

CASO CLÍNICO DE DIABETES y HTA

Antecedentes personales e historia clínica

- Paciente de 59 años
- Hipertensa conocida desde 1988, con un control irregular.
- Diagnosticada de Diabetes Mellitus tipo II desde 1993
- Hiperlipemia moderada con aumento de colesterol y TG
- En 2000 presentó aumento de transaminasas y fue diagnosticada de hepatitis crónica no filiada con función hepatocelular normal.
- Desde el 2002 Hipertensión ocular
- Pesa 82 kilos, mide 1.53m. IMC=35, perímetro de cintura 96
- No antecedentes familiares de interés, una prima de su madre Diabética
- No fuma
- No bebe
- Hace vida de ama de casa, más bien sedentaria, a veces pasea..
- Dieta irregular.

Exploración Física

- TA 145/100
- Glucemia en ayunas: 144 mg/dl
- HbA1c: 7.2
- Creatinina: 1.7 mg/dl
- Microalbuminuria: 45 mg/24h
- Colesterol Total: 242, HDL: 44, LDL: 172, TG: 162
- GOT: 35, GPT: 76, GGT: 30

- ECG R (AVL) + S(V3) = 19.5 mm

- FONDO DE OJO: Sin ninguna opacidad, ni síntomas de Retinopatía diabética ni Hipertensiva, Se recomienda control de TO cada 6 MESES

Tratamiento en la actualidad

- Dieta de 1700 - 1500 calorías. Cumplimiento irregular
- Ejercicio: Pasear diariamente al menos 1 hora.
Cumplimiento irregular

- Manidón HTA (1-0-0)
- Tertensif Retard (1-0-0)
- Karvea 300 (0-1-0)
- Daonil 5mg (1- 1/2 -1)
- Diamben 850 (1-0-1)

PREGUNTAS

- ¿Sería recomendable el tratamiento de su obesidad?
- ¿Qué riesgo **CARDIOVASCULAR** presenta esta paciente? ¿Cuales son los objetivos terapéuticos ?
- ¿Es aceptable el control de su HTA?
- Con su hepatopatía debería recibir tratamiento con estatinas?
- ¿Consideras aceptable el tratamiento de su diabetes? ¿ Qué pautas terapéuticas utilizarías?
- ¿Es preciso antiagregar?

COMENTARIOS al resolver el caso

- **REFORZAR LAS MEDIDAS HIGIENICO DIETÉTICAS**
- **El 30% de los obesos son diabéticos; En el caso de la paciente OBESIDAD CLASE II es preciso más motivación y podría estar indicado el uso de fármacos o medidas quirúrgicas**
- **El riesgo de esta paciente es elevado ya que nos encontramos ante un Síndrome PLURIMETABÓLICO, no precisaríamos ni calcular el riesgo, debemos SER ESTRUCTOS EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS**
- **HTA: Independientemente del fármaco que se elija, la medida mas eficaz para evitar la progresión de la enfermedad renal es bajar la presión arterial por debajo de 125/75mmHg ¿Se añadirían alfa bloqueantes?**
- **Tras el informe de Hepatología sin daño celular creo que sí debería tratarse su hiperlipemia con estatinas, en todo caso vigilar transaminasas ¿HEPATOPATIA METABÓLICA ?**
- **En cuanto al tratamiento de su diabetes debemos ir pensando en eliminar Metformina, y Glibenclamida ya que estas no se aconsejan cuando la cifras de creatinina superan 1.5 por el peligro de acidosis láctica.**

- **Tenemos dos opciones para el tratamiento:**
 - Seguir con Antidiabéticos Orales: SULFONILUREAS
Glimepirida 4-6 mg al día o Gliquidona (Glurenor) asociado a una GLITAZONA.
(LAS GLINIDAS (Repaglinida, Nateglinida) también pueden usarse en insuficiencia renal.)
 - Comenzar con insulina (UNIDADES= 0.3-0.5 por Kg peso)
40% por la noche, 60% por la mañana. Preferible usar mezclas (Ej. Mixtad 30/70) o con insulinas sintéticas (Ej Humalog Mix 25 pen, o Novo Mix 30 flex pen) y si se quiere conseguir un control más estricto añadir alguna unidad de insulina rápida a mediodía (Actrapid o Novo Rapid Flex pen o Humalog Humajet)
- **Sí está recomendado ANTIAGREGAR con AAS 100 mg/día**