

■ CASO CLÍNICO

Optimización de la farmacoterapia y health coaching en paciente diabético tipo 2 mal controlado.

Farmacotherapy optimization and health coaching in 2 type diabetic patient poorly controlled.

Román Alvarado J¹, Vicente Enamorado M².

¹Titular de oficina de farmacia, en Farmacia San Julián. Sevilla.

²Macarena Vicente Enamorado. Adjunta en Farmacia San Julián. Sevilla.

ABREVIATURAS:

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2 HTA: Hipertensión arterial SFT: Seguimiento farmacoterapéutico PS: Problema de salud RCV: Riesgo cardiovascular RNM: Resultado negativo de la medicación

INTRODUCCIÓN:

En el contexto del proceso asistencial denominado en España seguimiento farmacoterapéutico, el papel del farmacéutico clínico es satisfacer las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, para que haciendo un uso correcto de los medicamentos que precisa, se alcancen los objetivos terapéuticos deseados, minimizando los efectos secundarios. Esta práctica asistencial usualmente comienza a requerimiento del paciente con un motivo de consulta que debe ser resuelto, pero no nos podemos conformar con solucionar solamente este problema sino que debemos realizar un abordaje integral de sus necesidades, mediante la evaluación de su farmacoterapia y el análisis cualitativo de sus creencias, de sus miedos y de sus expectativas en la relación del paciente con su medicación y su enfermedad.

Fecha de recepción: 07/03/ 2016 Fecha aceptación: 02/04/2016

Correspondencia: Macarena Vicente
Correo electrónico: macarena_vicente@hotmail.com

Román Alvarado J¹, Vicente Enamorado M².

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA), paciente habitual de la farmacia que en Octubre de 2014 acude a la misma con informe de medicina interna de ese mismo mes, en el que se refleja un valor de hemoglobina glicosilada de 8,7 %, la cual ha ido empeorando a lo largo del año 2014 (de 7,5% en mayo a 8,7 %), por lo que el médico de medicina interna modifica la dosis de insulina (Novomix 30) de 38 UI/día (22-0-16) a comienzos del año 2014 a 52 UI/ día (30-0-22). El resto del tratamiento para su DM2 es Sitagliptina 100 mg (Xelevia®) (1/0/0).

Con la estrategia terapéutica actual el paciente refiere su desconcierto al presentar valores elevados de glucemia alternándolos con episodios de hipoglucemia severos.

El paciente nos expresa su preocupación y nos solicita comenzar el servicio de SFT, que se le ofertó en el año 2005 invitándolo en aquel momento a participar en un trabajo de investigación en la farmacia (“Proyecto Triana 2” de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diabéticos), por lo que se incluye en nuestro Servicio de Seguimiento de la Farmacoterapia, para alcanzar un óptimo control de su diabetes, planteando como principal objetivo la reducción de la hemoglobina glicosilada y la eliminación de los episodios de hipoglucemia a través de la optimización de su farmacoterapia.

Además, el paciente nos demanda la realización de educación diabetológica, desarrollando de forma conjunta (paciente-farmacéutico) un trabajo de coaching o empoderamiento, que tiene como objetivo fundamental el autocontrol de la enfermedad, labor fundamental en el éxito del buen pronóstico de la misma.

Tabla resumen				Fecha			
Sexo: Hombre		Edad: 74		IMC: 25		Alergias: no conocidas	
Embarazo: no procede							
Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada
	HTA	No	Sí	años	<u>Candesartán</u> 8 mg	1-0-0	1-0-0
	Prevención CV	No	Sí	años	<u>AAS</u> 100 mg	1-0-0	1-0-0
	<u>Hiperlipemia</u>	No	Sí	años	<u>Atorvastatina</u> 20 mg	0-0-1	0-0-1
	Diabetes 2	Sí	No	años	<u>Novomix flexpen</u> 30	30-0-22	30-0-22
					<u>Sitagliptina</u> 100 mg	1-0-0	1-0-0
	Trastorno ansioso depresivo	No	Sí	años	<u>Paroxetina</u> 20 mg	1-0-0	0-0-0
					<u>Alprazolam</u> 0,25 mg	0-0-1	0-0-1

Román Alvarado J¹, Vicente Enamorado M².

