P-140

HIPOGLUCEMIA GRAVE POR GLIPIZIDA EN PACIENTE MAYOR CON DIABETES TIPO 2: LA IMPORTANCIA DE REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Virginia Vesga Villaverde[1], Jackelin Arizai Figueroa Peralta[1], Beatriz Cartón Manrique[2]

[1] *C.S Tordesillas*

[2] *C.S Plaza del Ejército*

Las sulfonilureas, aunque actualmente menos utilizadas, siguen presentes en la práctica clínica y son una causa frecuente de hipoglucemia, especialmente en pacientes mayores. Presentamos el caso de una mujer de 86 años con diabetes tipo 2 en tratamiento con dulaglutida semanal y glipizida 5 mg (1-0-0). Vive sola. Cambio reciente de antidiabético oral (ADO): hace unos meses se sustituyó canagliflozina por glipizida. Sin otra patología de interés. Niega clínica infecciosa en días previos. El motivo de la consulta fue mareo, desorientación y sudoración. No recuerda haber tomado la medicación y si desayunó o no.

Exploración inicial en el domicilio: tensión arterial: 135/62 mmHg, frecuencia cardiaca 63 lpm, SpO2 96%, glucemia capilar: 40 mg/mL. Exploración física: BEG, eupneica en reposo. Normocoloreada, normohidratada, normoperfundida. Afebril. Neurología: vigil, reactiva, orientada, sin datos de focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación abdominal, ruidos presentes, no defensa ni signos de irritación peritoneal.

Como tratamiento en primer lugar se administran hidratos de carbono orales. Después, suero glucosado al 5% 500 mL IV + SSF 0,9% 500 mL. Recupera glucemia a 126 mg/mL y se deriva al hospital para realizar pruebas complementarias.

En Urgencias presenta buen estado general, vigil, orientada, Glasgow 15 y resto de la exploración sin alteraciones. Se realiza una analítica: leucocitos 11,2 x10^3/µL, hemoglobina 14 g/dL, glucosa 117 mg/dL tras tratamiento, función renal normal, iones sin alteraciones, pH 7,33, pCO2 52 mmHg, HCO3 27,4 mmol/L, lactato 1,3 mmol/L, orina con leucocitos positivos.

La paciente ingresa para control de glucemias y monitorización. Como diagnóstico tenemos una hipoglucemia grave sintomática en una paciente frágil en tratamiento con glipizida de reciente cambio. En el diagnóstico diferencial de las hipoglucemias debemos diferenciar las farmacológicas, el hiperinsulinismo endógeno y las enfermedades sistémicas o endocrinas.

Como conclusiones saber que las sulfonilureas pueden producir hipoglucemias graves y prolongadas, especialmente en pacientes mayores. Es fundamental revisar periódicamente la historia clínica y la adecuación del tratamiento antidiabético. Ante una hipoglucemia por sulfonilureas se recomienda hospitalización hospitalaria prolongada: al menos 12 horas tras la última administración de glucosa u octreótido por riesgo de recurrencia. Desde Atención Primaria tenemos un papel clave en la prevención, detección y revisión del tratamiento antidiabético; revisar las prescripciones ayuda a prevenir complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1.American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2025. Diabetes Care.2025;48(Suppl 1);S1-S11. 2.Fitchett D,et al.Sulfonylureas in type 2 diabetes:efficacy and risks. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023; 11(2):123-132. 3.Umpierrez GE, et al Management of sulfonylurea-induced hypoglycemia.Endocr Pract. 2022;28(4):355-362.

4.NICE.Type 2 diabetes in adults: management. NG28.2022. 5.Fichimori N, et al Risk of recurrent hypoglycemia with sulfonylureas.Diabetes Res Clin Pract.2021;174:108736.

CÓMO CITAR

Vesga Villaverde V, Arizai Figueroa Peralta J, Cartón Manrique B. HIPOGLUCEMIA GRAVE POR GLIPIZIDA EN PACIENTE MAYOR CON DIABETES TIPO 2: LA IMPORTANCIA DE REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):134-135. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4