

Diagnóstico

Diagnóstico

COMPLICACIONES

D. MÉNDEZ CABEZUDO

GRANADA

CASO CLÍNICO

Paciente de 61 años de edad afecto de síndrome metabólico de dos años de evolución. No realiza dieta adecuada y no realiza ejercicio físico. Vive en pareja, padre de dos hijos y cursó estudios superiores, dedicándose a la enseñanza.

Antecedentes personales: Sin interés, no alergias conocidas. A la exploración destaca un peso de 84 kg, talla 175 cm, I.M.C.: 30, perímetro abdominal 113 cm.

Auscultación cardiopulmonar: normal. PA: 120/60 mmHg a 66 ppm. Abdomen globuloso, depresible, no organomegalias.

Pulsos periféricos presentes y normales, no edemas periféricos.

Analítica: En la analítica destaca una glucemia que oscila entre los 125 y 150 mg/dl en distintas analíticas, HbA_{1c}: 7,2%, junto con leve dislipemia: colesterol: 250 mg/dl, LDL: 155 mg/dl, triglicéridos: 100 mg/dl. Resto de la bioquímica normal.

Se insiste una vez más en la importancia de realizar una dieta adecuada y ejercicio físico y se prescribe sitagliptina 100 mg/24 horas.

Se reevalúa a los dos meses presentando una glucemia basal de 106, HbA_{1c}: 6,3%, colesterol: 193 mg/ml, HDL: 45 mg/ml, LDL: 134 mg/ml. Triglicéridos: 67 mg/ml, resto de la bioquímica normal.

Mantiene el mismo peso.

Diagnóstico

DIABETES INSÍPIDA/DIABETES MELLITUS TIPO 2.

L. FERNANDO CIDONCHA TABUENCA
C. S. EL LUGAR CHICLANA. CÁDIZ

CASO CLÍNICO

Paciente que acude al centro de salud por poliuria y polidipsia, con una glucemia basal de 126 mg/dl (en analítica laboral).

Antecedentes personales: Presenta poliuria, orina cada 30 minutos aproximadamente y polidipsia, bebe hasta 8 litros de agua al día.

Paciente de 52 años de edad con un peso de 80 kg, una talla de 1,70 m y un I.M.C. de 28. La tensión arterial sistólica es 145 mmHg, diastólica 85 mmHg, sin otros antecedentes de interés, salvo historial familiar de diabetes tipo 2 en la abuela materna.

Analítica: En reconocimiento laboral destaca glucemia 126 mg/dl y colesterol 272 mg/dl, no aporta LDL, ni HDL colesterol.

DIAGNÓSTICO

Tras un estudio clínico se sospecha la posibilidad de presentar una diabetes insípida, por lo que se plantea realizar una analítica de ADH. Aprovechando la determinación se decide pedir S.O.G, HbA_{1c}, péptido C y control de lípidos.

Los resultados fueron los siguientes: ADH dentro de los pará-

metros normales, destacando una glucemia a 90 minutos de 203 mg/dl, una HbA_{1c} de 9,8 %, un péptido C de 3,9/5 y un LDL de 200 mg/dl.

Se confirma una diabetes mellitus tipo 2. Descartándose una diabetes insípida.

TRATAMIENTO

Se le indica cambios de estilo de vida, con ejercicio diario moderado, una dieta de 18.00 cal y se complementa con metformina 850, un comprimido diario en el desayuno y simvastatina 20 mg (1-0-0).

EVOLUCIÓN:

Se le cita a los tres meses, para la repetición de analítica, destacando una pérdida de peso de 5 kg (pesa 75 kg, I.M.C. 26). Prácticamente ha desaparecido su clínica, con una analítica donde destaca una glucemia basal de 95 mg/dl, HbA_{1c} de 8% y un LDL de 135 mg/dl.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El paciente posiblemente presentaba diabetes mellitus de varios años de evolución, con una sintomatología de potomanía y glucemias basales en el límite que ocultaban su diabetes.

El seguimiento del paciente a más largo plazo determinará el tratamiento futuro.

Diagnóstico

DIABETES MELLITUS DE RECIENTE APARICIÓN

F. PERIS VÁZQUEZ

C. S. VILLALONGA. VALENCIA

Varón de 57 años que acude a consulta porque en casa se ha realizado glucemia digital (en ayunas) con un resultado de 201 mg/dl.

Antecedentes personales: Refiere sarampión en la infancia, a los 7 años (lo recuerda porque un hermano suyo tuvo lo mismo, y casi se muere).

No ha sido intervenido quirúrgicamente, ni ha tenido que ser hospitalizado por ninguna enfermedad o accidente.

Rinitis alérgica estacional que trata eventualmente con antihistamínicos.

No toma ninguna medicación excepto antihistamínicos y paracetamol ocasionalmente.

Come de todo, café con leche para desayunar, carne o pescado a mediodía con ensalada y por la noche comida más condimentada, pica bastante chocolate y bollería.

Fumador desde los 16-17 años de 20 cigarrillos/día, suele beber cerveza diariamente y vino con la cena un vaso pequeño, los fines de semana uno o dos whiskys.

No suele realizar mucho ejercicio debido a su trabajo.

Casado con 2 hijos que se han emancipado. Tiene una agencia de viajes.

Apetito normal con un peso que ha tenido que cuidar por sobrepeso. No debilidad, no fatiga. No sudoración. No mareos.

Buen hábito defecatorio, no intolerancias alimentarias.

Orinas normales, se levanta ocasionalmente por la noche.

Trastornos sueño ocasionales dependiendo de la marcha de la agencia de viajes, nunca ha tenido que tomar ninguna medicación.

Antecedentes familiares: Madre diabetes del adulto, HTA, obesidad, 82 años vive con una hermana, padre falleció a los 69 años cáncer de pulmón, un hermano vive sano.

Exploración física: Peso 82 kg. Talla 174 cm. I.M.C. 28 kg/m². Pulsos centrales y periféricos presentes y simétricos. Tensión arterial 115/75 mmHg. Índice t - b normal. Reflejos patelares y aquileos normales.

Fondo de ojo normal. Reflejos oculares normales.

Mucosa oral sin alteraciones.

Auscultación cardio-respiratoria dentro de la normalidad.

No alteraciones tróficas de piel ni faneras.

Electrocardiograma, sin hallazgos significativos.

Radiografía de tórax sin hallazgos.

Análisis: Hematología dentro de la normalidad. Bioquímica. Glucemia en ayunas 154 mg/dl, HbA_{1c} 7,5%. Hormonas tiroideas normales. Colesterol 213 mg/dl, triglicéridos 149 mg/dl, HDL 43 mg/dl, LDL 140 mg/dl. Electrolitos normales.

Anormales y sedimento urinario normal, microalbuminuria menor de 30 mg/l.

DIAGNÓSTICO

Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Tabaquismo. Sobrepeso.

TRATAMIENTO

No farmacológico: Cambio hábitos de vida.

Iniciar abstinencia de tabaco.

Dieta diabética hipocalórica e hipolipemiente.

Farmacológico: Metformina 850 mg cada 12 horas. Simvastatina 20 mg cada 24 horas por la noche. Evolución a los tres meses nuevo control analítico. PA 110/75 mmHg. Glucemia 116 mg/dl, HbA_{1c} 6,2%, colesterol 154 mg/dl, triglicéridos 117 mg/dl, HDL 43 mg/dl, LDL 88 mg/dl.

EVOLUCIÓN

Peso 79 kg, I.M.C. 26 kg/m².

Ha reducido el tabaco a la mitad, por lo que se le aconseja la abstinencia total y se refuerza el consejo dietético, así como el incremento de los cambios en los hábitos de vida saludables.

En vista de la buena evolución se le cita para nuevo control en 6 meses con nuevo control analítico.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El tratamiento con hipolipemiantes se instauró debido a la existencia de factores de RCV elevados, acercándonos a valores adecuados tras el tratamiento, según las guías de colesterol el LDL es inferior a 70 mg/dl.

Se insistirá en el abandono del hábito tabáquico y en la dieta hipocalórica y ejercicio hasta la consecución de normopeso.

Diagnóstico

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

S. CASAO ADRIÁ

C. S. SILLA. VALENCIA

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Paciente que acude a la consulta para un control habitual de sus cifras de tensión arterial y de glucemia. Es una mujer de 61 años de edad, diabética desde los 48. Tiene antecedentes familiares de diabetes, su madre y su hermano. El padre falleció de un carcinoma de próstata a los 68 años.

Exploración física: Peso: 86 kg. I.M.C. 32. Presión arterial sistólica 135 mmHg, presión arterial diastólica 82 mmHg.

Exploración neurológica normal.

Pulsos periféricos presentes.

Fondo de ojo normal.

Desde que empezó con el tratamiento, fue suficiente con metformina 850 mg dos veces al día, consiguiendo cifras de 102 a 126 mg de glicemia en sus controles digitales y una HbA_{1c} de 5,8 de media. Consiguió perder 10 kg.

A partir de un ingreso hospitalario por una neumonía con insuficiencia respiratoria, que requirió tratamiento con corticosteroides, empezó a descontrolarse a glucemia, con aumentos considerables de las cifras en ayunas y también postprandiales.

Análítica: HbA_{1c} 8,9%. Glucemia 230 mg/dl. Colesterol 210mg/dl. HDL 47 mg/dl. MDRD 65. Cociente albúmina-creatinina 35.

Electrocardiograma: sin alteraciones.

TRATAMIENTO

Se le aconseja que tome un nuevo fármaco, además de la metformina y que tome sus medidas higiénico-dietéticas más en serio (era cumplidora, pero se le hace hincapié). Se le añade sitagliptina 100 mg al día. Un mes después la paciente continúa con mal control glucémico.

Se le aconseja, ante el cambio en la evolución de su diabetes, que se realice autocontroles postprandiales.

Antes del desayuno	114	150	142
Después del desayuno	218	244	200
Antes de la comida	90	75	100
Después de la comida	220	215	262
Antes de la cena	110	115	195
Después de la cena	200	195	256

Se comprobó que la paciente tenía hiperglucemias postprandiales que había que tratar, y tendencia a la hipoglucemia antes del almuerzo.

Se le añade una insulina aspart bifásica 30, inyectada en el comienzo del desayuno y de la cena, con una dosis total de 30 UI repartidas en las 2 tomas.

Acudió a la consulta 3 meses después. Había ido aumentando la dosis de insulina, usando ahora 26 UI antes del desayuno y 24 UI antes de la cena.

La paciente refiere haber sufrido una hipoglucemia leve antes de la comida un día en que anduvo más de lo habitual por la mañana, que resolvió adelantando la comida. Aportaba un nuevo perfil de autocontroles, que estaba completamente normal.

Diagnóstico

DIAGNÓSTICO CASUAL DIABETES MELLITUS TIPO 2

C. FRAGA CARBALLO
C. S. VIVEIRO. LUGO

CASO CLÍNICO

Motivo de la consulta: Paciente varón, raza blanca, de 60 años, que acude a la consulta de atención primaria hace 24 meses para "hacerse un reconocimiento y una placa de algo". Se abre historia clínica, con los siguientes resultados:

Antecedentes familiares: Padre éxitus a los 82 años de EPOC. Madre viva con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia venosa en miembros inferiores y obesidad.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Profesión: funcionario (vida sedentaria). Fumador. Consumo de alcohol ocasional. Obesidad.

Exploración física: I.M.C.: 33; perímetro abdominal: 122; P.A.: 130/80 mmHg.

Auscultación pulmonar: m.v. conservado, sin ruidos.

Auscultación cardíaca: RSCSRS a 70 ppm, no soplos.

Abdomen globuloso, no masas ni megalias; extremidades inferiores: no edemas ni otros signos.

