DESG Teaching Letter 1

IPOGLICEMIZZANTI ORALI

I pazienti affetti da diabete mellito non-insulino-dipendente sono generalmente meno informati e meno motivati sul trattamento del loro disturbo metabolico rispetto ai pazienti trattati con insulina. Ciò è dovuto principalmente alle idee preconcette del paziente e dei suoi familiari. Affermazioni del tipo "Ho solamente un diabete lieve", "Non ho bisogno di insulina", "Non mi sento malato", sono molto frequenti. I medici tendono a rinforzare le idee inappropriate non replicando a sufficienza a tali affermazioni dei pazienti.

Questo gruppo di pazienti necessita in realtà delle stesse attenzioni mediche ed educative di quelli con diabete insulino-dipendente. In realtà, sia il paziente che i sanitari, devono comprendere che il trattamento basato esclusivamente sugli ipoglicemizzanti orali non migliora il controllo del diabete, ma che, in associazione alla dieta, all'attività fisica e all'educazione, questi farmaci possono migliorare il controllo metabolico e quindi prevenire le complicanze tardive. Scopo di questa Teaching Letter è di fornire linee guida per l'educazione di questo gruppo spesso trascurato di pazienti diabetici.

Iniziare da una valutazione dei pazienti e della loro conoscenza sul diabete

Si accetta comunemente che i diabetici non insulino-dipendenti siano poco informati e motivati sulla loro malattia, sebbene il diabete possa essere noto da diversi anni. Gli operatori sanitari dovrebbero iniziare da una valutazione della conoscenza del diabete che il paziente potrebbe già avere acquisito. Valutare che percezione hanno i pazienti del diabete e della sua cura è essenziale per pianificare un appropriato programma terapeutico a breve e a lungo termine.

Migliorare le conoscenze e la motivazione del paziente all'inizio del trattamento favorisce una prognosi positiva. La motivazione può dipendere da fattori personali come il rapporto tra il paziente e la sua malattia, le abitudini di vita e alimentari l'alimentazione, l'attività lavorativa, il background familiare, culturale e sociale.

Quali informazioni dovrebbero essere date per prime?

Una volta che il medico ha deciso di prescrivere una solfanilurea o una biguanide, dovrebbe fornire un minimo di informazioni necessarie per aiutare il paziente a capire gli obiettivi della terapia. Queste informazioni dovrebbero contenere la risposta a tre domande:

- Perché mi prescrive un ipoglicemizzante orale?

- Quali effetti posso aspettarmi da queste compresse

- Che cosa dovrò fare in seguito?

1 – Perché mi prescrive un ipoglicemizzante orale?

Il peso del paziente e il grado di iperglicemia avranno determinato la scelta del medico. Egli dovrebbe quindi spiegare l'importanza degli elevati livelli di glicemia e come questi possono essere corretti. L'aggiunta di altri dettagli (perché un ipoglicemizzante orale e non insulina?) dipenderà dalla conoscenza del paziente sulla malattia e potrà includere alcuni o tutti dei seguenti punti:

- le compresse orali non sostituiscono la dieta
- le compresse non sono insulina orale
- possibilità alternative di trattamento
- meccanismo di azione del farmaco
- importanza della residua insulina endogena.

2 – Quali effetti posso aspettarmi da queste compresse?

Il medico dovrebbe dire al paziente che l'abbassamento della glicemia allevierà la fatica, la sete e il prurito se questi sintomi sono presenti. Il tempo richiesto per ottenere un miglioramento è variabile. Ai pazienti asintomatici si dovrebbe dire che la glicemia può ridursi senza che essi notino alcun effetto soggettivo.

