



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

482/66 - HIPOGLUCEMIA EN EL ANCIANO

J. Briosó Rodríguez, V. Gómez Limontes y A. Matías Hernández

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años, que acudió a nuestra consulta para revisión de su diabetes (DM2). En los últimos meses ha presentado varios episodios de hipoglucemias. Antecedentes personales: DM2 de diecisiete años de evolución, hipertensión arterial (HTA), insuficiencia renal G2A2, dislipemia, angina estable, retinopatía diabética. Tratamiento: metformina 850 mg/12h, glicazida 60 mg/día, insulina glargina 22 UI/día, enalapril-hidroclorotiazida 20-12,5 mg/día, ácido acetilsalicílico 100 mg/día, bisoprolol 2,5 mg/día.

Exploración y pruebas complementarias: Altura: 1,70 m. Peso: 73 kg. Índice de masa corporal (IMC): 25. Tensión arterial (TA): 130/85 mmHg, frecuencia cardiaca (FC): 65 lpm, saturación de oxígeno (satO2): 95%. Analítica: glucosa 71 mg/dL; HbA1c 6,1%; creatinina 1,2; filtrado glomerular 65 ml/mn/1,73 m²; colesterol total 126 mg/dL; HDL 37 mg/dL; LDL 66 mg/dL; triglicéridos 120 mg/dL; Na⁺ 142 mEq/L; K⁺ 3,5 meq/L; cociente albúmina/creatinina 75 mg/g. ECG: ritmo sinusal, FC 65 lpm, PR 0,22 s, eje QRS +60°, sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización.

Orientación diagnóstica: Diabetes con excesivo control para la edad y comorbilidades del paciente e hipoglucemias frecuentes.

Diagnóstico diferencial: Causas de hipoglucemias.

Comentario final: Nos encontramos ante un paciente con diabetes de más de quince años de evolución, con hipoglucemias frecuentes y múltiples comorbilidades por lo que podemos plantearnos cifras de hemoglobina glucosilada entre 7,5 y 8,5%. Decidimos suspender la insulinización y sustituir la sulfonilurea por un iDPP-4 (alogliptina 25 mg/24 horas). En las siguientes semanas nos comenta que las hipoglucemias han desaparecido y a los 3 meses tiene una HbA1c del 7,4% Tanto la insulina como las sulfonilureas son fármacos hipoglucemiantes. Las consecuencias más graves de la hipoglucemia en el anciano son una mayor incidencia de ictus, deterioro cognitivo, síndrome coronario agudo, taquiarritmias y caídas. En estos casos, se debe optar por desintensificar el tratamiento y flexibilizar los objetivos de control, dando preferencia a fármacos sin riesgo de producir hipoglucemias. Un buen ejemplo de ello son los iDPP-4, que no generan aumento de peso ni presentan interacciones farmacológicas significativas, por lo que son una opción terapéutica muy recomendable en el anciano.

Bibliografía

1. Gómez-Huelgas R, Gómez-Peralta F, Rodríguez-Mañas L, Formiga F, Puig Domingol M, Mediavilla Bravo JJ, et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Rev Clin Esp. 2018;218(2):74-88.

2. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman NA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med.* 2015;175(3):356-62.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2. Hipoglucemia. Desintensificación.