

La Atención de Pacientes con Diabetes en la Venezuela Actual. A Propósito de 10 Casos atendidos por una Internista en un día de Enero de 2019

*Trina María Navas Blanco**

Asistir a un paciente es, oírlo, tratarlo, en fin: ayudarlo en todos los aspectos posibles. Y esas son algunas de las cosas que los médicos hacemos en nuestro ejercicio profesional. Recordemos ahora que lo hacemos en el siglo XXI. Por eso, hay que redefinir el ejercicio de la medicina en el país que tenemos actualmente.

Es un apostolado por la grave crisis de salud que sufrimos y debe ser documentado para no olvidar nunca lo que estamos viviendo.

La asistencia a pacientes con patologías crónicas como la diabetes, coloca a los médicos Internistas que los atendemos, además de asumir la responsabilidad de llevar adelante el programa de enfermedades cardiometabólicas, en una posición privilegiada porque podemos ayudar algo más; sin embargo, esto se va haciendo realmente difícil debido a las diversas realidades que enfrentamos con aquellos que atendemos, y pienso que es un área muy adecuada para entender la emergencia humanitaria que sufre el país.

La Venezuela donde el paciente asumía el costo de los medicamentos y de la atención médica en general como “gasto de bolsillo”, simplemente ha desaparecido. Actualmente, si el medicamento está disponible en la farmacia no lo puede comprar.

Aún así, lo peor y más grave, es que no está disponible con la urgencia requerida. Esto viene siendo denunciado desde hace más de 2 años sin planificación o soluciones⁽¹⁾.

Para la tercera semana de enero 2019, un frasco de insulina glargina cuesta en una farmacia seria BsS.: 90.000,00, en internet entre \$: 1.500,00 y \$:3.000,00, y con los comerciantes informales llamados “bachaqueros” es muy variable pero siempre mayor que en las farmacias e inclusive, suele ser vendida en dólares. El sueldo básico del venezolano es hoy de BsS.: 18.000,00 y ninguno de los pacientes que tratamos gana suficiente para comprar los dos tipos o el combinado de insulina que requiere para un mes. Peor aún, a este gasto debe sumar la comida, el transporte, los servicios básicos y lo relativo a la familia. No hay forma de cubrir los gastos médicos. La salud debe quedar a la deriva sobre todo si es la del jefe de la familia, quien da todo su aporte para la manutención y no para sus necesidades particulares: “mi familia primero”; esta frase es frecuentemente escuchada en los consultorios de pacientes con complicaciones porque han abandonado sus necesidades.

La diversidad de pacientes que se atiende a nivel hospitalario es sorprendente. Proceden de todo el país, llegan sin cumplir tratamiento, con la esperanza de encontrar insulina a pesar de la distancia. Los hemos recibido de los estados Sucre, Táchira, Bolívar, Apure, Falcón, Zulia, Aragua, Nueva Esparta, Vargas y Miranda; solo por citar los del último mes.

Algunos deben ser atendidos de inmediato para

* Médico Internista. Profesor Agregado UCV. Hospital General del Oeste, Caracas. E-mail: wilownavas@gmail.com

**LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES EN LA VENEZUELA ACTUAL.
A PROPÓSITO DE 10 CASOS ATENDIDOS POR UNA INTERNISTA EN UN DÍA DE ENERO DE 2019**

evitar complicaciones agudas. Los cascos azules nos han anunciado varias veces y recibimos así gente de cualquier zona del país.

A todos se les realiza la historia clínica de nuestro el hospital y, así, poder llevar el seguimiento respectivo. Muchos han tenido que mudarse a Caracas en pro de su salud lo cual significa abandono laboral, familiar y afectivo.

La desesperación de los pacientes por controlar su enfermedad llega a límites inconfesables para un sistema de salud serio. Una de las situaciones que encontramos en pacientes tipo 1 es el uso por automedicación de insulina cristalina como medicamento único, y además no disponen del glicómetro. Esta conducta solo se justificó en el mundo en los primeros años del uso de la insulina por su histórica aparición como opción terapéutica: “el extracto de insulina”. Leonard Thompson, el 11 de febrero de 1922 fue el primer paciente en usar un extracto de páncreas que contenía insulina⁽²⁾ y fue un éxito. En 1930 se obtuvo la primera insulina de acción larga. Probablemente Thompson logró usarla, ya que murió a los 33 años por una neumonía, y debió tener para esa fecha 22 años⁽³⁾.