Il medico, inoltre, dovrebbe dare alcune informazioni essenziali sul trattamento:

- *Il nome della compressa,* che il paziente dovrebbe annotare.
- *Quante ne deve prendere* e a che ora, con eventuali suggerimenti sul modo per ricordarselo;
- *Gli ipoglicemizzanti orali sono efficaci solo in associazione* con la dieta. Occorre evitare una scarsa assunzione di carboidrati e una alimentazione irregolare;
- *Ipoglicemia*. Il paziente trattato con solfaniluree dovrebbe essere istruito sulla possibilità di *ipoglicemie* spiegandone i segni e i sintomi.
- *Il consumo di alcol* può contribuire ad aumentare il peso e i rischi di ipoglicemia.
- Malattia. Contattare il medico se impossibilitato a mangiare (specialmente in caso di vomito) e in caso di altre malattie.
- *Sintomi gastro-intestinali.* Sono probabilmente transitori e generalmente non rappresenta una ragione per interrompere il trattamento.
- *Certi farmaci non possono essere associati agli ipoglicemizzanti orali.* Il paziente dovrebbe informare qualunque medico lo visiti che è trattato con ipoglicemizzanti orali, fornendo il nome del farmaco;
- - gli ipoglicemizzanti orali dovrebbero essere interrotti se il paziente rimane a digiuno, in preparazione di certe indagini (ad esempio la radiologia invasiva);
- - le pillole per il controllo dell'ipertensione (diuretici o altri) e le infiltrazioni locali con corticosteroidi possono peggiorare il controllo metabolico.
- Ulteriori dettagli sul farmaco possono essere aggiunti di volta in volta:

- il paziente dovrebbe essere avvisato di non di non prendere compresse ipoglicemizzanti diverse da quelle prescritte dal medico;

- un medico dovrebbe essere consultato se la dose è stata inavvertitamente superata o se il paziente pensa di modificarla;

- l'appetito e la memoria spesso diminuiscono negli anziani: bisogna raccomandare loro di non saltare i pasti o dimenticare le compresse;

- avvisare il paziente della probabile durata a lungo termine del trattamento con le compresse e ammonirlo di non interrompere il trattamento solo perché la confezione è finita (prescrivere il farmaco in quantità sufficiente fino alla visita successiva).

3 – Che cosa dovrò fare in seguito?

Nelle visite successive si dovrebbe sottolineare la continua necessità di buone abitudini alimentari, e discutere i mezzi per aumentare l'attività fisica, in modo che il paziente non si culli nel senso di sicurezza creato dalle compresse.

Per assicurare un soddisfacente controllo del peso e prevenire o controllare l'ipertensione, il medico e il paziente devono convenire su un ragionevole obiettivo ponderale. Mangiare è importante per tutti. Il pasto spezza la giornata, particolarmente per l'anziano. Gli schemi alimentari e i suggerimenti dovrebbero essere flessibili, tenendo conto delle condizioni economiche, familiari e di vita del paziente. Il partner del paziente o altri familiari dovrebbero partecipare alla discussione della dieta insieme al personale sanitario.

Sottolineare che anche l'attività fisica di tutti i giorni, come lavare o le faccende domestiche, possono contribuire al senso di benessere e di indipendenza, e possono ridurre il rischio cardiovascolare e migliorare l'attività dell'insulina propria del paziente. È bene sottolineare questi vantaggi. La scelta del tipo di esercizio dipenderà dallo stato fisico del paziente (età, condizioni cardiache) e dagli interessi personali.

Misure successive per il controllo

Ai pazienti più giovani si dovrebbe dire che il buon controllo metabolico è la chiave per prevenire le complicanze tardive. A questo fine devono essere incoraggiati a sottoporsi a controlli medici regolari che incluse la misurazione del peso e della pressione arteriosa e la valutazione del controllo metabolico.

Il paziente stesso dovrebbe pesarsi regolarmente e imparare a usare gli stick per il dosaggio del glucosio nelle urine e nel sangue.

Per gli anziani, l'autogestione mira a farli rimanere asintomatici. I controlli urinari possono essere necessari in circostanze specifiche o se il paziente non sta bene.

