

2.º CONGRESO NACIONAL DE DIABETES DE LA FUNDACIÓN REDGDPS



Madrid **23-24** NOVIEMBRE



En diabetes, **actúa.**



2.º CONGRESO NACIONAL DE DIABETES DE LA FUNDACIÓN REDGDPS

Madrid **23-24** NOVIEMBRE

Organiza:



S U P L E M E N T O E X T R A O R D I N A R I O

Diabetes práctica

Actualización y habilidades en **Atención Primaria**

SUPLEMENTO n.º 9-2023

ISSN: 2013-7923

© 2023: De los autores.

© de la edición 2023: Fundación redGDPS

DOI: <https://doi.org/10.52102/diabetpract.23.24.11.23>

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del copyright.

ÍNDICE

1. Carta del presidente de la Fundación redGDPS	5
2. Carta del Comité Organizador	6
3. Comité Organizador	7
4. Carta del Comité Científico.	8
5. Comité Científico	9
6. Esquema horario Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS	10
7. Agenda Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS	13
8. 8 Mesas	28
9. 6 Diálogos	33
10. 6 Simposios	35
11. 15 Talleres	37
12. Comunicaciones.	42
13. Pósters	72
14. Colaboradores	170
15. Planos de salas	172
16. Plano de exposición técnica y cafés.	173
17. Contacto	174

CARTA DEL PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN REDGDPS

Estimados compañeros y compañeras,

Nos complace invitarles cordialmente a participar en el 2.º Congreso Nacional de Diabetes de la Fundación redGDPS que estamos celebrando. Tras el éxito y la enriquecedora experiencia de nuestra primera edición, es un privilegio continuar cultivando nuestro conocimiento y colaboración en el campo de la diabetes.

Me complace agradecer el entusiasmo del comité científico y de todo el grupo de “amigos” en la organización de este evento crucial para la mejora continua de la atención a personas con diabetes.

Vuestra activa participación y dedicación han sido fundamentales en el éxito del primer congreso, y estamos seguros de que los talleres, diálogos con el experto, algoritmos, ponencias y experiencias compartidas durante estos días enriquecerán nuestros conocimientos y habilidades profesionales en el campo de la diabetes.

En esta nueva edición, tenemos la firme intención de consolidar los avances logrados en la edición anterior y seguir fomentando un espacio de intercambio científico, discusión y colaboración para abordar los desafíos que la diabetes nos plantea. Esperamos sinceramente que esta experiencia cumpla sus expectativas y sea enriquecedora en su práctica clínica diaria.

Agradeceremos vuestra asistencia y deseamos reencontrarnos en futuras ediciones y seguir colaborando juntos para mejorar la atención y calidad de vida de los pacientes con diabetes en España.

Con aprecio,

Joan Francesc Barrot de la Puente
Presidente de la Fundación redGDPS

CARTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

¡Hola a todos!

En primer lugar, queremos daros las gracias en nombre de todo el comité organizador por haber respondido a nuestra llamada en este 2.º Congreso de la redGDPS que hemos preparado con muchísima ilusión durante muchos meses. Hemos intentado buscar aquellas áreas que más os pudieran interesar para hacer de esta reunión no solo algo atractivo, sino también útil para cuando volváis a vuestras consultas.

Desde el comité organizador, durante todo este último año, hemos estado discutiendo qué temas podrían ser los más interesantes, intentando además darle un formato en el cual vosotros, los asistentes, seáis los verdaderos protagonistas, y ser capaces, entre todos, de resolver aquellas dudas que se nos pudieran plantear. Además, hemos intentado contar con ponentes punteros en los diferentes temas y que sean bien conocidos por su capacidad docente.

Nos gustaría que fuese una reunión diferente en la cual la cercanía entre los asistentes y los ponentes sea la tónica general, convertir este congreso en una charla entre colegas, cuyo interés supremo es el bienestar de los pacientes.

Para ello hemos preparado una serie de sesiones que hemos titulado “Diálogos con”, en las cuales pretendemos dar respuesta a todas esas preguntas que se nos presentan cada día en la consulta y que en algunas ocasiones no hemos sido capaces de contestarnos. Quizás trabajando todos juntos durante estos días, seamos capaces de encontrar las respuestas a esas cuestiones que plantaremos desde los propios asistentes.

También hemos trabajado haciendo unos talleres que sabemos, por la experiencia de otros años, que son muy atractivos para todos nosotros, temas como la ecografía en la consulta de Atención Primaria, la retinografía y su lectura, la insulinización y todo el bloque de enfermedad cardio-reno-metabólica, que tan frecuente es en consulta. Creemos que son temas ideales para su manejo en el formato de taller para, una vez más, compartir conocimientos entre todos los asistentes, además de diabetes para *dummies*, para aquellos que no estén muy introducidos en el mundo de la diabetes, o temas tan actuales como la monitorización continua de glucosa, entre otros.

Solo nos resta añadir que esperamos que toda la ilusión que nosotros hemos manejado, seamos capaces de transmitirlosla y que, cuando el congreso haya finalizado, os vayáis pensando que ha merecido la pena y que tenéis ganas de que llegue el del año 2024.

Sin más nos despedimos con todo nuestro cariño.

Madrid, 23 de noviembre de 2024

La presidenta

Rosario Serrano

El secretario

Luis Ávila



COMITÉ ORGANIZADOR

Rosario Serrano
(Presidenta)

Luis Ávila
(Secretario)

Francisco Adán Gil

Margarita Alonso

Sara Artola

Lourdes Barutell

Joan Barrot de la Puente

Núria Casado

Ana Cebrián

Javier Cornejo

Josep Franch

Javier García Soidán

Carlos Gómez

Carlos Hernández Teixidó

Rosario Iglesias

Javier Ortega

Pilar Roura

Julio Sagredo

Noelia Sanz



CARTA DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Queridos amig@s y compañer@s,

El Comité Científico del 2.º Congreso Nacional de Diabetes de la Fundación redGDPS os invita a participar activamente en las actividades previstas los días 23 y 24 de noviembre de 2023 en Madrid.

Nos estamos asentando como referentes de la diabetes entre los profesionales de Atención Primaria y el resultado es la gran aceptación que estamos recibiendo para este 2.º Congreso Nacional.

Hemos recibido numerosas comunicaciones, casi el doble que el año pasado en el 1.º congreso.

Con el fin de garantizar un nivel científico adecuado, todas las comunicaciones presentadas han sido evaluadas por los miembros del comité científico. Entre todas las aceptadas, se concederán premios a las mejores.

Esperamos estar a la altura de vuestras expectativas. Seguro que no os defraudamos.

Recordad seguirnos en #congresoredGDPS y @redGDPS.

Enrique Carretero e Igotz Aranbarri

Presidente y Secretaria del Comité Científico
del 2.º Congreso Nacional de la Fundación redGDPS



COMITÉ CIENTÍFICO

Enrique Carretero
(Presidente)

Igotz Aranbarri
(Secretaria)

Ángeles Álvarez

Lucía Cea Soriano

Patxi Ezcurra

Gema García

Carmen Gómez

Manel Mata Cases

Gustavo Mora

Diego Murillo

Jorge Navarro

Juan Manuel Pinar

Enrique Regidor

Laura Romera Liebana

Anne Urbina

Rosa Vela



ESQUEMA HORARIO

Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS

Jueves 23 Nov	PLENARIA MADRID 3	SALA MADRID 4	SALA MADRID 5	SALA CALLAO	SALA GRAN VÍA	SALA COLÓN	SALA PRINCESA
09:30-10:00			TALLER A INSULINIZACIÓN/ HIPOGLUCEMIA	TALLER B DIABETES PARA DUMMIES. ASPECTOS BÁSICOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	TALLER C ECG EN DIABETES	TALLER D MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA	TALLER E CASOS CLÍNICOS DIFÍCILES
10:00-11:00	DIÁLOGOS SOBRE DIABETES Y GERIATRÍA	DIÁLOGOS CON FARMACÉUTICOS					
11:00-11:30	Café-Posters						
11:30-12:30	DIÁLOGOS SOBRE MEDICINA DE PRECISIÓN	TALLER G INSUFICIENCIA CARDIACA	TALLER H ERC, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA	COMUNICACIONES ORALES 1	TALLER I ENTREVISTA MOTIVACIONAL	TALLER J OJO CON LA DIABETES. RETINOPATÍA DIABÉTICA	TALLER K LA TECNOLOGÍA Y LAS APPS EN DIABETES
12:30-13:45	MESA REDONDA NUEVOS ALGORITMOS redGDPS	MESA REDONDA GESTIÓN DM COMUNIDADES Y EUROPA					
13:45-14:45	SIMPOSIO 1 DIABETES TIPO 2: UNA CUESTIÓN DE PESO Simposio patrocinado por Lilly	SIMPOSIO 2 EN LA CONSULTA, ¿HACEMOS USO DE DATOS SOCIALES EN LA PRIORIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE NUESTROS PACIENTES? Simposio patrocinado por MSD		¿ES EL MOMENTO DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA? Sesión patrocinada por Abbott			
14:45-15:30	Comida						
15:30-15:45	ACTO INAUGURAL						
15:45-17:15	MESA REDONDA INAUGURAL DIABETES: NUTRICIÓN Y CÁNCER			TALLER F ECOGRAFÍA EN DIABETES			
17:15-17:30	Café-Posters						