Análítica (dos en 4 semanas): glucemia: 162 y 153 mg/dl; colesterol: 247 y 265; mg/dl, triglicéridos: 215 y 209 mg/dl. Resto no significativo.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 67 ppm. Normal.

DIAGNÓSTICO

1. Diabetes mellitus tipo 2.
2. Dislipemia mixta.
3. Obesidad grado 1.

TRATAMIENTO

Consejos hábitos-dietéticos y ejercicio moderado regular.

Metformina 850: 1-0-1.

Atorvastatina: 0-0-1.

DISCUSIÓN/COMENTARIOS

En controles analíticos periódicos cada 4-6 meses se constata una HbA_{1c} entre 7,8 y 8,2%.

Se cambia la metformina por sitagliptina/metformina 50/1000 (1-0-1), se aumenta la atorvastatina a 40 mg y se incide en una dieta más estricta, perder peso, ejercicio regular...

En la última analítica se consigue una HbA_{1c} de 7,0% y valores lipídicos con disminución significativa, con pérdida de peso considerable.

Diagnóstico

DIAGNÓSTICO DE DIABETES POR INFECCIÓN GENITAL

J. L. PÉREZ-MONEO GARCÍA
C. S. SAN JOSÉ. SALAMANCA

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 46 años que acude a la consulta por un cuadro de picor genital de varios días de evolución que le impide incluso conciliar el sueño, no refiere otra sintomatología, y añade que lleva varios días en tratamiento antibiótico por infección dental.

Antecedentes personales: Fumador, bebedor habitual y obeso. Presión arterial: 130/80 mmHg.

Aunque no está en ayunas se practica una glucemia capilar con cifras de glucemia superior a 300 y se cita al día siguiente para confirmar diagnóstico de diabetes mellitus y solicitar analítica general.

Motivo de la consulta: En anamnesis dirigida se refiere beber mucha agua por tener la boca siempre seca y últimamente también poliuria.

En la exploración se aprecia el glande hiperémico con lesiones de rascado y exudado blanquecino que sugiere el diagnóstico de balanitis candidiásica.

La glucemia capilar en ayunas confirma el diagnóstico de diabetes tipo 2 y en analítica general se observan glucemia basal de 264 con Hb glicada de 8,3% con cifras de colesterol de 382 mg/dl, triglicéridos de 2.109 mg/dl y alteración de enzimas hepáticos por abuso de alcohol.

DIAGNÓSTICO

- Diabetes mellitus tipo 2.
- Balanitis candidiásica.

TRATAMIENTO

- Se inicia tratamiento antifúngico vía oral y tópica para la balanitis.
- Se aconseja extremar las medidas higiénico dietéticas para poder controlar la glucemia así como prohibir el consumo de bebidas alcohólicas y evitar el tabaco.
- Se inicia tratamiento con metformina 850 cada 12 horas.

EVOLUCIÓN

Se realiza controles de glucemia basal y Hb glicada sucesivos con cifras de esta última superiores a 7%, por lo que se añade sitagliptina 50, cada 12 horas, obteniendo cifras controles adecuadas de glucemia y de Hb glicada inferiores a 7% en controles sucesivos.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se trata de un varón de mediana edad con malos hábitos higiénico-dietéticos inadecuados y en el que la aparición de una infección genital candidiásica ha puesto sobre la pista de una diabetes no conocida previamente.

Es de destacar que esta misma infección es relativamente frecuente, en lo que a mi experiencia se refiere, en casos de diabetes mellitus tipo 1 o 2 de varones jóvenes o de mediana edad con malos controles de su glucemia de forma habitual, y que su presencia o la aparición de prurito genital sin causa aparente, debe siempre llevarnos a sospechar en la probable presencia de esta enfermedad metabólica y dirigir la anamnesis y las pruebas de laboratorio en este sentido.

Diagnóstico

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTE CON MAL CONTROL DE DIABETES TIPO 2.

I. M^a. PADILLA GARCÍA

C. A. P. TURÓ. BARCELONA

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 75 años, diabética tipo 2 de larga evolución con retinopatía e HTA en tratamiento con ARA-II y bien controlada.

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. No cardiopatía. Signos de insuficiencia venosa periférica. Electrocardiograma sin signos de hipertrofia y dislipemia en tratamiento con simvastatina 20 diaria bien controlada. Intervenida de miomas uterinos con histerectomía hace aproximadamente 20 años.

Analítica: Presenta en el control bianual unas glicosiladas de 9,2 y sigue tratamiento con metformina 850 cada 8 horas y

euglucon 5 cada 8 horas. Sigue dieta correcta y camina diariamente con las limitaciones propias de su edad.

TRATAMIENTO

Se valora la posibilidad de insulina nocturna añadida al tratamiento, ante lo cual la paciente es reticente y de momento se niega.

Se le plantea la posibilidad de retirar euglucon y añadir a la metformina la sitagliptina. Se inician dosis dos veces al día de sitagliptina 50 mg y 1.000 mg de metformina con ligeras náuseas al principio que posteriormente desaparecieron y buena tolerancia hasta el día de hoy.

EVOLUCIÓN

Se realiza analítica de control a los 3 meses con mejoría de las glicosiladas a HbA_{1c}: 7,9 y mejoría clínica de la paciente. De momento seguimos controles habituales.

Diagnóstico

PACIENTE ASINTOMÁTICO EN REVISIÓN RUTINARIA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

A. TORRAS PICÓN

C. A. P. CREU. SABADELL, BARCELONA

CASO CLÍNICO

El motivo de consulta fue una revisión rutinaria en un paciente varón de 59 años, hacía unos 4 años que estaba prejubilado y no hacía las revisiones de su empresa. Su único problema, según manifiesta, es una HTA desde hacía unos 5 años y que trataba con IECA + diurético, presentaba polidipsia y poliuria que no le hacía caso. Hace 18 años que no fuma.

Practica cada semana 1-2 veces squash.

Antecedentes familiares: Su padre murió por neoplasia gástrica y su madre de un AVC.

Exploración física: Talla 163 cm, peso 86, perímetro abdominal 107. PA 200/115 mmHg. Coloración rojiza de cara con telangiectasias faciales múltiples, no presenta adenopatías. Corazón rítmico no soplos. Respiratorio normal.

Abdomen blando depresible sin visceromegalias. PPL neg. Pulsos periféricos presentes y simétricos. No presenta ninguna lesión cutánea excepto que hace 2-3 meses presenta una erupción en el glande que él trata como micosis y no mejora.

Exploraciones complementarias: Electrocardiograma ritmo sinusal 72 ppm, AQRS 0°, PR 0,16, QRS 0,08, repolarización normal. Fondo de ojo normal. Ecocardiografía discreta hipertrofia VI, función sistólica conservada FE 59%.

Analítica: Primera analítica: hematíes 5,7 millones, Hb 16,3, hematocrito 49, VCM 86, plaquetas 172.000, leucocitos 12.140,

fórmula leucocitaria normal, VSG 6. Glucosa 520 mg/dl, creatinina 1,28 mg/dl, urea 51 mg/dl, urato 5,5 mg/dl, colesterol 260 mg/dl, HDL 56 mg/dl, LDL 165 mg/dl, triglicéridos 507 mg/dl, GOT 19 U/l. GPT 32 U/l, GGT 27 U/l, bilirrubina 1,17 mg/dl, fosfatasa alcalina 197 U/l, PSA 1,2 ng/ml, sedimento orina normal.

DIAGNÓSTICO

Diabetes tipo 2 que el paciente no conocía.

HTA mal controlada y que repercutía en el corazón según ecocardiograma.

TRATAMIENTO

Inicia dieta y tratamiento con metformina 1 comprimido al día para su diabetes, IECA + antagonista del calcio para su HTA, atorvastatina para dislipemia y ácido acetilsalicílico 100 mg al día.

EVOLUCIÓN

Con el tratamiento indicado el paciente en tres meses tenía una PA 145/80 mmHg, glucemia de 127 mg/dl, hemoglobina glicada de 7,2%, colesterol 215 mg/dl, HDL 51 mg/dl, LDL 145 mg/dl, triglicéridos 68. El paciente no ha presentado ninguna complicación en los últimos 5 años después del diagnóstico.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Después de ver el caso se puede pensar que hay muchos diabéticos todavía que llevan años de evolución y todavía no lo saben, y que pacientes como éste con el tratamiento realizado se les evita una complicación cardiovascular que sin el tratamiento ya la hubiera tenido; ahora está asintomático, realiza ejercicio suave y viene a los controles que le tocan y hace bien la medicación, en resumen, es un paciente muy responsable del problema que tiene.

Diagnóstico

DIAGNOSTICO CASUAL DIABETES MELLITUS TIPO 2

C. COBO DOMINGUEZ
C. S. FRIOL. LUGO

CASO CLÍNICO

Motivo de la consulta: Paciente mujer de 62 años, que acude a la consulta de atención primaria hace 24 meses para "hacerse una revisión medica" y se abre historia clínica con los siguientes resultados:

Antecedentes familiares: Padre éxitus a los 75 por infarto de miocardio. Madre viva con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2, EAP, obesidad.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Profesión sus labores (vida sedentaria). No fumadora. No consumo alcohol. Obesidad.

Exploración física: I.M.C.: 30 kg/m²; perímetro abdominal: 118 cm; PA:110/80 mmHg.

Auscultación pulmonar: m.v. conservado, sin ruidos; auscultación cardiaca: RSCRS a 70 ppm, no soplos.

Abdomen: globuloso, no masas ni megalias; extremidades inferiores: no edemas ni otros signos.

Analítica (dos en 4 semanas): glucemia: 161 y 153 mg/dl; colesterol: 257 y 265 mg/dl; triglicéridos: 215 y 209 mg/dl. Resto no significativo.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 67 ppm. Resto normal.

DIAGNÓSTICO

1. Diabetes mellitus tipo 2.
2. Dislipemia mixta.
3. Obesidad grado 1.

TRATAMIENTO

Consejos de hábitos-dietéticos y ejercicio moderado regular.

Metformina 850: 1-0-1.

Rosuvastatina 10: 0-0-1.

DISCUSIÓN/COMENTARIOS

En controles analíticos periódicos cada 4-6 meses se constata una HbA_{1c} entre 7,8 y 8,2%.

Se cambia la metformina por sitagliptina/metformina 50/1000 (1-0-1), se aumenta la rosuvastatina a 20 mg y se incide en una dieta más estricta, perder peso, ejercicio regular...

En la última analítica se consigue una HbA_{1c} de 7,0% y valores lipídicos con disminución significativa, con pérdida de peso considerable.

Diagnóstico

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS

L. CANTARERO CUENCA

MADRID

Los criterios de diagnóstico de la diabetes mellitus han sido modificados en comparación con los recomendados anteriormente por el NDDG (1) y la OMS (2). Los criterios revisados de diagnóstico de la diabetes:

Por ejemplo, un caso de síntomas con una glucosa plasmática al azar superior a 200 mg/dl (11,1 mmol/l), confirmada otro día con:

1. Una glucosa plasmática en ayunas mayor de 126 mg/dl (7,0 mmol/l).
2. Un test de tolerancia a la glucosa oral con un valor a las dos horas superior a 200 mg/dl (11,1 mmol/l), o
3. Síntomas con una glucosa plasmática al azar mayor de 200 mg/dl (11,1 mmol/l), constituyen un diagnóstico de glucosa.

Para los estudios epidemiológicos, la prevalencia e incidencia de diabetes deben basarse en un glucosa plasmática en ayunas mayor de 126 mg/dl (7,0 mmol/l). Esta recomendación se basa en el interés de una estandarización y también para facilitar el trabajo en particular cuando es difícil llevar a cabo un test de tolerancia a la glucosa oral o su coste en tiempo y dinero es excesivo.

