



Casos clínicos relacionados con los algoritmos terapéuticos para diabetes mellitus tipo 2

Instrucciones:

1. Lea con atención cada uno de los casos que se le presentan a continuación.
2. Analice las preguntas que se le plantean y elija la respuesta con base en los datos y los algoritmos que se le proporcionaron.
3. Fundamente su respuesta.

Caso clínico 1

Hombre de 37 años con los siguientes antecedentes: padre con HAS y madre finada a los 62 años por complicaciones de DM2; trabaja como administrativo en una oficina; fuma tres cigarrillos diarios y consume alcohol de forma ocasional; alérgico a las sulfas; diagnóstico de HAS y DM2 desde hace tres años en tratamiento con losartán 50 mg/día y metformina 850 mg, dos veces al día. Padecimiento actual: presenta astenia, adinamia, pérdida del apetito, visión borrosa y nicturia de tres semanas de evolución. En la exploración física se encuentra: peso: 84 kg, talla: 1.72 m, IMC: 28.4 kg/m², cintura: 84 cm, TA: 130/75 mmHg, FC: 86 lpm, sin datos de retinopatía, acantosis nigricans grado II, acrocordones, campos pulmonares sin alteración, piernas con manchas ocre y disminución de la capacidad para percibir vibraciones con diapasón de 128 Hz. Estudios de laboratorio con HbA1c: 8.6%, GPA: 225 mg/dL, Cr: 0.9 mg/dL, BUN: 19 mg/dL, CT: 195 mg/dL, TG: 245 mg/dL, PFH: normal, BH: normal, TFGe: 95 ml/min/1.73 m², EGO: proteínas++, bacterias++, leucocitos 15 x campo.

Preguntas

1. Con base en el algoritmo 1, además del tratamiento no farmacológico multidisciplinario, ¿qué conducta terapéutica se recomienda en este caso?



- a) Agregar insulina NPH al tratamiento y pasar al algoritmo 4.
- b) Continuar misma dosis de metformina y seguimiento mensual.
- c) Ajustar dosis de metformina a 2550 mg y pasar al algoritmo 2.
- d) Cambiar a metformina de liberación prolongada y citar en tres meses.

2. En este caso, ¿cuál sería el segundo fármaco que se debe agregar para el tratamiento de la DM2 en el paciente?

- a) iDPP4.
- b) iSGLT2.
- c) Pioglitazona.
- d) Sulfonilureas.

Caso clínico 2

Mujer de 58 años con los siguientes antecedentes: padre finado por DM2 y ERC terminal, madre con DM2 y complicaciones microvasculares; ama de casa; tabaquismo negado; diagnóstico de DM2 desde hace ocho años, identificada por poliuria asociada con cifras de GCA de 225 mg/dL en promedio, en tratamiento actual con metformina 450 mg más glibenclamida 5 mg, dos veces al día; desde hace un año se agrega síndrome climatérico en tratamiento con gel tópico de estradiol 0.06 g, dosis nocturna. Padecimiento actual: acude por presentar fatiga, irritabilidad, incremento del apetito, difícil control de peso, distensión abdominal, diarrea y diaforesis nocturna; refiere GCA por automonitoreo entre 69 y 123 mg/dL. En la exploración física se encuentra: peso: 85.3 kg, talla: 1.55 m, IMC: 35.5 kg/m², TA: 120/70 mmHg, FC: 78 lpm, GCA 65 mg/dL, acantosis nigricans, campos pulmonares sin alteración, piernas con disminución de la capacidad para percibir vibraciones con diapasón de 128 Hz y disminución de la sensibilidad en prueba con monofilamento. Estudios de laboratorio con GPA: 79 mg/dL, GPP: 145 mg/dL, Cr: 1.2 mg/dL, TFGe: 68 ml/min/1.73m², CT: 265 mg/dL, HDL-C: 32 mg/dL, LDL-C: 146 mg/dL, TG: 168 mg/dL, PFH y EGO normales.



Preguntas

1. Con base en el algoritmo 1, además del tratamiento no farmacológico multidisciplinario, ¿qué conducta terapéutica se recomienda en este caso?
 - a) Continuar metformina convencional y glibenclamida en la misma dosis.
 - b) Continuar metformina convencional y cambiar glibenclamida por otro fármaco.
 - c) Cambiar metformina convencional por liberación prolongada y continuar glibenclamida.
 - d) Cambiar metformina convencional por liberación prolongada y glibenclamida por otro fármaco.