Jueves 23 Nov	PLENARIA MADRID 3	SALA MADRID 4	SALA MADRID 5	SALA CALLAO	SALA GRAN VÍA	SALA COLÓN	SALA PRINCESA
17:30-18:30	DIÁLOGOS SOBRE CRONONUTRICIÓN	TALLER L LA DIABETES A FLOR DE PIEL- DERMATOLOGÍA	COMUNICACIONES ORALES 2	TALLER F ECOGRAFÍA EN DIABETES	TALLER N ¿QUÉ HACER CON EL PACIENTE QUE NO PIERDE PESO?	TALLER J OJO CON LA DIABETES. RETINOPATÍA DIABÉTICA	COMUNICACIONES ORALES 3
18:30-19:30	DIÁLOGOS SOBRE MICROBIOTA	TALLER M EJERCICIO EN	TALLER G INSUFICIENCIA CARDIACA		TALLER I ENTREVISTA MOTIVACIONAL	TALLER H ERC, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA	TALLER O DIABETES AL DEBUT
21:00-22:00	SIMPOSIO SATELITE (3 SIMULTÁNEOS)* AMPLIANDO ESCENARIOS EN LA ERC, LAS COSAS HAN CAMBIADO... - Simposio patrocinado por Alianza Boehringer Lilly EL VIAJE A LA TRIPLE PROTECCIÓN EN DM2 - Simposio patrocinado por Menarini LAS BELLAS ARTES DEL CÍRCULO CV - Simposio patrocinado por Novo Nordisk						
22:00-23:00	Cena del congreso*						

■ **DIÁLOGOS** ■ **COMUNICACIONES**
■ **MESAS** ■ **CONFERENCIAS**
■ **TALLERES** ■ **SIMPOSIOS**

Viernes 24 Nov	PLENARIA MADRID 3	SALA MADRID 4	SALA MADRID 5	SALA CALLAO	SALA GRAN VÍA	SALA COLÓN	SALA PRINCESA
08:30-09:00			TALLER A INSULINIZACIÓN/ HIPOGLUCEMIAS	TALLER B DIABETES PARA DUMMIES. ASPECTOS BÁSICOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	TALLER C ECG EN DIABETES	TALLER D MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA	TALLER E CASOS CLÍNICOS DIFÍCILES
09:00-10:00	DIÁLOGOS SOBRE ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA	TALLER L LA DIABETES A FLOR DE PIEL- DERMATOLOGÍA					
10:00-11:00	DIÁLOGOS CON ASOCIACIONES DE PACIENTES	TALLER M EJERCICIO EN DIABETES	TALLER N ¿QUÉ HACER CON EL PACIENTE QUE NO PIERDE PESO?	COMUNICACIONES ORALES 4	COMUNICACIONES ORALES 5	TALLER O DIABETES AL DEBUT	TALLER K LA TECNOLOGÍA Y LAS APPS EN DIABETES
11:00-11:25	Café-Pósters						
11:30-12:45	MESA REDONDA TOP 10 Grupos de trabajo	MESA REDONDA OBESIDAD Y DIABETES	MESA REDONDA INVESTIGACIÓN EN RED				
12:45-13:30	CONFERENCIA MAGISTRAL NUEVO ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA redGDPS						
13:30-14:30	SIMPOSIO 3 HOT TOPICS EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA – Simposio patrocinado por Astrazeneca						
14:30-15:15	Comida						
15:15-16:30	MESA REDONDA ENCUENTRO CRM (CARDIO-RENO- METABÓLICO)						
16:30-17:00	ENTREGA DE PREMIOS (MEJOR PRESENTACIÓN) Y CLAUSURA						

■ **DIÁLOGOS** ■ **COMUNICACIONES**
■ **MESAS** ■ **CONFERENCIAS**
■ **TALLERES** ■ **SIMPOSIOS**



AGENDA

Segundo Congreso Nacional de la Fundación RedGDPS

Día 23 Nov

11:30-12:30 TALLER H. ERC, DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA

Ponentes:

José Javier Mediavilla Bravo

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Actualmente jubilado. Coordinador regional Castilla y León Fundación redGDPS.

Xavier Mundet Tuduri

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
Profesor Universitat Autònoma de Barcelona, coordinador de la docencia de grado relacionada con la atención primaria.

11:30-12:30 TALLER I. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Ponentes:

Gema García Sacristán

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Local de Fuentidueña de Tajo, perteneciente al EAP Villarejo de Salvanés.

Profesora en el Máster sobre la Atención y Educación a las Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Universidad Francisco de Vitoria.

Rosario Serrano Martín

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Martín de Vargas. Madrid

Coordinadora regional Madrid redGDPS

Presidenta comité organizador 2º Congreso Nacional de Diabetes de la Fundación redGDPS

11:30-12:30 TALLER J. OJO CON LA DIABETES. RETINOPATÍA DIABÉTICA – SALA COLÓN

Ponente:

Joan Barrot de la Puente

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Jordi Nadal. Salt (Girona)

Presidente de la Fundación redGDPS.

11:30-12:30 TALLER K. LA TECNOLOGÍA Y LAS APPS EN DIABETES – SALA PRINCESA

Ponentes:

Belén Benito Badorrey

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Raval Sud. Barcelona

Coordinadora GdT Web redGDPS

Coordinadora regional Cataluña redGDPS

Julio Sagredo Pérez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Parque Europa – Pinto – Madrid

Coordinador GdT Web redGDPS

Coordinador regional Madrid redGDPS

12:30-13:45

MESA REDONDA MESA REDONDA NUEVOS ALGORITMOS REDGDPS – SALA MADRID 3

Moderador:

Javier Díez Espino

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Tafalla. Pamplona.

Presidente de Fundación redGDPS de 2018 a 2021.

Coordinador regional Navarra redGDPS.

Ponentes:

Laura Romera Liébana.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Raval Nord. Barcelona.

Co editora Revista Diabetes Práctica

Judith Llusa Arboix

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAO Sant Roc (Badalona).

Coordinadora GdT Pie diabético redGDPS

12:30-13:45

MESA REDONDA GESTIÓN DM COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EUROPA – SALA MADRID 4

Moderador:

Domingo Orozco Beltrán

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Unidad de Investigación del Hospital de San Juan y Centro de Salud Cabo Huertas (Alicante) Dpto. Salud San Juan.

Miembro redGDPS

Ponentes:

Jorge Navarro Pérez

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de salud Valencia Clínico-Malvarrosa

Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia.

Coordinador regional Comunidad Valenciana de la RedGDPS

Francesc Xavier Cos Claramunt

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Martí de Provençals. Barcelona

Presidente Primary Care Diabetes Europe (PCDE)

Miembro redGDPS



15:45-17:15

MESA REDONDA INAUGURAL DIABETES: NUTRICIÓN Y CANCER – PLENARIA MADRID 3

Moderador:

Josep Franch Nadal

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Drassanes Raval-Sud.

Miembro del Comité científico de la Fundación redGDPS

Ponente:

César Serrano García

Médico especialista oncología. Unidad GU, SNC y Sarcomas, Departamento de Oncología Médica. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

Doctor en Programa Oficial de Posgrado en Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.

Líder de grupo, grupo TRIP Clinics, Instituto de Investigación Biomédica, Barcelona

Líder de grupo, Laboratorio de Investigación Traslacional de Sarcomas. Programa Preclínico y Traslacional, Instituto de Oncología Vall d'Hebron (VHIO), Barcelona.

15:45-17:15

TALLER F. ECOGRAFÍA EN DIABETES – SALA CALLAO

Ponentes:

Antonio Calvo Cebrián

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Robledo de Chavela

María del Pino Calderín Morales

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudades (Getafe)
Tutora de residentes.

Médico colaborador de la universidad de Alfonso X el Sabio

Tutora de ecografía clínica en Centro de referencia ecográfica de DASUR.

María Nieves Rodríguez Pascual

Médico de Familia. Centro de Salud Las Ciudades (Getafe)

Rafael Alonso Roca

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Mar Báltico. Madrid.

17:30-18:30 **DIALOGOS SOBRE CRONONUTRICION – SALA PLENARIA MADRID 3**

Moderador:

Margarita Alonso Fernández

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP de la Eria de Oviedo.

Profesora asociada de Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo

Coordinadora autonómica Asturias redGDPS

Ponentes:

Ana Beatriz Rodríguez Moratinos

Doctora en ciencias biológicas

Catedrática Dpto. Fisiología, Facultad de Ciencias. Universidad de Extremadura.

17:30-18:30 **TALLER L. LA DIABETES A FLOR DE PIEL DERMATOLOGÍA – SALA MADRID 4**

Ponente:

José Manuel Comas Samper

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Puebla de Montalbán (Toledo).

Coordinador Regional Castilla La Mancha redGDPS

17:30-19:00 **TALLER F. ECOGRAFÍA EN DIABETES – SALA CALLAO**

Ponentes:

Antonio Calvo Cebrían

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Robledo de Chavela

María del Pino Calderín

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudades (Getafe)

Tutora de residentes.

Médico colaborador de la universidad de Alfonso X el Sabio

Tutora de ecografía clínica en Centro de referencia ecográfica de DASUR.