Esta aproximación conducirá unas estimaciones ligeramente menores de la prevalencia de las que se obtendrían con el uso combinado del test de la glucosa en ayunas y del test de tolerancia oral a la glucosa.

El Comité de Expertos reconoce un grupo intermedio de sujetos cuyos niveles de glucosa, aunque no cumplen con los criterios de diabetes, son, sin embargo, demasiado altos para ser considerados normales. Este grupo se define como sujetos con altos niveles de glucosa en ayunas mayor de 110 mg/dl (6,1 mmol/l) pero menos de 126 mg/dl (7,0 mmol/l) o valores a las dos horas en un test de tolerancia oral a la glucosa superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/l) pero por debajo de 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

De esta manera, según los niveles de glucosa en ayunas, se tiene:

- Menor de 110 mg/dl (6,1 mmol/l) y glucosa normal en ayunas.
- Mayor de 110 (6,1 mmol/l) e inferior a 126 mg/dl (7,0 mmol/l), con intolerancia a la glucosa.
- Superior a 126 mg/dl (7,0 mmol/l), siendo un diagnóstico provisional de diabetes (el diagnóstico se confirmará, como se ha indicado arriba).

Las equivalencias, cuando se usa el test de la tolerancia a la glucosa oral en ayunas, son:

- Glucosa (2 horas después) menos de 140 mg/dl (7,8 mmol/l) e indica tolerancia normal a la glucosa.
- Superior a 140 (7,8 mmol/l) e inferior a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) indicando intolerancia a la glucosa.
- Mayor de 200 mg/dl (11,1 mmol/l) indica un diagnóstico provisional de diabetes (a confirmar como se describe arriba).

Como el valor de 140 mg/dl (7,8 mmol/l) en el test de la tolerancia a la glucosa oral identificará más sujetos con homeostasis a la glucosa alterada que el test de la glucosa en ayunas con un valor 110 mg/dl (6,1 mmol/l), es importante que los investigadores comuniquen siempre en sus informes el método seguido.

Diagnóstico

DEBUT DE UNA DIABETES MELLITUS

M. MOLINA VILLAVERDE

C. A. P. SANT SALVADOR GUARDIOLA. BARCELONA

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Paciente de sexo femenino de 42 años de edad que acude a nuestra consulta por primera vez. Está casada y vive con su marido y 1 hijo.

Motivo de la consulta: Éste es el cuarto caso clínico de la serie que trata de una paciente de 42 diagnosticada recientemente de diabetes tipo 2, aunque anteriormente ya se habían detectado hiperglucemias. Las características clínicas del caso nos hacen profundizar en una situación a la que cada vez se la conoce mejor y se le concede más importancia.

DIAGNÓSTICO

Diagnosticada de diabetes mellitus a los 36 años de edad por TTOG a raíz de candidiasis vulvo-vaginales de repetición. Sigue tratamiento con dieta cualitativa y desde hace 3 años toma acarbosa (300 mg/día), con buena tolerancia. No realiza autoanálisis de glucemia capilar.

El control metabólico desde el diagnóstico refiere que ha sido bueno, aunque no tiene ni recuerda cifras de HbA_{1c}. Nunca ha presentado descompensaciones agudas de la diabetes que precisaran ingreso hospitalario. Niega la presencia de complicaciones crónicas de la diabetes en la última revisión. Realiza dieta correcta aunque la actividad física es escasa e irregular. Consulta por la aparición de astenia de dos meses de evolución que se acompaña de una disminución de unos 2 kg de peso, coincidiendo con cambio de domicilio por motivos laborales. Ella atribuye la astenia y la pérdida de peso al estrés del traslado.

TRATAMIENTO

Se mantiene el tratamiento con acarbosa y se añade NIPH.

EVOLUCIÓN

La paciente parece estar evolucionando mejor aunque no ha corregido sus hábitos del todo.

COMENTARIOS

El tratamiento es correcto pero tendríamos que conseguir que mejorara su hábitos de vida.

Diagnóstico

SITAGLIPTINA EN LA PRÁCTICA DIARIA. NUEVAS INDICACIONES

P. MARTÍNEZ MERODIO

MADRID

Sitagliptina tiene la gama más amplia de indicaciones de entre toda la clase de medicamentos para la diabetes tipo 2 correspondiente a los inhibidores de la DPP-4. Cuando la dieta y el ejercicio por sí solos no proporcionan el adecuado control glucémico y cuando la metformina (como terapia de primera línea) es inapropiada debido a sus contraindicaciones o intolerancia, sitagliptina está indicada para mejorar el control glucémico como monoterapia, en combinación con metformina, en combinación con una sulfonilurea, en combinación con un agonista de los PPAR γ y en combinación con un agonista de los PPAR γ y metformina. La dosis recomendada de sitagliptina es de 100 mg una vez al día, con o sin comida, para las indicaciones aprobadas.

Sitagliptina está contraindicada en pacientes que tengan hipersensibilidad a cualquiera de los componentes del producto. No debe usarse en pacientes con diabetes tipo 1 o para el tratamiento de la cetoacidosis diabética. Los pacientes con insuficiencia renal moderada o severa no deben ser tratados con sitagliptina y tampoco se recomienda su uso en pacientes menores de 18 años ni en mujeres que estén embarazadas o en período de lactancia. Cuando sitagliptina se añade a una sulfonilurea, la incidencia de hipoglucemias es superior a placebo; para disminuir este riesgo, debe considerarse la reducción de la dosis de sulfonilurea.

Los efectos adversos relacionados con sitagliptina que fueron superiores a placebo (mayor de 2% y con diferencia superior a un paciente) fueron náuseas, hipoglucemia, estreñimiento, flatulencia, edema periférico, dolor de cabeza, diarrea, vómito y mareos. Las reacciones adversas (independientemente de la relación causal con el medicamento) producidas en al menos el

5% de los pacientes y más frecuentemente en pacientes tratados con sitagliptina, incluyeron la infección respiratoria de vías altas y nasofaringitis.

La combinación de dosis fija de sitagliptina y metformina está indicado como terapia asociada a la dieta y al ejercicio para mejorar el control de la glucemia en aquellos pacientes que no están controlados adecuadamente con su máxima dosis tolerada de metformina sola o aquellos pacientes que ya están en tratamiento con la terapia combinada de sitagliptina y metformina. Su uso también está indicado en combinación con una sulfonilurea o un agonista de los PPAR γ como terapia adjunta a la dieta y al ejercicio en pacientes que no están controlados adecuadamente con su dosis máxima tolerada de metformina y una sulfonilurea o con un agonista de los PPAR γ , respectivamente. La combinación fija en un solo comprimido de sitagliptina y metformina aún no está disponible en algunos países de la UE.

La combinación de sitagliptina y metformina en un solo comprimido está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a sus principios activos o a cualquiera de sus excipientes; cetoacidosis diabética, pre-coma diabético; trastornos agudos que puedan alterar la función renal; enfermedades agudas o crónicas que puedan producir hipoxia tisular; intoxicación alcohólica aguda, alcoholismo; o mujeres en período de lactancia. Esta combinación no debe usarse en pacientes con diabetes tipo 1 y no se debe usar para el tratamiento de la cetoacidosis diabética. Tampoco debe usarse en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa ni en pacientes con insuficiencia hepática.

Las reacciones adversas notificadas relacionadas con el medicamento superiores a placebo (mayor de 0,2% y diferencia de un paciente) incluyeron náuseas, hipoglucemia, estreñimiento, edema periférico, dolor de cabeza, diarrea y vómitos. Los efectos adversos (independientemente de la relación causal con el medicamento) producidos en al menos el 5% incluyeron infecciones respiratorias de las vías altas y nasofaringitis. Las reacciones adversas de la metformina incluyeron sabor metálico, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y pérdida de apetito.

Diagnóstico

DIAGNÓSTICO DE DIABETES

L. A. CRIADO GUTIÉRREZ
C. S. SISINIO DE CASTRO. SALAMANCA

Paciente de 50 años que acude a consulta por candidiasis genital recurrente y que tras tratamiento cede y reaparece a los pocos días, se consulta su historia clínica sin que aparezcan analíticas recientes ni toma de tensiones, solamente aparece

antecedentes de abuelo y padre con diabetes tipo 2 de adultos. Se toma tensión arterial presentando 150/95, 184 cm de altura y 95 kg de peso y se solicita analítica, apareciendo una bioquímica normal salvo glucemia de 180 mg/dl.

Se le diagnostica de hipertenso diabético sin complicaciones en la actualidad a nivel macro ni microvascular.

Poniéndose en tratamiento con dieta hipocalórica, ejercicio, metformina con inhibidor de DDP-4 y ARA-II mejora en cifras de tensión en una semana con 120/85 y 120 de glucemia.

Diagnóstico

DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS 2 MEDIANTE HbA_{1c}

P. CORREA DE LA CALLE
C. S. LA LAGUNA. CÁDIZ

CASO CLÍNICO

Paciente varón de raza caucásica, de 45 años de edad, enfermero de profesión, diagnosticado hace 2 años de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés.

Motivo de la consulta: Tras presentar durante varias semanas de evolución síntomas de poliuria, polidipsia y polifagia, sospecha que tuviera alteración de los niveles de glucemia, por lo que el paciente se realiza él mismo determinación de glucemia basal capilar al azar, presentando cifras de glucemia de entre 140 y 150 mg/dl en varias ocasiones, motivo por el cual acude a la consulta.

Exploración física. La exploración física no aporta datos patológicos, salvo tensión arterial de 160/85 mmHg. Para la confirmación de posible patología, se solicitan pruebas complementarias, entre las que se incluyen hemograma, bioquímica general, hemoglobina glicada y sedimento y anormales de orina. En la misma, identificamos los siguientes parámetros destacados: glucosa 118 mg/dl, ácido úrico 9,2 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl, HDL 32 mg/dl. Colesterol 175 mg/dl, HDL 5,47, LDL 112 mg/dl, hemoglobina glicada 9,5%. Creatinina en orina 102,8 mg/dl, microalbúmina en orina 71,7 mg/l, microalbúmina/creatinina 7,8 mg/mol.

DIAGNÓSTICO

Ante los resultados obtenidos, el paciente es diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 con afectación renal, por la alteración de la hemoglobina glicosilada. Se le instaura tratamiento con metformina 850 mg, y se reajusta tratamiento antihipertensivo, sustituyendo enalapril por valsartan 320 mg y se añade amlodipino 10 mg.

Ampliamos el estudio solicitando retinografía y electrocardiograma, en los que no se detecta ninguna alteración significativa.

EVOLUCIÓN

A los tres meses, el paciente refiere mejoría clínica subjetiva de los síntomas que padecía. Los autocontroles de glucemia capilar que se ha realizado en estos tres meses, presenta cifras de glucemia capilar que oscilan entre 100-130 mg/dl. Se realiza nueva determinación bioquímica, en la que destaca: glucosa 128 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 1,0 mg/dl, HDL 44 mg/dl, LDL 161 mg/dl, HDL 5,36, colesterol 2,36 mg/dl. Hemoglobina glicada 6,1%. En función de estos resultados, se añade simvastatina 20 mg al tratamiento.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El paciente, habiendo tenido alteraciones de la glucemia capilar al azar, y sospechando que presente diabetes mellitus tipo 2, para su confirmación no es suficiente sólo con la determinación de la glucemia (en este caso, 118 mg/dl), sino que actualmente disponemos de otras mediciones como es la hemoglobina glicosilada, que nos permite estimar una media de los niveles de glucemia en los últimos 3 meses, y que es criterio diagnóstico independiente de diabetes mellitus a partir de 6,5%, (como en este caso que nos ocupa, de 9,5%). En la segunda determinación bioquímica, a pesar de presentar una glucemia discretamente elevada, se ha conseguido reducir la hemoglobina glicosilada a parámetros aceptables, lo que nos indica que el control glucémico global de los últimos 3 meses ha mejorado. En el caso de que los resultados no hubieran mejorado, o dicha mejoría no hubiese sido significativa (por debajo de 7%), hubiéramos considerado añadir un segundo fármaco al tratamiento, como hubiera podido ser una sulfonilurea, una glitazona o un inhibidor de la DPP-4, que nos parece más adecuado ya que no presenta tendencia a la hipoglucemia y preserva la vida de las células pancreáticas.

