

Mala adherencia terapéutica en un paciente de edad avanzada, deterioro cognitivo y polimedicado, con diabetes mellitus tipo 2

Luis Miguel Pérez-Belmonte^{1,2}, Mercedes Florido-Santiago², Michele Ricci¹, José Pablo Lara-Muñoz², Ricardo Gómez-Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Universidad de Málaga (UMA). Málaga. España

²Unidad de Neurofisiología Cognitiva. Centro de Investigaciones Médico Sanitarias (CIMES). Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Málaga. España

Recibido: 14/03/2020

Aceptado: 14/03/2020

En línea: 31/03/2020

Citar como: Pérez-Belmonte LM, Florido-Santiago M, Ricci M, Lara-Muñoz JP, Gómez-Huelgas R. Mala adherencia terapéutica en un paciente de edad avanzada, deterioro cognitivo y polimedicado, con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 45-47. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a17.

Cite this as: Pérez-Belmonte LM, Florido-Santiago M, Ricci M, Lara-Muñoz JP, Gómez-Huelgas R. Poor therapeutic adherence in a type 2 Diabetes Mellitus elderly patient with cognitive impairment and polypharmacy. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 45-47. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a17.

Autor para correspondencia: Luis Miguel Pérez-Belmonte. luismiguelpb1984@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Deterioro cognitivo
- ▷ Fragilidad
- ▷ Polimedicación
- ▷ Diabetes mellitus tipo 2
- ▷ Hipoglucemia

Keywords

- ▷ Cognitive impairment
- ▷ Frailty
- ▷ Polypharmacy
- ▷ Type 2 diabetes
- ▷ Hypoglycemia

Resumen

Mujer de 84 años con diabetes mellitus tipo 2 de larga duración, deterioro cognitivo severo, fragilidad y polimedicación que consultaba por presentar episodios de mareos y palpitaciones que mejoraban con la ingesta de alimentos, pero provocando algunas veces caídas traumáticas secundarias. La cuidadora frecuentemente no le daba la medicación por sospecha de hipoglucemias asociadas al tratamiento antidiabético. Tras la optimización del tratamiento antidiabético, se consiguieron evitar las hipoglucemias y mejorar de forma segura la adherencia terapéutica.

Abstract

An 84-years-old woman with long-duration type 2 diabetes, severe cognitive impairment, frailty and polypharmacy came with episodes of dizziness and palpitations that improved after eating, but occasionally causing secondary falls. Frequently, the caretaker did not give her the antidiabetic medication, suspecting drug-induced hypoglycemia. After antidiabetic treatment optimization, the hypoglycemia were avoided and the therapeutic adherence was safely improved.

Puntos destacados

- ▷ La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 se incrementa marcadamente con la edad.
- ▷ Los pacientes de edad avanzada y polimedicados presentan con frecuencia efectos adversos medicamentosos.
- ▷ La hipoglucemia inducida por fármacos antidiabéticos es una situación especialmente relevante en pacientes de edad avanzada y con fragilidad clínica.
- ▷ El tratamiento antidiabético y los objetivos de control glucémico en el paciente de edad avanzada con diabetes mellitus tipo 2 deben individualizarse atendiendo a la situación funcional y a la fragilidad del paciente.

10 fármacos³. Asimismo, la polimedicación es un factor de mala adherencia terapéutica⁴, y un mal cumplimiento en pacientes con diabetes se asocia a un peor control metabólico⁵ y a un peor pronóstico⁶.

En los pacientes de edad avanzada con criterios de fragilidad y deterioro cognitivo moderado-grave, en los que los beneficios del tratamiento antidiabético son limitados, los objetivos deben ser individualizados y basarse en mejorar la calidad de vida, preservar la funcionalidad y evitar los efectos adversos, especialmente las hipoglucemias⁷.

Historia clínica: antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Se presentó una mujer de 84 años, con DM2 de 12 años de evolución con regular control metabólico. Asociaba la presencia de hipertensión arterial y dislipemia de larga duración con buen control. Además, hace 6 años fue diagnosticada de deterioro cognitivo leve, comenzando los primeros síntomas unos meses después de ser sometida a cirugía de sustitución de válvula aórtica (válvula biológica). Un equipo de Neuropsicología realizó la evaluación usando una batería neurocognitiva, detectándose deterioro cognitivo leve multidominio en funciones ejecutivas, atención, memoria y fluidez verbal.