María Nieves Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Las Ciudades (Getafe)

Rafael Alonso Roca

Médico especialista en Medicina Familiar y

Comunitaria. C.S. Mar Báltico. Madrid

17:30-18:30 **TALLER N. ¿QUÉ HACER CON EL PACIENTE QUE NO PIERDE PESO? – SALA GRAN VIA**

Ponentes:

Gabriel Cuatrecasas i Cambra.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sarriá. Barcelona

Médico especialista en Diabetología Servicio Endocrinología y nutrición CPEN,

S.L. (Clínica Sagrada Familia y Centro Quirón-Teknon) Barcelona

Leticia Casanova Hernández

Enfermera especialidad familia y comunitaria. CAP Casanova



17:30-18:30 **TALLER J. OJO CON LA DIABETES. RETINOPATÍA DIABÉTICA – SALA COLÓN**
Ponente:
Joan Barrot de la Puente
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Jordi Nadal. Salt (Girona)
Presidente de la Fundación redGDPS.

18:30-19:30 **DIALOGOS SOBRE MICROBIOTA – SALA PLENARIA MADRID 3**
Moderador:
Luis Ávila Lachica
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Almachar (Málaga).
Miembro del Patronato y Coordinador Andalucía redGDPS
José Manuel Fernández-Real Lemos
Médico especialidad Endocrinología. Servicio Endocrinología del Hospital Trueta de Girona
Jefe de grupo de investigación en Nutrición, Eumetabolismo i Salut del Institut d'Investigació Biomèdica (IDIBGI) de Girona

18:30-19:30 **TALLER M. EJERCICIO EN DIABETES – SALA MADRID 4**
Ponente:
Felipe Isidro Donate
Catedrático de Educación Física
Miembro Junta Directiva y responsable del área de ejercicio físico, salud y patologías del Instituto Internacional Ciencias del Ejercicio Físico y Salud (IICEFS).
CEO Physical Exercise Health Consulting

18:30-19:30 **TALLER G. INSUFICIENCIA CARDIACA – SALA MADRID 5**
Ponentes:
Ana Cebrían Cuenca
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S Casco Antiguo. Cartagena.
Miembro del Patronato y coordinadora regional de la Comunidad de Murcia de redGDPS
Igotz Aranbarri Osorno
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ambulatorio de Arrasate (Gipuzkoa).
Coordinadora regional País Vasco redGDPS.
Coordinadora GdT Tecnologías en DM2

18:30-19:30

TALLER I. ENTREVISTA MOTIVACIONAL – SALA GRAN VIA

Ponentes:

Gema García Sacristán

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Local de Fuentidueña de Tajo, perteneciente al EAP Villarejo de Salvánés.

Profesora en el Máster sobre la Atención y Educación a las Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que se desarrolla en la Universidad Francisco de Vitoria.

Rosario Serrano Martín

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Martín de Vargas. Madrid

Coordinadora regional Madrid redGDPS

Presidenta comité organizador 2º Congreso Nacional de Diabetes de la Fundación redGDPS

18:30-19:30

TALLER H. ERC, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA – SALA COLÓN

Ponentes:

José Javier Mediavilla Bravo

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Actualmente jubilado.

Coordinador regional Castilla y León Fundación redGDPS.

Xavier Mundet Tuduri

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Profesor Universitat Autònoma de Barcelona, coordinador de la docencia de grado relacionada con la atención primaria.

18:30-19:30

TALLER O. DIABETES AL DEBUT – SALA PRINCESA

Ponentes:

Angeles Alvarez Hermida

Enfermera familiar y comunitaria CS Goya Madrid desde agosto 1998 hasta la actualidad.

Coordinadora nacional de enfermería RedGDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria)

Olga Gómez Ramón

Enfermera de Práctica avanzada en Diabetes y consultora experta de la Xarxa Sanitaria y socialde Santa tecla en función de gestión y asistencial en Endocrino.

Coordinadora de enfermería de la RedGDPS



08:30-10:00 TALLER A. INSULINIZACIÓN/HIPOGLUCEMIA – SALA MADRID 5

Ponentes:

Bárbara González Mancebo.

Enfermera, especialidad Familiar y Comunitaria vía EIR.
Docente Pregrado. Área Noroeste y Centro de la Comunidad de Madrid.
Miembro de la redGDPS.

Francisco Javier García Soidán

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. de Porriño, (Pontevedra).
Miembro Patronato Fundación redGDPS.

08:30-10:00 TALLER B. DIABETES PARA DUMMIIES. ASPECTOS BÁSICOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA SALA CALLAO

Ponentes:

Carlos Hernández Teixidó.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Alconchel, Badajoz.
Miembro Fundación redGDPS

Carmen Gómez García

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Vélez Norte (Málaga)
Miembro redGDPS.

08:30-10:00 TALLER C. ELECTROCARDIOGRAMA EN DIABETES – SALA GRAN VIA

Ponentes:

Francisco Javier Cruz Ortega Ríos

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria C.S. “Campos-Lampreana” de Zamora (Sacyl)
Coordinador Regional de la redGDPS en Castilla León

08:30-10:00 TALLER D. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA – SALA COLÓN

Ponentes:

Esperanza Jiménez Castro

Enfermera, educadora terapéutica en diabetes. Complejo hospitalario Ruber Juan Bravo
Responsable del programa de Diabetes en C.S. Monterrozas.
Docente representante de Atención Primaria en la continuidad de cuidados en el abordaje de las personas con diabetes (H. Puerta de hierro, H. Villalba).

08:30-10:00 TALLER E. CASOS CLÍNICOS DIFÍCILES – SALA PRINCIPSA

Ponentes:

Javier Cornejo Martín

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. El Naranjo, Fuenlabrada (Madrid)

Miembro redGDPS

Sara Artola Menéndez

Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. C.S. José Marvá. Madrid Fuenlabrada (Madrid).

Coordinadora Regional de la redGDPS de Madrid.

09:00-10:00 DIALOGOS SOBRE ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA

Moderador:

Manuel Ruiz Quintero

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S Agost

Miembro Unidad de Referencia para la Asistencia al Paciente Diabético del Hospital General Universitario de Alicante

Miembro de la redGDPS

Ponentes:

Rafael Bañares Cañizares

Médico, especialista en Medicina de Aparato Digestivo.

Jefe del Servicio de Medicina de Aparato Digestivo. Hospital Gregorio Marañón.

Vicedecano del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Catedrático del Departamento de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

09:00-10:00 TALLER L. LA DIABETES A FLOR DE PIEL DERMATOLOGÍA – SALA MADRID 4

Ponente:

José Manuel Comas Samper

Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. C.S. Puebla de Montalbán (Toledo).

Coordinador Regional de la redGDPS en Castilla La Mancha

10:00-11:00 DIALOGOS CON ASOCIACION DE PACIENTES – SALA PLENARIA MADRID 3

Moderador:

Francisco Javier Ortega Ríos.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Coordinador Regional de la redGDPS en Castilla León

Ponentes:

Juan Francisco Perán

Presidente de la Federación Española de Diabetes (FEDE)

Mercedes Maderuelo Labrador

Gerente de Comunicación de la Federación Española de Diabetes (FEDE)



- 10:00-11:00** **TALLER M. EJERCICIO EN DIABETES – SALA MADRID 4**
Ponente:
Felipe Isidro Donate
 Catedrático de Educación Física
 Miembro Junta Directiva y responsable del área de ejercicio físico, salud y patologías del Instituto Internacional Ciencias del Ejercicio Físico y Salud (IICEFS).
 CEO Physical Exercise Health Consulting
- 10:00-11:00** **TALLER N. ¿QUÉ HACER CON EL PACIENTE QUE NO PIERDE PESO? – SALA GRAN VIA**
Ponentes:
Gabriel Cuatrecasas.
 Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sarriá. Barcelona
 Médico especialista en Diabetología Servicio Endocrinología y nutrición CPEN, S.L. (Clínica Sagrada Familia y Centro Quirón-Teknon) Barcelona
Leticia Cáliz Hernández
 Enfermera especialidad familia y comunitaria CAP Casanova.
- 10:00-11:00** **TALLER O. DIABETES AL DEBUT – SALA PRINCESA**
Ponentes:
Ángeles Alvarez Hermida
 Enfermera familiar y comunitaria CS Goya
 Coordinadora nacional de enfermería RedGDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria)
Olga Gómez Ramón
 Enfermera de Práctica avanzada en Diabetes y consultora experta de la Xarxa Sanitaria y social de Santa Tecla en función de gestión y asistencial en Endocrino.
 Coordinadora de enfermería de la RedGDPS
- 10:00-11:00** **TALLER K. LA TECNOLOGÍA Y LAS APPS EN DIABETES – Sala Princesa**
Ponentes:
Belén Benito Badorrey
 Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Raval Sud. Barcelona
 Coordinadora GdT Web redGDPS
 Coordinadora regional Cataluña redGDPS
Julio Sagredo Pérez
 Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Titular en el Centro de Salud Parque Europa – Pinto – Madrid
 Coordinador GdT Web redGDPS y coordinador regional de la redGDPS en Madrid

Ponentes:

Manuel Ruiz Quintero (*Grupo de trabajo Insuficiencia Cardiaca*),

Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. C.S Agost
Miembro Unidad de Referencia para la Asistencia al Paciente Diabético del
Hospital General Universitario de Alicante
Miembro de la redGDPS

Liliana Mahulea (*Grupo de trabajo Esteatosis*),

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud
"Barrio Jesús" de Zaragoza

Profesor asociado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza

Flora López Simarro (*Grupo de trabajo Enfermedad Renal Crónica*),

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria ABS Martorell
(Barcelona).