Diagnóstico

CASO CLÍNICO DIABETES

A. ITURRI GAZTELU

CASCO VIEJO. VITORIA. ÁLAVA

CASO CLÍNICO

Se plantea que la investigación científica sobre diferentes enfermedades, en particular sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares, tienen consecuencias importantes para la vida de todos, tanto para el paciente, médico y familiares, como para la sociedad en general.

La diabetes mellitus se ha convertido en un problema suficientemente importante que justifica la puesta en marcha de un Programa de atención integral al diabético dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud, donde el médico y la enfermera han pasado a ocupar un lugar de vanguardia.

Con esto pretendemos hacer una reflexión sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares como fenómeno social que afecta de forma creciente a la población, a causa de la repercusión sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares, así como al sistema de asistencia sanitaria que debe sufragar los costos de las complicaciones y la discapacidad.

Diagnóstico

SELECCIÓN DE LOS 10 PUNTOS CLAVE DE LA ALIMENTACIÓN IDÓNEA, PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES

C. SARRALDE GIL

MADRID

- Controlar el nivel de la glucosa en sangre. Se preferirán siempre los alimentos de bajo índice glucémico a los de alto. Se evitarán los azúcares simples en la medida de lo posible (sin llegar a una prohibición absoluta, pero prefiriéndose aquellos que no contengan glucosa, como la fructosa) y se recomendará el consumo de cereales integrales y alimentos ricos en fibra en general.
- Mantener un peso adecuado (mediante el control de las calorías ingeridas). El exceso de grasa corporal hace más difícil a las personas con diabetes tipo 2 utilizar su propia insulina.
- Equilibrar la proporción entre el aporte de carbohidratos (65%), proteínas (15%) y grasas (30%). No se debe caer en dietas hiperproteicas, cetogénicas ni en ninguna otra que altere las proporciones entre nutrientes recomendadas para una persona sana (ver dieta equilibrada).
- Alcanzar o mantener un nivel de lípidos en sangre adecuados. El reparto entre los diferentes tipos de grasas debe ser: 10% saturadas, 10% monoinsaturadas y 10% poliinsaturadas. Se evitarán alimentos ricos en colesterol, ya que los diabéticos, por la estrecha relación que existe entre el metabolismo de los glúcidos y el de los lípidos, son uno de los principales grupos de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (síndrome X o plurimetabólico).
- Los alimentos deben ser frescos y poco procesados: Fruta fresca, cereales integrales, verduras frescas, crudas o al vapor, yogures naturales, etc. Evitar las comidas preparadas de los comercios, bollería y helados industriales, conservas, snacks, etc.
- La alimentación debe aportar una cantidad adecuada de nutrientes esenciales (vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales, etc.). La dieta debe ser variada, así se tendrá más posibilidades de conseguir todas las vitaminas y minerales necesarios. Debe prestarse especial atención a los niveles de cromo y zinc, que son críticos para la respuesta insulínica.
- Controlar el aporte de sodio en la dieta. El riñón suele ser un órgano afectado en los diabéticos, debido al trabajo extra que debe realizar para eliminar el exceso de cuerpos cetónicos que se forman cuando falta insulina, por lo que el exceso de sodio puede resultar muy peligroso. La hipertensión arterial también cursa asociada a la diabetes en la mayoría de los casos (síndrome X).
- Favorecer el crecimiento normal en los niños. Durante el crecimiento de los niños y durante el embarazo y la lactancia de las madres, un incremento en el aporte de proteínas, aminoácidos esenciales, calcio, etc., debe ser tenido en cuenta.
- Practicar ejercicio físico regularmente. El ejercicio físico ayuda al control del peso y el sudor elimina sodio y toxinas. Es necesario prever que el consumo de glucosa se incrementa al hacer trabajar los músculos.
- Tener en cuenta los 9 anteriores puntos. De no ser suficiente para controlar el nivel de glucosa en sangre, recurrir a tratamiento farmacológico, iniciar con metformina o sitagliptina e ir introduciendo otros fármacos en caso de no ser suficiente, preferiblemente sitagliptina en monoterapia, doble terapia, triple terapia, pues así controlaremos hipoglucemia, peso y reserva pancreática.

Diagnóstico

DEBUT DE DIABETES MELLITUS

C. HERNÁNDEZ PASCUAL

C. A. P. HORTA Y HOSPITAL DE LA VALL D'HEBRON.
BARCELONA

CASO CLÍNICO

Varón caucásico de 45 años, no diabético conocido, que acude a Urgencias por náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: Alergia a la penicilina y procamida, ex fumador, hipertrigliceridemia diagnosticada hace 1,5 años sin tratamiento.

Antecedentes familiares: Dos tías maternas: diabetes mellitus (DM) tipo 2; madre: diabetes gestacional.

Motivo de la consulta: Varón de 45 años que tres semanas previas al ingreso inicia cuadro de polidipsia (4-5 l/día), poliuria 15/día, nicturia (6-7/noche) y disminución de peso (7 kg en un mes). 72 horas previas al ingreso asocia vómitos alimentarios sin fiebre, diarrea ni otra focalidad infecciosa.

DIAGNÓSTICO

1. Cetoacidosis diabética.

2. Diabetes mellitus debut: probable diabetes mellitus tipo 1 atípica.
3. Hipertrigliceridemia.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras el inicio de insulinoterapia en perfusión continua y administración de fluidos se corrigen las alteraciones metabólicas y se logra una clara mejoría clínica. Se pasa entonces a análogos de insulina subcutánea en tres dosis diarias (lispro, lispro-protamina), llegando a precisar hasta 120 insulina (1,12 u/kg peso). Tras la estabilización unidades de clínica se añade metformina (1.700 mg/día). Progresivamente y dadas las hipoglucemias clínicamente sintomáticas que comienza a sufrir se disminuye la pauta de insulina, de manera que en el momento del alta (10º día de ingreso) se encuentra con 80 u/día. Asimismo, se confirma hipertrigliceridemia tras estabilización del control glucémico para la cual se instaura tratamiento con fibratos.

COMENTARIOS

Tres semanas tras el alta, el paciente ha perdido 4 kg de peso y continúa sufriendo hipoglucemias leves a pesar de la progresiva disminución de la dosis de insulina, de manera que en este momento se encuentra con 50 unidades diarias repartidas en 2 dosis.

Diagnóstico

EL EX FUMADOR DIABÉTICO

J. L. ARANGUREN LÓPEZ

CLÍNICA MADRID. FUENLABRADA. MADRID

CASO CLÍNICO

Varón de 40 años sano que decide dejar de fumar.

Antecedentes personales: Sin interés. Sano y deportista. Fumador de 40 cigarrillos al día desde hace más de 5 años.

Antecedentes familiares: Abuelo paterno diabético fallecido tras ACVA. Abuelo materno diabético, fallecido por ACVA. Padre obeso con HTA e hiperuricemia. Madre con hipercolesterolemia.

Tras iniciar tratamiento con bupropion durante 10 semanas consigue con éxito dejar el hábito tabáquico.

Motivo de la consulta: Tres años después mantiene la abstinencia, pero ha ido cogiendo peso progresivamente hasta engordar 20 kg de su peso inicial al inicio de la abstinencia (de 80 kg a 100 kg).

Comienza a presentar polidipsia, poliuria, aumento del apetito, cefaleas frecuentes, dolores musculares y leve disfunción eréctil. Además ha dejado de hacer deporte por motivos laborales.

Exploración física: Peso: 104 kg, PA: 120 mmHg, I.M.C.: 35, electrocardiograma normal y PA: 140/70 mmHg, se realiza analítica de sangre y orina: glucemia: 240 mg/dl, triglicéridos: 620 mg/dl, colesterol: 230 mg/dl, ácido úrico: 8,5 mg/dl, HbA_{1c}: 10,2%. Glucosuria ++. Resto normal. Hormonas tiroideas normales.

DIAGNÓSTICO

Se diagnostica una obesidad abdominal con síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, con alto riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.

TRATAMIENTO

Se aconsejan medidas higiénico-dietéticas con dieta hipocalórica estricta, aumento de la actividad física y deportiva. Y metformina 850 cada 12 horas.

EVOLUCIÓN

Tras el susto inicial el paciente cumple bien con todas las medidas, pierde peso y los síntomas mejoran.

A los 6 meses: peso: 94 kg. Perímetro abdominal: 100 cm. I.M.C.: 31. Glucemia: 140 mg/dl. HbA_{1c}: 8,2%. Triglicéridos: 220 mg/dl. Ácido úrico: 7,2 mg/dl.

Tras la mejoría de los datos analíticos y de los síntomas, el paciente se relaja en su dieta, manteniendo el tratamiento médico y la actividad deportiva más moderada.

6 meses después: peso: 94 kg. Perímetro abdominal: 100 cm. I.M.C.: 31. Glucemia: 200 mg/dl. HbA_{1c}: 9,2%. Triglicéridos: 200 mg/dl. Ácido úrico: 7,5 mg/dl.

TRATAMIENTO

Se insiste en la importancia de la dieta y se añade la vildagliptina 50 mg cada 12 horas.

6 meses después: Ha mantenido bien la dieta, la actividad deportiva y la medicación. Peso: 90 kg. Perímetro abdominal: 98 cm. I.M.C.: 30. Glucemia: 140 mg/dl. HbA_{1c}: 7,5%. Triglicéridos: 190 mg/dl. Ácido úrico: 7,5 mg/dl.

12 meses después: se encuentra muy bien y sin apenas síntomas. Mantiene la dieta y los medicamentos bien, pero hace menos deporte. Peso: 91 kg. Perímetro abdominal: 98 cm. I.M.C.: 30. Glucemia: 126 mg/dl. HbA_{1c}: 6,5%. Triglicéridos: 170 mg/dl. Ácido úrico: 7 mg/dl.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 relacionado con una obesidad abdominal localizada y un síndrome metabólico está bastante claro.

Podemos observar claramente que la mejoría de los síntomas y de los parámetros bioquímicos están directamente relacionados con la pérdida de peso y del perímetro abdominal del paciente cuando realiza correctamente la dieta y el ejercicio físico, mientras que sólo con el tratamiento farmacológico no es capaz de hacerlo.

Con frecuencia los pacientes diabéticos piensan que con "las pastillas" están totalmente protegidos de la hiperglucemia y se olvidan de que la dieta y el ejercicio físico son la clave del tratamiento.

Diagnóstico

CASO CLÍNICO DIABETES

J. MACÍAS SAINZ

LAS ARENAS. VIZCAYA

CASO CLÍNICO

Paciente de 74 años con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina/sitagliptina cada 12 horas con más o menos buen control.

Analítica: Colesterol: 189 mg/dl, HDL: 57 mg/dl, LDL: 105 mg/dl, triglicéridos: 131 mg/dl. Glucemia: 165 mg/dl. Hemoglobina glicosilada de 8,1%. PA: 140/81 mmHg, en tratamiento con enalapril.

Buenos pulsos periféricos, sin pérdida de sensibilidad a nivel distal.

