



## FALLO RENAL EN PACIENTE CARDIÓPATA Y DIABÉTICO

Alicia Rubio Moreno  
Médico de Familia. Consultorio Las Mesas, Cuenca

### Introducción

Paciente de 63 años, hipertenso, dislipémico, diabético, con cardiopatía isquémica y fibrilación auricular intermitente no valvular (FANV), en tratamiento habitual con enalapril 10 mg/12h, simvastatina 10 mg/24h, sintrom y metformina 850 mg/12h, aporta informe de Ingreso Hospitalario (derivado desde Atención Primaria por sospecha de shock séptico) con diagnóstico al alta de shock de origen indeterminado, acidosis metabólica/láctica, FRA anúrico e hiperglucemia secundaria a tratamiento con corticoides.  
Se suspende tratamiento con metformina y se pauta insulina NPH: 20-0-10 y control por su Médico de Atención Primaria (AP).

### Objetivos

- Conocer el manejo de hiperglucemias secundarias a tratamiento con corticoides en paciente diabético.
- Conocer el tratamiento hipoglucemiante en pacientes diabéticos y con insuficiencia renal crónica.
- Conocer terapias alternativas de anticoagulación en pacientes con FANV mal controlados.

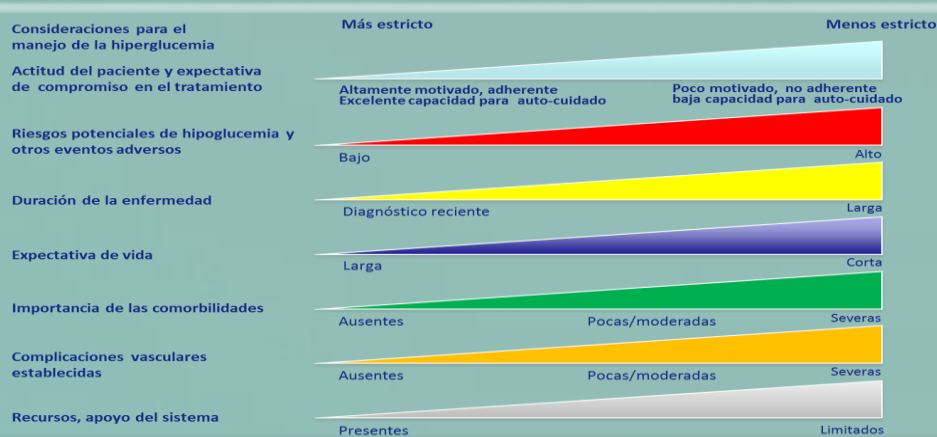
### Métodos

En la consulta de AP se le hace seguimiento, realizando controles cada 3 días de perfiles glucémicos (con valores preprandiales), control de INR ajustando dosis cada 3 días, una analítica de control para observar función renal y hemoglobina glicosilada (HbA1c) y un electrocardiograma.  
Se realiza educación sanitaria para realización de una correcta dieta y ejercicio físico, se le enseña el uso del glucometer y se instruye sobre el manejo en caso de hipoglucemias.  
Además, se le advierte del peligro de traumatismos y de los alimentos que pueden alterar valores de INR.  
En este paciente se requiere buen control de valores de INR para evitar ictus y hemorragias, así como un control estricto de FRCV, según criterios de ADA el objetivo glucémico en este paciente es de HbA1c<7% (gráfico 1).

### Resultados

El paciente acude a consulta de manera programada aportando perfiles glucémicos con buenos controles, presentando valores en ayunas >140 y valores preprandiales en cena >160, permaneciendo asintomático excepto que el paciente se queja de algunas hipoglucemias por la mañana, por lo que se decide reducir dosis NPH: 16-0-4. Al cabo de una semana, el paciente aporta cifras de glucemia <100 con varios episodios de hipoglucemia y se decide suspender insulino terapia e iniciar tratamiento con repaglinida: 0-1-1. El paciente refiere sentirse con malestar asociado a sudoración vespertina.  
En analítica de control MDRD: 30 y hemoglobina glicosilada: 6,9%, por lo que se decide modificar tratamiento suspendiendo repaglinida y añadiendo linagliptina/24h.  
En controles de INR, intensa variabilidad con sobredosificación, por lo que se deriva a Cardiología, que decide suspender sintrom e iniciar tratamiento con NACOs (dabigatrán).  
Actualmente el paciente se encuentra asintomático cumpliendo objetivos de control.

Gráfico 1



### Conclusiones

- La intensificación del tratamiento de la hiperglucemia secundaria a tratamiento con corticoides, utilizando insulina basal, está avalado por recientes estudios científicos.
- En insuficiencia renal con FG inferior a 30 ml/min, la metformina está contraindicada. Los fármacos de primera elección son los IDPP4 por su bajo riesgo de producir hipoglucemias, buena tolerancia y escasas interacciones farmacológicas.
- En pacientes diabéticos frágiles, evitar hipoglucemias es un objetivo prioritario del tratamiento.
- Los NACO son fármacos eficaces y seguros que minimizan las limitaciones de los AVK y, por tanto, son mejores y de primera elección en la prevención de ictus por FANV.

### Referencias:

1. Gil Núñez A. Prevención de Ictus Cardioembólico. *Neurología* 2012;(Supl 1):15-26
2. National Kidney Foundation. *Kdoqi clinical practice guideline for diabetes and ckd:2012 Update. Am J Kidney Dis* 2012;60:850-86
3. *Standards of Medical care in Diabetes-2015. Diabetes Care* 2015; 38 (Suppl. 1): S1-S2.