



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

395/49 - LA IMPORTANCIA DEL BUEN CONTROL DE LA GLUCEMIA EN DIABETES

C. Moreno Prieto¹, G. Alejandre Lázaro², A. Sánchez Masot³, F. Burdalo Carrero⁴, W. Reynoso Heinsen⁵, L. Santos Béjar⁵

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Olías del Rey. Toledo, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Olías del Rey. Toledo, ³Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Olías del Rey. Toledo. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo, ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón 52 años, con hipertensión arterial, dislipemia, apnea del sueño en tratamiento con presión positiva continua y cardiopatía isquémica tipo infarto con clínica de angor estable. Exfumador. Acudió a consulta de atención primaria por poliuria y polidipsia desde hacía más de dos semanas. No pérdida de peso, no aumento de ingesta, no astenia, no dolor torácico, no palpitaciones, no disnea. No tuvo sensación de hormigueos ni parestesias, no alteración visual. No heridas en miembros inferiores (MMII). No claudicación intermitente.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 119/79. Frecuencia cardíaca 81 lpm. Saturación O2 97%. Glucemia 298 mg/dL. Peso 78,5 Kg. Talla 1,73 m. Índice de masa corporal 26,2. Fondo de ojo en consulta: normal. No soplos carotideos. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: normal. MM.II.: no edemas, no signos de trombosis venosa profusa, ni insuficiencia venosa, pulsos a todos los niveles presentes, bilaterales y simétricos. No afectación cutánea. Monofilamento +. Test sensibilidad vibratoria y dolorosa +. Reflejos aquileos presentes. Analítica: glucosa basal 256 mg/dl, Glicada 11,9%, resto normal. Orina: no cuerpos cetónicos, glucosa 1.000 mg/dl y proteínas 25 mg/dl. Cociente albúmina/creatinina 30 mg/g.

Juicio clínico: Diabetes mellitus tipo 2 (clínica clásica + glucemia al azar > 200 mg/dl).

Diagnóstico diferencial: Diabetes tipo LADA, diabetes insípida.

Comentario final: Como paciente de alto riesgo cardiovascular se decidió tratamiento intensivo en coordinación con enfermería: educación diabetológica (dieta diabético 2.000 kcal sin sal, baja en grasas, ejercicio, autocontroles, manejo de dispositivos, reconocer y tratar hipoglucemias...), metformina/sitagliptina 1.000/50 mg cada 12 horas e insulina glargina 0-0-22 UI. Interconsulta a oftalmología y electrocardiograma. En el control al mes refirió hipoglucemias repetidas por lo que se retiró insulina. A los 3 meses glicada 5,9% y asintomático. Aunque las enfermedades intercurrentes y las descompensaciones hiperglucémicas agudas son indicación de insulinización, hay que ser muy cuidadoso, especialmente en > 65 años. Las recomendaciones de tratamiento intensivo se apoyan en estudios que manejan variables subrogadas (establecen relación causal entre variable cuantitativa y aparición de un evento), con beneficios obtenidos en pacientes recién diagnosticados, jóvenes y con poca comorbilidad.

Bibliografía

Castillo Sánchez M, Galera Morcillo L, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. Sobrediagnóstico y sobretratamiento en el ámbito cardiovascular: factores de riesgo, no enfermedades. Aten Primaria. 2018;50 Suppl 2:20-9.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Riesgo cardiovascular.