufficiently controlled with basal insulin: analysis of data from five randomized, controlled trials. *J Diabetes Complications* 2014;28(1):40-4.
2. Charbonnel B, Bertolini M, Tinahones FJ, Domingo MP, Davies M. Lixisenatide plus basal insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *J Diabetes Complications* 2014;28(6):880-6.
3. Eng C, Kramer CK, Zinman B, Retnakaran R. Glucagon-like peptide-1 receptor agonist and basal insulin combination treatment for the management of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2014;384(9961):2228-34.
4. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2012;138(9):377-84.
5. Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care* 2004;27 (5):1218-24.

COMENTARIO POR SARA ARTOLA MENÉNDEZ

Lo primero que resultó destacado fue «el título del caso». Enfrentarse a la evaluación de 60 casos con características similares hace difícil identificar peculiaridades originales. El impacto de un título hace que incluso meses después se recuerden datos de este caso.

«Don Círculo o “¿No quiero seguir engordando, por favor!”» presenta un problema de un diabético joven que no consigue controlar su glucemia a pesar de recibir ya insulina basal en dosis elevadas. Amante de la buena vida y claramente indisciplinado, supone un reto para su médico plantear nuevas opciones terapéuticas.

El autor, con un tono descriptivo desenfadado y cordial, nos muestra la personalidad y el entorno sociolaboral que siempre se debe considerar para individualizar la mejor opción terapéutica.

El caso está bien estructurado, con un claro perfil literario y bien argumentado. Resalta, además, la importancia de investigar activamente la adherencia terapéutica y evitar la «inevitable» inercia clínica. No es justificable ampararse en el desorden del paciente para posponer intervenciones médicas. Es necesario reconducir las decisiones y optar por la mejor alternativa tras valorar diferentes opciones.

Según recomiendan las guías ADA-EASD¹ y RedGDPS² para una persona joven con diabetes de corta evolución y sin complicaciones, tras la insulización basal y titulación a la dosis requerida, se explica al paciente la necesidad de establecer un objetivo terapéutico de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) menor al 7 %. Para alcanzar un valor de glucemia basal entre 100-130 mg/dl, es fundamental tratar de controlar las cifras de glucemia posprandial, puesto que la HbA_{1c} está muy por encima del objetivo. Existen varias estrategias de intensificación del tratamiento: añadir a la insulina basal insulina prandial, sustituir por premezclas o combinar con ArGLP1. Existe la opción de añadir un análogo GLP-1 en pacientes obesos (índice de masa corporal > 30 kg/m²) tratados con insulina basal y control glucémico insuficiente, como alternativa a la adición de múltiples dosis de insulina prandial, que se ha incorporado en la actualización de 2015 del consenso ADA/EASD¹, dado que se puede administrar una vez al día (liraglutida y lixisenatida). Los arGLP1 actúan aumentando la secreción de insulina y frenando la producción hepática de glucosa (glucagón); al mismo tiempo que retardan el vaciamiento

gástrico y reducen el apetito a nivel hipotalámico, consiguen una pérdida de peso que los hace especialmente atractivos para pacientes obesos.

Además de su efecto sobre el peso y la glucemia, se han observado otros efectos favorables, como ligeros descensos de la presión arterial y una mejora del patrón lipídico, con reducción del colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad y de los triglicéridos. En comparación con placebo, la lixisenatida es el primer arGLP1 que ha confirmado su seguridad cardiovascular en un ensayo clínico a largo plazo en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular previo³.

Por otra parte, también hay que señalar los efectos potencialmente adversos de los arGLP1, como, por ejemplo, las náuseas al inicio del tratamiento, que afectan a casi una cuarta parte de los pacientes y que raramente llevan a su suspensión.

Se explica y se pacta con el paciente el nuevo tratamiento: «La disminución de peso, menor riesgo de hipoglucemias y no titulación de dosis» fueron puntos clave para conseguir el compromiso y alcanzar el cumplimiento.

Original, útil, con un buen abordaje de las posibilidades terapéuticas y un carácter didáctico, así como una exposición de calidad; el caso incorpora, además, cinco citas bibliográficas justificadas y razonadas.

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. No CV Benefit With Lixisenatide in ELIXA, but Results Reassure. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/846074>