Paciente portadora de prótesis que limita mucho su actividad física.

Diagnóstico

CASO CLÍNICO EN DIABETES

I. BILBAO ARMAS

C.S. AMURRIO. ÁLAVA

Hemoglobina	10,4 g/dl
Hematocrito	34 %
Volumen corpuscular medio	82 fl
Hb corpuscular media	31 pg
Glucemia basal	177 mg/dl
HbA _{1c}	7,8 %
Urea	30 mg/dl
Creatinina	1 mg/dl
Colesterol	295 mg/dl
LDL	130 mg/dl
Triglicéridos	306 mg/dl
GOT	35 U/l
GPT	30 U/l
Fosfatasa alcalina	170 U/l
Gamma GT	40 U/l
Sedimento de orina:	normal
Microalbuminuria	28 mg/24 horas

El objetivo de este estudio transversal, desarrollado a nivel de asistencia primaria y de asistencia especializada, es el de esta-

blecer la prevalencia de la nefropatía diabética (ND), evaluando los factores de riesgo asociados, en un amplio grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 representativos de la población española. Se han estudiado 1.636 pacientes (52% mujeres), con una edad de 61 ± 7 años y un tiempo de evolución de la diabetes de 10 ± 7 años. La prevalencia de microalbuminuria (excreción urinaria de albúmina (EUA): 20-200 $\mu\text{g}/\text{min}$), macroalbuminuria (EUA mayor de 200 $\mu\text{g}/\text{min}$) e insuficiencia renal (creatinina plasmática superior a 1,5 mg/dl) fue del 23, 1%, 4,6% y 7,5%, respectivamente. La existencia de afectación renal se relacionó con una mayor duración de la diabetes ($p=0,0022$), con la existencia de hipertensión arterial ($p=0,0000$), con el sexo masculino ($p=0,0013$), con el consumo de tabaco ($p=0,0056$) y con el perímetro abdominal ($p=0,0066$). Al efectuar un análisis de regresión lineal múltiple todos estos factores, salvo el consumo de tabaco, mantuvieron su significancia estadística. De los pacientes con microalbuminuria, el 37% en asistencia especializada y el 66% en asistencia primaria no habían sido diagnosticados antes de este estudio. La prevalencia detectada en este estudio es similar a la de otras áreas geográficas de Europa, destacando la clara asociación entre ND e hipertensión arterial, así como el elevado porcentaje de pacientes con microalbuminuria no diagnosticados, hecho que indica la necesidad de potenciar el screening de la ND en nuestro medio.

Diagnóstico

DEBUT DE UNA DIABETES MELLITUS

A. LLOVERES RUBIÓ

MUTUAM DE ASUSIAS MARC. BARCELONA

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales. Paciente de sexo femenino de 42 años de edad que acude a nuestra consulta por primera vez. Está casada y vive con su marido y 1 hijo.

Motivo de la consulta. Éste es el cuarto caso clínico de la serie que trata de una paciente de 42 diagnosticada recientemente de diabetes tipo 2, aunque anteriormente ya se habían detectado hiperglucemias. Las características clínicas del caso nos hacen profundizar en una situación a la que cada vez se la conoce mejor y se le concede más importancia.

DIAGNÓSTICO

Diagnosticada de diabetes mellitus a los 36 años de edad por TTOG a raíz de candidiasis vulvo-vaginales de repetición. Sigue tratamiento con dieta cualitativa y desde hace 3 años toma acarbosa (300 mg/día), con buena tolerancia. No realiza autoanálisis de glucemia capilar.

El control metabólico desde el diagnóstico refiere que ha sido bueno, aunque no tiene ni recuerda cifras de HbA_{1c}. Nunca ha presentado descompensaciones agudas de la diabetes que precisaran ingreso hospitalario. Niega la presencia de complicaciones crónicas de la diabetes en la última revisión. Realiza dieta correcta aunque la actividad física es escasa e irregular. Consulta por la aparición de astenia de dos meses de evolución que se acompaña de una disminución de unos 2 kg de peso, coincidiendo con cambio de domicilio por motivos laborales. Ella atribuye la astenia y la pérdida de peso al estrés del traslado.

TRATAMIENTO

Se mantiene el tratamiento con acarbosa y se añade NIPH.

EVOLUCIÓN

La paciente parece estar evolucionando mejor aunque no ha corregido sus hábitos del todo.

COMENTARIOS

El tratamiento es correcto pero tendríamos que conseguir que mejorara sus hábitos de vida.

Diagnóstico

CASO CLÍNICO DIABETES

V. LAZO NAUDIN

C. S. CALAHORRA. LA RIOJA

ANALÍTICA PACIENTE AA

Hemoglobina glicosilada (HbA _{1c})	6,8 %
Colesterol	232 mg/dl
HDL	38 mg/dl
LDL	162 mg/dl
Triglicéridos	220 mg/dl
Ácido úrico	8,7 mg/dl
Creatinina	1,1 mg/dl
Orina elemental: glucosuria, proteinuria y cetonuria negativas.	
Microalbuminuria ausente (3 tomas)	

- Aproximadamente el 50% de los diabéticos son hipertensos.
- Los hallazgos fisiopatológicos más habituales en el diabético tipo 2 hipertenso son el incremento de volumen, sodio corporal total elevado, ARP normal o baja y aumento de las resistencias periféricas.
- La forma clínica más frecuente de HTA en la diabetes mellitus tipo 2 es la HTA sistólica del anciano.
- Habitualmente la HTA y otros factores de riesgo cardiovascular preceden en años al diagnóstico clínico de la diabetes.
- La diabetes se considera factor de riesgo cardiovascular principal e independiente (Framingham Heart Study) e incrementa dos a cuatro veces la morbimortalidad de origen cardiovascular de forma independiente a otros factores de riesgo cardiovascular.
- En diabetes mellitus tipo 2 para prevenir o mejorar el pronóstico de las complicaciones crónicas (micro y macroangiopatía) se obtienen mejores resultados con el estricto control de la PA que con el control metabólico.
- Los valores de PA deseables como objetivo en el diabético tipo 2 son inferiores a 130/85 mm/Hg.
- Todos los grupos de hipotensores habituales (IECAs, ARA-II, calcioantagonistas, α -bloqueantes, diuréticos y β -bloqueantes) pueden ser útiles como monoterapia o en combinación en el diabético tipo 2 hipertenso excepto β -bloqueantes no cardioselectivos y diuréticos tiazídicos a dosis medias o altas (mayor de 25 mg/día de hidroclorotiacida).
- Los IECAs son de elección en presencia de microalbuminuria en diabéticos tipo 2 hipertensos o normotensos.
- El uso de aspirina a dosis bajas (75-300 mg/día) es recomendable en prevención primaria de cardiopatía isquémica en varones (y probablemente en mujeres) diabéticos mayores de 30 años y es muy recomendable en prevención secundaria en diabéticos de ambos sexos trasinfarto agudo de miocardio y otros episodios graves de enfermedad cardiovascular.
- La utilización de estatinas para disminuir las cifras de LDL en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular es muy útil en diabéticos al igual que en no diabéticos.
- Las tablas utilizadas para calcular el riesgo cardiovascular global son útiles para valorar el riesgo relativo, en prevención primaria, de un paciente diabético dado respecto a otros diabéticos de menor riesgo, pero no sirven para calcular el riesgo absoluto porque probablemente lo infravaloran al estar basadas en población no específicamente diabética.

Diagnóstico

CASO CLÍNICO DIABETES

H. GONZÁLEZ NÚÑEZ

C. S. TARIFA. LANZAROTE. ALGECIRAS

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años diagnosticada de diabetes mellitus.

Acude a nuestra consulta una mujer de 45 años premenopáusica, diagnosticada de diabetes mellitus no insulino dependiente, que trata con un agente hipoglucemiante (glibenclamina, 5 mg/dl).

Antecedentes personales. Destacan un proceso de tuberculosis a los 25 años que trató farmacológicamente durante 9 meses, dos partos con cesárea, amigdalectomizada a los 18 años y apendicectomizada a los 42. No padece hipertensión arterial y sus funciones hepáticas y renal se hallan dentro de los límites normales

Antecedentes familiares. La historia familiar revela longevidad y buena salud en el lado materno. Existe una historia intensa de diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica prematura en el lado paterno. Su padre murió súbitamente a la edad de 49 años.

Exploración física. En la exploración física se observa que presenta un ligero sobrepeso, pesa 69 kg y mide 158 cm, con un índice de masa corporal de 30,2. Los pulsos periféricos están presentes y simétricos. La auscultación cardiorrespiratoria es normal, sin auscultarse soplos ni rones.

Analítica. Glucemia; 222 mg/dl. HbA_{1c}: 11,4%. Colesterol: 238 mg/dl. HDL: 38 mg/dl. LDL: 143 mg/dl.

Se trata de un paciente con diabetes tipo 2 sin control y que presenta un ligero sobrepeso y, lo que es más importante, presenta una historia de cardiopatía isquémica en su familia. Su perfil lipídico pone de manifiesto una dislipemia mixta y su diabetes está mal controlada.

TRATAMIENTO

Metformina + sitagliptina, 1.0.1.

Simvastatina 40mg/dl, 0.0.1.

EVOLUCIÓN

En la revisión actual el paciente presenta una mejoría de la HbA_{1c} de 8,9% y un descenso en el perfil lipídico. Con lo cual se decide continuar con el tratamiento hasta nueva revisión.

Diagnóstico

DIABETES MELLITUS EN PACIENTE QUE DESCONOCÍA LA ENFERMEDAD O LA IGNORABA DE MUTUO PROPIO

C. Á. FEIJOO GARCÍA

C. S. DE PEREIRO DE AGUIAR. OURENSE

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años, que acude a consulta por dolor e incapacidad en pierna izquierda, con úlcera varicosa en la misma.

Antecedentes personales: Como antecedentes personales de interés, fractura de tibia y peroné en misma extremidad.

Presenta en dicha extremidad aumento de tamaño de la misma, inflamación y dolor en trayecto venoso, siendo diagnosticado de tromboflebitis y como tal tratado.

Exploración física: En el curso de la consulta, se procede a un control de constantes, presentando unas cifras de PA 180/95, un I.M.C. de 32, interrogado si conocía haber presentado cifras

elevadas de PA en otras ocasiones, reconoce que en los reconocimientos de empresa ya le notificaron que éstas estaban "algo altas" así como su azúcar.

Analítica: Ante este cuadro se inicia tratamiento con ARA-II y se completa estudio con analítica y electrocardiograma. El electrocardiograma es normal y en analítica destaca glucemia 160 mg/dl y con HbA_{1c} de 7%, colesterol 270 mg/dl con LDL de 168 mg/dl.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Comprobando controles en analíticas de empresa, en los dos últimos años presentaba cifras de glucemia de 145 y 152 mg/dl, cifras de PA de 145/90 y 160/100 mmHg y de colesterol de 258 y 245 mg/dl. Ante estas cifras se considera al paciente como paciente de alto riesgo cardio-vascular, al ser diagnosticado de diabetes mellitus, hipertensión y dislipemia, por lo que se inicia tratamiento con dieta hipoglucemiante, hipocalórica y baja en sodio, continuando tratamiento con ARA-II e iniciando tratamiento con metformina 850, rosuvastatina 10 y ácido acetilsalicílico 100.

Diagnóstico

SÍNDROME METABÓLICO

J. E. LOZANO CARCELÉN

C. S. ZONA VI DE ALBACETE. ALBACETE

CASO CLÍNICO

Motivo de la consulta: Mujer de 60 años, trasladada recientemente desde otro Centro de Salud, que consulta por dolor lumbar y de ambas rodillas.