Miembro de redGDPS.

Noelia Sanz Vela (*Grupo de trabajo Estilos de Vida y Educación
Terapéutica*),

Enfermera en atención primaria. Residente C.S. Villanueva de la Cañada
Coordinadora GdT Educación Terapéutica y Estilos de Vida de la redGDPS

Ane Urbina Juez (*Grupo de trabajo Fragilidad*),

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Sopela (Vizcaya)

Miembro del patronato de Fundación redGDPS

Experto Universitaria en Diabetes tipo 2. UHM.

Jorge Navarro Pérez (*Grupo de trabajo Gestión Clínica*),

Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Departamento de
salud Valencia Clínico-Malvarrosa

Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad
de Valencia, siendo el responsable de la asignatura Atención Primaria y
Geriatría.

Coordinador Comunidad Valenciana de la RedGDPS

Julio Sagredo Pérez (*Grupo de trabajo Obesidad*),

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Titular
en el Centro de Salud Parque Europa – Pinto - Madrid

Docente en numerosos cursos organizados por Instituciones sanitarias
públicas y privadas en temas relacionados con la Diabetes Mellitus

Coordinador regional de la redGDPS en Madrid y redacción de la web

Marta Serra Laguarda (*Grupo de trabajo Pie diabético*),

Médico especialista en Medicina Familiar y comunitaria.

Coordinadora docente EAP Ca N'oriac. Sabadell

Oscar Baró Pato (*Grupo de trabajo Tecnología en DM2*)

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. de Galapagar. Madrid.

Miembro de la redGDPS



11:30-12:45

MESA REDONDA OBESIDAD Y DIABETES – Sala Plenaria Madrid 3

Moderadora:

Lourdes Carrillo Fernández

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Tenerife.

Coordinadora Islas Canarias de la Fundación redGDPS.

Ponentes:

Albert Goday Arno

Especialista en Endocrinología y nutrición Hospital del Mar. Jefe de sección de Endocrinología Parc de Salut Mar

Profesor del curso de diabetes para médicos residentes a nivel nacional de la Sociedad Española de Diabetes (SED) desde el inicio hasta la actualidad.

Profesor asociado Universidad autónoma de Barcelona.

11:30-12:30

MESA REDONDA INVESTIGACION EN RED. Sala Madrid 5

Ponente:

Domingo Orozco Beltrán

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Unidad de Investigación del Hospital de San Juan y Centro de Salud Cabo Huertas (Alicante) Dpto. Salud San Juan.

Miembro redGDPS

Enrique Regidor Poyatos

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Doctor en Medicina. Profesor asociado del Departamento de Salud Pública y Materno-infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Sus líneas de investigación se han centrado en la identificación de factores sociales y económicos asociados a los problemas de salud y en la evaluación de las intervenciones sanitarias que persiguen reducir las conductas de riesgo para la salud y la morbimortalidad.

Es colaborador de la Fundación redGDPS en el área de investigación.

12:45-13:30

CONFERENCIA MAGISTRAL NUEVO ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA REDGDPS – SALA PLENARIA MADRID 3

Moderadora:

Sara Artola Menéndez

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. José Marv. Madrid Fuenlabrada (Madrid).

Coordinadora de Madrid de la Fundación RedGDPS

Ponente:

Josep Franch Nadal

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Drassanes Raval-Sud.

Miembro del Comité científico de la Fundación redGDPS

15:15-16:30

**MESA REDONDA ENCUENTRO CRM (CARDIO-RENO-METABÓLICO) – SALA
PLENARIA MADRID 3**

Moderadora:

Francisco M. Adán Gil

Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. C.S de la Muela-Epila (Zaragoza)

Coordinador autonómico de la redGDPS en Aragón

Miembro del patronato de la Fundación redGDPS

Coordinador grupo de trabajo de insuficiencia cardíaca de la redGDPS

Ponente:

Alfonso Valle Muñoz

Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Marina Salud. Denia

Médico Cardiólogo Hospital La Salud. Valencia.

Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Valenciana de Cardiología.

José Ignacio Cornago Delgado

Licenciado en Medicina. Especialista en nefrología. Hospital Universitario de Álava y en el Hospital Quiron de Vizcaya.

Noemí González Pérez de Villar

Médico especialidad Endocrinología y Nutrición.

Subdirectora médica Área Médica. H. Universitario La Paz

Jefe de Sección Unidad de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. H.U. I Paz.

Profesora Asociada de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Tutora de Residentes de Endocrinología



Comunicaciones orales

Jueves 23 de Noviembre. 11.30h

COMUNICACIONES ORALES 1 – SALA CALLAO

DISEÑANDO ITINERARIOS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES. EL ESTUDIO ADHIRIENDO

Franch Nadal, Josep; Vlacho, Bogdan; Fernandez Camins, Berta; Romera Liébana, Laura; Lapena Estella, Carolina; Mauricio Puente, Dídac; Navarro Perez, Jorge

SCORE2-DIABETES PARA LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Fernandez Camins, Berta; Vlacho, Bogdan; Barrot De La Puente, Joan; Real, Jordi; Lapena Estella, Carolina; Mauricio, Dídac; Franch Nadal, Josep

LAS EVIDENCIAS DE LOS ESTUDIOS RENALES ¿QUÉ POBLACIÓN REPRESENTA EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?

Ramon Granés, Maria; Rista, L.; López Arpi, C.; Inés Rojas, V.; Escribà Planes, M.; Arbide, MA.; Barrot de la Puente, J.

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN EL DESARROLLO DE DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO

Canivell Fusté, Silvia; Real, Jordi; Orfila, Frances); Mata-Cases, Manel; Novials, Anna; Franch Nadal, Josep

ENFERMEDAD DE CHARCOT Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CATALUÑA

Bundó Vidiella, Magdalena; Vlacho, Bogdan; Llusa, Judit; Prats, Paloma; Cos, Xavier; Franch, Josep; Mauricio, Dídac

COMUNICACIONES ORALES 2 – SALA MADRID 5

HIPERGLUCEMIA EN ICTUS. UN INCREMENTO DE LA MORTALIDAD

De Santiago Lopez, Javier; Ruiz Calzada, Marta; Villafañe Sanz, Fatima

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON IDPP-4, ISGLT-2 O SULFONILUREA AÑADIDOS A LA METFORMINA

Vlacho, Bogdan; Franch Nadal, Josep; Fernandez Camins, Berta; Mauricio, Didac

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES DM2 MAL CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Molló Iniesta, Àngels; Vlacho, Bogdan; Falguera Vilamajó, Mireig; Diaz Lozano, Joaquim; Mata Cases, Manel; Franch Nadal, Josep; Mauricio Puente, Dídac

PROYECTO DE MEJORA DEL CRIBADO DE RETINOPATIA DIABÉTICA: IMPLICANDO A LOS CENTROS ÓPTICOS COMO AGENTES DE SALUD

Vilanova Fillat, Maria Belén; González-Zobl, Griselda; Torrellardona Canterana, Pilar; Garriga Badia, Aurora; Bascompte Jorba, Carmina; Villa Garcia, Noelia; Raga Casellas, Maite

MEJORA DEL CONTROL GLUCÉMICO CON INSULINA SEMANAL ICODEC VERSUS INSULINA DEGLUDEC UNA VEZ AL DÍA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 SIN TRATAMIENTO PREVIO CON INSULINA (ONWARDS 3)

Cieza, Ana María; Lingvay, Ildiko; Asong, Marisse; Desouza, Cyrus; Gourdy, Pierre; Kar, Soumitra; Vienna, André

COMUNICACIONES ORALES 3 – SALA PRINCESA

CONTROL GLUCÉMICO SUPERIOR CON INSULINA SEMANAL ICODEC CON UNA APP DE GUÍA DE DOSIFICACIÓN FRENTE A ANÁLOGOS DE INSULINA BASAL DIARIOS EN DM2 SIN TRATAMIENTO PREVIO CON INSULINA: ONWARDS 5

Novillo, Clara; Bajaj, Harpreet S.; Aberle, Jens; Davies, Melanie; Donatsky, Anders Meller; Frederiksen, Marie; Yavuz, Dilek Gogas

PREDICCIÓN DE ENFERMEDAD MACROVASCULAR EN PACIENTES CON DM 2

Perpiñá Fortea, Consuelo; Avila Bosquet, José Damian; Fernandez Baena, Maria Angeles; Heersche Morillo, Adriana; Gómez García, Maria del Carmen; Avila Lachica, Luis

FACTORES DE DESARROLLO DE COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN DM 2

Fernandez Baena, Maria Angeles; Avila Bosquet, José Damian; Perpiñá Fortea, Consuelo; Gonzalez Vidal, María; Gómez García, Maria del Carmen; Avila Lachica, Luis

LA MOTIVACIÓN ENFERMERA EN LAS ACTIVIDADES DE EPS

Quintana Afonso, Ana Maria; García López, Acoraída; Segura Quintana, Iván

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 INCLUIDO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Romero Godoy Diana; López Ramírez, Adriana; Pereira García, Marta; Catalán Sánchez-Celenin, Sonia; Fernandez Redondo, Lorena; Bonich Piqué, Maria; Villaró Prenafeta, Maria Alba



COMUNICACIONES ORALES 4 – SALA CALLAO

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ARAGON. ESTUDIO ERCAR-DM

Gomez Navarro, Rafael; Adan Gil, Francisco Manuel; Sanchez Calavera, Maria Antonia; Lozano Del Hoyo, Maria Luisa; Escribano Pardo, Daniel; Mahulea, Lilibiana; Homedes Celma, Laia

UNA DIABETES CON MAFLD

Exposito Mateo, Ana Maria; Hurtado de Mendoza Medina, Angel; Parra Valderrama, Adriana

INFLUENCIA DE LA EDAD SOBRE LOS VALORES DE LA HbA1c EN PERSONAS >50 AÑOS SIN DIAGNÓSTICO DE DM

Escribano Serrano, José; Rodríguez Juliá, María de los Ángeles; Nieto Ordoñez, Carmen; Casto Jarillo, Cristina; Lopez Ceres, Ana; Venegas Rubiales, Esther; Jimenez Vera, Enrique

TERAPIA HIPOLIPEMIANTE EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 CON Y SIN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. ESTUDIO ERCAR-DM

Escribano Pardo, Daniel; Gómez Navarro, Rafael; Blasco Gonzalez, Isabel; Telmo Hueso, Sira; Lamarre, Michelot; Luz Miguel, Sandra

ERRORES DE MEDICACION NOTIFICADOS RELACIONADOS CON LA DIABETES ¿QUE INFORMACIÓN NOS DAN PARA MEJORAR NUESTRA PRACTICA CLÍNICA?