Este mal uso por los pacientes, no se puede llamar automedicación irresponsable, porque saben que sin insulina la muerte es su compañera en este tipo de diabetes. Para los diabéticos tipo 2 se abre la puerta a las complicaciones agudas y crónicas. Por lo tanto están siendo muy responsables en esa decisión, y asumen su riesgo. Aquí, hoy, esa forma de uso de la insulina tiene una sola lectura: la consecuencia de la patología social que vivimos, no existe otra forma para describirla. La decisión de los pacientes es su defensa del exterminio impuesto por el desorden y la anarquía del sistema de salud.

Recordemos: estamos en el siglo XXI, donde el tratamiento es al menos la bomba de insulina en los tipo 1 y la investigación clínica tiene como meta terapéutica el uso de métodos biológicos como el trasplante de células pancreáticas o la terapia genética personalizada^(4,5).

Oírlos, verlos, educarlos y tratar de ayudarlos es

un ejercicio de resistencia humana. En los médicos el sentido común, los afectos, los principios éticos y la impotencia, se unen para darle un nuevo sentido al silencio de la no respuesta. Este silencio, afecta exclusivamente al médico y contribuye a su desgaste. Solo se puede decir como consuelo: “ya estamos resolviendo, siempre que nos doten, estaremos ayudándolos mensualmente”.

En el mes de enero atendimos 145 Pacientes, 105 tipo 1 y 40 tipo 2. Esta inversión de la proporción, se debe al manejo del Programa de Enfermedades Endocrino-metabólicas del MPPS en nuestro hospital.

Hoy se atendieron apenas 10 y 9 requerían insulina. Su promedio de edad de 48 años \pm 16,87 DE, la menor tenía 26 años de edad con 10 años de evolución de su enfermedad y el mayor 84 y no precisa tiempo de evolución; el 60% eran mujeres. Cada historia personal reflejada en la realidad y en sus datos clínicos arrugan el corazón. Todos con un Graffar IV o V, y algunos profesionales universitarios cuyo ingreso no les alcanza para comprar sus medicamentos. Cada uno porta en su presencia y gesto: la falta de agua, la falta de alimentos, la falta de dinero y la desesperación palpable en su expresión corporal, a la que se llega por tener una enfermedad para toda la vida como la diabetes, unido al miedo de no tener respuesta con nosotros tampoco. Hace un año podíamos decirles: “si te cuidas tu vida será muy similar a la de cualquiera, solo debes hacer ejercicio, comer sanamente (y se educaba), usar tu medicamento, controlarte con el médico y aprender todos los días de la enfermedad. Hoy, debemos sentarnos a ajustar la dosis que traen, porque son pocos los médicos que hay para atenderlos o no han ido a su consulta porque no pueden pagar el control o el transporte y traen dosis que eran de “cuando estaba en buen peso” porque la situación los ha llevado a la severa disminución de peso que vemos en nuestros centros asistenciales: severa, reciente y sin una enfermedad que lo justifique⁽⁶⁾; además de las hipoglucemias sintomáticas, describen la disminución de raciones o simplemente falta de posibilidad de comer. La suma de todo esto es la realidad diaria del médico hospitalario. Es una obligación transmitir esta realidad histórica con la

esperanza de resolverla y que no suceda de nuevo. Actualmente forma parte de currículo oculto de los hospitales docentes, pues aprendimos a afrontarlo “in vivo”⁽⁶⁾.

Hoy fue un día conmovedor. Hoy las historias deben hacerse “virales” como dicen los medios sociales. Hoy no puede pasar desapercibido para mí porque fue más grave que de costumbre. Hoy los sentimientos me obligaron sobre la razón, a tomar el tiempo para escribir esto y no para estudiar. El tiempo que dedico a diario para la atención de pacientes con diabetes reveló esta realidad:

1. Un paciente de 85 años, traído por su esposa, es tratado con insulina y metformin. Está desnutrido en extremo y con una pobreza terrible a la vista y el olfato, sin control médico de su enfermedad en mucho tiempo por no poder pagar e médico que eligió y con hipoglucemias frecuentes diagnosticadas por la anamnesis. Se omitió la insulina, se ajustó el metformin a dosis mínima, con control de glicemia a la brevedad y con miras a retirar el medicamento. Luego de la educación inmersa en la conversación, que les devolvió la paz a sus rostros, me dijeron orgullosos que tenían 52 años de matrimonio y se cuidan solos.

2. Una paciente conocida con diabetes tipo 2 y múltiples complicaciones crónicas, incluyendo la retinopatía proliferativa y cuyo ojo izquierdo ya tenía un desprendimiento de retina con severa disminución de la agudeza visual. Se le aconsejó en muchas oportunidades asistir a oftalmología para control. Llegó acompañada por primera vez (en todas las consultas previas venía sola), a buscar la metformina. Lloraba porque en la segunda semana de diciembre, súbitamente se quedó ciega y hasta este momento no ha podido ir a la consulta de oftalmología de un hospital porque no tiene dinero para el transporte. Tenía un índice de Barthel moderado a grave. Insté a la familia a realizar las conductas pertinentes y a no dejarla sola, además de intentar consolarla.

