



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Como prevenir y tratar las hipoglucemias farmacológicas



R. Reyes García^{a,c} y P. Mezquita Raya^{b,c,*}

^a Unidad de Endocrinología, Hospital General Universitario Rafael Méndez, Lorca, Murcia, España

^b Unidad de Endocrinología, Nutrición y Riesgo Vascular, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

^c Servicio de Endocrinología, Clínica San Pedro, Almería, España

Recibido el 4 de noviembre de 2013; aceptado el 14 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 24 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Hipoglucemia;
Antidiabéticos;
Diabetes tipo 2

KEYWORDS

Hypoglycemia;
Antidiabetics;
Type 2 diabetes

Resumen Mujer de 58 años con diabetes tipo 2 diagnosticada hace 3 años, en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 h y glimepirida 4 mg cada 24 h. Tras iniciar glimepirida hace 9 meses ha incrementado 5 kg su peso habitual, y presenta hipoglucemias frecuentes que han afectado a su capacidad para conducir. Su índice de masa corporal es 35,5 kg/m². Presenta además hipertensión arterial en tratamiento con telmisartán e hidroclorotiazida con adecuado control, e hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina 40 mg/día. Acude a consulta para revisión, aporta fondo de ojo, con resultado normal y resultados de la analítica que muestra una HbA_{1c} de 7,0%, microalbuminuria negativa, colesterol total 149 mg/dl, HDL colesterol 52 mg/dl, LDL colesterol 98 mg/dl y triglicéridos 123 mg/dl. La tensión arterial es de 129/81 mmHg, no presenta hipotensión ortostática, y la exploración neurológica periférica en miembros inferiores es normal. En resumen, se trata de una paciente joven, con una diabetes tipo 2 y obesidad, sin complicaciones crónicas, y con hipoglucemias frecuentes ¿Cómo deber ser evaluada y tratada esta paciente?

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

How to prevent and treat pharmacological hypoglycemia

Abstract A 58 year-old woman with type 2 diabetes diagnosed 3 years before came to our clinic. Her treatment was metformin 850 mg every 12 hours and glimepiride 4 mg every 24 hours. After the initiation of glimepiride 9 months before her weight has increased 5 kg, and she suffers frequent hypoglycemia which have affected her while driving. Her BMI is 35.5 kg/m². She has a normal eye fund exam. She has hypertension treated with telmisartán and hydrochlorothiazide with adequate control, and also hypercholesterolemia treated with atorvastatin 40 mg every 24 hours. Her blood test shows an HbA_{1c} of 7.0%, normal values of microalbuminuria, total cholesterol 149 mg/dl, HDL cholesterol 52 mg/dl, LDL cholesterol 98 mg/dl and triglycerides

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmr.csp@gmail.com (P. Mezquita Raya).

123 mg/dl. Her blood pressure is 129/81 mmHg, there was no orthostatic hypotension, and her peripheral neurological examination shows normal results. In summary, our case is a young woman with type 2 diabetes and obesity, without chronic complications and which has frequent hypoglycaemia. How must this woman be evaluated and treated?

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

El problema clínico

Un adecuado control glucémico es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes por su reconocido efecto en la prevención de complicaciones crónicas microvasculares¹. Conseguir este objetivo desde las fases precoces de la diabetes es prioritario, y en función de esto, en el momento actual se recomienda individualizar el objetivo de control glucémico en función de las características del paciente y de la evolución de la diabetes². Sin embargo, existe una relación inversa entre la intensificación del tratamiento y el riesgo de hipoglucemia, fundamentalmente en caso de tratamiento con sulfonilureas, glinidas y/o insulina³. Así, en pacientes jóvenes, sin enfermedad cardiovascular, y con una corta evolución de la diabetes se recomienda alcanzar un control glucémico estricto, expresado como HbA_{1c} inferior a 6,5%, siempre que esto se consiga sin un incremento del riesgo de hipoglucemia. Por contra, en pacientes mayores con enfermedad cardiovascular y complicaciones microvasculares avanzadas o que presenten hipoglucemias inadvertidas, el control de la glucemia debe ser menos estricto y puede considerarse adecuado un objetivo de HbA_{1c} entre el 7 y el 8%, e incluso mayor del 8% si la esperanza de vida es corta².

