



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2081 - REVISIÓN DE UN PACIENTE DIABÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Manzano López^a y V. Caballero Pajares^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Benito Oeste. Badajoz.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Don Benito Oeste. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años con DM tipo 2 de larga evolución e insulinizada desde 1997, sin signos de retinopatía y nefropatía diabética, distimia, síndrome amnésico frontal, hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica. ACVA. Fumador de paquete diario y bebedor ocasional. Buen apoyo familiar. Tratamiento actual: Novomix 50 (14-0-0), Novomix 30 (0-0-12), Novorapid (0-6-0), quetiapina 5 mg, memantina hidrocloreuro 20 mg, trazadona 100 mg, atorvastatina 40 mg, amlodipino 10 mg, torasemida 10 mg, acetilcisteína 300 mg, omeprazol 20 mg. Desde hace dos meses ha presentado hipoglucemias postprandiales en el medio día, precisando glucagón. Se suspendió insulina rápida del almuerzo, recomendando suplemento alimenticio al medio día y bajar en dos unidades insulina mezcla del desayuno. Pese a ajustar tratamiento, siguió con hipoglucemias.

Exploración y pruebas complementarias: Solicitamos perfil glucémico, analítica y revisión de factores de riesgo cardiovascular: HbA1c (6,5), FG (> 60), LDL (71). Pesamos al paciente, calculamos IMC, medimos cintura abdominal y tensión arterial. Realizamos fondo de ojo y valoramos pie diabético, para descartar complicaciones micro/macrovasculares.

Orientación diagnóstica: Hipoglucemias posprandiales en anciano frágil diabético.

Diagnóstico diferencial: Insulina basal + análogo GLP1 (se descarta por IMC < 30). Insulina basal + iSGLT2 (dependiendo de función renal). Insulina basal + IDPP4. Insulina basal-plus (no interesa insulina rápida). No añadiríamos repaglinica o pioglitazonas (hipoglucemias y ajuste función renal).

Comentario final: La insulina premezclada, es menos flexible para el ajuste, a pesar de requerir menor número de inyecciones y complejidad para el paciente. Nuestro paciente tenía buen apoyo familiar, y dado que usando mezclas de insulina ultra rápida, producía hipoglucemia postprandial, se decidió pasar a insulina basal lenta (10-0-0), ajustando 2 unidades cada 3 días si GB > 130, y un IDPP4 (linagliptina) que en mayores de 65 no requiere ajuste posológico (función renal) y es de elección en mayores de 75 o fragilidad. A la semana aportó perfil glucémico dentro de la normalidad, sin subir insulina. Dado que los pacientes ancianos presentan mayor riesgo de hipoglucemias, recomendándose una dosis de insulina más baja (0,1-0,2 U/kg), bajamos a 8 unidades/día de insulina lenta al permitirnoslo las glucemias del paciente.

Bibliografía

1. Redgdps.org: Fundación RdGdps [Internet], 2017. Madrid [citado 24 julio 2018]. Disponible en: <http://www.redgdps.org/consenso-insulinizacion-dm2-redgdps/>

Palabras clave: Diabetes. Hipoglucemias. Insulinización.