Antecedentes personales: En su historia clínica se reflejan como patologías actuales: obesidad, HTA en tratamiento con eprosartan 600 mg/24 h, aunque no aparece ningún control en los últimos 2 años, espondiloartrosis y gonartrosis en tratamiento con AINEs.

La paciente no ha fumado nunca y tuvo la menopausia a los 50 años.

Antecedentes familiares: Padre murió a los 82 años por neoplasia de próstata. Madre de 83 años, diabética e hipertensa.

Exploración física: La exploración por órganos y aparatos es normal, salvo la presencia de varices en miembros inferiores, destacando: Talla: 150 cm. Peso: 90 kg. I.M.C.: 40. Perímetro abdominal: 105 cm. P.A.: 145/95 mmHg. Pulso: 80 ppm.

Se le recomienda tratamiento con paracetamol 1000 mg/8 horas para sus dolores y se solicita análisis y electrocardiograma, cuyos resultados son: Glucemia: 184 mg/dl. HbA_{1c}: 7,9%. Colesterol: 207 mg/dl. Triglicéridos: 191 mg/dl. Urea: 48 mg/dl. Creatinina: 1 mg/dl. Ácido úrico: 5 mg/dl.

Resto de datos, dentro de la normalidad.

Electrocardiograma: RS a 80 ppm, sin trastornos de repolarización ni signos de hipertrofia ni sobrecarga de VI:

DIAGNÓSTICO

Obesidad mórbida.

HTA.

Diabetes mellitus tipo 2.

Dislipemia.

TRATAMIENTO

Recomendamos dieta hipocalórica, ejercicio diario y añadimos amlodipino 5 mg/24 horas y metformina 850 mg/12 horas.

Al mes, acude a revisión: está mejor de su dolor, no ha perdido peso, no hace ejercicio y sólo ha podido tomar un comprimido de metformina por intolerancia digestiva y tiene una glucemia: 190 mg/dl y PA: 135/80 mmHg.

Se le insiste en la dieta y el ejercicio y se le añade sitagliptina 100 mg/24 horas.

A los 3 meses: Peso: 89 kg. PA: 130/80 mmHg y el resultado de los análisis: glucemia: 130 mg/dl. HbA_{1c}: 7%. Colesterol: 207 mg/dl. Triglicéridos: 180 mg/dl. HDL: 44 mg/dl. LDL: 126 mg/dl.

DISCUSIÓN

En este caso nos podemos plantear algunas cuestiones: En cuanto al diagnóstico, vemos que se trata de una paciente diabética, obesa, con HTA y dislipemia, lo que nos podría hacer pensar en el diagnóstico de un síndrome metabólico.

En cuanto al tratamiento, consistente en el manejo, de forma eficaz, de los distintos factores de riesgo que definen esta patología; sería más importante y beneficioso para la paciente, incidir en los cambios de estilo de vida, con dieta equilibrada, hipocalórica, así como ejercicio físico, aunque nos resulte complicado; que tratar médicamente y por separado cada uno de los factores de riesgo que definen esta patología, que además nos llevaría a una polimedicación de la misma.

Diagnóstico

DIABETES Y DEPORTE

G. CARRASCO BENÍTEZ

VILLANUEVA DEL PARDILLO. MADRID.

Durante el transcurso de la historia el desarrollo de enfermedades como la diabetes ha significado para las personas la limitación a nivel personal en aspectos tan importantes como la alimentación y los deportes; pero en la actualidad y gracias a importantes avances científicos se ha conseguido demostrar que, por lo contrario a lo pensado, el deporte puede resultar altamente beneficioso en el tratamiento de esta enfermedad; por ello en este artículo nos enfocaremos directamente en conocer la influencia de los deportes en dicho padecimiento.

Hoy en día una cantidad de personas que padecen diabetes aunque pueden practicar deporte con total normalidad deciden erróneamente limitarse al mismo, por el total desconocimiento que éste puede resultar altamente provechoso en el tratamiento de esta enfermedad; dado lo anterior es importante preguntarnos algo: ¿Cómo ayuda el deporte a los diabéticos?

Como es conocido por todos, todo tipo de actividad física es beneficiosa para la salud, pues éste al servir como estimulante contribuye directamente a que el cuerpo adquiera nuevas y mejores defensas naturales durante el transcurso de cada actividad que se realice, sin mencionar que éste a su vez provoca al cuerpo a reaccionar de maneras sustancialmente diferentes, obligando a éste a mantenerse en forma en todo momento; dado lo anterior se puede decir que el deporte ayuda a los diabéticos en aspectos tan importantes para los mismos como:

– El ejercicio contribuye a que la insulina realice mejor su fun-

ción, lo que contribuye directamente a que los niveles del azúcar se mantengan dentro de los niveles saludables.

- El ejercicio hace que el organismo cree la necesidad de una buena alimentación, ayudando así a obtener los nutrientes necesarios para realizar cualquier tipo de actividad, ya sea mental o física.
- El ejercicio mejora y amplifica algunas capacidades físicas como el equilibrio, la fuerza y la resistencia.
- El ejercicio ayuda a eliminar las grasas y las calorías no deseadas, contribuyendo directamente a mantener un peso y unos niveles de estos saludables, significando para los diabéticos una excelente manera de controlar su peso corporal que en dicha enfermedad es de vital importancia.
- El ejercicio aumenta las capacidades mentales y motoras, sin mencionar que a su vez aumenta los niveles de energía.

Aunque son muchas más las ventajas que posee el ejercicio en las personas diabéticas, las anteriormente mencionadas son algunas de las más resaltadas en la actualidad. Cabe resaltar que la ejecución de ejercicios como la caminata, la bicicleta, las maratones y en si la actividad aeróbica trae más ventajas a las personas diabéticas, debido a que este tipo de actividad se centra en mantener un cuerpo estable tanto física como mentalmente.

Es importante resaltar que aunque cualquier persona que padezca de diabetes pueda practicar cualquier tipo de deporte o actividad física, lo más recomendable es acudir donde un especialista antes de comenzar una vida deportiva, con el propósito que éste nos muestre los límites físicos que poseemos en caso de padecer de diabetes, pues en algunos casos la diabetes puede traer consigo ciertas limitaciones físicas.

Diagnóstico

CASO CLÍNICO EN DIABETES

M. GONZALO MARÍN, M. DOMÍNGUEZ LÓPEZ,
I. GONZÁLEZ MOLERO

HOSPITAL CARLOS HAYA. MÁLAGA

CASO CLÍNICO

Varón de 33 años.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, no diabetes, no hipertensión arterial ni dislipemia. No intervenciones quirúrgicas.

Diagnosticado de trastorno bipolar hace 8 años.

Tratamiento habitual: litio.

Antecedentes familiares: No diabetes.

Motivo de la consulta: Debut de diabetes. Paciente remitido por su médico de cabecera. Según refiere el paciente a raíz de aumento de dosis de litio hace 3 meses comienza con poliuria, polidipsia. Se realiza analítica objetivándose glucemia 242 mg/dl y triglicéridos de 588 mg/dl.

Tras la analítica comienza a hacer dieta sin azúcares simples, perdiendo 1-2 kg de peso. Su médico le prescribió un antidiabético oral que no tomó y no recuerda su nombre.

No dispone de glucosímetro. En la consulta se realiza Bmtest (está en ayunas): 188.

Exploración física: Peso: 90 kg; talla: 175 cm; I.M.C.: 29,4. PA: 100/50 mmHg. Resto exploración sin hallazgos.

TRATAMIENTO

Se explica glucosímetro.

Se indica extracción de analítica con HbA_{1c}, péptido C. Marcadores de autoinmunidad: GAD, IA2, anticuerpos antiinsulina.

Se explica hiperglucemia/hipoglucemia. Se explica dieta en la diabetes.

Se inicia tratamiento con insulina lantus hasta ver analítica y controles.

EVOLUCIÓN

Al mes nos encontramos:

– Tratamiento: 14 UI de insulina lantus en almuerzo; litio.

– No clínica cardinal de diabetes.

Autocontroles: la primera semana tras inicio de la insulina, controles preprandiales 130-150 y postprandiales superiores a 200. Posteriormente mejoría normalizándose controles pre y postprandiales. No hipoglucemias.

Pruebas complementarias: Analítica solicitada al inicio: glucemia 135 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl, HbA_{1c} 9,2%, colesterol 201 mg/dl, HDL 31 mg/dl, LDL 141 mg/dl, HT normales, péptido C: 3,49. Autoinmunidad: negativa.

Dada la normalidad de los controles de glucemia y las pocas necesidades de insulina se decide suspender la insulino terapia e iniciar tratamiento con antidiabéticos orales: sitagliptina 100 mg/día y metformina 850: 1/2-0- 1/2.

Tres meses después:

Tratamiento: sitagliptina 100 mg/dl y metformina 850 1/2-0-1/2.

Autocontroles: glucemias preprandiales: 85-120 mg/dl. No hipoglucemias.

Dieta: buen cumplimiento con pérdida de peso. Realiza ejercicio.

Exploración: peso 86 kg, PA 139/69.

Pruebas complementarias: Analítica: glucemia 97 mg/dl, colesterol 188 mg/dl, LDL 131,60 mg/dl, HbA_{1c} 5,9%, HT normales, microalbuminuria inferior a 1,3. Fondo de ojo: no retinopatía diabética. Se inicia tratamiento con simvastatina 20 mg/día.

DIAGNÓSTICO

Diabetes mellitus tipo 2.

COMENTARIOS

Tras dos años en tratamiento con ADO mantiene buen control glucémico con HbA_{1c} menor de 6%. LDL inferior a 100, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Dada la presentación clínica y el no tener antecedentes de diabetes plantea el diagnóstico diferencial con diabetes mellitus tipo 1, aunque el paciente presentaba obesidad.

Diagnóstico

DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SÍNDROME METABÓLICO

J. ALONSO ARGÜELLES

C. S. DE SAMA. LANGREO. ASTURIAS

CASO CLÍNICO

El paciente es un varón de 61 años, jubilado, diagnosticado de hipertensión arterial en 2008, sin tratamiento farmacológico, obeso y con glucemia basal alterada.

Antecedentes personales: En 2004 se le realizó S.O.G. con glucosa basal 136 mg/dl y, a las 2 horas, 150 mg. Posteriormente en 2006, glucemia 122 mg/dl.

Motivo de la consulta: Acude en pocas ocasiones a consulta. Ahora, por mareos y algias óseas, polaquiuria (que cree es por la próstata) y pérdida de peso, aunque sigue obeso.

Exploración física: Auscultación cardiaca con RsCsRs. PA con Omron M3, tres tomas, y cifra de PA 159/89 mmHg. Frecuencia cardiaca 74 ppm. Aprovechamos para otros parámetros: Peso 101 kg, talla 169,5 cm, I.M.C. 35,15 kg/m² y perímetro abdominal 114 cm.

Se le aconseja realizar analítica y volver a mirar PA y resultados analíticos.

DIAGNÓSTICO

A los nueve días viene a saber resultados. Comenzamos mirando PA, tres tomas, con cifras PA 170/102 mmHg. El resultado de analítica, que se realiza en Hospital Valle del Nalón, le explica, con gran sorpresa para él, que es diabético, porque la cifra de glucemia es de 359 mg/dl y la HbA_{1c} 12,6%. Tiene, además, colesterol 266 mg/dl, triglicéridos 166 mg/dl, LDL 176 mg/dl, HDL 57 mg/dl, con filtrado glomerular 109, cociente microalbúmina/creatinina 3,58 mg/g y glucosuria +++.

El resto de parámetros como hemograma, función renal, etc., son normales.

PSA 0,5 ng/ml. TSH 1,83 mU/l. Electrocardiograma sinusal.

