

■ CASO CLÍNICO

Paciente diabético con mal control glucémico e ictus agudo: importancia de la comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales

Diabetic patient with poor glycaemic control and acute stroke: importance of communication and coordination between different levels of care

Gallego Muñoz C¹, Ferreira Alfaya FJ², Guerrero Navarro N³.

¹Farmacéutico hospitalario. Hospital Sierrallana (Torrelavega, Cantabria)

²Farmacéutico comunitario. Farmacia Muñoz (Melilla)

³Grado enfermería. Hospital La Merced (Osuna, Sevilla)

INTRODUCCIÓN

El ictus supone un grave problema de salud y su incidencia está creciendo rápidamente en el mundo. En nuestro país, el ictus es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda, después de la cardiopatía isquémica, entre los hombres¹.

Por otra parte, la diabetes es una enfermedad con una gran prevalencia en la población adulta, afectando en España a más de 5 millones de personas (un 13,8 % de la población), de las cuáles casi la mitad desconoce que la padecen².

Atendiendo a la evidencia disponible, la presunción de que los diabéticos presentan un mayor riesgo de ictus (sobre todo isquémico) está bien establecida³. Se estima que la diabetes aumenta el riesgo de ictus de 2-3 veces en los hombres y de 2-5 veces en las mujeres. El pronóstico del ictus en los pacientes con diabetes es también peor.

Por todo ello, los ingresos a nivel hospitalario de pacientes diabéticos diagnosticados de ictus han aumentado en los últimos años, representando en la actualidad casi un tercio de los ingresos por ictus⁴.

Atendiendo a estos datos, creemos que es importante resaltar dicho problema de salud y revisar la evidencia disponible sobre el tratamiento de la hiperglucemia en la fase aguda del ictus. Por otro lado,

Fecha de recepción 14/04/ 2016 Fecha de aceptación 30/05/2016

Correspondencia: Cristobal Gallego

Correo electrónico: toba_gallego@hotmail.com

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

también pretendemos hacer reflexionar a todos los profesionales de salud de los distintos niveles asistenciales en relación con la importancia de una óptima comunicación internivel.

En este contexto, ponemos en valor el papel que puede desempeñar el farmacéutico comunitario en aspectos fundamentales como la optimización de la adherencia a los fármacos prescritos, control de la glucemia, educación sanitaria y resolución de problemas farmacoterapéuticos (mediante la detección, prevención y resolución de dichos problemas).

En el presente trabajo se presenta un caso de una paciente diabética con mal control glucémico y síntomas relacionados con una alteración neurológica que es detectada por un farmacéutico comunitario, siendo derivado al servicio de Urgencias hospitalario. Allí es diagnosticada de ictus y es ingresada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a la farmacia comunitaria una paciente de 77 años que vive sola en su domicilio para retirar su medicación habitual que es: simvastatina 40 mg/24 horas, enalapril 20 mg/24 horas, ácido acetil-salicílico 100 mg/24 horas, vildagliptina 50 mg-metformina 850 mg/12 horas, y duloxetina 30 mg/24h.

Presenta un habla incoherente y pérdida de fuerza en el hemicuerpo derecho. Aporta un registro de glucemias capilares del último mes presentando una mediana de glucemia de 185 mg/dl [Rango: 169-197 mg/dl]. No había consultado a su médico de familia en las últimas cinco semanas. Las presiones arteriales estaban siendo monitorizadas en su centro de salud semanalmente, pero el farmacéutico comunitario no pudo acceder a dicha información, ya que la paciente no llevaba dicho registro durante sus visitas a la farmacia.

Es trasladada de forma inmediata, por indicación de su médico de Familia, al servicio de Urgencias del hospital al que pertenece. Se realiza una tomografía computarizada craneal que muestra un infarto extenso en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. En la analítica de ingreso destaca una glucemia de 182mg/dl.

La paciente es tratada inicialmente con 7 U.I. de insulina rápida en el área de Urgencias y con una pauta de insulina regular administrada cada 6 horas durante las primeras 24 horas, normalizándose las glucemias. Durante el ingreso, la HbA1c es de 5,5%. Se realiza hoja de interconsulta a la unidad de Endocrinología y a la unidad de Servicios Sociales del hospital y se constata unos hábitos alimentarios no adecuados en el contexto de una persona con bajos recursos económicos, que vive sola y con trastornos depresivos. Se gestiona, tras la autorización de la paciente, el ingreso en un centro sociosanitario.

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

El tratamiento farmacológico al alta es el mismo que al ingreso, a excepción del ácido acetilsalicílico, cuya dosis se aumenta a 150 mg/día. A los tres meses del alta, y tras la integración en el centro socio-sanitario, se repite la analítica con resultados dentro de la normalidad.

TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Como se ha dicho anteriormente, la hiperglucemia es una variable de mal pronóstico del ictus. Los primeros ensayos clínicos que han estudiado la eficacia del tratamiento de la hiperglucemia en el ictus agudo se han centrado en el tratamiento intensivo con insulina (TII), más que en el convencional con insulina, sobre todo en pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos (UCI), obteniéndose una disminución de la mortalidad y las complicaciones^{5,6}. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, ya que otros estudios posteriores concluían que el TII aumentaba la mortalidad en pacientes críticos frente a la terapia insulínica convencional.

