

El Ache-Ce-O

Pulso...de la medicina primaria

□ Depresión Agudizada por la Diabetes

– notas del doctor Jorge Robles de APS de Puerto Rico Inc.

- Existen datos basados en medicina en evidencia donde el simple hecho de recibir un diagnóstico de diabetes causa sentimientos de tristeza, minusvalía, ansiedad y vergüenza, desencadenando una depresión.
- Se ha establecido el efecto beneficioso de trabajar estas dos patologías, diabetes y depresión, en conjunto.
- El tratamiento de la diabetes requiere mucho esfuerzo, dedicación y atención, lo cual sobrecarga al paciente y baja sus defensas emocionales.
- Del otro lado, un diagnóstico de depresión causa retraimiento social, deseos de no hacer nada, disminución de la actividad motora y comer en exceso – y esto puede resultar en sobrepeso y un aumento de los niveles de azúcar en la sangre, concluyendo en un trastorno metabólico y diabetes.
- Dando una mirada holística, ambas condiciones deben ser atendidas simultáneamente. Cuando tratamos al paciente diabético con antidepresivos le ayudamos a mejorar su actitud ante la condición crónica que le afecta.
- **Al tratar la depresión ayudamos al paciente diabético a mejorar su cuidado y cooperar con el tratamiento de su condición.**

□ **“Diabetes y Depresión”** – anotaciones de “Voice of the Diabetic”, vol 23: num 1, winter 2008.

- La depresión afecta a un 10-15% de las personas diabéticas; y si existen complicaciones el riesgo es todavía más alto.

Al tratar la depresión ayudamos al paciente diabético a mejorar su cuidado y cooperar con el tratamiento de su condición.

- Inyecciones diariamente y restricciones en las comidas. Y siempre existe el riesgo de amputaciones, de perder la visión o perder la función renal. ¿Quién no se deprime?
- El estrés de una depresión severa causa un aumento en la resistencia a la insulina y aumenta el nivel de azúcar en la sangre.
- Y cuando el azúcar en la sangre esta alta, hay fatiga, pesimismo y dificultad en concentrarse -- ¡síntomas de hiperglicemia que son muy parecidos a la depresión!
- **No importa cual de las dos llega primero, cuando hay diabetes y depresión juntas, una hace que la otra sea más severa y más difícil de controlar.**

□ Sobre el manejo de la bronquitis aguda sin complicaciones en adultos.

“National Guideline Clearinghouse. Michigan Quality Improvement Consortium. May 2008”.

- La evaluación empieza con un buen historial, incluyendo historial de tabaquismo en detalle; luego un examen físico completo.
- Encontramos un paciente con mucha tos, seca o productiva, y por no más de tres semanas.
- La causa de la tos no es un catarro común, no es asma, no es una exacerbación de COPD.
- No hay evidencia de pulmonía: no hay consolidación focal, egofonía o frémito.
- En bronquitis aguda no hay necesidad de cultivos virales, pruebas serológicas o análisis de esputo.
- La placa de pecho no esta indicada si todas las siguientes están presentes:
 1. La tos y el esputo sugieren bronquitis aguda.
 2. El pulso es menos de 100/min.
 3. Respiraciones menos de 24/min.
 4. Temperatura oral menos de 38°C (100.4°F)
 5. Examen del pecho no revela signos de pulmonía.

- La bronquitis aguda es autolimitada: requiere solamente tratamiento sintomático y el tratamiento de rutina con antibióticos no esta justificado.
- Los agonistas b2-adrenérgicos se deben usar solamente en pacientes que presenten evidencia de espasmo bronquial.
- Los antitusivos pueden aliviar la tos a corto plazo.
- Los mucolíticos no se recomiendan – no son consistentemente efectivos.
- La educación del paciente y la familia es importante:
 1. La tos le puede durar tres semanas.
 2. La condición no necesita tratamiento específico: antibióticos no son necesarios.
 3. Dígale al paciente que tiene “catarro en el pecho”, no use la palabra bronquitis.
 4. Recomendarle descanso y muchos líquidos, y
 5. ¡Dejar de fumar!

□ Sobre el expediente médico ilegible:

- Un expediente ilegible viola tu obligación hacia el paciente.
- Un record médico que solo puede leer el mismo que lo escribió es un problema!
 - La calidad y la continuidad del cuidado de salud se ven afectados cuando otros dependen de la información en ese expediente para atender al paciente.
- Un expediente que crea una impresión de negligencia, no ayuda en caso de impericia médica.
- Un jurado que ve una página del record médico ilegible, retrata al médico como habitualmente de prisa, conceptualmente opaco y dispuesto a arriesgar la salud de su paciente.

Luis F. Montaner, MD. Comunicaciones a Proveedores

Farmacocinética

Pulso...de la medicina primaria

□ La hipertensión es una co-morbilidad común de la diabetes, afectando a la mayoría de las personas con diabetes, co-morbilidad influida por el tipo de diabetes, la edad, obesidad y etnicidad.

□ La hipertensión también es un factor de riesgo importante de enfermedades cardiovasculares y complicaciones microvasculares de la diabetes, como retinopatía y nefropatía.