La hipoglucemia se define como una situación en la que existe un valor bajo de glucemia plasmática que expone al individuo a un daño potencial⁴. El valor establecido para la definición de hipoglucemia es 70 mg/dl, ya que es el umbral de activación de la respuesta contrarreguladora en individuos sin diabetes y el límite superior a partir del cual se altera la respuesta contrarreguladora a la hipoglucemia⁴. Aunque la definición de hipoglucemia no está exenta de debate, esta es la más ampliamente aceptada. Es necesario además tener en cuenta que el umbral de percepción de la hipoglucemia puede variar, ya que en caso de hipoglucemia recurrente los síntomas de hipoglucemia se producen con valores inferiores de glucemia plasmática, mientras que los pacientes con mal control glucémico crónico pueden experimentar síntomas de hipoglucemia con valores mayores de 70 mg/dl⁴. La clasificación de la hipoglucemia se expone en la [tabla 1](#).

Exposición del problema

La incidencia de hipoglucemia en la diabetes tipo 2 (DM2) varía en función de diferentes factores, y se incrementa a mayor tiempo de evolución y grado de deficiencia de insulina, así como en el caso de tratamiento con secretagogos y/o insulina⁵. Así, en diferentes estudios se ha reportado una incidencia de hipoglucemia que oscila entre 2,5 y 16,4 episodios por paciente y año⁶. En un amplio estudio observacional, la incidencia de hipoglucemia severa

(11,8 episodios/100 pacientes/año) fue parecida en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) y DM2⁷. Se ha descrito una frecuencia de hipoglucemia grave, 7%, que es similar en pacientes con DM2 tratados con sulfonilureas o insulina, aunque la frecuencia de hipoglucemia no severa fue inferior (39%) en los tratados con sulfonilureas respecto al grupo de insulina (51%)⁵.

A pesar de las diferencias encontradas entre estudios, que pueden explicarse en parte por las diferencias en la definición de hipoglucemia y en el modo de evaluarla, podemos concluir que es un problema importante en pacientes con DM2, especialmente en los tratados con secretagogos y/o insulina. En un reciente estudio realizado en España se ha demostrado una frecuencia de hipoglucemia no severa de 0,35 episodios por paciente y semana en DM2 tratados con insulina basal y fármacos orales, 0,82 en pacientes en tratamiento con insulina bolo-basal y 0,57 en pacientes con DM2 en otros tratamientos insulínicos, lo que corresponde a una frecuencia anual de 18, 42 y 30 episodios, respectivamente⁸.

El impacto sanitario y el coste económico de las hipoglucemias son considerables. El mayor gasto se asocia a las hipoglucemias severas, aunque los costes directos sanitarios descritos en España para un episodio de hipoglucemia severa son muy variables según el estudio y oscilan entre 371 € si se resuelven en Atención Primaria, hasta 3.500 € en el ámbito hospitalario⁹. Un estudio reciente realizado en España muestra que en un 24,4% de las hospitalizaciones en la DM2 corresponden a hipoglucemia¹⁰. Las hipoglucemias no severas tienen un menor impacto económico, y su coste medio se estima entre 30 y 35 €¹¹. Sin embargo, por su mayor frecuencia también tienen una repercusión significativa como consecuencia de cambios en la medicación, incremento del consumo de tiras reactivas, incremento de las visitas a enfermería, mayor necesidad de educación sanitaria y absentismo laboral¹¹.

Diagnóstico y tratamiento

Para el diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia es necesaria la automonitorización de la glucemia capilar (AMGC). En caso de no disponer de glucómetro para comprobar la presencia de hipoglucemia, ante la presencia de síntomas compatibles se recomienda tratar como si fuera una hipoglucemia administrando 15g de glucosa o equivalente ([tabla 2](#)). A los 15 min es necesario comprobar la glucemia y repetir el tratamiento si persisten valores inferiores a 70 mg/dl. Cuando se alcancen valores mayores de 70 mg/dl se recomienda realizar una ingesta de hidratos de carbono para prevenir una nueva hipoglucemia¹².

Teniendo en cuenta esto, los pacientes tratados con fármacos que conlleven incremento del riesgo de hipoglucemia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3829189>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3829189>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)