

La necesidad de tacto, franqueza y honestidad al hablar sobre las complicaciones

Margaret McGill

Para las personas con diabetes y los proveedores sanitarios que trabajan con ellas resulta difícil hablar sobre el delicado tema de las complicaciones a largo plazo. En algunas situaciones, los profesionales sanitarios tienen reticencias a la hora de imponer una información “desagradable” a una persona que podría estar luchando por afrontar su diabetes; en otras, el posible riesgo de desarrollar complicaciones podría utilizarse como amenaza en un intento de asustar a las personas para que sigan los consejos médicos. En este artículo, Margaret McGill argumenta que ninguno de estos enfoques es aceptable y opina sobre el papel y las responsabilidades de los proveedores sanitarios a la hora de ofrecer información sobre la diabetes a las personas con la afección.

Hace ya 15 años que se sabe que, aunque las personas con diabetes estén deseando saber sobre las complicaciones (en el momento del diagnóstico y de nuevo a los diez años de vivir con la afección), los proveedores sanitarios suelen, de hecho, subestimar sus deseos.¹ Uno de los objetivos clave de un autocuidado diabético eficaz es garantizar que las personas jueguen un papel fundamental a la hora de determinar sus cuidados. Sin embargo, especialmente cuando se trata de complicaciones diabéticas, esto puede a un mismo tiempo aumentar y reducir la ansiedad.

A mediados de los 90 se llevó a cabo un ensayo controlado al azar para evaluar el impacto sobre los niveles de ansiedad en

personas con diabetes tipo 2 de una información potencialmente preocupante sobre las lesiones oculares (retinopatía). Resultó interesante comprobar que las personas estaban preparadas para oír hablar sobre la retinopatía y que se generaron unos niveles de ansiedad más bajos cuando eran las propias personas quienes seleccionaban la información que cuando lo hacían los proveedores sanitarios.²

Es importante que los proveedores sanitarios no den garantías (“si se cuida no desarrollará complicaciones”) acerca de las consecuencias a largo plazo del autocontrol diabético; la variación de los niveles de glucemia tiene efectos distintos sobre personas distintas. Además, si la persona después desarrolla complicaciones,

a pesar de que le aseguraron que un autocuidado eficaz evitaría los problemas, probablemente se sentirá culpable porque ha fracasado a la hora de cuidarse adecuadamente.

Las personas con diabetes deben ser conscientes de las estrategias que tiene a su disposición para reducir el riesgo de desarrollo o de potenciación de las complicaciones. Una vez equipadas con dicha información, están listas para tomar decisiones respecto a los riesgos que están dispuestas a aceptar frente al esfuerzo que están dispuestas a realizar, algo que nunca deberá decidir el proveedor sanitario.

Educación, rastreo y tratamiento

Las personas necesitan conocer las complicaciones micro y macrovasculares asociadas con su afección. Es de importancia fundamental que las personas comprendan que las complicaciones diabéticas pueden ser totalmente asintomáticas en sus etapas iniciales. Debido a la falta de signos externos, es esencial realizarse revisiones a fin de detectar este tipo de problemas de origen diabético. Las personas con diabetes tipo 1 menores de 30 años deberían realizarse revisiones para detectar complicaciones a los 5 años del diagnóstico; los mayores de 30, a los 2 años. Las personas con diabetes tipo 2, por otra parte, deberían realizarse una revisión en el mismo momento del diagnóstico, ya que a menudo se desconoce el tiempo que llevan con diabetes y que el 30% de las personas recién diagnosticadas ya ha desarrollado alguna forma de complicación en el momento del diagnóstico. Tras este examen inicial, todas las personas con diabetes de cualquier tipo deberían hacerse una revisión cada 12 ó 24 meses.

Ojos

La detección y el tratamiento precoces de las lesiones oculares pueden minimizar los riesgos de pérdida grave de visión. Por lo tanto, es esencial realizar revisiones oftalmológicas anuales. Es importante que las personas con diabetes sepan que la mayoría de las retinopatías no conllevan inevitablemente la pérdida de la visión. Es igualmente importante que los proveedores sanitarios tranquilicen a las personas, ya que, incluso si se detectan unos pocos aneurismas en su retina, no existe una amenaza inminente de ceguera. De hecho, es fundamental subrayar en ese momento la necesidad de mejorar el control glucémico, que es el medio más seguro de prevenir o retrasar el progreso de las lesiones oculares, y ayudar a las personas a plantearse estrategias para conseguirlo.