EVALUACIÓN

Se inicia el estudio del caso, marcándonos como principal alerta los episodios de hipoglucemia que el paciente nos comenta. Se revisan todos los PS y la medicación prescrita.

-**HTA:** elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. Los ARAII son fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA, tanto en monoterapia como en terapia combinada. En este caso, en concreto el candesartán de 8 mg (1/0/0) consigue el objetivo terapéutico de control de la tensión, siendo en la población diabética de < 130/85 mmHg.

-**Dislipemia:** en tratamiento con atorvastatina de 20 mg (0/0/1). Las estatinas son el tratamiento base de la dislipemia y en consecuencia en la mejora del RCV. En nuestro caso se consigue el objetivo terapéutico, salvo el valor del HDL el cual se encuentra por debajo de límite (>40 mg/dl). Los valores de nuestro paciente en su última analítica son: COT (83 mg/dl), HDL (29 mg/dl), LDL (43 mg/dl) y TGs (57 mg/dl).

-**Depresión:** en tratamiento con paroxetina 20 mg (1/0/0) y Alprazolam 0,25 mg (0/0/1). El paciente nos refleja que se encuentra bien, animado, y que duerme de forma reparadora. Por ello, él tomó la decisión de no tomar la paroxetina, información que sólo conocemos nosotros. Podemos decir que estamos ante un incumplimiento inteligente de la paroxetina por parte del paciente y una efectividad clara del alprazolam.

-**Diabetes:** en tratamiento con Novomix 30® (compuesta por insulina aspart soluble/insulina aspart cristalizada con protamina en una proporción de 30/70), y Sitagliptina 100 mg. Al inicio del seguimiento con el paciente, y dado el mal control de la diabetes (la glicada había evolucionado de 7,5 % a 8,7 % en el año 2014), la dosis pauta de la insulina era de 30/0/22 UI y de 100 mg de sitagliptina en el desayuno (1/0/0). El paciente sufre episodios de hipoglucemia, por lo que en la primera visita de seguimiento se le plantea la realización de curvas semanales de glucemia domiciliaria.

Día	Ayunas	2HDD	AA	2HDA	AC	2HDC
30/10/2014	185	135	93	141	129	96
6/11/2014	123	238	78	106	123	100
13/11/2014	170	169	65	136	124	107
20/11/2014	99	132	78	109	99	109

Román Alvarado J¹, Vicente Enamorado M².

Los resultados de las curvas reflejan bajadas antes del almuerzo habiendo tomado un aperitivo al finalizar el paseo momento en el cual el paciente nos manifestaba sintomatología de sudoración, mareos. El paciente nos expresa su miedo a estos episodios de hipoglucemia.

Es en este momento donde se produce un efecto sumatorio en la farmacocinética de la fracción rápida de la insulina, la sitagliptina y el comienzo de acción de la fracción intermedia. La acción máxima de la sitagliptina se consigue a las 4 horas de la administración, mientras que el umbral máximo de acción de la fracción rápida se produce a los 90 minutos alcanzando las 4 horas su acción completa. Además el inicio de acción de la fracción intermedia ocurre a las 2-4 horas y el umbral máximo a las 4-10 horas.

Nos encontramos por tanto ante un RNMM de inseguridad cuantitativa, provocado por el efecto sumatorio del inhibidor de la DDP4 (sitagliptina) y de la fracción rápida de la insulina mezcla Novomix 30/70.

INTERVENCIÓN

Dada la situación de inseguridad cuantitativa por el efecto sumatorio de la sitagliptina y la fracción rápida de la insulina, se le realiza al paciente un informe de derivación a su médico de medicina interna reflejándole dicha situación. El médico acepta la propuesta y realiza una bajada en la dosis de la insulina de 30/0/22 UI a 26/0/22 UI.

- Educación diabetológica con el paciente:

Explicación práctica con el paciente y su esposa del método del plato, el cual permite crear menús variados y sanos adaptados a las necesidades de la persona con diabetes de una manera fácil y sin grandes complicaciones. La idea es que en un plato de tamaño normal, de unos 23 centímetros de diámetro, un poco más de un palmo, se construya el menú principal, comida o cena, dividiéndolo en cuatro partes. Se le explica la importancia de realizar un tentempié a media mañana para evitar posibles hipoglucemias.