Zamarrón Fraile, Maria Ester; Castelo Jurado, Marta; Diaz De Tuesta Diaz De Lezama, Elvira; Perez Cea, Soledad; Sarría Sánchez, Maria Teresa; Bernardo Fernandez, Maria Teresa

COMUNICACIONES ORALES 5 – SALA GRAN VÍA

LA CONSULTORÍA VIRTUAL EN DIABETES TIPO 2 (DM2) ENTRE EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP) Y EL MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (MAE), HERRAMIENTA DE COLABORACIÓN ÚTIL

Castells, Ignasi; Estafanell, Anna; Babot, Alba; Parera, Anna; Simó, Olga

UTILIZACIÓN DE ANTIDIABÉTICOS E INSULINAS SEGÚN FILTRADO GLOMERULAR EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Rojas Fernández, Valeria Ines; Rista, Lucas; Dilú Sorzano, Cesar; Ramon Granés, Maria; López Arpí, Carles; Escribà Planes, Marta; Barrot de la Puente, Joan

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INICIAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DIAGNOSTICADOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dilu Sorzano, César; Haro Iniesta, Laura; Perera Salcedo, Elsie; Roura Fausellas, Marta; Aragon Bonachera, Marta; Vidal López, Juan; Gayoso Gil, Noemí

PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LA INERCIA TERAPÉUTICA

Escribano Pardo, Daniel; Gómez Navarro, Rafael; Blasco Gonzalez, Isabel; Espinosa Peña, Irene; Amat Camats, Gemma; Espinosa Peña, Marta; Oliver García, Mercè; Solé Boldú, Montse; Serra Peruchet, Anna; Sans Badia, Sònia

PREVALENCIA DE DIABETES GESTACIONAL Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LOS AÑOS 2010-2019 EN CATALUNYA. ESTUDIO EpiDMGcat

Alarcón Pérez, Lourdes; Soldevila, Berta; Vlachó, Bogdan; Real, Jordi; Cos, Xavier; Franch, Josep; Mauricio, Dídac

8 MESAS

Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS

Mesa

Gestión de la diabetes en CCAA

Desde el Grupo de Gestión Clínica de la redGDPS se ha actualizado la información sobre la gestión de la diabetes en las distintas comunidades autónomas. Se ha analizado la existencia de indicadores tanto de ámbito comunitario (Estrategia o plan de diabetes, Ruta asistencial o Guía de práctica clínica, Historia clínica electrónica, Acuerdos de gestión sobre diabetes, Alertas informatizadas, Cribado oportunista de diabetes, Visado electrónico, Unidades hospitalarias de pie diabético, Figura de endocrino consultor) como de centro de salud (Consultas de alta resolución, Consultas específicas de enfermería, Referentes de diabetes, Enfermera gestora de casos, Apoyo a la investigación y a la formación, Dotación tecnológica).

Mesa

Algoritmo de fragilidad y pie diabético

En esta mesa se presentarán las dos últimas actualizaciones en forma de algoritmos de la Fundación redGDPS. En ellas se sintetizan los conocimientos más recientes que ayudarán a los profesionales en la toma de decisiones en la prevención y manejo de dos situaciones extremadamente frecuentes en Atención Primaria: el pie diabético y el paciente frágil con diabetes. En el caso del pie diabético el buen control metabólico, la educación sanitaria y la exploración sistemática han demostrado reducir su incidencia. En el caso del paciente frágil con diabetes, el establecimiento de objetivos realistas de control glucémico, el manejo de la polipatología y el evitar las complicaciones agudas de la diabetes y del tratamiento farmacológico son fundamentales. En ambas situaciones la calidad de vida es un eje fundamental de la atención.



Mesa

Diabetes y obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, recidivante, compleja y multifactorial con alta prevalencia mundial e importante factor de riesgo para la diabetes mellitus tipo 2 con la que comparte vías fisiopatológicas como la insulinoresistencia. El tejido adiposo disfuncional y ectópico, juega un papel importante en la inflamación y oxidación celular, y favorece gran número de complicaciones entre otras la enfermedad y muerte cardiovascular.

Nuevas vías fisiopatológicas y terapéuticas han propiciado la aparición de potentes y efectivos tratamientos, seguros desde el punto de vista cardiovascular y presumiblemente capaces de modificar el curso de la enfermedad.

La cirugía metabólica continúa ocupando un lugar destacado en el tratamiento de un número importante de personas que viven con obesidad, y en ningún caso podemos olvidar la intervención en el estilo de vida.

Mesa

Mesa Top Ten: “Grupos de Trabajo de la redGDPS”

Una mesa ideada para dar voz a los grupos de trabajo (GdT) de la redGDPS, exponiendo temas de actualidad en cada GdT con “ideas clave” para llevarnos a casa.

Tendremos un *update* del tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad renal crónica (ERC) tienen un lugar predominante durante este congreso, pero será esencial poder quedarnos con lo más destacado y poder aplicarlo en nuestras consultas. La esteatosis hepática no alcohólica (NAFLD) es la última incorporación al tríptico cardio-reno-metabólico de la diabetes.

El GdT de pie diabético nos sumergirá en las “Ondas de pulso arterial”.

Participaremos en la “Revolución en el tratamiento farmacológico de la obesidad” más allá del ámbito de la medicina. Y revisaremos los principios básicos de la fragilidad, indispensable en nuestra envejecida población.

La visión general será para el GdT de gestión clínica y el GdT de tecnología en DM2 nos llevará a un “Futuro que ya es presente”.

Mesa

Investigación en red

Estudio Diamond2 (Domingo Orozco)

El grado de control glucémico en pacientes con DM2 es deficiente, alrededor del 50 %, y persiste a lo largo de los últimos años por lo que es preciso identificar factores asociados modificables para intentar mejorar la situación. Si se tiene en cuenta el abordaje integral de los factores de riesgo el grado de control no supera el 20 % con lo que la prevención cardiovascular tan importante en estos pacientes no se cumple.

La inercia clínica o falta de intensificación del tratamiento a pesar del mal control es una de las principales causas. Resulta necesario identificar el grado de inercia en la práctica clínica real en pacientes con diabetes tipo 2 y los factores asociados a la misma para, en un futuro, intentar aplicar estrategias de mejora, comparando los resultados actuales con los obtenidos hace doce años. El Estudio Diamond2 es un estudio clínico observacional analítico retrospectivo en relación al grado de control glucémico y las medidas adoptadas por el profesional sanitario para mejorarlo.

Estudio PRECOZIN (Enrique Regidor)

PRECOZIN (Control precoz e intensivo de la glucemia y del peso corporal y pronóstico de la diabetes tipo 2) es un estudio promovido por la Fundación redGDPS. Se trata de un estudio longitudinal con un diseño mixto, de tal forma que una parte de la recogida de datos es retrospectiva.

Cada investigador podrá incluir a un número de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 entre 2018 y 2022, y también pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 en 2023 y/o en 2024. Para los pacientes diagnosticados entre 2018 y 2022, se registrará la información desde el momento del diagnóstico hasta la actualidad. Por ejemplo para un paciente diagnosticado en 2020, se deberán grabar los años 2020, 2021 y 2022.

A lo largo de 2023 se realizarán una entrevista y pruebas físicas a cada paciente.

Hasta 2029, a cada uno de los pacientes se les citará para la realización del seguimiento anual.



Mesa

Nuevo algoritmo de tratamiento de la redGDPS

Desde su constitución, la redGDPS ha elaborado y difundido algoritmos que ayudan a los clínicos en la toma de decisiones para el mejor tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

El anterior algoritmo de la redGDPS se había publicado en el año 2020, pero debido a la aparición de nuevas evidencias en los últimos tres años nos ha parecido necesaria una nueva revisión de este.

El objetivo de todos nuestros algoritmos es el de ayudar a los profesionales a elegir de una manera rápida y sencilla el tratamiento más adecuado para las personas con diabetes mellitus. La incorporación de nuevos fármacos o la aparición de nuevas indicaciones, y la necesidad de personalizar el tratamiento dependiendo de determinadas complicaciones o comorbilidades, hacen que cada vez sea más complejo decidir la mejor opción terapéutica.

