



Paciente diabético incumplidor. ¿Con este paciente, qué hacemos?

Susana Berbel León. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid.

Introducción

Paciente de 67 años diagnosticado de DM tipo 2 hace 6 años. En el momento actual en tratamiento con insulina glargina y repaglinida. Además presenta los siguientes factores de riesgo cardiovascular: obesidad grado 1 con mal cumplimiento dietético, hipertensión arterial en tratamiento con olmesartán, dislipemia en tratamiento con atorvastatina, hiperuricemia en tratamiento con alopurinol y síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP. Sedentarismo. Ex-fumador. No antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. Tensión arterial: 140/90 mm Hg, talla: 171 cm, peso: 100.6 Kg, IMC: 34.4. Cabeza y cuello: no se auscultan soplos. Auscultación cardiaca: normal. Auscultación pulmonar normal. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales conservados.

En la analítica, hemograma normal, filtrado glomerular estimado: 54 ml/min/1.73 m², colesterol: 211mg/dl, HDL: 33 mg/dl, LDL: 124 mg/dl, TG:268 mg/dl, TSH: 1.63 mcg/ml, T4 libre: 1.29 ng/dl.

EKG: ritmo sinusal a 80 lpm. Eje izquierdo. PR: 0.152. Hemibloqueo anterior izquierdo. Alteraciones inespecíficas del ST. Fondo de ojo: no signos de retinopatía diabética.

Objetivos

El objetivo glucémico general en adultos de HbA1c < 7%. El objetivo de PAS es < 140 mmHg y de PAD < 80 mmHg. El objetivo de c-LDL en diabéticos sin ECV es < 100 mg/dl, y si hay ECV, se puede considerar un objetivo más estricto, < 70 mg/dl. Otra alternativa como objetivo terapéutico es la reducción de c-LDL del 30-40% respecto al basal para aquellos pacientes que, con el tratamiento de estatinas a la dosis máxima tolerada, no alcancen los objetivos propuestos. Los objetivos de tratamiento de la DM en ancianos dependerán de su estado funcional, de su estado cognitivo y de su esperanza de vida.

Métodos

Lo primero que hacemos es insistir al paciente en un adecuado seguimiento tanto de las medidas higiénico-dietéticas como de las farmacológicas, para conseguir un adecuado control de su enfermedad. Se decide cambiar insulina glargina por insulina detemir a dosis adecuadas. Retirar repaglinida e iniciar metformina 3 comprimidos al día. Iniciamos tratamiento con liraglutida a dosis de 0.6 mg/día durante la primera semana, subiendo la dosis a 1.2 mg/día posteriormente. Se mantiene el mismo tratamiento antihipertensivo, hasta ver si mejora el control con la pérdida de peso esperada. Subimos dosis de estatina duplicando la dosis inicial. Se difiere el inicio de antiagregación hasta que haya un correcto control tensional.

Resultados

A los 3 meses de la modificación del tratamiento, el paciente ha perdido 3.8 kg y sus cifras de TA se encuentran dentro de cifras objetivo. Ha disminuido su HBA1C por debajo de 7%, que sería el objetivo en este paciente, y no hemos conseguido que el LDL esté por debajo de 100 como recomienda la ADA 2014⁽¹⁾ por lo que se duplicó la dosis de estatinas, según las últimas recomendaciones de la ADA 2014, pudiendo introducir también en este momento AAS. A los 6 meses, el paciente se encontraba en objetivos de LDL colesterol.

Conclusiones

En los pacientes diabéticos, es tan importante el control de los otros factores de riesgo cardiovascular como el propio control de la diabetes mellitus. La intensificación del tratamiento de la dislipemia, la hipertensión y la obesidad son, por tanto, fundamentales. En los diabéticos obesos, tiene especial indicación la liraglutida, puesto que al ayudar a la disminución de peso, ayuda también a mejorar el control del resto de factores de riesgo. En este paciente, los objetivos de control serían HBA1C < 7%, LDL < 100, TA < 140/80 y disminución de peso al menos un 10% sobre el peso inicial del paciente.

Con el tratamiento establecido y la implicación del paciente, hemos conseguido mejorar casi todos los factores de riesgo cardiovascular con el objetivo de evitar complicaciones micro y macrovasculares. Una buena información sobre la enfermedad ayuda al paciente a implicarse en su autocuidado y es fundamental en su evolución.

Referencias:

⁽¹⁾ Diabetes Care January 2014 vol. 37 no. Supplement 1 S14-S80. doi: 10.2337/dc14-S014.