Ai pazienti più giovani in cura con compresse, si può consigliare di controllare la glicosuria o meglio la glicemia 2 ore dopo un. In quel momento la glicemia non dovrebbe superare i 160 mg/100 mL (1,6 g/L). In caso di malattie

intercorrenti il paziente dovrebbe effettuare i controlli tre volte al giorno. Se la glicosuria aumenta significativamente, dovrebbe ricercare i corpi chetonici; una persistente glicosuria o la comparsa di chetonuria dovrebbero indurlo a contattare al più presto un medico.

L'automonitoraggio della glicemia è un ottimo modo per incoraggiare il paziente a partecipare attivamente alla cura. La procedura può essere dimostrata da qualunque membro del team diabetologico, impiegando la strumentazione disponibile.

Occorre inoltre spiegare al paziente che in occasione dei vari controlli gli saranno misurate la glicemia e l'emoglobina glicosilata e esse rifletteranno il risultato dei suoi sforzi.

Cambiamento della terapia

Si dovrebbe dire al paziente fin dall'inizio che:

- l'efficacia di un antidiabetico orale non può essere garantita nel tempo;
- potrebbe non essere necessario continuare a prendere compresse per tutta la sua vita.
- **Un trattamento insulinico** può essere richiesto in alcuni momenti; occorre spiegare al paziente che ciò può avvenire transitoriamente, per esempio in caso di malattie intercorrenti o interventi chirurgici; a un certo punto può essere indicato un definitivo passaggio all'insulina; spiegare al paziente che se ciò accadesse non sarebbe per sua "colpa".
- **Il trattamento con ipoglicemizzanti orali** può occasionalmente essere interrotto, se si è mantenuto per un certo tempo controllo. La riduzione del sovrappeso è la ragione più frequente.
-
-

Punti da ricordare quando si insegna

Lo scopo dell'educazione dei pazienti non è migliorare le conoscenze sul diabete, ma indurre l'esecuzione delle *azioni più appropriate* (il paziente ha capito che cosa deve fare?).

- *Impiegare parole di facile comprensione* per il paziente ("troppo zucchero nel sangue" piuttosto che "iperglicemia"), ecc.
- *Alleviare le paure del paziente* quando si trasmettono informazioni che possono generare ansia, come i segni e le conseguenze dell'ipoglicemia.
- *Non spiegare troppo in un dato momento*. Limitare i messaggi a due o tre informazioni chiave. Ripetere sempre i messaggi-chiave a ogni visita.
- Almeno un terzo del tempo dedicato alla discussione deve essere lasciato al paziente perché possa esprimere liberamente le sue impressioni.

Conclusioni

Iniziare un trattamento orale in un diabetico non insulino-dipendente non è solo questione di prescrivere compresse. È l'occasione ideale per modificare l'atteggiamento di un paziente che è di solito meno motivato e informato del diabetico insulino-dipendente. Il team diabetologico può farlo, rinforzando la nozione dell'importanza di dieta, attività fisica e autocontrollo glicemico. Aiuterà il paziente a partecipare più attivamente alla cura e a vivere una vita più piena.

Note sull'impiego di questa Teaching Letter

Spunti per ulteriori discussioni con gli altri membri dello staff:

- Come è possibile assicurarsi che il paziente sta assumendo il farmaco?
- Ciascun paziente ha ricevuto sufficienti consigli sulla dieta, e questa è appropriata? Come è possibile valutare se la dieta è stata seguita correttamente?
- Come è possibile motivare i pazienti a praticare un regolare esercizio fisico?
- L'automonitoraggio consente al paziente di percepire gli effetti del farmaco?
- Quale è il trattamento di scelta del medico per i diabetici non-insulino-dipendenti? Quali alternative possono essere proposte?

Questa serie di "Teaching Letters" per medici e altri professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza ai pazienti diabetici è stata preparata dal Diabetes Education Study Group (DESG) della European Association for the Study of Diabetes (EASD), grazie a un supporto del *Groupe de Recherche Servier*. Ed. 1996.