



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/501 - Cada consulta una oportunidad

E.E. Gaite Pereira^a, P. Pardo Montilla^b, G.M. Peralta Díaz^c y A.M. Medina Toro^d

^aMédico de Familia; ^bEnfermero. Centro de Salud Auxiliar de Hondón de los Frailes. Alicante. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Plá Vinalopó. Elche. ^dMédico de Familia. Jefe Zona Básica Centro de Salud Aspe. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 66 años, obeso, hipertenso y diabético de 5 años con mal control, acude para curas, herida quirúrgica con mala evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Enfermería evidencia incumplimiento de la dieta diabética y no deambula por una intervención por rotura del tendón y fractura de rótula derecha. Se mira analítica previa y avisa a la Dra. quien solicita nueva analítica y le cita. Se trabaja en dieta diabética 1.500 Kcal baja en sodio. IMC 32,1, Pm cintura 108 cm, TA 130/80 mmHg. Consulta médica: en tratamiento con metformina 1.000/sitagliptina 50. Exploración física normal. Retinografía y ECG normales. Analítica: glucemia 202 mg/dl, HbA1c 9,4%, FG 49 ml/min/1,73 m², microalbuminuria 7,2 mg/dl, urato 9,6 mg/dl. Se decide suspender antidiabético oral e introducir insulina basal y mixta con su consentimiento. Además glucagón e insulina rápida con pautas de ajuste. Un mes después acude con glucemias postprandiales elevadas y subimos glargina = 0-0-20, asparta 30 = 15-15-0. Sumamos alogliptina 12,5/pioglitazona 30. Un mes después bajó 7 kg y mejoró glucemias. Analítica próximo mes: glucemia 91; Hb A1c 7,6, FG 56, microalmbminuria 1,9, urato 8,2. Enfermería solicita ITB que es normal bilateral; Monofilamento 6/6; Pm abd 102 cm, IMC 29,9.

Juicio clínico: Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada

Diagnóstico diferencial: Mala evolución de herida quirúrgica. Nefropatía.

Comentario final: 13,8% de los españoles mayores de 18 años padecen DM-2 y muchos de ellos están lejos de los objetivos. El paciente estuvo mal tratado por lo menos desde hace 1 año, se pudo captar por las curas. Debido al reposo y FG se optó por insulina basal y asparta, se planteó añadir otra medicación por sus registros y añadiendo alogliptina 12,5/pioglitazona 30 se ha podido bajar glucemias en ayunas como posprandiales sin hipoglucemias, la Hb A1c está casi en rangos normales y además de la dieta ha empezado a perder peso justo antes de iniciar deambulación. Ha mejorado microalbuminuria, FG e hiperuricemia. Se ha trabajado en equipo médico-enfermero para controlarlo. El paciente fue protagonista y está feliz por los resultados.

Bibliografía

1. Diabetes Care 2016;39(suplement 1):S4-S5.
2. Pratley RE, et al. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor alogliptin in patients with type 2 diabetes and inadequate glycemic control: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Curr Med Res Opin. 2009;25:2361-71.

Palabras clave: *Diabetes mellitus. Nefropatía. Obesidad.*