DIAGNÓSTICO

La impresión diagnóstica es de diabetes tipo 2, subsidiario de insulina, pero incluso, con su esposa presente, no acepta esta terapia.

Se le dan amplios consejos dietéticos, por escrito, además de no tomar azúcar, ni miel, ni dulces. Puede usar sacarina. Perder peso. Caminar a diario.

TRATAMIENTO

Se le indica comenzar con metformina/sitagliptina 50/1000 1 comprimido antes de desayuno y cena y se le instaura un ARA-II, 1 comprimido por la mañana.

Se le recomienda volver en 5 días, acudiendo primero a la enfermera para Educación Sanitaria, mirar glucemia capilar basal, medir PA y la posibilidad de instruir con glucómetro, por si asociamos sulfonilurea.

EVOLUCIÓN

La glucemia capilar basal a los 5 días fue de 176 mg/dl. La PA 152/87 mmHg. No refiere ningún efecto secundario con la medicación. Comenta que no sabía por qué tenía la boca muy seca y que, después de recobrase de la sorpresa en el domicilio, se lo explica, aunque sigue orinando mucho.

Se le cita en una semana y se pospone el inicio con sulfonilurea, hasta ver las cifras de glucemia capilar en domicilio y el día que venga a consulta.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se trata de un paciente que más que realizar una consulta, viene a comentar síntomas y a solicitar paracetamol. El médico de atención primaria aprovecha la consulta oportunista para toma de constantes: PA, peso, talla y perímetro abdominal y, dado los antecedentes de glucosa alterada/intolerancia a hidratos de carbono, se le aconseja realizar analítica con cifra de glucosa muy alta y que pese a la insistencia de iniciar tratamiento con insulina, no acepta.

Se le instaura tratamiento con inhibidores de la DPP-4 siendo la impresión inicial de buena respuesta.

Pendiente de verle con nueva glucemia basal los próximos días.

Diagnóstico

DIABETES

E. VALLE CRUELLS

C. A. P. VALLDOREIX. ST. CUGAT. BARCELONA

CASO CLÍNICO

El paciente tiene 58 años, no acude a la consulta desde hace 3 años, cuando le dijimos que debería cuidarse, ya que tenía “el azúcar un poco alta”.

Motivo de la consulta: En esta ocasión es enviado por su médico de empresa con la siguiente analítica: Glucemia: 186 mg/dl, creatinina: 0,8 mg/dl, urea: 36 mg/dl, ácido úrico: 9,3 mg/dl, colesterol: 283 mg/dl y triglicéridos: 361 mg/dl.

Nos refiere que seguro que hay un error, ya que de vez en cuando se hace análisis con el glucómetro de su madre diabética y nunca ha tenido más de 160 mg/dl. En cambio sí está muy preocupado por el ácido úrico. No hace tratamiento ni dieta alguna (aunque reconoce que su médico de empresa se lo ha recomendado en varias ocasiones); en el último año ha ganado aproximadamente 12 kg (peso: 96; talla: 1,72; I.M.C.: 32,5 kg/m²; perímetro abdominal: 106 cm).

Analítica. En la analítica que le hemos realizado en el Centro de Salud obtenemos unos resultados semejantes a los del reconocimiento de empresa: el paciente es diabético.

DISCUSIÓN

Manuel tiene un perfil de paciente muy frecuente en nuestras consultas: él se encuentra bien y a poco que nos esforcemos, tras esta consulta, puede salir con 2-3 fármacos de por vida y con la sensación de ser un enfermo irrecuperable. Desde un punto de vista estrictamente clínico está claro que es diabético y presenta un riesgo cardiovascular considerable (¡teniendo en cuenta que ni hemos mencionado las cifras tensionales!). Aquí hemos finalizado la fase exploratoria de la entrevista clínica y debemos pasar a la fase resolutive; es el momento de transmitir la idea que nos hemos formado sobre el problema y la mejor conducta a seguir. Sin embargo, tenemos que estar preparados para exponer las alternativas existentes y explicar detalladamente el motivo de nuestras conclusiones, ya que no debemos concebir a nuestros pacientes como meros receptores, sino también como productores de información, capaces de analizar críticamente su situación y junto con la información que les proporcionemos deben realizar una reflexión que les lleve a la acción y al cambio; en suma debemos de plantearnos un enfoque centrado en la persona y no en la enfermedad, con un contenido adaptado a sus necesidades individuales (edad, grado de formación, conocimiento previo de la enfermedad...).

Diagnóstico

CASO CLÍNICO DE DIABETES (DIAGNÓSTICO)

J. MELGUIZO RODRÍGUEZ
C. S. PADUL. GRANADA

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Varón de 50 años, administrativo de profesión, no fumador, bebedor habitual de 50 g/alcohol día. sedentario y con sobrepeso, con PA: 156/98 mmHg.

Motivo de la consulta: En un control analítico preventivo por su médico de atención primaria nos encontramos: I.M.C. de 29,5; perímetro abdominal: 110 cm; PA: 156/98 mmHg; ácido úrico: 7,1 mg/dl; creatinina: 1,1 mg/dl; glucemia: 116 mg/dl; HDL: 39 mg/dl; LDL: 125 mg/dl; triglicéridos: 168 mg/dl, colesterol: 202 mg/dl, GGT: 92 mg/dl; electrocardiograma normal. Según se define el síndrome metabólico el paciente presenta tres o más de los siguientes factores de riesgo:

1. Varón con perímetro abdominal superior a 102 cm y este paciente tiene 110 cm.
2. Triglicéridos superior a 150 mg/dl y este paciente tiene 168 mg/dl.
3. HDL en varones inferior a 40 mg/dl y este paciente tiene 39 mg/dl.
4. Presión arterial superior a 130 y a 85 mmHg y este paciente tiene 156 y 98 mmHg.
5. Glucemia en ayunas superior a 110 mg/dl y este paciente tiene 116 mg/dl.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico de síndrome metabólico con 5 criterios diagnósticos.

Riesgo cardiovascular elevado por tener un grado 1 de HTA (tensión arterial sistólica 140-159 mmHg) o (tensión arterial diastólica 90-99 mmHg) y más de 3 factores de riesgo (varón, obeso, glucemia basal alterada, bebedor, 50 años, sedentario, HTA).

TRATAMIENTO

Estamos ante un paciente modelo de HTA esencial grado 1 asociada a un síndrome metabólico e iniciamos tratamiento con medidas higiénico-dietéticas e hidroclorotiazida 25 mg diarios. Para el control de su glucemia basal alterada de 116, de entrada debemos de adoptar las siguientes medidas: ejercicio regular, dieta hipocalórica, reducción de sal, alcohol, grasas saturadas y colesterol, evitar el tabaco y hacer dieta mediterránea. A los 2 meses de hacer lo anterior, repetimos la analítica y aparece: glucemia basal 112 mg/dl, HbA_{1c} 5,8% y hacemos una sobrecarga oral de glucosa que a las dos horas nos da cifras de 190 mg/dl y PA 148/89 mmHg, ácido úrico 8, triglicéridos a 168 mg/dl, HDL 39 mg/dl y LDL 162 mg/dl.

Ante esto insistimos en medidas no farmacológicas, añadimos 5 mg de amlodipino a los 25 de hidroclorotiazida y simvastatina 40 mg + metformina a bajas dosis.

A los 6 meses el paciente ha perdido peso y se normaliza su I.M.C. a 26 kg/m², la glucemia basal se reduce a 105 mg/dl, la HbA_{1c} baja a 5%, la PA baja a 125/78 mmHg, y mejora su perfil lipídico.

Diagnóstico

DIABETES MELLITUS (PIE DIABÉTICO)

P. BORDONABA PUEYO

C. A. P. CENTRE. SABADELL. BARCELONA

CASO CLÍNICO

Doña ERP, mujer conocida por el servicio del Centro de Salud, de escasos recursos económicos y beneficiaria del programa oportunidades.

Antecedentes personales: Su esposo es albañil y con dos hijos obesos.

Motivo de la consulta: Considera que los remedios caseros como las dietas con nopal y algunos tratamientos de la medicina tradicional local pueden ayudarla más que los tratamientos alópatas de los médicos del Centro de Salud donde la atiende un pasante en servicio social, la enfermera no ha realizado ninguna visita domiciliaria, nunca ha asistido a pláticas o capacitaciones nutricionales, rara vez le indican estudios de laboratorio y si hay que pagar no se los realiza; no participa en los grupos de autoayuda para diabéticos.

DIAGNÓSTICO

Refiere que nunca le han informado sobre su enfermedad, ni cómo controlarse. Ha solicitado información sobre comprar un seguro social pero nadie le informa qué hacer.

No sigue el tratamiento porque no hay medicamentos en el Centro de Salud y le dicen que hay que comprarlos y no tiene dinero para eso.

Nunca la han valorado en un hospital ya que le dicen que con lo que hacen en el Centro de Salud es suficiente.

Por sus condiciones económicas dice que "come lo que se puede", casi siempre frijoles con tortillas y de vez en cuando carne. Le encantan los dulces tradicionales y las frituras de maíz. Cuando acude al Centro de Salud, la enfermera la regaña porque no acude a pláticas ni está en el grupo de autoayuda. El médico solo revisa su tarjeta de control, no la revisa ni le informa de los cuidados que debe tener para evitar complicaciones y le extiende su receta para los medicamentos, sin mayor explicación.

A pesar de quejarse de otras cosas como que se olvidaba de todo, que se sentía triste sin saber por qué, el médico le decía que era por su edad y su enfermedad.

Diagnóstico

DIABETES

P. OLIVER CLOSAS

TRAUMASALUT. SABADELL. BARCELONA

CASO CLÍNICO

La paciente es una señora de 81 años que lleva ingresada 33 días en la Unidad de Medicina Interna del hospital JRJ. El motivo de ingreso ha sido un accidente vascular cerebral (AVC). Actualmente el proceso está controlado y en breve se le dará el alta hospitalaria.

Motivo de la consulta: El AVC le ha provocado una hemiplejía izquierda (es diestra), dificultad para la comunicación oral y para la deglución. El pronóstico que el facultativo ha dado respecto a sus capacidades es bueno si se le rehabilita. El fisioterapeuta está atendiéndola en la habitación alrededor de 20 min al día. Tiene una prescripción de 6 fármacos (entre los que se encuentra un diurético y un antihipertensivo) ella utiliza sistemáticamente un laxante.

Antecedentes personales: En los datos de valoración se detecta expresiones como “con mi situación actual ya no seré capaz de nada...”, “ya soy una inútil, yo no soy capaz de superar esta situación...”. No es capaz de tomar decisiones ante sus propias necesidades. Prácticamente no se mueve y su participación en los autocuidados es nula. Tiene tendencia a permanecer mucho tiempo cama-sillón-cama y en una misma posición. Ha presentado algunos episodios de atragantamientos con los líquidos, por lo que no quiere beber. Su marido le da de comer para que no se esfuerce, no la deja que vaya al baño y

la necesidad de eliminación es en la cama o el sillón. Durante la higiene personal la paciente no participa de la misma y su marido trata de estar en la habitación para poder participar y que su señora no haga ningún esfuerzo.

Situación familiar y social: Por los registros de la historia sabemos que está casada desde hace 48 años (78 años), tiene tres hijos (dos hijas y un hijo). Una de las hijas es soltera y vive con sus padres.

Viven en una zona periférica de la ciudad, tienen una casa de 95 m², está en buen estado y presenta unas condiciones adecuadas a la convivencia de las tres personas que la utilizan (padres e hija). Aunque posiblemente no presente una adaptación a la nueva situación de la paciente.

