INTERVENCIÓN EN EL CONTROL DE LA GLUCEMIA Y ANSIEDAD EN MUJER JOVEN POLIMEDICADA MEDIANTE EL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Núñez MI.[1], Errazquín D.[1], Morón C.[2], Clavería M.[3]
[1]Grado en Farmacia, Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego (Zaragoza)
[2]Farmacia Morón. Calle San Antonio María Claret 20 (Zaragoza)
[3]Farmacia Manuel Clavería. Calle San Juan de la Cruz 23 (Zaragoza)
E-mail de contacto: alu.22740@usj.es

INTRODUCCIÓN

Paciente con Diabetes Mellitus tipo II (DM II) mal controlada por su negativa a la automonitorización, a pesar de cumplir el tratamiento con cuatro fármacos antidiabéticos. Además, presenta una dependencia a benzodiacepinas y un insomnio por una mala higiene del sueño.

MOTIVO

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la principal causa de **mortalidad** en individuos con Diabetes Mellitus. Cuando un paciente es diagnosticado de Diabetes Mellitus pasa a ser considerado como paciente de **alto riesgo cardiovascular**.
La paciente objeto de nuestro seguimiento ya ha padecido un infarto agudo de miocardio (IAM). Sólo se realiza dos mediciones anuales de HbA1c aún obteniéndose resultados inadecuados de las mismas. No alcanza un buen control de la glucemia debido a la falta de automonitorización a pesar de manifestar su temor a padecer crisis hipoglucémicas porque las ha vivido en familiares cercanos.
Su endocrino le pauta nuevos fármacos. Actualmente está tomando cuatro antidiabéticos con diferentes mecanismo de acción: Xigduo® (Metformina y dapagliflocina), Levemir® (insulina detemir) y Victoza® (liraglutida)..
Además, padece un insomnio que asume como normal tras su IAM y una dependencia a benzodiacepinas. Sin embargo, ella no considera que estos sean problemas de salud y los asume como normales tras su infarto.
El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en esta paciente supondría una mejora de su estado de salud.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 57 años que no presenta alergias. Sufrió infarto de agudo de miocardio hace 19 años. En 2007 se le diagnosticó hipercolesterolemia, actualmente controlada, y en 2008 diabetes mellitus, sin conseguir todavía un control de la glucemia. Refiere tener problemas de insomnio.
La paciente menciona no notar una disminución del apetito, efecto que cabría esperar del tratamiento con hipoglucemiantes inyectables que tiene pautados. Además, explica que sigue tomando una dosis baja de lorazepam por la aparición de eventos adversos que sufre cuanto intenta abandonar este tratamiento.

FASE DE ESTUDIO

Actualmente no hay pruebas sólidas sobre las cifras objetivo de glucemia, por lo tanto, las metas del tratamiento deben individualizarse teniendo en cuenta la edad, la progresión de la enfermedad, el riesgo macrovascular, así como el estilo de vida del paciente y su capacidad de tratamiento de la enfermedad[2].
Un control estricto del azúcar en sangre sólo beneficia a los pacientes más jóvenes y en etapas tempranas de la diabetes, como es el caso de esta paciente. La evidencia muestra que la automonitorización de pacientes con DM mal controlada consigue mejorar el control metabólico con una disminución significativa de la HbA1C, pero sólo en pacientes insulinizados[1].
Como la insulina Levemir® se administra una sola vez al día sólo precisaría una medición diaria, en el **pico máximo de absorción** de la insulina, a las 8 horas de su administración. Esta paciente, que se la administra por la noche, debería medir su glucemia capilar por las mañanas[2].
Lorazepam es una benzodiacepinas de acción intermedia. Es un fármaco psicotrópico con efecto ansiolítico que generan **dependencia** (y en menor medida tolerancia). Al tratar la retirada de este fármaco, debido a la dependencia que provoca, puede aparecer el síndrome de abstinencia (como en este caso). Para mitigar estas reacciones la retirada se debe llevar a cabo abordando una serie de estrategias como: disminuir la dosis progresivamente, cambiar por una ISRS o ISRSN así como introducir la fitoterapia.

Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study.

Guerci B[1], Drouin P, Grangé V, Bougnères P, Fontaine P, Kerlan V, Passa P, Thivolet Ch, Vialettes B, Charbonnel B; ASIA Group.