Introducción

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) presentan habitualmente múltiples comorbilidades y, con frecuencia, están polimedicados, lo que les expone a un mayor riesgo de presentar efectos adversos e interacciones medicamentosas, algo especialmente relevante en pacientes de edad avanzada¹. La presencia de polimedicación suele definirse como el consumo diario de más de 5 fármacos². En un estudio español, las tres cuartas partes de los pacientes diabéticos de edad avanzada que precisaban hospitalización tomaban más de

Criterios de fragilidad de Fried	
Marcador	Herramienta de valoración
1. Pérdida de peso espontánea	Pérdida inexplicada > 4,5 kg o > 5% de peso en el último año
2. Cansancio	Cansancio autorreferido, identificado por una puntuación > 2 de la escala Center Epidemiological Studies-Depression (0-8)
3. Debilidad muscular	Fuerza prensora manual (dinamómetro) < 20% de la normalidad, ajustado por IMC y sexo
4. Enteltecimiento motriz	Velocidad de la marcha para recorrer una distancia de 4,5 m < 20% de la normalidad, ajustado por sexo y talla (> 6-7 s)
5. Hipoactividad	Gasto calórico semanal por debajo del quintil inferior, ajustado por sexo (hombres < 383 kcal/semana, mujeres < 270 kcal/semana)

Se considera la presencia de fenotipo de fragilidad cuando existen 3 o más criterios, y de fenotipo prefrágil si existen 1 o 2 criterios

Tabla 1. Criterios de fragilidad de Fried. Tomado de Fried et al.⁹

La batería neurocognitiva usada constaba de test del trazo, test de Stroop, test de recuerdo libre y selectivamente facilitado y test de fluencia verbal y fonológica, ajustados por edad y nivel educativo según el proyecto NEURONORMA⁸. En su seguimiento progresivo, se ha ido observando un empeoramiento significativo de las diferentes funciones cognitivas hasta alcanzar en la actualidad una situación de severidad. Tras el estudio correspondiente, se catalogó el deterioro cognitivo de causa mixta (vascular y degenerativo). Además, cumplía criterios de fragilidad (más de 3 criterios de fragilidad de Fried⁹ [Tabla 1]) y tenía dependencia funcional grave (índice de Barthel¹⁰: 30 puntos).

La paciente seguía tratamiento con metformina 850 mg 2 veces al día, gliclazida 60 mg 2 comprimidos diarios, losartán 100 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, simvastatina 20 mg, omeprazol 20 mg, memantina 20 mg y parche de rivastigmina 9,5 mg diarios. Además, tomaba paracetamol 1 g a demanda y quetiapina 25 mg 2 comprimidos por las noches.

Se consultó por presentar en los últimos meses (más intenso en los últimos 3-4 meses) episodios de mareos, malestar general, astenia y palpitaciones esporádicas. La cuidadora, ante la sospecha de “bajadas de azúcar”, le daba alimentos, lo que conseguía mejorar la situación. No se le realizaron en ningún momento autocontroles de glucemia durante dichos episodios. En ocasiones, la paciente llegó a tener caídas con traumatismos secundarios. Frecuentemente, por precaución, la cuidadora no le daba la medicación, por sospecha de hipoglucemias asociadas al tratamiento antidiabético. Para valorar la adherencia al tratamiento, se le realizó el test de Morisky-Green¹¹ (Tabla 2) a la cuidadora, dando una puntuación de 2 puntos.

Test de Morisky-Green
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las cuatro preguntas.

Tabla 2. Test de Morisky-Green. Tomado de Morisky et al.¹⁰

A la exploración física, presentaba unas constantes normales, datos de senilidad, aunque estaba alerta, y no presentaba otras alteraciones significativas. El peso era de 65 kg con un índice de masa corporal de 25,8.

Pruebas complementarias y evolución

La paciente aportaba analítica de sangre y orina en las que destacaban datos de anemia (hemoglobina 10,9 mg/dl) normocítica-normocrómica, glucemia

87 mg/dl, HbA1c 7,8%, creatinina 1 mg/dl, filtrado glomerular (CKD-EPI) 68 ml/min, colesterol total 205 mg/dl, HDL 45 mg/dl, LDL 93 mg/dl, triglicéridos 120 mg/dl, y cociente albúmina/creatinina 15 mg/g.

Se suspendió la glibenclamida y se indicó una combinación a dosis fijas de metformina y alogliptina 850/12,5 mg. A los 3 meses, el paciente no había vuelto a presentar mareos ni palpitaciones, y no había tenido caídas secundarias a episodios de hipoglucemias. Repetido el test de Morisky-Green a la cuidadora, se obtuvo una puntuación de 4 puntos, indicativa de buena adherencia terapéutica. En la analítica, la HbA1c fue del 7,3%.

Diagnósticos

- DM2 con aceptable control metabólico en paciente de edad avanzada.
- Hipoglucemias probables por sulfonilureas.
- Polimedicación.
- Mala adherencia terapéutica.
- Deterioro cognitivo moderado-severo de origen mixto (vascular/degenerativo).
- Fragilidad clínica.
- Hipertensión arterial y dislipemia con aceptable control.