2. En este caso, ¿cuál sería el segundo fármaco que se debe agregar para el tratamiento de la DM2 en la paciente?
 - a) iDPP4.
 - b) iSGLT2.
 - c) Pioglitazona.
 - d) Sulfonilureas.

Caso clínico 3

Hombre de 77 años con los siguientes antecedentes: jubilado; tabaquismo y consumo de alcohol suspendidos desde hace cinco años; diagnóstico de HAS y DM2 desde hace 34 años, en tratamiento con losartán 50 mg cada 12 h, metoprolol 100 mg/día, metformina 850 mg dos veces al día y glibenclamida 10 mg tres veces al día. Padecimiento actual: desde hace tres meses presenta astenia, adinamia, pérdida del apetito, visión borrosa y nicturia. La familiar (hija) refiere que el paciente presenta episodios de incontinencia urinaria y problemas de memoria frecuentes, incluso se ha perdido dos ocasiones en su colonia cuando ella sale a trabajar. En la exploración física se encuentran los siguientes datos: peso: 74 kg, talla: 1.60 m, IMC: 28.9 kg/m², cintura: 90 cm, TA: 150/84 mmHg, FC:



86 lpm, arrítmico (extrasístoles auriculares intermitentes), catarata incipiente, campos pulmonares sin alteración, piernas con manchas ocre, disminución de la capacidad para detectar vibraciones con diapasón de 128 Hz y prueba de sensibilidad con monofilamento alterada en ambos pies (4/7 puntos). Estudios de laboratorio con HbA1c 8.6%, GPA: 211 mg/dL, Cr: 1.2 mg/dL, BUN: 19 mg/dL, CT: 225 mg/dL, TG: 285 mg/dL, TFGe: 62.4 ml/min/1.73m², BH normal, EGO con proteínas++, bacterias++ y leucocitos 15 x campo.

Preguntas

1. En este caso, ¿cuál es la conducta terapéutica a seguir?
 - a) Cambiar sulfonilureas por iDPP4.
 - b) Suspender metformina convencional.
 - c) Cambiar glibenclamida por glimepiride.
 - d) Cambiar metformina convencional por liberación prolongada.
2. Tras realizar modificaciones al tratamiento, se cita al paciente en un mes para seguimiento, pero no acude; tres meses después es llevado a consulta por su hija, quien refiere que durante este tiempo lo internaron en dos ocasiones por IVU. Sus últimos estudios de laboratorio son de cuando estuvo hospitalizado hace una semana y reportan HbA1c: 14.9%, Cr: 2.4 mg/dL y TFG: 28 ml/min/1.73m². Tiene GCA por automonitoreo entre 180 y 240 mg/dL. En este caso, ¿cuál es la conducta terapéutica a seguir?
 - a) Continuar con los mismos fármacos, en la misma dosis, y agregar un iSGLT2.
 - b) Suspender metformina, ajustar dosis de iDPP4, y agregar insulina glargina.
 - c) Suspender metformina, continuar misma dosis de iDPP4, y agregar insulina NPH.
 - d) Continuar con los mismos fármacos, pero ajustar la dosis, y valorar la respuesta clínica en un mes.

Caso clínico 4

Mujer de 52 años con los siguientes antecedentes: casada, ama de casa, sin toxicomanías, con diagnóstico de DM2 desde hace nueve años en tratamiento con metformina 850 mg y glibenclamida 5 mg antes de cada alimento y sitagliptina 100 mg/día. Padecimiento actual: en las últimas semanas ha presentado visión borrosa, cefalea vespertina, nicturia y dolor de rodilla derecha que limita su movilidad. En la exploración física se encuentran los siguientes datos: peso: 80 kg, talla 1.48 m, IMC: 36.5 kg/m² (bajó 2 kg desde su última valoración), cintura: 104 cm, TA: 130/75 mmHg, FC: 86 lpm, acantosis nigricans grado II, campos pulmonares sin alteración, piernas con manchas ocre, pulsos normales, aumento de volumen de rodilla derecha con dolor a movilidad. Estudios de laboratorio con HbA1c 10.4%, GPA: 265 mg/dL, Cr: 0.9 mg/dL, BUN: 19 mg/dL, CT: 195 mg/dL, TG 245 mg/dL, TFGe: 73.5 ml/min/1.73m², EGO: proteínas++, bacteriuria++ y leucocitos negativos.