El algoritmo redGDPS 2023 mantiene su formato circular, que permite una aproximación rápida y visual de todas las opciones posibles, y, al igual que en las últimas ediciones, se divide en dos mitades, situando en la mitad superior los condicionantes clínicos a tener en cuenta a la hora de elegir el tratamiento y en la mitad inferior las alternativas terapéuticas según el grado de control glucémico.

Todas las recomendaciones de nuestro algoritmo están basadas en las evidencias disponibles, resaltando en un color diferente aquellas opciones que han demostrado reducción de eventos. A continuación, resumiremos las evidencias que han justificado los cambios en esta nueva edición del algoritmo.

Mesa

Mesa redonda inaugural. Diabetes: nutrición y cáncer

La mesa de diabetes y cáncer intenta abordar una serie de cuestiones de interés para el día a día de un profesional asistencial de la Atención Primaria, mediante un formato de preguntas

- Los pacientes con DM ¿tienen más cáncer? ¿Diabetes tipo 1 o tipo 2, o no tiene que ver con el tipo de DM?
- ¿Por qué? ¿Qué papel puede tener la insulina, el hiperinsulinismo o la resistencia a la insulina? ¿Y la glucosa?... ¿Qué factores pueden influir realmente?
- ¿En pacientes con diabetes es necesario cribar algún cáncer?
- Si una persona con diabetes desarrolla un cáncer, ¿cambiará el enfoque del tratamiento del cáncer? ¿Qué papel puede tener la dieta?
- Los últimos estudios en países desarrollados muestran que la principal causa de muerte entre los pacientes con DM2 ya es el cáncer, no la enfermedad cardiovascular. Probablemente se debe a que se está tratando mucho mejor la enfermedad CV, pero ¿también es posible que aumente el cáncer entre los pacientes con DM?
- ¿Cuál es el panorama futuro de la sindemia diabetes y cáncer?

Mesa

CRM (cardio-reno-metabólica)

En la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) la patología cardio-reno-metabólica (CRM) a menudo está presente en el mismo paciente. Aunque el referente de estos pacientes es siempre el médico de familia, no es infrecuente que tengan que pasar en algún momento de su evolución por otras especialidades como cardiología, nefrología o endocrinología, o por las conocidas como “Unidades CRM”.

En esta mesa redonda se aborda de manera interdisciplinar el concepto CRM. Para ello se plantearon las siguientes cuestiones, que fueron debatidas por los diferentes especialistas: medicina de familia, cardiología, nefrología y endocrinología, con las valiosas aportaciones de los asistentes.

1. ¿Qué es lo más relevante del concepto CRM?
2. ¿Cuál es el origen? ¿Qué es lo primero en disfuncionar?
3. ¿Cuál es el factor de riesgo o causal que más quebraderos de cabeza te produce en estos pacientes?
4. ¿Cuál es el principal reto del diagnóstico desde el punto de vista de CARD-NEFR-ENDOCR? ¿Y la asignatura pendiente?
5. ¿Cuál es el tratamiento que no debería faltar en tus pacientes con síndrome CRM?
6. ¿Cuál es el principal reto o desafío para los próximos años en estos pacientes? ¿Cómo ves el futuro del síndrome CRM y qué es ya pasado?
7. ¿Añadiremos alguna sigla más a este síndrome?
8. Últimamente se han formado en nuestras Áreas de Salud unidades CRM: ¿Cuál es el secreto para que sean eficientes?
9. ¿Cuál es el avance científico más relevante en los últimos años en relación con el síndrome CRM?
10. El lema de nuestro Congreso es una llamada a la acción: “En diabetes, actúa”. ¿Cómo ves el rol del médico de familia en el manejo del paciente con síndrome CRM?

Del debate suscitado entre los ponentes y la audiencia se concluyó que el abordaje del paciente con diabetes tipo 2 debe hacerse siempre en clave CRM, tanto en la fase diagnóstica, con una búsqueda activa, como en el tratamiento, eligiendo fármacos que ofrezcan protección global CRM, siendo siempre deseable un abordaje multidisciplinar.



6 DIÁLOGOS

Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS

Diálogos sobre la microbiota

Todos sabemos la cantidad de microorganismos que existen en el intestino tanto grueso como delgado, sin embargo, la composición de estos microorganismos, la proporción entre unas especies y otras, la cuantificación del número de variedades que tenemos en el intestino y el papel exacto que juegan cada una de ellas en la digestión de los alimentos y en su absorción no están suficientemente aclarados.

Desde hace muchos años conocemos que en los pacientes con cirrosis terminal que presentaban encefalopatía hepática, la esterilización del intestino utilizando antibióticos mejoraba la encefalopatía, haciéndonos sospechar que los gérmenes intestinales juegan un papel muy importante en la digestión, la absorción y el metabolismo de los alimentos.

En esta sesión intentaremos aclarar el papel que juegan estos microorganismos en el mantenimiento del peso, el control del metabolismo, su relación con determinadas patologías, su relación con el cáncer de colon si es que existe, y cómo podemos influir en su modificación para obtener resultados en determinado tipo de patologías.

Crononutrición como prevención de la diabetes

La cronobiología es un área de la biología que estudia los ritmos biológicos y la variación de una función a lo largo del tiempo. Las funciones fisiológicas no son constantes, varían circadianamente. La crononutrición, rama de la cronobiología, indica que no solo es importante lo que comemos sino a la hora que lo hacemos para establecer los efectos de la dieta. Nuestro metabolismo no es constante a lo largo de 24 horas. La sensibilidad a la insulina y la actividad de la adiponectina es máxima por la mañana, metabolizándose mejor los carbohidratos; lo contrario ocurre por la noche. Un correcto ritmo vigilia/sueño junto a la crononutrición disminuye la resistencia a la insulina, favorece el control del peso y la prevención de la diabetes tipo 2.

Diálogos con asociaciones de pacientes: FEDE

La mesa con la Federación Española de Diabetes (FEDE) tendrá como objetivo principal dar a conocer a los profesionales sanitarios que acuden al Congreso las numerosas acciones que desarrollan las asociaciones de personas con diabetes en España.

Se tratarán aspectos importantes, como las prioridades no cubiertas por parte de los pacientes, las necesidades del colectivo en general, la participación de los pacientes en la toma de decisiones que les afectan de manera directa, la colaboración entre asociaciones de pacientes y sociedades científicas, y la conveniencia de prescribir asociacionismo en las consultas de Atención Primaria y en las oficinas de farmacia.

Diálogos sobre enfermedad hepática metabólica

La enfermedad hepática metabólica está de total actualidad por múltiples cuestiones como su elevada prevalencia, tomando tintes de epidemia, o su gran infradiagnóstico, tanto para los pacientes como para los facultativos que les atienden. Es un proceso asociado etiológicamente a dos epidemias actuales como son la diabetes tipo 2 y la obesidad, además recientemente ha requerido un consenso en la referente a la correcta definición de una patología, que no está exenta de evolución y gravedad.

Por ello planteamos un diálogo entre una autoridad en el área de enfermedades hepáticas y digestivas y un representante de la redGDPS, siguiendo el siguiente esquema:

1. Nueva nomenclatura, su porqué y sus ventajas.
2. Infradiagnóstico y problemas de codificación. En el diagnóstico es especialmente importante seleccionar entre estos pacientes el NASH de riesgo y los DM2 son un grupo especialmente importante.
3. Cuándo y cómo sospechar la NAFLD, NAFL o esteatohepatitis no alcohólica (NASH), MAFLD, MASLD o incluso MetALD.
4. La importancia de conocer la presencia de la fibrosis y el estadio de la misma.
5. Qué medios diagnósticos poseemos en cada nivel asistencial, hasta aquí puedo llegar...
6. Opciones actuales de tratamiento, en Atención Primaria, y en el caso concreto de coexistencia de DM2, prevención, selección de terapéuticas.
7. Opciones en el ámbito del segundo nivel asistencial.

Diálogos sobre medicina de precisión

La medicina de precisión para la diabetes se refiere a un enfoque para optimizar el diagnóstico, predicción, prevención o tratamiento de la diabetes mediante la integración multidimensional de datos que se basa, en su mayoría, en análisis de subgrupos. Esta forma de trabajar y de entender los resultados se contrasta con un enfoque único para todos. Estudios recientes agrupan a las personas con diabetes en cinco subgrupos que son reproducibles y asociados con diferentes trayectorias en la progresión de la enfermedad y el inicio de complicaciones. Es posible proponer estrategias innovadoras de prevención estratificadas y enfoques de tratamiento al menos para algunos de estos subgrupos.

Diálogos con el farmacéutico

Desde redGDPS creemos en el equipo multidisciplinar para la atención de las personas con diabetes mellitus tipo 2 y en el entorno sanitario consideramos que los profesionales farmacéuticos juegan un papel fundamental a la vez que desconocido por la mayoría de los médicos de AP, por ello hemos incluido en el 2.º Congreso de redGDPS una mesa de diálogos con dos farmacéuticos D.^a Inés Mera y el Dr. José Antonio Fornos que nos darán a conocer el papel de los profesionales de farmacia en la atención a la persona con DM2.