El poder adquisitivo es adecuado a las necesidades de las tres personas. La hija de 45 años mantiene una buena relación con sus padres y quiere recuperar la autonomía de la paciente lo antes posible con las orientaciones que se le oferten. Durante el período de hospitalización de su madre ha sido la persona de referencia, junto con el marido, para la toma de decisiones.

Durante el tiempo de hospitalización el marido ha permanecido con ella durante casi todo el día (acompañándola). Se observa que el marido no está muy acostumbrado a participar de los cuidados. Su capacidad física y psicológica es bastante aceptable. Presenta una buena salud. Está muy preocupado por el estado y la evolución de su mujer, “quisiera hacer algo para ayudarla”.

Teniendo en cuenta los datos, analiza la situación y desarrolla el plan de intervención que considera oportuno para este caso.

Diagnóstico

BALANITIS DE REPETICIÓN

J. J. BEL FERRÉ

C. A. P. ALCANAR. TARRAGONA

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Hombre de 41 años, natural de la población en la que nos encontramos con escasas visitas de seguimiento al Centro de Salud, obeso, descuidado, soltero que vive con sus padres. Presenta debilidad mental y rasgos psicóticos encuadrables en una esquizofrenia paranoide con tratamiento psiquiátrico por Servicio de Salud Mental (Pere Mata de Amposta). Higiene escasa.

Motivo de la consulta: Acude por presentar desde hace varias semanas molestia y escozor, como una quemazón en el glande y prepucio con prurito en el momento de orinar, sin fiebre ni otra sintomatología. Refiere haber presentado episodio parecido aunque no tan intenso con anterioridad que parece ser se resolvió espontáneamente. Atribuye el proceso a una "cita amorosa" retribuida para la partenaire que tuvo lugar una semana antes. Corrobora que utilizó preservativo pero quizás al ir al lavabo, o estar en el propio ambiente se "contagió de alguna cosa rara, porque ya lo sabe, doctor, en estos sitios a veces hay falta de limpieza".

Exploración física: Presentaba eritema intenso en glande y prepucio. Se palpaban pequeñas adenopatías inguinales indoloras, con escasa relación (pienso) con la patología aguda, florida que presentaba el paciente. Testes normales. Palpación abdominal sin hallazgos.

Pruebas complementarias: En la propia consulta se practica- ron: Labstix: parámetros negativos. Glucemia capilar: 276 mg/dl (había desayunado 2 horas antes). PA: 148/66 mmHg. Se programó al paciente para la práctica de análisis de sangre en ayunas con determinación bioquímica general, hemograma y de hemoglobina glicosilada (resultado: 9,6%) y microalbumi- nuria que resultó ser negativa.

DIAGNÓSTICO

Balanitis candidiásica por diabetes mellitus tipo 2 no diagnosti- cada.

TRATAMIENTO

Para la balanitis se pautó incrementar la higiene personal, lim- pieza de la zona afectada con solución de Goulard tres veces al día y tratamiento tópico con crema de cotrimazol después de la solución de Goulard y secando bien la zona después de cada micción.

Para la diabetes mellitus se le recomendó mejora de los hábi- tos dietéticos animándole a seguir una dieta hipocalórica y anti- diabética y ejercicio físico al menos 3 veces por semana duran- te 30 minutos como los dos pilares básicos del tratamiento de su diabetes. Se pautó tratamiento con metformina 850 mg /12 horas inicialmente.

EVOLUCIÓN

El paciente presenta a día de hoy un seguimiento irregular. Perdió unos 8 a 10 kilos de peso al principio del tratamiento por estar motivado, pero después volvió a incrementarlo. En cuan- to a fármacos se le añadió un inhibidor de la DPP-4 asociado con metformina, con lo que el control de las glicosiladas mejo- ró notablemente sin llegar a ser todo lo bueno que nos hubiera gustado. No ha vuelto a presentar de momento ningún nuevo episodio de balanitis, aunque sigue acudiendo a sus "citas con el amor".

DISCUSIÓN

Hemos de estar al tanto en algunas patologías que nos pueden orientar hacia el diagnóstico de diabetes mellitus, sin que éste sea aún evidente. La balanitis es una de ellas. En todo pacien- te con balanitis deberíamos descartar patología subyacente, como la diabetes, realizando simplemente una medida de la glucemia capilar.

Diagnóstico

DIABETES TIPO 2

J. P. TOBALINA ARAGÜES

C. S. MIRANDA OESTE. MIRANDA DE EBRO.
BURGOS

CASO CLÍNICO

Varón de 40 años que acude por primera vez a la consulta de atención primaria para solicitar la baja laboral tras accidente. Fue atendido en el hospital, ya que precisó sutura por planos de la herida con colocación de férula.

Antecedentes personales: Se realiza una anamnesis completa ya que no se dispone de ningún dato del paciente. No alergias medicamentosas conocidas. No ha presentado intervenciones quirúrgicas ni enfermedades importantes. Ésta ha sido la primera vez que le han atendido en un centro hospitalario.

Antecedentes familiares: Su abuela materna padeció diabetes tipo 2 y sabe que murió de un accidente cerebrovascular. Un hermano suyo también padece diabetes tipo 2.

Exploración física: Peso: 83 kg. Talla: 174. I.M.C.: 27. PA: 130/85 mmHg. Resto todo normal.

Analítica: Glucemia: 253 mg/dl, colesterol: 220 mg/dl, triglicéridos: 470 mg/dl, HDL: 35 mg/dl, GOT: 33 mg/dl, GPT: 85 mg/dl, GGT: 71 mg/dl, fosfatasa alcalina: 213 mg/dl, bilirrubina: 0,45 mg/dl.

Al recibir la analítica hacemos una glucemia capilar en consulta antes de comer: 259 mg/dl. El paciente está asintomático.

Vistos los resultados se solicitan nuevos valores en la analítica de repetición: Glucemia: 285 mg/dl, HbA_{1c}: 10,4%. Orina: glucosuria (++++), proteinuria (+), cetonuria (-).

DIAGNÓSTICO

Habría tres posibilidades de diagnóstico:

- Se podría pensar en una diabetes LADA 1.

- También podría ser una diabetes por una alteración en el páncreas.

- Como última opción podría ser una diabetes tipo 2 con esteatosis hepática.

Para determinarlo se solicitaron una ECO abdominal en la que se vio esteatosis hepática; un electrocardiograma que fue normal y un fondo de ojo que también fue normal.

La retinopatía diabética se origina con por lo menos 5 años de evolución de la diabetes.

En cuanto se diagnostica una diabetes hay que pedir un fondo de ojo porque ha podido ser diabético desde hace años y presentar retinopatía ya en ese momento.

TRATAMIENTO

Se inició tratamiento con insulina NPH 12-0-6 y enseñamos al paciente la técnica de autoanálisis y unos meses más tarde presenta perfiles glucémicos entre 90-110 basal y 130-200 postprandial, con HbA_{1c} de 5,6%.

EVOLUCIÓN

Analítica: GOT: 33, GPT: 50, GGT: 28, creatinina: 210, triglicéridos: 92, HDL: 35, LDL: 160.

Orina: glucosa (-), proteínas (-), acetona (-).

Durante el último año ha mantenido cifras de HbA_{1c} entre 5 y 5,5% y se pone insulina NPH 10-0-6, por lo tanto, la actitud a seguir sería mantener el tratamiento y luego, una vez controlado pasar a antidiabéticos orales, como, por ejemplo, metformina con sitagliptina.

COMENTARIOS

Cuando, como ahora, el paciente está controlado, podemos pasar al tratamiento con ADOS. Uno de los tratamientos correctos es sitagliptina/metformina.

Diagnóstico

CASO CLÍNICO EN DIABETES

F. GÓMEZ RODRÍGUEZ

MADRID

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Mujer de 60 años con intolerancia a metformina e hipoglucemias con sulfonilureas. Control insuficiente con glitazona (30 mg un comprimido al día).

Menopausia desde hace 2 años. Insomnio ocasional e irritabilidad. Obesidad de predominio abdominal desde el segundo embarazo. No fumadora.

Sedentaria (no tiene tiempo libre para hacer ejercicio).

Pica de manera compulsiva como respuesta al estrés.

No come habitualmente grasas pero reconoce que "le pierde" el pan.

Motivo de la consulta: Visita de revisión anual. No han repetido las hipoglucemias. Preocupada porque han aumentado 3 kg.

Exploración física: Peso: 82 kg. I.M.C.: 31 kg/m. PA: 122/68 mmHg.

Analítica: HbA_{1c} 7,5%. Glucemia 158 mg/dl. Peso anterior visita 79 kg. Peso actual a la visita 82 kg. Presión arterial anterior a la visita 120/80 mmHg. Presión actual en la visita 122/68 mmHg. Exploración de pies: normal. Fondo de ojo: normal. Microalbuminuria negativa. Electrocardiograma: sin alteraciones.

Antecedentes familiares: El padre falleció a los 60 años (muerte súbita); era fumador e hipertenso. Madre diabética e hipertenso. Sufrió un AVC hace 3 años. Hermano de 59 años obeso e hipertenso con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio hace 6 años).

DIAGNÓSTICO

Diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 hace 3 años (HbA_{1c} inicial 6,3%) tratada con dieta hipocalórica, que no sigue habitualmente.

Trabajadora de la limpieza (se levanta a las 5:30 de la mañana y trabaja de 6 a 14 horas).

Muy ansiosa y estresada por su problemática familiar. Convive con su marido en paro, 3 hijos entre 20 y 25 años nada colaboradores en las tareas domésticas.

Actualmente, cuida a su madre octogenaria con Alzheimer avanzado. Hace 1 año HbA_{1c} era de 7,6%. Se inició tratamiento con metformina 850 mg 1 comprimido/día (y se le aumentó a 2 comprimidos al cabo de 2 semanas).

Hace 9 meses empieza a no tolerar metformina (diarrea) a pesar de haber reducido la dosis a sólo 1/2 comprimido en la comida. Se cambió a gliempirida 4 mg 1 comprimido/día.

Hace 6 meses presenta hipoglucemias ocasionales a media mañana mientras trabaja, que le provocan mucha ansiedad y han generado algún problema con la encargada. HbA_{1c}: 8,3%. Se cambió a pioglitazona 30 mg 1 comprimido/día.

En la actualidad presenta un aumento de peso y un control glucémico insuficiente que requiere de un aumento de la dosis de la glitazona o bien de la adición de un segundo fármaco.

CUESTIONES PARA DEBATIR

1. ¿Es adecuado el control glucémico de esta paciente?
2. En esta paciente, antes de añadir un segundo fármaco, ¿se debe esperar a que mejore la dieta y el ejercicio?
3. ¿Se puede beneficiar la paciente de reducir la HbA_{1c} por debajo de 7%?
4. Según las guías de práctica clínica, ¿cuál sería el siguiente escalón terapéutico?
5. ¿Qué fármaco, que aún no haya sido probado en esta paciente, le parecería más adecuado en este caso?

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
2. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, Zinman B. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:193-203.
3. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Type 2 diabetes: the management of type 2 diabetes (update) Clinical guideline. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG66/Guidance/pdf/English>.
4. Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deedwania P, Gale EAM. Intensive Glycemic Control and the Prevention of Cardiovascular Events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials. A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care* 2009;32:187-192.
5. Bolen S, Feldman L, Vassy J, Wilson L, Yeh HC, Marinopoulos S, et al. Systematic review: comparative effectiveness and safety of oral medications for type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2007;147(6):386-99.
6. Amori RE, Lau J, Pittas AG. Efficacy and safety of incretin therapy in type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2007;298:194-206.
7. Rosenstock J, Baron MA, Camisasca RP, Cressier F, Couturier A, Dejager S. Efficacy and tolerability of initial combination therapy with vildagliptin and pioglitazone compared with component monotherapy in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2007;9:175-85.