P-094

CUANDO LA HBA1C NO ES FIABLE

José Antonio Brioso Rodríguez[1], María Grech Blanco[2], Sara Peral Garrido[3]

[1] *Puebla de Sanabria*
[2] *Santa Elena*
[3] *Virgen de la Concha*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 69 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 desde 2012, fibrilación auricular e hipotiroidismo. Sin alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento con metformina/sitagliptina 1000/50, empagliflozina 10, dabigatrán 150, bisoprolol 2,5, furosemida 40, omeprazol 20, levotiroxina 75.

Antecedentes de hematuria tras inicio de anticoagulación por fibrilación auricular. En un principio se pautó Sintrom. Posteriormente fue sustituido por persistencia del sangrado, cambiando a edoxabán y finalmente a dabigatrán. Revisado por Urología, con cistoscopia y TAC normales.

Acude a nuestra consulta refiriendo astenia intensa de instauración progresiva. No dolor torácico. Disnea grado III NYHA. No ortopnea ni disnea paroxística nocturna.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión arterial 130/70 mmHg, frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97%. Peso 77 kg, talla 1,63 m. Índice de masa corporal 28,98 kg/m^2.

Tórax: arrítmico sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Extremidades inferiores: sin edemas.

ECG: fibrilación auricular a 85 lpm, eje del QRS a +60°, sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización.

Analítica:

Hemograma: **Hb 7,1 g/dL**, **VCM 72,4**, **HCM 19,2 pg**, leucocitos 6.440.000 con fórmula normal. Plaquetas 206.000.

Bioquímica: **glucosa 233 mg/dL**, urea 56 mg/dL, colesterol 115 mg/dL, HDL 40, LDL 44, proBNP 1292 pg/mL, **hierro 17 µg/ml**, **ferritina 13 µg/l**, **transferrina 374 mg/dL**, **IST 3,53%**, **HbA1c 9,8%**, filtrado glomerular 65 mL/min/1,73 m^2, TSH 4,36 mUI/l.

Orina: **hematuria**. Cociente albúmina/creatinina 88,4 mg/g.

Se contacta con la Unidad de Continuidad Asistencial para infusión de hierro intravenoso. Se consulta el caso con Hematología, que considera continuar con anticoagulación y ferroterapia.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Anemia ferropénica de causa urológica.

Fibrilación auricular con CHA_2DS_2-VA de 2 puntos. Precisa anticoagulación.

Diabetes mellitus de más de diez años de evolución con mal control glucémico.

Paciente de alto riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un paciente con alto riesgo cardiovascular, cifras de LDL en rango (<70 mg/dL), pero con glucemia por encima de objetivos (basal de 233 con HbA1c de 9,8%). Puesto que actualmente está con triple terapia no insulínica (metformina + iDPP-4 + iSGLT2), se comienza con insulinización basal, con 10 unidades por la mañana, hasta conseguir glucemias basales menores de 130, lo cual se logra finalmente con 12 unidades.

Por otra parte, hay que recordar que en pacientes con anemia ferropénica se produce un aumento de HbA1c independientemente de los niveles de glucosa plasmática debido al alargamiento de la vida útil de los eritrocitos, por lo que los valores de HbA1c no se pueden utilizar ni en el diagnóstico ni en el seguimiento de la diabetes, siendo la

glucemia basal en estos casos el marcador más fiable.

CÓMO CITAR

Brioso Rodríguez JA, Grech Blanco M, Peral Garrido S. CUANDO LA HBA1C NO ES FIABLE. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):100-101. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4