3. No puede faltar quien “supuestamente” no tiene ni idea de lo que se pone: “400” y quiere pasar por vivo. La pregunta: ¿se pone 400 de qué?,

¿dónde se controla y donde está su récipe?. No lo trajo. Se le pidió lo trajera al día siguiente ya que obviamente no tiene idea de lo que hace y supuestamente se la pone ella misma. Esta es parte de los vivos que revenden en el mercado negro. No volvió el resto del mes, por supuesto.

4. Una mujer de 39 años, muy angustiada, quien dijo ser “diabética desde el mes de nacida; me dijo que hoy era el tercer día sin insulina y no había comido por miedo. Me costó creerle y le iba a ordenar una glicemia en nuestro laboratorio, pero sacó el glucómetro de la cartera, y tenía alrededor de 400 mg/dl. No quedaron dudas, le firmé el récipe y ajusté la dosis. No tiene donde controlarse, se le abrirá historia para estadiar las complicaciones que ya debe tener, y que explicarían la tolerancia del tiempo sin insulina en ausencia de síntomas o signos de una cetoacidosis. Esta paciente tiene una hija de edad escolar con diabetes tipo 1 que es atendida en otro hospital de la zona que le provee la insulina a la niña, pero no a la madre. Madre sin tratamiento – hija tratada. La paradoja absurda de atención por prioridades. Sea cual sea la edad, el derecho a la salud es universal y sin excepciones. ¿Será en algún momento el futuro de esa familia: Hija diabética tipo 1 sin madre?.

5. Un hombre de 65 años operado por un cáncer de próstata y en terapia de bloqueo hormonal, llegó con una palidez marcada. Se había omitido la insulina en consultas y trajo su medición de glicemia en 105 mg./dl. Se le mantuvo su dosis de metformina y se felicitó por su buena respuesta. Sus exámenes revelaron un antígeno prostático elevado, se conversó con él al respecto. Ya el servicio de urología había ajustado la dosis de su tratamiento y su seguimiento. El paciente, al salir dijo estar feliz por la atención recibida. La perfecta alegría de San Francisco de Asís⁽⁷⁾.

6. Un paciente de 42 años, desnutrido y pálido, portador de síndrome de Down, con diabetes tipo 1. Y no era posible, según la familia, controlar su ingesta de pan. El problema no es que coma el pan, es que la familia no puede comprar el pan. Luego de darme un beso como despedida, recibió la insulina NPH y la cristalina, además de educar a la familia.

LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES EN LA VENEZUELA ACTUAL. A PROPÓSITO DE 10 CASOS ATENDIDOS POR UNA INTERNISTA EN UN DÍA DE ENERO DE 2019

7. Un paciente tipo 1 que fue atendido la semana pasada, trajo a un compañero de trabajo con diabetes tipo 1. Su estatura de aproximadamente 1,90 mts. se acompañaba de una caquexia impresionante, Conocía bien su enfermedad, se le entregaron las dosis de ambos tipos de insulina y se impartió la educación nutricional, pero dadas las condiciones del país es muy probable que no podrá cumplirla.

8. Una madre de 25 años, con 7 años de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 vino con su hija de 6 años, sana. Recibió la dosis de insulina que requería y expresó su tranquilidad de recibirla, pues la última vez que vino no pudimos ayudarla y esta vez fue clara: “ya no la puedo comprar”.

9. Un economista de 40 años, ejerce su profesión, maneja un taxi y es músico en ejercicio. Con esos tres trabajos no le alcanza para comprar la insulina. Es padre de familia y el está de último en la lista de prioridades. Esta edad es la que mueve una sociedad y asegura el bienestar de la familia.

10. Una señora de 50 años con el duelo reciente por su madre muerta porque no pudo comprarle los medicamentos y se descompensó de múltiples enfermedades que culminaron en la muerte. Está dolida con la vida por la pérdida injusta y evitable, además de asustada, porque no tiene dinero para la insulina. Se aconsejó, se condujo el duelo. Se sintió consolada de tener un sitio donde tiene apoyo.

Hoy fueron 10 pacientes, 9 con insulina. Hemos tenido días de 30 personas con historias similares. A todas se atiende, a todas se les orienta y aconseja. A todas se les escucha.