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: Self **monitoring** of blood glucose (SMBG) in type 2 **diabetes** is a topic of current interest (imbalance between increased health-care costs and improvement in compliance with treatment and diet). An open label randomized prospective study was designed to compare changes in metabolic control over 6 months in patients managed with usual recommendations alone (conventional assessment group) or combined with SMBG.

ESTADO DE SITUACIÓN

Edad: 57 años	**Género**: Mujer	**IMC**: ---	**Alergias**: No

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS			EVALUACIÓN		
Inicio	**Problema de Salud**	**Control**	**Preocupa**	**Inicio**	**Principio activo**	**Pauta* Prescrita**	**N**	**E**	**S**
Hace 19 años	Infarto agudo de miocardio	Controlado	SI	Hace 19 años	Ácido Acetil Salicílico150mg	0-1-0	S	S	S
				Hace 19 años	Lorazepam 1mg	1/2-0-0	S	S	N
Hace 19 años	Insomnio	No controlado	NO	Hace 19 años	Zolpidem 10mg	0-0-1/2	S	N	-
Desde 2007	Hipercolesterolemia	Controlado	NO	2010	Fenofibrato 145mg	0-0-1	S	S	S
				2010	Rosuvastatina 10mg	0-0-1	S	S	S
Desde 2008	Diabetes Mellitus tipo 2	No controlado	SI	Desde Abril 2015	Dapagliflozina 5mg Metformina 1000mg	1-0-1	S	N	-
				2011	Liraglutida 6mg/ml	0-0-1'8	S	N	-
				2011	Insulina detemir 100UI/ml	0-0-32	S	N	-

* La pauta prescrita es la misma que la usada

EVALUACIÓN DEL CASO

PROBLEMA DE SALUD	EVALUACIÓN	PRMs
Hiperglucemia no controlada	RNM de inefectividad del tratamiento	Desajuste en la pauta del tratamiento
Insomnio	RNM de inefectividad	Hábitos no adecuados de higiene de sueño
Ansiedad. Dependencia a benzodiazepinas	RNM de inseguridad de Lorazepam	Duración demasiado prolongada

PLAN DE ACTUACIÓN

Objetivo terapéutico:

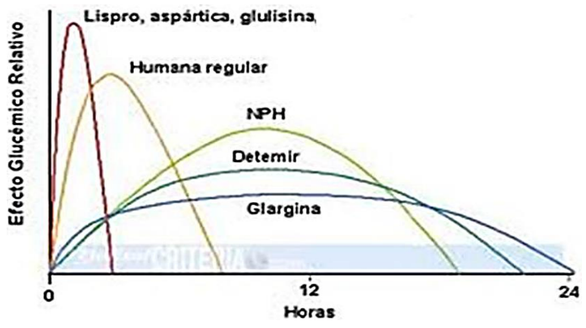
- Superar la negación a la automonitorización para lograr controlar los niveles de glucemia.
- Lograr la deshabituación de lorazepam.
- Mejorar la calidad del sueño de la paciente.

Intervención:

✓Intervención educativa en el mecanismo de acción de los fármacos hipoglucemiantes y pautas del correcto manejo de un glucómetro para concienciarle sobre cómo y cuándo realizar los controles.
✓Tratar la deshabituación de lorazepam reduciendo progresivamente la dosis y ofreciéndole como alternativa la fitoterapia, los ISRS e ISRSN.
✓Intervención educativa para dar consejos sobre hábitos higiénicos del sueño.

SESIÓN EDUCATIVA

La sesión educativa abordará tres puntos, en orden de relevancia serán la diabetes, seguida de la deshabituación a benzodiacepinas y finalmente el insomnio.
En primer lugar se abordará el tema de la diabetes, puesto que es el que más le preocupa. Como el objetivo es conseguir la automonitorización vamos a intentar que la paciente supere su reticencia a emplearla explicándole en qué consisten las hipoglucemias y cómo evitarlas. Además, vamos a darle unas nociones sobre el mecanismo de acción de los fármacos para que sepa cuándo debe medir su glucemia. Sin embargo, como lo que nos interesa es obtener un control glucémico a lo largo del día le propondremos un control mediante un análisis estructurado de glucemia capilar (GC) obteniendo, por ejemplo, una medición diaria durante seis días antes o después de desayuno, comida o cena[5]. También se le explicará el manejo del glucómetro para evitar errores en la obtención de los valores de GC.
En segundo lugar, vamos a proponerle diferentes opciones para lograr la deshabituación de lorazepam con la ayuda de su farmacéutica en un servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Esta deshabituación podría lograrla bajando la dosis en días alternos, con la introducción de fitoterapia o el uso de otras alternativas como ISRS e ISRNS.[4]
En tercer lugar, para solucionar su insomnio, se le harán recomendaciones sobre medidas higiénicas del sueño.



