



249/14 - IMPORTANCIA DE LOS AUTOCONTROLES GLUCÉMICOS

R. Villoslada Muñiz^a e I. García Fernández^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera de Asturias. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años con diabetes mellitus tipo 2 de 3 años de evolución y obesa, precisa tratamiento con metformina, insulina glargina y liraglutida. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos. Acude a nuestra consulta por presentar variación en las cifras de glucemia postprandiales nocturnas y alguna basal (200-180 mg/dl, por lo que se le recuerdan las medidas higiénico-dietéticas y se aumenta a dosis máximas los fármacos que está tomando. A los dos meses de control se objetiva hemoglobina glicosilada (HbA1c) 8,5% con previa de 8,1% por lo que se decide enviar a Endocrinología para ajuste. Durante este tiempo seguimos observando glucemias poscena altas superiores a 180 mg/dl por lo que se decide subir la dosis de insulina. En endocrinología asocian repaglinida precena con revisión en 6 meses. Analizando los perfiles glucémicos aportados por la paciente se objetivan cifras de glucemia predesayuno superiores a 140 mg/dl e hipoglucemias sintomáticas, incluso moderadas (50 mg/dl) a lo largo del día. Ante esto sospechamos un efecto Somogyi y se le indica la necesidad de realizar registros glucémicos de madrugada antes de cambiar la pauta insulínica. A la semana con nuevo perfil confirmamos dicho efecto e hipoglucemias posprandiales por lo que se retira la replaginida y se pautan 20 ui de insulina glargina en el desayuno y 16 UI en la cena. En analítica de control a los 6 meses presenta HbA1c 7,2%. Vista en Endocrinología se decide ajuste del tratamiento con metformina 850 mg (1-0-1), repaglinida 2 mg (0-0-1) e insulina aspart portamina 28 UI al desayuno con alta por su parte y controles por su médico de atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, exploración por aparatos normales. Test del monofilamento correcto. Pulsos pedios conservados, no soplo en aorta abdominal. Pruebas complementarias (bioquímica y hemograma) en rango de normalidad, HbA1c: 8,5 a 7,2%, LDL 103, microalbuminuria negativa y Levey de 80.

Juicio clínico: Efecto Somogyi.

Comentario final: Importancia de autocontroles de glucemia capilar de manera escalonada a lo largo del tiempo para obtener una visión global del perfil glucémico y detectar fenómenos de hipo o hipoglucemias nocturnas que de otra manera pueden pasar desapercibidos.

Bibliografía

1. Otzet Gramunt I. Los antidiabéticos orales. AMF. 2012;8(6):348-50.
2. Cryer PE, Hirsch IB, Mulder JE. Management of hypoglycemia during treatment of diabetes mellitus. Uptodate, 2016. Disponible en:
http://uptodates.asturias.csinet.es/contents/management-of-hypoglycemia-during-treatment-of-diabetes-mellitus?source=search_result&search=efecto%20somogyi&selectedtitle=2~150