

## 377/21 - INTERVENCIÓN MÉDICA CONJUNTA EN PACIENTE DIABÉTICO Y OBESO

V. Ruiz Larrea<sup>1</sup>, O. Mahmoud Atoui<sup>2</sup>, J. Capón Alvarez<sup>3</sup>, N. Crespo González<sup>3</sup>, A. Riola Blanco<sup>4</sup>, S. Álvarez Colinas<sup>5</sup>, L. Gonzalez Coronil<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Salud Bembibre. León. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. <sup>6</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años recientemente trasladado a zona comarcal-rural, acude a médico de Atención Primaria para control de sus patologías solicitando derivación a múltiples servicios hospitalarios; Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, DM tipo 2 de 7 años de evolución no insulinodependiente, Obesidad grado II, HTA, disfunción eréctil, apnea-hipopnea del sueño, gonartrosis predominio rodilla derecha, Antecedentes Familiares: Padres con DM tipo 2. Por la situación de salud actual se deriva a Servicio de Endocrinología en donde se modifica e intensifica el tratamiento con la adición de un análogo de GLP-1 con resultados satisfactorios y con nuevo plan de seguimiento por MAP y endocrinología. Tratamiento: estilo de vida saludable, Losartan 50 mg: 1-0-0; vidagliptina/metformina (50 mg/1000 mg): 1-0-1; Glicazida 30 mg: 2 -0-0

**Exploración y pruebas complementarias:** IMC: 38,9 Kg/m<sup>2</sup> TA: 175/95 mmHg, FC: 90 lpm, Auscultación Cardiaca: tonos rítmicos, no soplos, campos pulmonares: no ruidos sobreañadidos, Abdomen: blando no doloroso, importante adiposidad, Extremidades: algunos signos de enfermedad vascular periférica, pulsos presentes. Pruebas complementarias: Hemograma sin alteraciones, HbA<sub>1c</sub>: Julio-2017: 7,45% Octubre – 2017: 7,50%; Enero-2018: 8,30%, Resto de bioquímica y perfil lipídico: dentro de los rangos de la normalidad.

**Juicio clínico:** DM2 mal controlada, Obesidad Grado II, HTA con mal control. Evolución: Luego de valoración en endocrinología se ha modificado e intensificado el tratamiento con el incremento de dosis en el antihipertensivo, suspensión de vidagliptina y adición de liraglutida. Al mes de valoración: paciente motivado con buena adherencia al tratamiento, perdida de peso de 9 kg y un descenso de Hb<sub>1</sub>Ac a 6.9%, TA: 150/75 mmHg.

**Comentario final:** La diabetes mellitus que asocia obesidad empeora la morbilidad de la enfermedad, pues son pacientes con alta resistencia a insulina, con más biomasa, por ende con problemas de salud originados por tal obesidad, como el caso comentado y con mayor desmotivación para adherirse al tratamiento propuesto. Aunque muchos de los pacientes con obesidad asociado a patologías endocrinas están bajo supervisión de endocrinología, es menester del Médico de Familia no perder de vista aquellos pacientes diabéticos obesos, con mal control y ofrecer nueva valoración por endocrinología, puesto que podrían beneficiarse de fármacos o modificaciones en sus tratamientos que además de mejorar su pronóstico podrían

marcar una motivación importante para coadyuvar a la mejora de su situación de salud.

## Bibliografía

Gomez Huelgas R, Gomez Peralta F, Carrillo Fernandez L, Galve E, Casa Nueva FF,, et al. Hacia un manejo integral del paciente con diabetes y obesidad. Posicionamiento de la SEMI, SED, redGDPS, SEC SEEDO, SEEN, SEMERGEN y SEMFYC. Rev. clin Esp. 2015; 215:505-14.

Ampudia-Blasco FJ, Calvo C, Claramunt XC, Garcia J, Jodar E, Mediavilla JJ, et al. Liraglutida en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Avances en Diabetología. 2010; 26(4): 226-34.