Discusión y conclusiones

Diversos estudios señalan que la adherencia terapéutica es subóptima en los pacientes con diabetes. La falta de adherencia a la medicación es una de las principales causas de mal control glucémico, por lo que es importante descartarla antes de decidir una intensificación del tratamiento antidiabético. Diversas medidas de poca complejidad, como la simplificación del tratamiento, la individualización de la terapia y la entrevista motivacional, han demostrado ser eficaces para mejorar la adherencia¹². Por otro lado, nuestra paciente presentaba una clínica sugestiva de hipoglucemias, un efecto secundario frecuente de las sulfonilureas.

En nuestro caso, ante la sospecha de hipoglucemias asociadas al uso de antidiabéticos y la mala adherencia terapéutica, se optó por sustituir la metformina y la glibenclamida por una combinación a dosis fijas de metformina y alogliptina 850/12,5 mg. Con este cambio, se conseguiría reducir el riesgo de hipoglucemias y disminuir el número de comprimidos (de 4 a 2 comprimidos/día), con lo que se facilitaría la adherencia terapéutica. Es previsible que, al evitar las hipoglucemias y facilitar la posología, mejore la adherencia al tratamiento antidiabético, con lo que se podría mejorar el control glucémico sin necesidad de intensificarlo, tal como ocurrió en nuestro paciente.

Además, tal y como se ha expuesto, se trataba de una paciente de edad avanzada con criterios de fragilidad, dependencia funcional y deterioro cognitivo moderado-severo, por lo que, en la elección del tratamiento, se debe primar la seguridad, siendo de primera elección la metformina y los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4, y la flexibilización de los objetivos terapéuticos¹³. La elección de alogliptina se realizó también por la posible reducción en las fracturas óseas respecto de otros inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4¹⁴, lo que podría ser importante en pacientes de este perfil con alto riesgo de caídas.

En conclusión, en el momento de decidir el tratamiento antidiabético y los objetivos de control glucémico en el paciente de edad avanzada con DM2, debe individualizarse atendiendo a la situación funcional y a la fragilidad del paciente, primando opciones más seguras con el fin de evitar, entre otros efectos, las hipoglucemias.

Bibliografía

1. Kalyani RR, Saudek CD, Brancati FL, Selvin E. Association of diabetes, comorbidities, and A1C with functional disability in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999-2006. *Diabetes Care*. 2010; 33(5): 1055-1060. doi: 10.2337/dc09-1597.
2. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al; AdHOC Project Research Group. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005; 293(11): 1348-1358. doi: 10.1001/jama.293.11.1348.
3. Formiga F, Vidal X, Agustí A, Chivite D, Rosón B, Barbé J, et al; Potentially Inappropriate Prescription in Older Patients in Spain (PIPOPS) Investigators' Project. Inappropriate prescribing in elderly people with diabetes admitted to hospital. *Diabet Med*. 2016; 33(5): 655-662. doi: 10.1111/dme.12894.
4. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging*. 2014; 31(4): 283-289. doi: 10.1007/s40266-014-0163-7.
5. Aikens JE, Piette JD. Longitudinal association between medication adherence and glycaemic control in type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2013; 30(3): 338-344. doi: 10.1111/dme.12046.
6. Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL, Poole CD, Jenkins-Jones S, Rubin RR, et al. The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012 Jun; 35(6): 1279-1284. doi: 10.2337/dc11-1277.
7. Rodríguez-Manas L. A call for action in diabetes care for older people. *Diabet Med*. 2011; 28(7): 757-758. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03335.x.
8. Sánchez-Benavides G, Peña-Casanova J, Casals-Coll M, Gramunt N, Molinuevo JL, Gómez-Ansón B, et al; NEURONORMA Study Team. Cognitive and neuroimaging profiles in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: data from the Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project). *J Alzheimers Dis*. 2014; 41(3): 887-901. doi: 10.3233/JAD-132186.
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3): M146-156. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
10. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14: 61-65.
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1): 67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007.
12. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J, et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 379(9833): 2252-2261. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60480-2.
13. Gómez-Huelgas R, Gómez Peralta F, Rodríguez Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo JJ, et al. Treatment of type 2 diabetes mellitus in elderly patients. *Rev Clin Esp*. 2018; 218(2): 74-88. doi: 10.1016/j.rce.2017.12.003.
14. Yang J, Huang C, Wu S, Xu Y, Cai T, Chai S, et al. The effects of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors on bone fracture among patients with type 2 diabetes mellitus: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017; 12(12): e0187537. doi: 10.1371/journal.pone.0187537.