6 SIMPOSIOS

Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS

El viaje a la triple protección en DM2

En los últimos años se ha visto, por estudios fisiopatológicos y clínicos, que las complicaciones de la diabetes no aparecen de forma independiente, si no que existe una interrelación, lo que se ha dado en llamar el síndrome cardiorenal metabólico. Esta interrelación tiene un impacto importante en resultados en salud, de forma que las personas con estas complicaciones tienen aumentado desde etapas tempranas el riesgo de mortalidad.

Por suerte para pacientes y profesionales tenemos en la actualidad a nuestro alcance varias familias de fármacos, entre ellas los iSGLT-2, que nos permiten hacer prevención y tratamiento precoz de todas las complicaciones descritas, actuando en las diferentes dianas terapéuticas.

En la consulta, ¿hacemos uso de datos sociales en la priorización y tratamiento de nuestros pacientes?

La fragilidad y la vulnerabilidad social influyen significativamente en el desarrollo y la progresión de enfermedades crónicas como la DM2. Ser conscientes de ello, priorizar e incluso llevar un seguimiento más cercano, en estos pacientes mejorará su enfermedad y su calidad de vida. Para ello, el profesional sanitario debe conocer qué determinantes sociales influyen más y cómo actuar frente a ellas. Abordar las desigualdades sociales a través de intervenciones específicas puede contribuir a mejores resultados en el tratamiento y a una atención médica equitativa.

Hot Topics en enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) supone un reto en las consultas de Atención Primaria y de nefrología debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad asociada, disminución de la calidad de vida de los pacientes, el coste sanitario y social asociado.

El objetivo de este simposio es que mediante la visión de un médico de familia y de una nefróloga realicemos un abordaje integral de esta patología. Por ello se expondrán los últimos estudios en referencia a un adecuado diagnóstico de la ERC y cómo realizarlo desde nuestras consultas de Atención Primaria. Además, se evaluarán los diferentes perfiles de pacientes con ERC y la relación entre ERC y enfermedad cardiovascular.

Se realizará un exhaustivo análisis sobre el abordaje terapéutico de la ERC con múltiples ejemplos de la práctica diaria.

La importancia del peso en diabetes tipo 2

En España, el 45 % de personas con diabetes tipo 2 (DM2) tiene obesidad comórbida y el 85 % tiene sobrepeso u obesidad.

Existen datos que sugieren que la reducción de peso puede producir una mejora metabólica y puede tener un pronunciado efecto modificador de la enfermedad en la DM2. Además, la pérdida de peso tiene beneficios que van más allá del control glucémico y, potencialmente, puede dar lugar a mejoras en la enfermedad cardiometabólica y otras complicaciones de la DM2.

Dado que estas dos enfermedades están estrechamente relacionadas, es importante el manejo conjunto de ambas patologías.

Las bellas artes del círculo cardiovascular

El abordaje integral y temprano de la persona con diabetes es fundamental para influir positivamente en su evolución.

A su vez, la comunicación continua entre distintas especialidades es clave para asegurar la continuidad asistencial de estos pacientes.

En esta ocasión, descubriremos las Bellas artes del círculo cardiovascular, un debate sobre la importancia del manejo de todos los factores de riesgo cardiovascular en la persona con diabetes.

Ampliando escenarios en la ERC, las cosas han cambiado...

La importancia de la enfermedad renal crónica en nuestro medio es indiscutible tanto por su prevalencia, que alcanza el 33 % en las personas con diabetes y el 3,6 % la padecen en estadio grave ($FGe < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), como por el problema de salud que supone en la población con DM o sin DM si consideramos el impacto en la calidad de vida y la morbilidad que asocia.

Antes de la aparición de los iSGLT-2, el abordaje de esta complicación se limitaba al uso del bloqueo de la vía de la angiotensina y a medidas complementarias de variable eficacia. La aparición de los iSGLT-2 provocó un cambio muy importante en el abordaje de esta patología, al conseguir reducciones en el ritmo de declive de la función glomerular y la excreción urinaria de albumina, fenómenos que se asocian con una menor progresión de la enfermedad renal, con posibilidades preventivas, mejorando la calidad de vida y reduciendo significativamente la mortalidad. Este hecho se ha observado tanto en ensayos clínicos aleatorizados como en estudios en Real World Data.

Ante estas evidencias, la Atención Primaria tiene la obligación de promover el uso de estos fármacos cuando estén indicados, de forma que se pueda conseguir una importante mejora la calidad de vida de las personas con esta patología.



15 TALLERES

Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS

¿Qué hacer con el paciente que no pierde peso?

En el taller se mirará de abordar las principales percepciones que encuentran tanto los pacientes como los profesionales sanitarios en torno a la obesidad en el momento de buscar ayuda. Trataremos de explicar cómo podemos solventar las principales dificultades y qué expectativas podemos esperar de manera realista entre las diferentes opciones terapéuticas disponibles. Finalmente se abordará el mantenimiento de los resultados obtenidos. La metodología se basará en la participación activa de los asistentes a partir de casos clínicos y preguntas en formato quiz.

Diabetes para dummies. Aspectos básicos para la práctica clínica

Este taller está diseñado para repasar los aspectos básicos de esta enfermedad tan prevalente en las consultas de Atención Primaria, desde su diagnóstico, valoración inicial y cribado de complicaciones, objetivos de control integral y plan terapéutico inicial.

Todo ello mediante esquemas básicos y casos clínicos que nos faciliten adquirir herramientas necesarias y capacitar al profesional sanitario para brindar un cuidado eficiente a los pacientes con diabetes en la práctica clínica, con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida.

Ecografía en diabetes

En este taller pretendemos introducir de forma breve las posibilidades de la técnica ecográfica en la DM. Vamos a abordar cómo diagnosticar una esteatosis hepática y su implicación clínica, además podremos ver cómo se descarta un aneurisma de aorta abdominal aprendiendo cómo se explora la aorta. En esta actividad también se va a mostrar cómo descartar la arteriosclerosis subclínica en carótidas y femorales, además de la implicación que el doppler color y pulsado en miembros inferiores puede tener en la evaluación de los pacientes diabéticos.

Electrocardiograma en diabetes

El taller va dirigido a aprender una sistemática de lectura del ECG para familiarizarse con los patrones electrocardiográficos más comunes de las patologías cardiovasculares que surgen como complicaciones de la diabetes (enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, cardiomiopatía diabética, neuropatía autonómica) así como las alteraciones en el registro que podemos encontrar durante los episodios de hipoglucemia.

Se realizará de manera práctica por los asistentes, una revisión de 20 ECG, avanzando poco a poco en el aprendizaje de un sencillo hábito de lectura.

“No es porque las cosas son difíciles que no nos atrevemos; es porque no nos atrevemos que son difíciles”
(Séneca)

La tecnología y las apps en diabetes

Este taller trata de actualizar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la innovación tecnológica disponible para mejorar el control de la diabetes y la calidad de vida de las personas con diabetes.

Actualmente disponemos de gran cantidad de recursos informáticos y, entre ellos, las aplicaciones pueden dar respuestas sencillas, prácticas e intuitivas para buena parte de las necesidades y para mejorar el día a día con esta enfermedad.

Durante el taller se revisarán las aplicaciones que nos parecen más útiles para nuestros pacientes, realizaremos prácticas sobre su uso y también enseñaremos los buscadores basados en inteligencia artificial que permiten encontrar sitios web y aplicaciones de calidad para cada paciente concreto.

Diabetes al debut

En este taller realizaremos un abordaje integral de la persona con diabetes en el debut, realizando una valoración del perfil cardiovascular, renal y hepático, así como de la importancia de la modificación de los estilos de vida durante el proceso de acompañamiento, sin olvidar el impacto que supone tanto en la persona como en la familia y/o entorno el debut de una enfermedad crónica. Todo ello en el marco de la educación terapéutica en diabetes.

Se establecerán los pasos imprescindibles al debut, desde una escucha activa de la persona con diabetes y su familia, sin olvidar el componente social en una perspectiva de eficiencia en consulta con la utilización de las herramientas digitales en diabetes.

Ejercicio físico en la persona con diabetes

A pesar de que la práctica de ejercicio regular es una estrategia eficaz para prevenir enfermedades cardiovasculares y mejorar la capacidad funcional y el bienestar psicológico en personas con DM, más del 70 % de las personas con DM no hacen ejercicio regularmente.

Enviar al paciente a caminar, sin más, es una propuesta insuficiente y, además, ineficiente. Debemos atender al paciente en serio y no en serie.

El entrenamiento de la fuerza en el tratamiento de la diabetes ha mostrado ser una gran herramienta dado el importantísimo papel que cumple la masa muscular frente a la resistencia a la insulina y el metabolismo del glucógeno.

Sabemos que el mejor ejercicio es el que se hace de forma que debemos conseguir prescribir una dosis mínima eficaz y adherente, atendiendo y entendiendo las ideas, creencias y expectativas del paciente.

Para ello, debemos iniciar una prescripción de ejercicios sencillos y eficaces para cada paciente, que se puedan realizar en casa, con el propio peso corporal y/o con bandas elásticas, entre otras posibilidades, adaptando su duración al tiempo disponible del paciente y evitando altos índices de fatiga.



Tecnologías

La tecnología avanza a pasos agigantados en el campo de la diabetes, aportando gran cantidad de información, en tiempo real, que facilita la optimización del tratamiento mejorando así la calidad de vida de las personas que conviven con esta enfermedad.

La implementación de la tecnología en diabetes tipo 2 precisa, en el ámbito de la Atención Primaria, la formación de los profesionales tanto en el manejo de la monitorización continua de glucosa como en la utilización de otras tecnologías como los Smart Pens.