Las personas deberían ser conscientes de los distintos grados de retinopatía existentes, las opciones correspondientes de tratamiento en caso de que se desarrollasen problemas y los posibles obstáculos de dicho tratamiento. Podría ser necesaria la terapia con láser en caso de problemas avanzados del ojo, por ejemplo. Esta opción ha demostrado que puede salvar la vista y es especialmente eficaz si se aplica a tiempo, antes de que la visión haya descendido por debajo de 6/18. Aunque la terapia láser tiene una serie de posibles efectos secundarios, como la pérdida de visión periférica, la ceguera nocturna y el daltonismo, cuando se tiene en cuenta el potencial de ayuda a la hora de conservar la vista, la mayoría de las personas está dispuesta a tolerar estos efectos secundarios.

Pies

Las personas deberían hacerse revisar los pies al menos una vez al año para comprobar si se ha producido alguna pérdida de sensibilidad, hay mala circulación o una combinación de ambas cosas, así como para detectar cualquier tipo de deformidad, callos o piel seca. Se debería preguntar a todas las personas si han experimentado síntomas de problemas nerviosos, como insensibilidad, hormigueo o escozor. Más del 50% de las personas con neuropatía, de hecho, no muestra síntoma alguno. Es, por lo tanto, fundamental realizar algún tipo de prueba cuantitativa de sensibilidad (con un biotesiómetro, por ejemplo).

Las personas con pies insensibles, que han perdido el "don" natural y protector del dolor, corren un mayor riesgo de amputación que quienes sufren una neuropatía dolorosa. Se debería tranquilizar a las personas con neuropatía dolorosa diciéndoles que, probablemente, corran un menor riesgo de amputación inminente. Sin embargo, vivir con un dolor crónico puede tener un gran impacto sobre la calidad de vida de la persona y debería buscarse un tratamiento para intentar aliviar parte de dicho dolor.

Los síntomas de mala circulación pueden ser:

- calambres en las pantorrillas al caminar, que desaparecen tras el descanso
- enrojecimiento de los pies al estar sentado
- los pies palidecen cuando se ponen en alto, sobre una banqueta o una silla
- falta de crecimiento normal de pelo en las piernas y los pies.

Si, tras una revisión, se descubre que los pies corren el riesgo de ulceración, es necesario impartir educación intensiva pre-



Las personas con neuropatía dolorosa necesitan confianza: no corren un riesgo inminente de amputación.

necesario el uso de medicación múltiple contra la hipertensión. Debería concienciarse a las personas sobre los posibles efectos secundarios y animarlas a que busquen una alternativa en caso de que se produjesen. En muchos países, hay una amplia gama de medicamentos, así que por lo general es fácil encontrar el que mejor se adapte a cada persona.

Dichos medicamentos no carecen de riesgos. Sin embargo, la mayoría de las personas que utilizan medicamentos para reducir la tensión arterial no desarrolla ningún efecto secundario, o son muy leves. Los medicamentos más comunes y sus efectos secundarios son:

- inhibidores IECA – a veces provocan una tos irritante
- bloqueadores de los receptores de la angiotensina – a veces causan mareos
- bloqueadores de los canales de calcio – a veces causan mareos, rubor facial, inflamación de los tobillos y estreñimiento
- diuréticos – pueden provocar ataques de gota en un pequeño número de usuarios, o pueden empeorar la gota si la persona ya la tiene; algunos usuarios desarrollan impotencia
- bloqueadores beta – pueden provocar manos y pies fríos, trastornos del sueño, cansancio e impotencia en algunos usuarios.

ventiva sobre el cuidado de los pies. Además, muchas personas que han perdido la sensación de dolor, al distraerse con las actividades diarias olvidan que sus pies podrían correr riesgos. Por lo tanto, es necesario repetir con frecuencia la educación preventiva intensiva.

Riñones

Con el fin de prevenir o retrasar la enfermedad renal (nefropatía), la función renal debería evaluarse al menos una vez al año, viendo si hay presencia de proteína en la orina y evaluando el índice de filtración glomerular. Si hay signos de lesión renal, es necesario tratar intensivamente la tensión arterial para que se mantenga por debajo de los 130/80 mmHg. Deberán realizarse cambios en la dieta para conseguir este objetivo y, en algunos casos, será

Reducir la cantidad de sal de la dieta, reducir la ingesta de alcohol y evitar otros medicamentos (como la medicación antiinflamatoria) puede ayudar a reducir la hipertensión. Los proveedores sanitarios deberían animar a las personas con diabetes a que se familiaricen con su nivel de tensión arterial y a saber si es el adecuado. Debería dejarse muy claro que tener síntomas precoces de enfermedad renal (microalbuminuria) no es necesariamente un anuncio de diálisis en el futuro. En los países o entornos en donde los ingresos familiares lo permitan, podría resultar útil que la persona con diabetes adquiera un mecanismo para medirse la hipertensión con el fin de poder monitorizar sus niveles a diario y

hacer saber al proveedor sanitario cuándo dichos niveles suben por encima de lo normal.

