



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1729 - Utilidad de los iSGLT2 en el abordaje integral del paciente con DIABETES

A.B. Pérez Pérez^a, M. Ruíz Peña^b, C. de la Cruz Seris-Granier^c y J. Sánchez Guerrero^d

^aMédico Residente. Unidad de Gestión Clínica San Roque. Cádiz. ^bMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Los Barrios. Cádiz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Algeciras. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años con DM2 de 16 años de evolución. Es hipertenso y dislipémico, con un riesgo cardiovascular de 5%. Lleva una vida sedentaria desde su jubilación hace casi dos años y no fuma. En tratamiento con dos comprimidos diarios de metformina 850 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Obesidad grado I (IMC 32,951), con un perímetro abdominal de 102 cm y con la tensión arterial en grado de hipertensión. Presenta una HbA1c de 8,5%, hipercolesterolemia, microalbuminuria y elevación del cociente albúmina/creatinina. Nos planteamos como objetivo una HbA1c entre 6,5 y 7%. Así que decidimos intensificar el tratamiento. Empleamos linagliptina 5 mg cada 24 horas. Siguiendo las recomendaciones de la AHA del 2013, al ser una persona con DM2 y riesgo cardiovascular por debajo de 7,5%, estaría indicado el tratamiento con una estatina de moderada intensidad, así que empleamos simvastatina. Para el control de su tensión arterial, seleccionamos un fármaco que bloquease el eje renina-angiotensina-aldosterona y prescribimos losartan 50 mg. Tres meses después la HbA1c era 7,9%. Aún lejos del objetivo, había llegado el momento de volver a intensificar. Le planteamos al paciente las siguientes posibilidades: Mantener metformina y añadir un análogo GLP1. Mantener metformina y añadir insulina basal. Mantener metformina y linagliptina y añadir canagliflozina 100 mg antes del almuerzo. Después de explicarle las características de cada fármaco el paciente decidió iniciar una triple terapia oral. Tres meses después encontramos un nuevo descenso de HbA1c (6,9%), con una pérdida de 8 kilos de peso y 12 cm de perímetro abdominal. Mantuvimos la triple terapia e indicamos una nueva revisión a los 6 meses, encontrando un descenso de la HbA1c (6,4%), del peso, perímetro abdominal, microalbuminuria y cociente albúmina/creatinina.

Juicio clínico: Diabetes mellitus 2.

Diagnóstico diferencial: No se corresponde un diagnóstico diferencial.

Comentario final: El paciente con DM2 es más que su HbA1c y es necesario un abordaje de la totalidad de los factores de riesgo. Incluir al paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado. Canagliflozina (100 mg y 300 mg) ha demostrado disminuir glucemia, peso, perímetro abdominal y ácido úrico. También demuestra descensos en la proteinuria.

Bibliografía

1. Inzucchi SE. Diabetes Care. 2015.
2. Stark Casagrande S. Diabetes Care. 2013.

3. Devinevi D. J Clin Pharmacol. 2013.

Palabras clave: Diabetes mellitus 2. iSGLT2.