Preguntas

1. En este caso, ¿cuál es la conducta terapéutica a seguir?
 - a) Agregar insulina al tratamiento establecido.
 - b) Suspender glibenclamida y agregar insulina.
 - c) Agregar un iSGLT2 como cuarto fármaco antidiabético.
 - d) Continuar mismo tratamiento mientras siga bajando de peso.
2. En este caso, ¿cuál es el esquema de insulina recomendado?
 - a) Insulina NPH, 10 UI/día, por la noche.
 - b) Insulina glargina, 0.3 UI/kg, por la noche.
 - c) Insulina glargina, 10 UI/día, por la noche.
 - d) Insulina NPH, 10 UI/día, dividida en dos dosis.

Caso clínico 5

Hombre de 67 años con diagnóstico de dislipidemia mixta, HAS y DM2 desde hace 15 años en tratamiento con pravastatina 10 mg/día, bezafibrato 400 mg/día, metoprolol 100 mg/día, enalapril 10 mg/día, insulina NPH 20 UI por la noche, glibenclamida 5 mg en el desayuno y metformina 850 mg tres veces al día. Padecimiento actual: presenta fatiga, disnea de grandes esfuerzos y nicturia de un mes de evolución; además, refiere dos eventos de hipoglucemias en la madrugada con cifras de 44 mg/dL. En la exploración física se encuentra con: peso: 89 kg (aumentó 3 kg desde la última consulta), talla: 1.83 m, IMC: 26.6 kg/m², TA: 135/80 mmHg, FC: 68 lpm, funcionalidad al 100%, totalmente independiente, el resto sin alteraciones. Estudios de laboratorio con GPA: 211 mg/dL, GPP: 258 mg/dL, Cr: 1.7 mg/dL, BUN: 19 mg/dL, CT: 165 mg/dL, HDL-C: 40 mg/dL, TG: 199 mg/dL, TFGe: 43 ml/min/1.73m², HbA1c del último año: inicial 11.3%, intermedia 10.2% y actual 9.8%.

Preguntas

1. En este caso, ¿cuál es el algoritmo que se debe aplicar para la toma de decisiones terapéuticas?
 - a) Algoritmo 2.
 - b) Algoritmo 3.
 - c) Algoritmo 4.
 - d) Algoritmo 5.
2. Según el algoritmo seleccionado, ¿qué conducta terapéutica se recomienda en este caso?
 - a) Cambiar a insulina premezcla 75/25 dividida en dos dosis (desayuno y cena) y aumentar dosis de glibenclamida.
 - b) Cambiar a insulina glargina nocturna y continuar misma dosis de glibenclamida.



- c) Cambiar a insulina glargina con bolo de insulina rápida antes de la comida principal y suspender glibenclamida.
- d) Cambiar a insulina NPH dividida en dos dosis (2/3 matutino y 1/3 nocturno) y suspender glibenclamida.

Caso clínico 6

Mujer de 46 años con los siguientes antecedentes: gesta 2, cesárea 2, diabetes gestacional hace diez años en su último embarazo, así como trombosis de MPI en el postparto; diagnóstico de DM2 desde hace seis meses en tratamiento con acarbosa 50 mg con el desayuno, comida y cena, y metformina 850 mg dos veces al día, de forma ocasional por intolerancia gastrointestinal; además, toma acenocumarina 2 mg/día y ácido acetil salicílico 150 mg/día. Padecimiento actual: presenta dispepsia, distensión abdominal, diarrea intermitente, visión borrosa, cefalea inespecífica no complicada y dolor en región posterior de rodilla derecha al caminar de larga evolución. En la exploración física se encuentra: peso: 70 kg, talla: 1.58 m, IMC: 28.1 kg/m², TA: 120/80 mmHg, FC: 78 lpm, campos pulmonares sin alteración y MPI con cambios de coloración y edema tibial ++. Estudios de laboratorio con HbA1c 6.9%, GPA: 129 mg/dL, CT: 180 mg/dL, TG: 165 mg/dL, Cr: 0.6 mg/dL, INR 2.9 y EGO normal.