Refuerzo en la estrategia de punción de la insulina. Se le explica al paciente la punción de la insulina, de forma que la dosis de la mañana se aplique en el vientre, mientras que la dosis de la noche sea aplicada en las piernas o en los brazos, consiguiendo una absorción más lenta. Se le explica al paciente la importancia de cambiar la aguja de la pluma de insulina, con el objeto de no tener pérdidas en la dosis efectiva, ya que el paciente no la cambiaba durante meses.

Román Alvarado J¹, Vicente Enamorado M².**-Aspectos cualitativos** derivados de la entrevista con el paciente:

En una de las entrevistas realizadas con el paciente durante el servicio de SFT, el paciente nos expresa que la dosis de la noche le condiciona en su vida social, ya que prefiere no salir para ponerse la dosis de insulina, por la inseguridad que le produce el no saber si comerá fuera. Es de vital importancia, conocer las creencias que el paciente tiene frente a su enfermedad, ya que puede limitar su vida, en este caso, en su faceta social. Por tanto, le explicamos que puede hacer su vida sin limitación alguna respecto a la aplicación de la dosis de insulina de la noche, pudiendo salir, y cuando regrese a casa aplicarse la dosis de la noche evaluando la ingesta realizada en su salida o complementándola en casa.

RESULTADOS

Día	Ayunas	2HDD	AA	2HDA	AC	2HDC
4/5/2015	159	170	83	120	116	143
11/5/2015	143	200	108	152	126	113
20/5/2015	103	137	125	139	115	102

Tras un seguimiento mensual con el paciente, con unos honorarios profesionales de 30 euros en la visita inicial y 15 euros en las visitas de seguimiento, el paciente mejora en todos los FRCV.

- Curvas favorables: Se eliminan los episodios de hipoglucemia.
- La glicada mejora, pasando de 8,7 % en octubre del 2014 a 6,5 % en Junio del 2015.
- Perfil lipídico: COT: 83 mg/dl; HDL: 29 mg/dl; LDL: 43 mg/dl; TGs: 57 mg/dl.
- Valores de tensión controlados: 135 mmHg/79mmHg/77 pulsaciones por minuto.
- Las dosis de insulina actuales están consolidadas y el paciente ha adecuado la administración

Román Alvarado J¹, Vicente Enamorado M².

de la insulina a su régimen de vida.

-El paciente realiza su vida social de forma normal, adaptando la dosis de insulina a la misma, y no al revés.

DISCUSIÓN

Del servicio de SFT en el paciente diabético se concluye la importancia de la figura del farmacéutico como coach del medicamento, realizando una evaluación farmacoterapéutica integral del paciente para optimizar los resultados de su farmacoterapia al mismo tiempo que reforzando a través del acompañamiento y empoderamiento del paciente los hábitos educacionales diabetológicos fundamentales para la consecución de los objetivos de salud del paciente diabético.

Esta labor asistencial del farmacéutico comunitario nos abre la puerta del desarrollo de los servicios profesionales asistenciales a pacientes crónicos de nuestras farmacias al mismo tiempo que la consecución de la remuneración de los mismos.

Este trabajo fue presentado como comunicación oral en el IX Congreso Nacional de Atención farmacéutica celebrado del 15 al 17 de octubre de 2015 en Toledo

BIBLIOGRAFÍA

- Fistera. Bases de datos de Guías clínicas. Guía de diabetes Mellitus 2 (2014). (Citado 15 de Julio 2015). Disponible en: www.fistera.com
- Catálogo de Medicamentos. Colección Consejo 2010. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2014.
- Fichas técnicas de los medicamentos: Sitagliptina, Novomix 30, Candesartán, Ácido Acetilsalicílico, atorvastatina, alprazolam. (Citado 15 de Julio 2015). Disponible en: www.AEMPS.es
- Machuca M¹, Madeira de Souza C², Pérez- Guerrero C³, Moriel P⁴. Misión y visión del farmacéutico clínico a través de un caso de sospecha de alopecia iatrogénica. Pharm Care Esp. 2016; 18 (1):43-46.