



Paciente varón de 67 años, obeso, hipertenso, dislipidémico, fumador, con cardiopatía isquémica crónica e hiperglucemia

J. Sanz Cánovas, C. Costo Muriel y F. Salgado Ordoñez*

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Caso clínico

Varón de 67 años, con antecedentes familiares de madre con diabetes mellitus (DM) tipo 2 diagnosticada a los 65 años y padre con cardiopatía isquémica a los 57 años. Fumador de un paquete diario de tabaco, con un índice acumulado tabáquico de 30 paquetes/año. Sin consumo de bebidas alcohólicas en rango tóxico. Diagnosticado de hipertensión arterial a los 58 años sin controles domiciliarios, hipercolesterolemia y obesidad grado 1 con un índice de masa corporal (IMC) de 32 kg/m². Ingresó en 2018 por síndrome coronario agudo sin elevación del ST tipo infarto agudo de miocardio con necesidad de revascularización percutánea y colocación de *stent* farmacológico en la descendente anterior. Ecocardiograma realizado al alta con fracción de eyección preservada. El tratamiento que toma actualmente es: ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 horas, simvastatina 20 mg cada 24 horas, enalapril 10 mg cada 24 horas y omeprazol 20 mg cada 24 horas. Es derivado a la consulta de medicina interna por su médico de Atención Primaria para el control de los factores de riesgo cardiovascular y la optimización del tratamiento. A su llegada a la consulta aporta una analítica de sangre con los siguientes hallazgos relevantes: glucosa 181 mg/dl; creatinina 1,8 mg/dl; FG 43 ml/minuto/1,73 m²; potasio 3,7 mEq/l; colesterol total 225 mg/dl; colesterol LDL 110 mg/dl; colesterol HDL 40 mg/dl; triglicéridos (TG) 240 mg/dl y HbA1c 8,2%.

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

El caso completo se publica íntegramente en la página Web de Medicina www.medicineonline.es/casosclinicos

*Correspondencia
Correo electrónico: fsodocente@gmail.com

¿Cumple criterios diagnósticos de diabetes mellitus?

Actualmente el diagnóstico de DM se realiza cuando cumple dos de los siguientes criterios en un mismo examen analítico o en dos exámenes por separado:

1. Glucemia basal mayor de 126 mg/dl (en ayunas durante al menos 8 horas).
2. HbA1c mayor de 6,5%.
3. Sobrecarga oral de glucosa igual o superior a 200 mg/dl.

Los pacientes que presenten síntomas cardinales con una glucosa plasmática al azar igual o superior a 200 mg/dl no precisan una segunda prueba para el diagnóstico de DM¹.

¿Cuál es su riesgo cardiovascular?

Los pacientes diabéticos no necesitan una estimación mediante las escalas de riesgo disponibles (SCORE, ASCVD *Risk estimator plus*, etc.), puesto que se clasifican directamente en la categoría de alto o muy alto riesgo, excepto aquellos pacientes jóvenes con una duración de la enfermedad inferior a 10 años y sin otros factores de riesgo que obtendrían un riesgo moderado. Los pacientes diabéticos clasificados en la categoría de muy alto riesgo cardiovascular (RCV) son aquellos que presentan un evento cardiovascular establecido, afectación de órgano diana, tres o más factores de riesgo mayores o una duración de más de 20 años de la DM tipo 1 (tabla 1)².

¿Qué más pruebas complementarias habría que solicitar?

Las pruebas complementarias que debemos realizar en la visita inicial de todo paciente con un diagnóstico reciente de DM están recogidas en la tabla 2¹.

¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos?

Según las últimas recomendaciones, los pacientes diagnosticados de DM deben alcanzar una serie de objetivos. En general, se recomienda una cifra de HbA1c por debajo del 7%. Sin embargo, se opta por un control menos estricto (menos de 8%) en aquellos pacientes ancianos, frágiles, con múltiples comorbilidades, baja esperanza de vida o con episodios repetidos de hipoglucemia. Por otra parte, en aquellos pacientes jóvenes con diabetes de corta duración y sin eventos cardiovasculares se recomiendan cifras más estrictas (menos del 6,5%)^{1,2}.

En las últimas guías publicadas, los pacientes diabéticos con un RCV alto y muy alto deben alcanzar cifras de

TABLA 1
Estimación del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos

| | |
|------------------------|---|
| Muy alto riesgo | Pacientes con DM y evento CV establecido o Afectación de órgano diana o Tres o más factores de riesgo mayores o DM tipo 1 > 20 años de evolución |
| Alto riesgo | Pacientes con DM de 10 o más años de duración sin afectación de órgano diana con al menos un factor de riesgo |
| Moderado riesgo | Pacientes jóvenes (DM tipo 1 < 35 años o DM tipo 2 < 50 años) con una duración de la enfermedad < 10 años y sin otros factores de riesgo |

CV: cardiovascular; DM: diabetes mellitus.