- En diabetes tipo 1 a menudo el resultado es la nefropatía.
- En diabetes tipo 2 como parte del síndrome metabólico (con obesidad central, hiperglucemia, y dislipidemia).

□ Desde hace muchos años la incidencia de hipertensión en Puerto Rico se ha mantenido más o menos estable en un 20%.

□ "The U.S Preventive Services Task Force" (USPSTF) recomienda, en guías publicadas en junio de 2008, que se haga cernimiento para diabetes tipo 2 en todo adulto asintomático que tenga una presión sanguínea (BP) sostenida, con o sin tratamiento, de más de 135/80mm Hg.

- USPSTF especifica que todos los clínicos deben proveerle este servicio a sus pacientes.
- USPSTF dice no haber identificado evidencia que demuestre que el cernimiento para diabetes en individuos asintomáticos, o con presión sanguínea <135/80, mejore los resultados de salud.

□ USPSTF cita al "American Diabetes Association" (ADA) al recomendar la prueba de glucosa en plasma en ayunas, ("fasting plasma glucose") como la prueba de elección para diagnosticar diabetes ---- ≥ 126 mg/dL, confirmado por repetición.

- Contrario al USPSTF, ADA recomienda el cernimiento para diabetes para todo adulto de >45 años, y para los más jóvenes que presenten factores de riesgo.

La agresividad terapéutica para controlar la presión sanguínea podría ser el factor más importante en prevenir resultados adversos en pacientes con diabetes tipo 2.

□ La presión sanguínea se debe comprobar en toda visita de rutina o seguimiento de un paciente con diabetes.

- Pacientes con BP>130/80 deben regresar al médico para seguimiento dentro de un mes para comprobar su BP y determinar un plan de tratamiento; luego se deben ver con frecuencia hasta que se normalice su presión sanguínea.

□ Los pacientes diabéticos con hipertensión deben recibir tratamiento para reducir su presión sistólica a 130 mm Hg, y su diastólica a 80.

- Medidas no-farmacológicas: reducir la ingesta de sodio y el peso corporal, aumentar consumo de frutas, vegetales y productos lácteos bajos en grasa, evitar el uso excesivo de alcohol, y aumentar la actividad física.
- Sin embargo, la mayoría de estos pacientes con diabetes e hipertensión necesitan tratamiento con medicamentos además de cambios en comportamiento y en estilos de vida.
- Usualmente **para cumplir con la meta de $\leq 130/80$ se requiere utilizar dos o más medicinas para la hipertensión en dosis apropiadas que bloqueen el sistema renina angiotensina.**

□ Pacientes con sistólicas de 130-139mm Hg o diastólicas de 80-89 se pueden manejar solamente con cambios en estilos de vida y comportamiento por un máximo de tres meses.

□ **Todo paciente con diabetes e hipertensión debe recibir terapia que incluya un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (inhibidor de la ECA o "ACE-inhibitor")**, de hecho, se ha demostrado que los "ACE-Inhibitors" reducen la mortalidad en pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular.

- Si el "ACE- inhibitor" no es tolerado, se debe administrar un bloqueador del receptor II de la angiotensina (un "ARB").

• Está establecido que sin duda los "ACE-inhibitors y ARB's" reducen los eventos cardiovasculares (como infartos del miocardio y apoplejías) en los pacientes diabéticos.

• Si fuera necesario añadir otra droga para llegar a la meta de <130/80. entonces se empieza un **diurético tiazídico**.

• Otros posibles medicamentos para diabéticos con hipertensión: **betabloqueadores** (especialmente si hay historial de infarto del miocardio) y **bloqueadores de los canales de calcio**.

□ Si se utiliza un "ACE-inhibitor", ARB o diurético hay que vigilar la función renal y los niveles de potasio sérico.

□ Más sobre los "ACE-inhibitors" (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina – ECAs) en pacientes con diabetes:

- En pacientes con diabetes tipo 1 que tienen hipertensión y microalbuminuria, los "ACE-inhibitors" retrasan el progreso de la nefropatía.
- En diabetes tipo 2 con hipertensión y micro-albuminuria, los "ACE-inhibitors" retrasan el paso a macro-albuminuria.
- En pacientes con diabetes tipo 2, hipertensión, macroalbuminuria e insuficiencia renal, los "ARB's" (bloqueadores del receptor II de la angiotensina) retrasan el progreso a una nefropatía.

□ Durante el embarazo los "ACE-inhibitors y los ARB's" están **contraindicados**, ya que podrían causar daño fetal.

□ ¡Ojo! El "American Diabetes Association" recomienda la utilización de una estatina (contraindicada durante el embarazo) y aspirina (75-162mg/día) en todo paciente con diabetes mayor de 40 años, independientemente de su nivel de LDL.

Luis F. Montaner, MD. Comunicaciones a Proveedores

Ref:

Ann Intern Med 2008 Jun 3; 148:855.

American College of Cardiology. 57th Annual Scientific Session 2008.

Diabetes Care, vol. 30: supl 1. enero 2007.

Diabetes Care, vol. 27(6): 1300-1334. junio 2004.

Annals of Internal Medicine, vol. 138(7):593-602.

abril 2003.