



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

312/39 - COMO OPTIMIZAMOS LA ELECCIÓN DEL SIGUIENTE TRATAMIENTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE CADA PACIENTE TRAS METFORMINA

(1) Cavada García, Miguel Ángel; (2) Garrido Espa, Carmen; (1) Martínez Fuente, Luis; (1) Villarejo Botija, María; (3) Díaz De Entresotos, María Ángeles; (4) Ramírez Arrizabalaga, María de los Reyes.

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Madrid. (2) Anestesióloga. Hospital Meixoeiro. Madrid. (3) Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid. (4) Médico de Familia. Centro de Salud Alameda Osuna. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 57 años, DM2 17 años de evolución. AP: ACV (prevención secundaria), microangiopatía (retinopatía leve, microalbuminuria), insuficiencia cardíaca, dislipemia y obesidad. Antecedentes familiares: madre HTA, dos hermanos con diabetes. Tratamiento: enalapril 20 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 40 mg.

Exploración y pruebas complementarias: IMC 32, TA 145/93 mmHg, HbA1c 7,9%, Cr 0,6 mg/dl, FG 69 ml/min/1,73m², homocisteína 17 mmol/l. ECG: RS a 61 lpm, con eje normal, con alteraciones inespecíficas de la repolarización V1-V4. Curva glucemia 145/192-146/200- 152/205. Buen estado general, se realizó holter 24h: promedio diurno 144/78 mmHg y nocturno 136/81 mmHg. Asintomático

Juicio clínicos: DM 2 insuficientemente controlada con FRCV asociados. Obesidad. HTA. Dislipemia. Prevención secundaria.

Diagnóstico diferencial: Opciones terapéuticas. -Secretagogos. Rechazamos por riesgo hipoglucemias, ganancia de peso, mal control glucemia postprandial. -Glitazonas. Rechazamos por contraindicación en Insuficiencia Cardíaca, no control glucemia postprandial. -IDPP4. Neutro respecto al peso. Resto bien. - Insulina. Riesgo hipoglucemias, ganancia peso y no beneficio en glucemia postprandial.

Comentario final: GLP1 e ISGLT2 ambos pierden peso, ayudan a control glucemia postprandial y no producen hipoglucemias. En este caso elegimos ISGLT2 y en concreto empaglifozina pues el paciente prefiere la vía oral a la subcutánea y mas allá del control glucémico, con este tratamiento preserva la célula beta, pierde peso, baja TA, evita otro evento cardiovascular, minimiza los problemas con las interacciones medicamentosas y presenta muy pocos y leves eventos adversos durante el tratamiento. También hay nefroprotección. La pérdida de peso que se objetiva en este caso a los 6 meses de tratamiento consigue disminuir el IMC a 29,6 kg/m², reduce las cifras de TA a 135/85 mmHg y consigue unas glucemias postprandiales casi siempre por debajo de 150 mg/dl, la HbA1c desciende 1 hasta situarse en 6.9%.

Bibliografía

-Equipo redGPDS. Los Standards of Medical Care in Diabetes 2017. Diabetes Práctica 2017, 08(01):1-48.

-American Diabetes Association. Comprehensive medical evaluation and Assessment of comorbidities. Diabetes Care 2017;40(Suppl1):S25-32. <https://doi.org/10.2337/dc17-S006>

-Peek ME, Ferguson M, Bergeron N, Maltby D, Chin MH. Integrated community-healthcare diabetes interventions to reduce disparities. Curr Diab Rep 2014, 14(3):467.

Palabras clave: Diabetes. Tratamiento farmacológico. Obesidad.