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Ante la falta de control glucémico y la no disminución de apetito podemos sospechar que el tratamiento no está siendo efectivo, posiblemente por no tener ajustadas las dosis. La paciente debe medirse la glucemia en los picos de máxima concentración sanguínea de insulina, es decir, a las 8 horas tras su administración, pero es reacia a ello. Por lo tanto, debemos hablar con ella para que abandone la negación a la automonitorización y posteriormente podemos proponerle un análisis estructurado de glucemia capilar para conseguir, por ejemplo, una medición diaria durante seis días a diferentes horas. De este modo, es más fácil asegurar el cumplimiento en la realización del control[2,5].
En cuanto al lorazepam, que según comenta, lleva años tomándolo a dosis de media pastilla diaria por las mañanas, refiere no poder abandonarlo por la aparición de síndrome de abstinencia cuando lo deja. Sospechamos la presencia de cierto componente psicológico a la dependencia del fármaco puesto que no aparece tolerancia al mismo. La estrategia a seguir sería tanto farmacoterapéutica como psicológica, concienciándole de la importancia de dejar de tomar este fármaco por sus posibles efectos adversos y teniendo en cuenta su perspectiva de años de vida.
La paciente refiere dormir mal y para ello tomar zolpidem, pero aun así no considera tener buena calidad de sueño y lo atribuye a su preocupación desde el episodio de IAM. Sin embargo, reconoce no practicar unos hábitos saludables de sueño. La formación de la paciente en los diferentes aspectos que acentúan el insomnio podría cambiar sus hábitos de vida y mejorar su calidad de sueño.

CONCLUSIÓN

Es importante conocer y que la paciente reconozca el por qué de su miedo al autocontrol.

Si la paciente conoce el mecanismo de acción de los fármacos comprenderá cuándo debe realizarse los controles de glucemia.

Hay que enseñar a la paciente los beneficios del continuo control de la glucemia para evitar el fracaso del mismo.

Hay que abordar la deshabituación a las benzodiazepinas, por sus efectos adversos y perspectiva de años de vida, con terapias alternativas.

Con unas medidas higiénicas del sueño es de esperar que mejore la calidad del mismo y, por tanto, su estado de salud.

BIBLIOGRAFÍA

[1]Fullerton B, Jeitler K, Seitz M. Control de glucosa intensivo versus control de glucosa convencional para la diabetes mellitus tipo 1[Sede Web]. Cochrane: 2012 [Febrero 2016]. Disponible en: http://www.cochrane.org/es/CD009122/control-de-glucosa-intensivo-versus-control-de-glucosa-convencional-para-la-diabetes-mellitus-tipo-1
[2]Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Guía de Práctica Clínca sobre Diabetes tipo 2. [monografía en internet]. 1ª Edición. 2008 [Febrero 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf
[3]Colegio Oficial d Farmacéuticos. Foro de atención farmacéutica. Documento de consenso 2008. [Monografía en internet]. Madrid 2008 [Febrero de 2016]. Disponible es: https://www.redfarmaceutica.com/almacen/Atencion/archivos/205/FORO_At_farma.pdf
[4]Martinez RM, González Gero MY, Cano R. Estrategias en la retirada de benzodiazepinas: Otras alternativas. [Monografía en Internet]. 2012 [Febrero 2016]. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/benzodiazepinas.pdf
[5]Abbott España [Sede Web]. Madrid: Abbott Laboratories, S.A. [Febrero 2016]. Controles de la glucemia: Autogestión. Disponible en: http://www.abbottdiabetescare.es/controles-glucemia-autogestion

VII CONGRESO NACIONAL DE FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS
ESTAMOS MÁS CERCA, LLEGAMOS MÁS LEJOS
26 - 28 mayo 2016 | Zaragoza