

## Autoadministración de insulina en deportistas no diabéticos

Sr. Editor:

El uso de sustancias prohibidas<sup>1</sup> como la insulina y otras hormonas peptídicas no es inusual en practicantes de fitness, *bodybuilding* o levantamiento de pesas. Los efectos de la insulina son semejantes a otros anabolizantes esteroides y además producen aumento de fuerza y tamaño muscular<sup>2</sup>.

Se ha comprobado que el perfil más habitual de consumidor de insulina no diabético es un varón blanco, en la treintena y no profesional deportivo, presentando episodios de hipoglucemia hasta en un 56 % de los casos<sup>3</sup>. Un tercio de los deportistas obtienen la insulina en oficinas de farmacia, manifestando en las encuestas que les resulta "fácil" su obtención.

Presentamos el caso de un varón de 37 años que durante el mes de septiembre de 2015 acudió al Servicio de Atención Continuada, acompañado por su esposa. Mostraba nerviosismo, sudoración y visión borrosa, según refería, en probable relación con hipoglucemia. Al revisar su historia clínica no constaban antecedentes personales ni familiares de diabetes. Preguntado sobre si se trataba de un diagnóstico reciente, el paciente reconoció la autoadministración de insulina de acción rápida 10 UI (Actrapid®), previamente a la realización de un entrenamiento de fuerza, así como en otras 3 ocasiones puntuales anteriores a su participación en competiciones de categoría amateur. Negó uso de otras sustancias anabolizantes. La insulina fue adquirida en una oficina de farmacia local sin que se le solicitase receta médica.

A la exploración, el paciente presentaba nivel de conciencia normal, sudoración profusa, hipertrofia muscular de predominio en tren superior, palidez cutánea. Su auscultación cardiopulmonar era normal y el abdomen y los miembros inferiores no mostraban hallazgos patológicos.

Los hallazgos de las pruebas complementarias fueron: temperatura 36,2 °C, presión arterial 127/76 mmHg, glucemia 64 mg/dl y pulsioximetría con frecuencia cardíaca de 72 lpm y saturación de

O<sub>2</sub> del 99 %.

Se realizó tratamiento de la hipoglucemia con aporte de carbohidratos orales de liberación rápida y lenta (20 g de azúcar disueltos en agua y 5 galletas). Al repetir la glucemia su valor fue de 71 mg/dl, persistiendo clínica de sudoración y nerviosismo, por lo que se canalizó una vía venosa periférica y se administró suero glucosado al 5 % (500 cm<sup>3</sup> a pasar en 15 minutos).

En una nueva toma de glucemia capilar se comprobó una cifra 98 mg/dl, administrando un vial de glucosa al 50 % por la persistencia de la clínica, y con la sospecha de que se tratara de un episodio de pseudohipoglucemia, en relación con más administraciones no declaradas de insulina y alteración de niveles basales de glucemia del paciente.

Se decide su remisión al Servicio de Urgencias Hospitalarias pese a la mejoría de la clínica con una glucemia de 106 mg/dl para observación y ante la posibilidad de consumo no declarado de otros tóxicos. El paciente rechazó el ingreso hospitalario, pero fue remitido a su domicilio a cargo de un familiar con instrucciones verbales sobre vigilancia, signos de alarma y dieta. Se le citó con su Médico de Familia para revisión, screening endocrinológico y educación para la salud en 48 horas. El paciente no acudió a la cita prevista.

La administración de insulina en deportistas no diabéticos para aumentar la masa muscular puede ocasionar situaciones potencialmente peligrosas. Es necesario un mayor control en las oficinas de farmacia de la dispensación de medicamentos, solicitándose, según obliga la ley, la receta médica obligatoria.

Los efectos secundarios del uso de sustancias para aumentar el rendimiento (dopaje) en deportes como el culturismo o *bodybuilding* puede suponer un motivo de consulta a los servicios de urgencias extrahospitalarios y el Médico de Familia debería tener presente que el perfil de paciente consumidor de fármacos sin control médico puede no ser el de anciano polimedicado o el de un asiduo cliente de herbolario consumidor de purgantes.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Lista de sustancias y métodos prohibidos. Agencia Mundial antidopaje. Canadá. 2016.

[consultado el 20-01-2016]. Disponible en:  
<http://list.wada-ama.org/es/prohibited-all-times/prohibited-substances/>

2. Dopaje y aparato cardiovascular. Ramos Gordillo AS, Ruiz Caballero JA, Quiroga Escudero, ME. Dopaje y aparato cardiovascular. Canar Méd Quir. 2008;6 (17): 32-9.
3. Ip EJ, Barnett MJ, Tenerowicz MJ, Perry PJ. Weightlifting's risky new trend: a case series of 41 insulin users. Curr Sports Med Rep. 2012;11(4):176-9.

**María Estrada Martínez<sup>a</sup>, Rebeca Fernández Regueiro<sup>b</sup>, Carolina Estrada Menéndez<sup>a</sup> y Giobana García Estrada<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Gerencia de Atención Primaria. Avilés (España).

<sup>b</sup>Hospital de Cabueñes. Gijón (España).

<sup>c</sup>Centro de Salud de Pola de Siero. Oviedo (España).

Correo electrónico:  
estradi\_varius@hotmail.com