El ensayo clínico aleatorizado con más tamaño muestral diseñado (N=933) no demostró ningún beneficio clínico con el TII. Sin embargo, se puede criticar en dicho estudio que la mayoría de los pacientes incluidos en el ensayo no presentaban hiperglucemia y la reducción de glucemia en el grupo de tratamiento intensivo fue de tan sólo 0,6 mmol/L menor que la del tratamiento convencional⁷.

En varios metaanálisis⁸⁻¹⁰ se ha comparado el efecto del TII respecto a la terapia con insulina convencional y en todos se concluye que no existe evidencia de que la TII por vía intravenosa, con el objetivo de mantener la glucemia dentro de un rango específico en las primeras horas del ictus isquémico agudo, proporcione beneficios en términos de mortalidad o déficit neurológico, mientras que aumenta significativamente el número de episodios hipoglucémicos.

En la actualidad está en marcha un nuevo ensayo clínico aleatorizado y controlado (estudio SHINE¹¹), que pretende incluir a 1.400 pacientes con ictus agudo de menos de 12 horas de evolución con hiperglucemia. El objetivo principal es comparar la terapia estándar con insulina subcutánea frente a la infusión intravenosa continua de insulina durante un máximo de 72 horas.

Tampoco está totalmente dilucidado que el tratamiento convencional de la diabetes propicie que se alcance unos niveles adecuados de glucemia. El estudio GLIAS¹² mostró que sólo el 25% de los pacientes con infarto cerebral agudo desarrollan hiperglucemia persistente en las primeras 48 horas y que el tratamiento convencional no consigue controlarla en el 40% de los casos.

Por otro lado, aunque no existe unanimidad acerca de la técnica a utilizar, ni del momento de realizarla, las Guías de Práctica Clínica actuales recomiendan que después de accidente isquémico transitorio o ictus isquémico todos los pacientes deberían someterse a un cribado para descartar diabetes¹³.

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

DISCUSIÓN DEL CASO

A pesar de que la hiperglucemia en la fase aguda del ictus se asocia a un peor pronóstico, su tratamiento es en la actualidad motivo de controversia. No existe evidencia de que la administración de insulina por vía intravenosa en estos pacientes proporcione beneficios en la evolución del ictus. Con el presente caso clínico, queremos resaltar la importancia que tiene una buena comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales: atención primaria, atención especializada y centros sociosanitarios. Los pacientes pueden ser atendidos por diferentes profesionales a distintos niveles asistenciales, pero la comunicación y coordinación interniveles puede resultar a veces deficiente debido, por una parte, a la falta de infraestructuras que posibiliten dicha comunicación, y por otro lado, a la ausencia de protocolos de actuación ante la detección de problemas relacionados con la salud de los pacientes. Un momento muy sensible en la asistencia sociosanitaria de los pacientes es cuando éstos son sometidos a transiciones asistenciales entre los distintos niveles, y el cuidado integral en un contexto social y sanitario debe ser, a nuestro juicio, uno de los objetivos prioritarios de las organizaciones sanitarias. Los planes estratégicos sanitarios deberían estar diseñados para que esta coordinación sea una realidad y, para ello, es imprescindible la puesta en funcionamiento de nuevas herramientas tecnológicas que propicien el cambio y una óptima comunicación bidireccional entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales.

El farmacéutico comunitario es, debido a sus características, un profesional que está en contacto directo y continuo con los pacientes. Su formación junto a la capacitación legal que tienen en materias relacionadas con la educación en salud, hacen de ellos piezas básicas en el cuidado integral de los pacientes y, sobre todo, durante las transiciones entre los distintos niveles asistenciales; todo ello por el bien de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. [consultado Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
2. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012; 55:88-93.
3. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, di Angelantonio E, et al. Emerging Risk Factors Collaboration. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: A collaborative meta-analysis of 102 prospectivestudies. *Lancet*. 2010; 375:2215-22.

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

4. Khoury PR, Khoury JC. Increase in the rate of comorbid diabetes in stroke hospitalizations from 1998 to 2011: The National Inpatient Sample. International Stroke Conference. Abstract WP154. Stroke. 2014; 45: AWP154.
5. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaers-chalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013; 44:870-947.
6. Luitse MJ, Biessels GJ, Rutten GE, Kappelle JL. Diabetes, hyperglycaemia, and acute ischaemic stroke. Lancet Neurol. 2012; 11:261-71.
7. Finfer S, Chittock DR, Su SY, Blair D, Foster D, Dhingra V, et al. NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. N Engl J Med. 2009; 26:1283-97.
8. Bellolio MF, Gilmore RM, Stead LG. Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 9:CD005346.
9. Ntaios G, Papavasileiou V, Bargiota A, Makaritsis K, Michel P. Intravenous insulin treatment in acute stroke: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Stroke. 2014; 9:489-93.
10. Bellolio MF, Gilmore RM, Ganti L. Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 1:CD005346.
11. Bruno A, Durkalski VL, Hall CE, Juneja R, Barsan WG, Janis S, et al. The Stroke Hyperglycemia Insulin Network Effort (SHINE) trial protocol: A randomized, blinded, efficacy trial of standard vs. intensive hyperglycemia management in acute stroke. Int J Stroke. 2014; 9:246-51.
12. Fuentes B, Castillo J, San José B, Leira R, Serena J, Vivancos J, et al. The prognostic value of capillary glucose levels in acute stroke: The Glycemia in Acute Stroke (GLIAS) study. Stroke. 2009; 40:562-8.
13. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45:2160-236.