Pregunta

1. Además del tratamiento no farmacológico multidisciplinario, ¿qué conducta terapéutica se recomienda en este caso?
 - a) Suspender metformina y agregar iDPP4.
 - b) Continuar mismo tratamiento y agregar omeprazol.
 - c) Continuar sólo con metformina convencional y agregar insulina NPH.
 - d) Suspender acarbosa y cambiar a metformina liberación prolongada.



Caso clínico 7

Hombre de 56 años con los siguientes antecedentes: diagnóstico de DM2, HAS y cardiopatía isquémica por infarto del miocardio desde hace seis años, en tratamiento con metformina 2550 mg/día, sitagliptina 100 mg/día, telmisartán 80 mg/día, hidroclorotiazida 12.5 mg/día, ácido acetilsalicílico 100 mg/día y atorvastatina 20 mg/día. Padecimiento actual: desde hace seis meses presenta polifagia, poliuria y disminución de la agudeza visual. En la exploración física se encuentra: peso: 112 kg, talla: 1.69 m, IMC: 39.2 kg/m², cintura: 118 cm, TA: 152/88 mmHg, FC: 76 lpm, acantosis nigricans en cuello y zonas de flexión grado II. Estudios de laboratorio con HbA1c 8.3%, GPA: 189 mg/dL, CT: 236 mg/dL, LDL-C: 163 mg/dL, HDL-C: 37 mg/dL, TG: 178 mg/dL, ALT: 36 U/l, AST: 28 U/l, Cr: 1.4 mg/dL, TFGe: 56 ml/min/1.73m², EGO: glucosuria ++, relación albúmina/creatinina 118 mg/g.

Pregunta

1. Además del tratamiento no farmacológico multidisciplinario, ¿qué conducta terapéutica se recomienda en este caso?
 - a) Agregar arGLP-1 y suspender sitagliptina.
 - b) Agregar glimepiride y suspender sitagliptina.
 - c) Continuar mismos fármacos y agregar iSGLT2.
 - d) Agregar insulina NPH, 0.5 UI/kg, dosis nocturna.

Caso clínico 8

Mujer de 48 años con los siguientes antecedentes: madre con HAS, DM2 e hipotiroidismo primario; padre finado por infarto del miocardio; abuela paterna y materna con DM2 y HAS; trabaja como sobrecargo; niega alergias y toxicomanías; tiene diagnóstico de DM2 y HGNA desde hace dos años, en tratamiento con metformina 850 mg con el desayuno y la cena. No tiene automonitoreo regular, no realiza



actividad física y no tiene plan de alimentación. Padecimiento actual: acude por astenia y adinamia de un mes de evolución; niega de dispepsia, polidipsia, polifagia, poliuria o pérdida de peso. En la exploración física se encuentra con: peso: 67 kg, talla: 1.60 m, IMC: 26.1 kg/m², cintura: 91 cm, TA: 115/70 mmHg, FC: 78 lpm, fondo de ojo sin retinopatía, acantosis nigricans grado I, cardiopulmonar sin compromiso, piernas sin compromiso vascular y sin alteraciones sensitivas en la evaluación con monofilamento y diapasón. Estudios de laboratorio con HbA1C: 8.4%, GPA: 149 mg/dL, Cr: 0.7 mg/dL, CT: 185 mg/dL, HDL-C: 55 mg/dL, LDL-C: 120.2 mg/dL, TG: 395 mg/dL, BT: 0.35 mg/dL, BD: 0.10 mg/dL, BI: 0.25 mg/dL, ALT: 84 U/l, AST: 82, DHL: 302 U/l, FA: 93 U/l, PT: 6.3 g/dL, albumina: 4 g/dL, BH normal.

Preguntas

1. Con base en el algoritmo 1, además del tratamiento no farmacológico multidisciplinario, ¿qué conducta terapéutica se recomienda en este caso?
 - a) Continuar con metformina en la misma dosis y citar para seguimiento en un mes.
 - b) Cambiar metformina convencional por metformina de liberación prolongada.
 - c) Ajustar dosis de metformina a 2550 mg y agregar un segundo fármaco.
 - d) Agregar al tratamiento actual una dosis de insulina basal (NPH o glargina).
2. En este caso, ¿cuál es el segundo fármaco que se debe agregar para el tratamiento de la DM2 en la paciente?
 - a) iDPP4.
 - b) iSGLT2.
 - c) Pioglitazona.
 - d) Sulfonilureas.