Salud cardiovascular

En comparación con la población general, las personas con diabetes corren un mayor riesgo de infarto de miocardio o derrame cerebral. El trastorno subyacente es la aterosclerosis (atasco arterial), que aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca y de los vasos sanguíneos. Las personas deberían familiarizarse con sus niveles de triglicéridos y colesterol, HDL y LDL. Si ya hay presente una enfermedad cardíaca o de los vasos sanguíneos, podría ser necesario reducir los niveles diana por debajo de los de la población general con el fin de evitar más problemas. La modificación de la dieta, la pérdida de peso, el ejercicio y dejar de fumar son elementos vitales si se quiere reducir el riesgo cardiovascular. Además, muchas personas con diabetes necesitan medicamentos para reducir el colesterol, que juega un claro papel tanto en la prevención primaria como en la secundaria.

Ensayos clínicos a gran escala, tanto sobre la diabetes tipo 1 (estudio DCCT/EDIC) como en la tipo 2 (monitorización tras el estudio UKPDS) han demostrado que el control de la glucosa en sangre, si se consigue en las primeras etapas de la diabetes, reduce notablemente el desarrollo y el progreso de todas las complicaciones de origen diabético, incluidas las enfermedades cardiovasculares. Dichos ensayos han revelado que, cuando se retrasa la intervención intensiva, resulta más difícil reducir la fuerza de las complicaciones. Resulta interesante el hecho de que los efectos protectores de un período de entre 5 y 7 años de terapia intensiva persistan durante al menos 10 años, fenómeno conocido como "memoria metabólica". Cuando saben de estos hallazgos, muchas personas con diabetes se ven altamente motivadas para mejorar su control glucémico en las primeras etapas de su afección.

Jóvenes

Para muchos jóvenes con diabetes y sus padres, hablar sobre o incluso pensar en las complicaciones a largo plazo les inspira temor. Además, a los jóvenes les resulta difícil encontrar la motivación necesaria para realizar cambios de estilo de vida que reducirían el riesgo de unos problemas sanitarios que podrían tardar décadas en desarrollarse. Sin embargo, hablar sobre las complicaciones es fundamental para aumentar las oportunidades de un joven de disfrutar de un futuro sano. Los proveedores sanitarios necesitan orientar a los jóvenes y a sus padres mediante los mejores enfoques de control diabético.

Tacto, franqueza y honestidad

Los proveedores sanitarios tienen el compromiso ético y legal de garantizar que las personas con diabetes a su cuidado sean plenamente conscientes de todas las posibilidades asociadas al diagnóstico de diabetes. También existe la responsabilidad moral de presentarlas de modo que se minimice cualquier daño que pudiese ir asociado a la información negativa.

Ocultar datos o posibilidades desagradables es correr riesgos y puede ser altamente contraproducente: si la persona se da cuenta de que se le ha ocultado información, la confianza básica en la que se basa una relación terapéutica probablemente se vea comprometida. Por otra parte, una conversación agresiva sobre las consecuencias a largo plazo de un mal control glucémico puede provocar o potenciar una negación rotunda y dañar igualmente el potencial de que exista una relación profesional equilibrada.

Es de suma importancia, dentro del contexto de las complicaciones a largo plazo, que los proveedores sanitarios hagan todo lo que esté en su mano para ayudar a que las personas con diabetes minimicen cualquier sentimiento de culpa; la duración de la diabetes es un factor principal en el desarrollo de las complicaciones diabéticas microvasculares. Por encima de todo, los profesionales sanitarios deberían ser francos y honestos a la hora de hablar sobre los problemas relacionados con la diabetes. Descubrir que algo va mal debería interpretarse como una oportunidad para implementar estrategias que reduzcan el progreso de las complicaciones.

Margaret McGill

Margaret McGill es Coordinadora del Centro de Diabetes del Real Hospital Príncipe Albert, en Camperdown, Nueva Gales del Sur (Australia) y vicepresidenta primera de la FID.

Bibliografía

- 1 Genev NM, Flack JR, Hoskins PL, et al. Diabetes education: whose priorities are met? *Diabet Med* 1992; 5: 475-9.
- 2 McGill M, Molyneaux L, O'Dea J, Yue DK. Discussing diabetic retinopathy with NIDDM patients. An evaluation of varying the content of information given to patients and its impact on anxiety. *Practical Diabetes International* 1995; 4: 173-6.