

Boletín CAIPaDi

Hipoglucemia en el tratamiento de diabetes

En la actualidad, la hipoglucemia es una de las reacciones más comunes en el tratamiento de la diabetes. El Boletín Epidemiológico de México reportó que en el 2014 la hipoglucemia ocupó el segundo lugar de ingresos hospitalarios en lo que se refiere a descompensaciones metabólicas de diabetes tipo 2, con una cifra de 1, 177 registros en ese año (5.02% de los ingresos hospitalarios por descompensación aguda). Esto constituye una barrera importante para el apego al tratamiento.

Se han estudiado ampliamente los beneficios de la educación en el autocuidado de la diabetes, demostrándose mejoría en modificación en el estilo de vida, resultados de exámenes de laboratorio, en la calidad de vida, en la prevención de las complicaciones y en el tratamiento de los episodios de hipoglucemia.

Yong y colaboradores se dieron a la tarea de investigar si una intervención específica ante una hipoglucemia podría influir en la prevención de episodios posteriores en 55 pacientes con diabetes tipo 2 (tratados con insulina o sulfonilureas). Un grupo educativo conformado por un educador en diabetes certificado, un médico diabetólogo, un psiquiatra y un nutriólogo dieron un curso de educación en diabetes en el que se abarcaron aspectos básicos de autocuidado (monitoreo de la glucosa capilar, alimentación, actividad física, manejo del estrés y días de enfermedad con especial atención en qué hacer durante una

hipoglucemia). En una parte del curso, una enfermera educadora en diabetes introdujo la definición y los síntomas de hipoglucemia y cómo corregirla con un suplemento de glucosa.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: el grupo 1 solo recibió el curso inicial y al grupo 2 se le proporcionó el curso inicial y un curso intensivo en manejo de hipoglucemias. Este curso tomaba 4 puntos importantes 1) detección de síntomas, 2) tratamiento adecuado y comprobación de cifras 15 minutos después del tratamiento, 3) causas de hipoglucemia y 4) ajuste de dosis de insulina o medicamento oral. Ambos grupos tuvieron citas a las 2, 8, 12 y 24 semanas. Se les pidió a los pacientes que realizaran un monitoreo intensivo de la glucosa capilar (4 veces/día) durante los 14 días previos a cada visita y cuando presentaran síntomas de hipoglucemia. En cada visita evaluaron los resultados del automonitoreo y el número de episodios de hipoglucemia definiéndose como glucosa capilar menor a 70 mg/dL. Clasificaron las causas en: 1) transgresión dietética, 2) relacionadas a ejercicio, 3) relacionadas al ajuste de medicamentos (permitían al paciente hacer cambios en la dosificación de los medicamentos según cifras obtenidas) y 4) días de enfermedad.

La edad promedio de los participantes fue 55.9 ± 11 , 43.5% hombres, con promedio de duración de la diabetes de 5.1 ± 7.3

años y HbA1c inicial $10.7 \pm 2.5\%$. Al final del estudio hubo una reducción de HbA1c a 7.16% en grupo 1 y 7.24% en grupo 2, sin diferencias significativas entre ambas intervenciones. Sin embargo, se observó un menor número de episodios de hipoglucemia en pacientes bajo intervención intensiva (62 vs 121) y menor número de pacientes que presentaron hipoglucemia (70.8% vs 87%). El total de episodios de hipoglucemia por paciente durante el período de observación fue 5.26 ± 6.5 eventos en el grupo 1 y 2.58 ± 2.3 en el grupo 2 ($p=0.004$). La mitad de todos los episodios de hipoglucemia en el grupo control se presentaron en la mañana. En el grupo de educación intensiva se presentó durante ejercicio inesperado o de mayor intensidad que lo habitual. Otro beneficio significativo fue un mejor apego a la detección y al tratamiento adecuado de la hipoglucemia en el grupo de intervención intensiva.

En innegable que al buscar alcanzar la meta de control glucémico se tiene el riesgo de presentar hipoglucemia al implementar cualquier tratamiento farmacológico hipoglucemiante, aún con aquellos medicamentos que postulan menor riesgo de inducirla.

En muchos foros se ha establecido temor por escalar un tratamiento hipoglucemiante (principalmente para iniciar o aumentar dosis de insulina), por parte de los pacientes como por los profesionales de la salud. Tampoco

se debe mostrar una “absoluta confianza” a la prescripción de agentes que en estudios muestren menor índice de hipoglucemias. Aunque pueden haberse reportado menor número de episodios, menor gravedad o menor número de episodios nocturnos, ningún tratamiento está libre totalmente de producirla.

Por lo tanto, uno de los pilares indispensables en la atención del paciente con diabetes debe ser la concientización de los potenciales episodios de hipoglucemia, del reconocimiento inmediato y el tratamiento adecuado. Estas acciones no deben ser exclusivamente dirigidas al paciente, sino también extenderse a los familiares de los pacientes y a cualquier profesional de la salud involucrado en la atención de la diabetes.

EDC Claudia Lechuga Fonseca
EDC. Angélica Palacios Vargas

Educación en diabetes
CAIPaDi

Referencias:

1. Secretaría de Salud. Boletín diabetes tipo 2 cierre 2014. México
2. Hill-Briggs F, Gemmell L. Problem Solving in Diabetes Self-management and Control. A Systematic Review of the Literature. *Diabetes Educator*, 2007; 33: 1032 – 1050.
3. Nelson J, Nelson K. Problem Solving. In Mensing C. *The Art and Science of Diabetes Self-Management Education Desk Reference*. Second Edition. Chigago, Illinois, USA: American Association of Diabetes Educators; 2011. 195 – 210.
4. Yun-Mi Yong, Kyung-Mi Shin, Kang-Min Lee, Jae-Young Cho, Sun-Hye Ko, Min-Hyang Yoon, Tae-Won Kim, Jong-Hyun Jeong, Yong-Moon Park, Seung-Hyun Ko, Yu-Bae Ahn. Intensive Individualized Reinforcement Education Is Important for the Prevention of Hypoglycemia in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes & Metabolism Journal* 2015;39:154-163.