



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/319 - AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP1, VÁLIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. García Balsalobre<sup>a</sup>, M. Fernández Guillén<sup>b</sup>, C. Celada Roldán<sup>c</sup>, M. Gómez López<sup>d</sup>, M. Rodríguez Alonso<sup>a</sup> y L. Muñoz Alonso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. UGC San Roque. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 47 años que acude por ganancia de peso. La paciente es diabética tipo 2 de 8 años de evolución. Presenta dislipemia, obesidad grado 2, insuficiencia venosa crónica y trastorno ansioso depresivo. Su tratamiento crónico es: alprazolam 0,5 mg/12h, simvastatina 20 mg/24h, adiro 100 mg/24h, sertralina 50 mg/24h, insulina lantus 26 unidades diarias, vildagliptina/metformina 50/1.000 mg/12h. La paciente no presenta alergias medicamentosas. La paciente se encuentra asintomática, pero está preocupada porque ha ganado peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. La exploración neurológica es normal. Pulsos periféricos normales. Prueba de monofilamento normal. Se le realiza una analítica: glucosa 99 mg/dl, creatinina 0,58 mg/dl colesterol total 207 mg/dl (HDL 51 mg/dl, LDL 124 mg/dl) mg/dl. Hb 13,5 mg/dl, VCM 88 fL, TSH 2.800 mU/L, HbA1c glicosilada 8,5%, resto anodino.

**Juicio clínico:** Diabetes tipo II, con mal control glucémico.

**Diagnóstico diferencial:** Hipotiroidismo, depresión.

**Comentario final:** En cuanto a las opciones de tratamiento en este caso, podríamos subir dosis de insulina basal, pero aporta cifras de glucemia basal en ayunas normal, por lo que sospechamos que el mal control glucémico se debe a las glucemias postprandiales. Otra opción de tratamiento sería añadir insulina rápida en las comidas, pero la paciente rechaza pincharse más de una vez al día y está también reticente a tomar más pastillas o también una inyección semanal de un agonista del receptor GLP1 im, suspendiendo el IDDP4 y manteniendo el resto de tratamiento. En una enfermedad crónica como la diabetes, debemos individualizar el tratamiento y tomar una decisión compartida con los pacientes a la hora de elegir un tratamiento. A los tres meses repetimos analítica con hemoglobina glicada 7,4%, cerca del objetivo que habíamos pactado con la paciente (7%) y ha bajado 10 kg de peso, por lo que los agonistas del receptor GLP1 es una alternativa eficaz que debemos tener presente.

## **Bibliografía**

1. López Simarro L. Fármacos incretín miméticos: posicionamiento terapéutico. Semergen. 2014;40 (Supl 2):25-33.
2. Hall GC, McMahon AD, Dain MP, Wang E, Home PD. Primary-care observational database study of the efficacy of GLP-1 receptor agonists and insulin in the UK. Diabet Med. 2013;30(6):681-6.

**Palabras clave:** Diabetes. Obesidad.