TABLA 2
Exploración física y pruebas complementarias en el paciente diabético

| |
|---|
| Exámenes físicos |
| Peso, altura y cálculo de IMC |
| Medición de tensión arterial |
| Examinar fondo de ojo |
| Palpación tiroidea |
| Examen cutáneo |
| Evaluar neuropatía y arteriopatía periférica (exploración de miembros inferiores, palpación de pulsos, sensibilidad táctil, vibratoria y dolorosa, test de monofilamento) |
| Pruebas de laboratorio |
| Hemoglobina glucosilada en los últimos 3 meses |
| Perfil lipídico que incluya colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos |
| Función hepática y renal con iones y estimación del filtrado glomerular |
| Microalbuminuria |
| Vitamina B ₁₂ (si toma metformina) |

colesterol LDL inferiores a 70 mg/dl y 55 mg/dl respectivamente, o bien una disminución del 50% de su cifra basal³.

En cuanto al control tensional, los pacientes diabéticos menores de 65 años deben mantener cifras inferiores a 130/80 mmHg si es bien tolerada, pero no inferiores a 120/70 mmHg. En pacientes mayores de 65 años, disponemos de recomendaciones más laxas, con cifras inferiores a 140/80 mmHg⁴.

¿Cuál sería la estrategia y el tratamiento óptimo de este paciente?

Todo paciente diabético debe recibir una buena educación sanitaria sobre el manejo y la evolución de su enfermedad. Es indispensable incidir en el control de los factores de riesgo cardiovascular modificables a través de los hábitos de vida, con el cese del hábito tabáquico y enólico, favoreciendo el ejercicio físico (manteniendo una actividad mayor de 150 minutos a la semana) y modificando la dieta reduciendo la ingesta calórica (se recomienda dieta mediterránea) con el objetivo de alcanzar el normopeso. Con ello, podemos prevenir complicaciones cardiovasculares y de la propia diabetes.

Por otra parte, debemos realizar un control global de los distintos factores de riesgo presentes en cada indivi-

duo. Disponemos de un amplio arsenal terapéutico para obtener un buen control glucémico, junto con una reducción del riesgo cardiovascular. Estos fármacos se pautan en función de los objetivos terapéuticos, servidumbre terapéutica y preferencias del paciente, junto con las comorbilidades que pueden limitar el empleo de algunos de ellos o ajuste de su dosis.

Evolución del caso

Siguiendo los últimos criterios diagnósticos, nuestro paciente fue diagnosticado de DM tipo 2 al disponer de una HbA1c superior a 6,5% y una glucemia basal en ayunas mayor de 126 mg/dl. En primer lugar, estimamos el RCV que, en el caso de nuestro paciente, fue muy alto al ser un paciente diabético con un evento cardiovascular previo.

En la primera visita, se realizó una anamnesis completa por aparatos y sistemas, un examen físico en busca de complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares y las pruebas complementarias referidas previamente (tabla 2).

Teniendo en cuenta el alto RCV, basándonos en las últimas guías publicadas, los objetivos que se recomendaron en nuestro paciente fueron una hemoglobina glucosilada inferior al 7%, con un colesterol LDL inferior a 55 mg/dl, y cifras tensionales inferiores a 140/80 mmHg. Para conseguir alcanzar estos objetivos, se recomendaron cambios en el hábito de vida, con cese del consumo de tabaco, control del peso mediante una dieta baja en grasa y azúcares y ejercicio físico. La base del tratamiento farmacológico para los pacientes con DM tipo 2 sigue siendo metformina. No obstante, las nuevas guías recomiendan el uso de un inhibidor de SGLT2 (iSGLT2) o análogo de GLP1 en este perfil de pacientes (evento CV establecido) por su beneficio en la reducción de muerte CV. Por ello, y dados los objetivos de HbA1c deseables, sería razonable comenzar con una combinación de metformina y uno de estos fármacos. Sin embargo, los iSGLT2 han demostrado beneficios en cuanto a la progresión de la enfermedad renal crónica y pueden ser utilizados en pacientes con un FG de 30-60 ml/minuto/1,73 m² con ajuste de dosis, por lo que nos parece la opción más razonable¹.

En cuanto al tratamiento hipolipidemiante, sería conveniente cambiar simvastatina 20 mg por una de mayor potencia o tratamiento combinado, con el objetivo de reducir la fracción de colesterol LDL a menos de 55 mg/dl como recomiendan las últimas guías. Teniendo en cuenta que nuestro paciente parte de un colesterol LDL de 110 mg/dl, buscamos una reducción de un 50% y, siguiendo el nomograma de Massana, deberíamos pautar

tratamiento con una estatina de alta potencia (atorvastatina o rosuvastatina)^{3,5,6}.

Desde el punto de vista tensional, le recomendamos control en domicilio para plantear un ajuste del tratamiento en caso de no alcanzar cifras inferiores a 140/90 mmHg⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

1. ●● American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes 2020. *Diabetes Care*. 2020;43Suppl1:S14-31.
2. ● Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020;41(2):255-323.
3. ●● Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-88.
4. ●● Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(2):160.e1-78.
5. ● Masana L, Plana N. Actualización de las tablas de planificación terapéutica de la hipercolesterolemia. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(3):120-3.
6. ● Guijarro-Herraiz C, Masana-Marín L, Galve E, Cordero-Fort A. Control del colesterol LDL en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular. Algoritmo simplificado para alcanzar objetivos de colesterol LDL «en dos pasos». *Clin Invest Arterioscl*. 2014;26(5):242-52.