La limitación de tratamiento ha sido denunciada de todas las formas posibles, por trabajos médicos, por trabajos periodísticos^(1,6). Seguimos viviendo la infamia de la anomia organizativa de nuestro sistema de salud, que condena a las complicaciones agudas y crónicas en este tipo de enfermedad. Lo perverso, es que es el sistema de salud, es el que tendrá que velar por las complicaciones crónicas que permitió, debido a que se está favoreciendo un futuro gasto elevadísimo de salud por no haber actuado adecuadamente a nivel primario ni secundario.

El *burnout* del médico tiene un motivo ante esta situación, lo que lo perjudica directamente como individuo e indirectamente a través de sus relaciones familiares y laborales⁽⁸⁻¹⁰⁾. Son experiencias afectivas que dejan huella. Muchos ven el no poder tratar como el máximo problema que afrontamos y se olvidan de que el médico es un ser humano que siente, padece y se enfrenta a estas situaciones a diario. Ya es bastante carga el enfrentamiento diario con cualquier enfermedad, pero el enfrentamiento con la impotencia de no poder siquiera consolar adecuadamente, es un aprendizaje innecesario que se solucionaría solamente con sincerar la atención médica del país.

El futuro que nos espera es sombrío por las consecuencias de esta nefasta situación: desnutrición, muerte por indolencia, complicaciones agudas y crónicas, huérfanos, viudos y viudas. Pero aun así, la medicina hospitalaria venezolana, diezmada en número y afectos, sigue dando el frente para solucionar en plena zona de guerra y abona el momento de poder ejercer una medicina más digna y humana⁽¹¹⁾. Allí seguimos y escribimos para que el presente que ahora vivimos sea solo pasado. Y aprendamos a no repetir los errores humanos: “Todo aquel que desconoce su pasado está destinado a repetirlo”, que no se aplique a nuestro futuro.

Referencias

1. Instituto Prensa y Sociedad. Un antibiótico ausente. Capítulo 4. Consultado el 6 de octubre de 2017 en <http://ipysvenezuela.org/huerfanosdelasalud/2014/06/20/4-3/>
2. Learn Chemistry. Royal Society of Chemistry. On this day <http://www.rsc.org/learn-chemistry/resource/rdc00000111/on-this-day-jan-11-thompson-trialledinsulin?cmid=DC00000111>
3. Banting F, Campbell W, Fletcher A. Further clinical experience with Insulin (pancreatic extracts) In the treatment of diabetes mellitus. *British Med J.* 1923. 6: 8- 12.
4. Handorf A, Sollinger H, Alam T. *Exp Clin Transplant.* Insulin gene therapy for type 1 diabetes mellitus 2015 Apr;13 Suppl 1:37-45.
5. Pridavková D, Samoš M, Kazimierová I, Šutarik L, Fraňová S, Galajda P, Mokáň M Insulin Pump Therapy - Influence on Body Fat Redistribution, Skeletal Muscle Mass and Ghrelin, Leptin Changes in T1D Patients. *Obes Facts.* 2018;11(6):454-464.
6. Patiño M. Modelo socio-cognitivo : curriculum por competencia profesional para la educación médica de postgrado en medicina interna : propuesta para el cambio curricular en la educación médica en Venezuela. MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR [Tesis de Grado]. Universidad Complutense – Madrid “014. Consultado el 2 de febrero de 2019 en <https://eprints.ucm.es/24961/1/T35286.pdf>
7. Rocha M, Prieto D, Navas T. Prescripción y adquisición de medicamentos y procedimientos: Análisis de las limitaciones actuales en el ejercicio médico. *MED INTERNA (CARACAS)* 2018;34(2):96-112.

8. Bernard H. San Francisco de Asis en la obra de Francisco Sulbaran y Joan Miró: vigencia de lo santo y lo bello en el tiempo. Universitat de Barcelona. Consultado el 1 de febrero de 2019 en http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/108522/1/HBG_TESIS.pdf
9. Llera J, Durante E. Correlation between the educational environment and burn-out syndrome in residency programs at a university hospital. *Arch Argent Pediatr*. 2014. 112;(1):6-11.
10. Muriel E, Molinaro F. Stress en residentes del postgrado universitario de medicina interna. 1995. Trabajo de Grado presentado y aprobado para optar por el título de Especialista en Medicina Interna. 2009
11. Yilmaz A. Burnout, job satisfaction, and anxiety-depression among family physicians: A cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2018 Sep-Oct;7(5):952-956.
12. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. “Contrato Social de los Médicos Internistas con sus Pacientes”. Mayo 2007. Consultado el 2 de octubre de 2017 en <http://www.svmi.web.ve/documentos/contrato.php>