Es por eso que durante el taller se abordará el manejo de estos dispositivos y la información que nos aportan.

Para ello, cada participante que lo desee, podrá colocarse un sensor y conocer así más detalladamente su manejo, a la vez que se profundizará en la interpretación de las glucometrías a través del análisis de casos clínicos reales que nos servirán para profundizar en la interpretación de los datos aportados en cada caso.

Diabetes a flor de piel – Dermatología

El objetivo esencial del taller es desarrollar con una metodología participativa y abierta con los asistentes la patología dermatológica más prevalente que coexiste y condiciona bien al inicio (más del 30 %) o durante su evolución (hasta el 100 %) el ser un paciente con diabetes mellitus.

Su desarrollo se realizará mediante la presentación de imágenes y la intervención de los discentes con diagnóstico diferencial, tomando como referencia la descripción de la lesión, localización, morfología, color, tamaño y evolución, hasta alcanzar un diagnóstico final razonado y, en base a ello, la mejor alternativa terapéutica teniendo en cuenta la bibliografía y evidencia científica.

Enfermedad renal crónica, de la teoría a la práctica

Aproximadamente dos de cada cinco personas con diabetes desarrollarán enfermedad renal crónica (ERC) debido a la hiperglucemia crónica y/u otras comorbilidades, como la hipertensión y la pérdida de nefronas relacionada con el envejecimiento. A su vez, cerca del 40 % de los casos de enfermedad renal terminal son atribuibles a la presencia de DM.

En el taller abordaremos de manera práctica la metodología para realizar la prevención, el diagnóstico precoz y la estadificación de la ERC. Asimismo, analizaremos los factores que influyen en su progresión, las opciones de tratamiento disponibles y el seguimiento de los pacientes en coordinación con otras especialidades.

Entrevista motivacional

Entre las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios se encuentra el promover comportamientos saludables en los pacientes. Sin embargo, una buena información por parte de los profesionales no basta en muchos casos para provocar cambios y modificar conductas.

Una de las intervenciones que se han propuesto para mejorar los resultados, respecto a los cambios de conducta y cumplimiento de los tratamientos, es la entrevista motivacional.

El objetivo del taller es contribuir al desarrollo de habilidades comunicacionales que permitan al profesional de Atención Primaria facilitar el proceso del cambio.

Insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una entidad frecuentemente presente en las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Ambas se retroalimentan propiciando un empeoramiento clínico de cada una de ellas, lo cual se traduce en un aumento de morbimortalidad y deterioro de calidad de vida de estas personas.

Es por ello, que debemos dedicar un taller práctico que nos acerque al abordaje más actualizado de ambas patologías, con el objetivo de poder ofrecer una atención óptima y basada en las últimas recomendaciones, a todos nuestros pacientes con DM2 que seguimos en las consultas de Atención Primaria.

Insulinización e hipoglucemias

La insulina es el tratamiento de elección para muchos pacientes con diabetes tipo 2. Su indicación puede ser de manera temporal como en el caso de descompensaciones hiperglucémicas agudas o durante enfermedades intercurrentes graves, pero en la mayoría de los casos debe utilizarse de manera indefinida, cuando la producción de insulina por el páncreas sea demasiado baja y sea necesario el tratamiento sustitutivo mediante insulina exógena.

En la mayor parte de los pacientes con diabetes tipo 2 la insulina se utilizará conjuntamente con otros fármacos antidiabéticos, ya que se ha visto que de este modo mejora el control glucémico y hay un menor aumento de peso y de hipoglucemias.

En la mayor parte de los casos se conseguirá un control glucémico adecuado mediante la administración de una dosis de insulina basal al día, pero en algunos casos será preciso añadir una o más dosis de insulina rápida con el fin de controlar las hiperglucemias posprandiales.

Un efecto adverso frecuente en los pacientes tratados con insulina es el riesgo de desarrollar hipoglucemias, lo cual supone una limitación en su manejo y es causa de ansiedad para los pacientes. El objetivo principal es su prevención, mediante una educación diabetológica adecuada y el uso de pautas terapéuticas que minimicen este riesgo.

En este taller vamos a tratar de manera práctica todos estos aspectos, con la finalidad de que todos los asistentes mejoren sus habilidades en el manejo de la insulina y la prevención de las hipoglucemias.



Ojo con la diabetes. Retinopatía diabética

La retinopatía diabética (RD) se considera una enfermedad microangiopática y a la vez neurodegenerativa. En España, la prevalencia actual de la RD es del 15,28 % en personas con DM2 y del 1,92 % en RD que amenaza la vista (RDP y/o EMD).

La detección temprana y el tratamiento adecuado de la RD son cruciales para prevenir la pérdida de visión en pacientes con diabetes. La exploración de fondo de ojo, junto con un seguimiento periódico, contribuye a un manejo óptimo de la diabetes y a la preservación de la salud ocular en estos pacientes. Como profesional de la Atención Primaria, es fundamental realizar esta exploración de forma regular para garantizar la detección precoz y un adecuado manejo de la retinopatía diabética en nuestros pacientes.

La RD tienen un mayor riesgo de futuros eventos cardiovasculares y mortalidad por cualquier causa.

Casos clínicos difíciles

En este taller analizaremos los principales aspectos a tener en cuenta a la hora de abordar a las personas con diabetes mellitus tipo 2. Para ello revisaremos cuatro casos clínicos “difíciles” de nuestra práctica clínica habitual, que nos permitirán revisar cómo llevar a cabo el abordaje de estos pacientes, valorando qué condicionantes pueden influir en ese abordaje integral de las personas con diabetes, en función de las características individuales de cada persona. Todo ello de una forma fundamentalmente práctica y participativa.

COMUNICACIONES

Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS

■ **Hiperglucemia en ictus. Un incremento de la mortalidad**

De Santiago Lopez, Javier (1); Ruiz Calzada, Marta (2); Villafaña Sanz, Fátima (3)

(1) *Centro de Salud La Victoria, Valladolid*

(2) *Centro de Salud de Simancas, Valladolid*

(3) *Centro de Salud Pisuerga, Valladolid*

Introducción

El número de pacientes con diabetes que sufren un accidente cerebrovascular agudo (ACVA) va en aumento en los últimos años. La hiperglucemia asociada a ACVA ha demostrado asociarse a peor pronóstico. Sin embargo, ensayos clínicos centrados en la reducción intensiva de la glucemia no han logrado demostrar un claro beneficio en estos pacientes, sugiriendo que otros parámetros puedan estar involucrados en el mal pronóstico y no deberse solo al incremento de los valores de glucosa.

Objetivo

Conocer si el manejo intensivo con insulina en pacientes con glucemia >155 mg/dl mejora la supervivencia de los pacientes que sufren ACVA.

Método

Estudio observacional retrospectivo con seguimiento de la evolución a los 7 días. Se incluyeron 1.257 pacientes asistidos por un servicio de urgencias hospitalario durante los años 2016 a 2020 como código ictus.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, antecedentes, glucemia inicial, supervivencia a los 7 días, lactato, pH, Escala de Glasgow y tratamiento con insulina.

Análisis descriptivo con variables centrales y de dispersión.

Análisis inferencial de la normalidad con test de Kolmogorov Smirnov. Asociación entre variables categóricas con chi-cuadrado. Asociación entre variables cuantitativas con t de Student. Intervalos de confianza 95 %, $p < 0,05$. SPSS 17.

Resultados

Se atendieron 1.257 pacientes con una edad media de 68,52 años (DE-16,2). 747 hombres (59,4 %), con edad media de 67,22 (DE-15,6) y 510 mujeres con edad media de 68,8 (DE-15,9). El 48,8 % eran hipertensos, 14,9 % diabéticos, 24,9% eran dislipémicos. Los valores medios de parámetros analíticos fueron pH: 7,37 (DE-0,71), lactato: 2,52 (DE-2,16), glucemia: 142,5 (DE-47,98).

Al estudiar la asociación entre una glucemia >155 mg/dl y la supervivencia a los 7 días, arrojó un VPP del 78,8 % y un VPN de 32,1 %. Siendo estadísticamente significativo ($p = 0,017$).



Glucemias >155 mg/dl asociaron un mayor nivel de lactato; 3,1 (DE-1,82) vs. 2,35 (DE-2) $p < 0,0001$, a una ligera acidosis: Valor de pH; 7,29 (DE-0,68) vs. 7,4 (DE-0,59) $p = 0,013$ y a un menor valor en la escala de Glasgow; 13,75 (DE-2,17) vs. 13,21 (DE-2,82).

La administración precoz de insulina disminuyó significativamente la mortalidad, VPP-89,2 % y VPN de 57,89 %, $p = 0,0032$.

Conclusiones

- En nuestro estudio hubo una clara relación entre un valor patológico inicial de glucemia y la mortalidad tras un ACVA. Observándose también relación entre la glucemia alterada y valores patológicos de lactato, y a una escala de Glasgow alterada.
- Valores iniciales de glucemia y otros parámetros metabólicos y clínicos podrían constituir factores riesgo que impliquen un tratamiento inmediato con terapia intensiva con insulina, de cara a reducir la mortalidad, tal y como también se ha demostrado en nuestro estudio.

■ **La motivación enfermera en las actividades de EpS**

Quintana Afonso, Ana María (1); García López, Acoraida (2); Segura Quintana, Iván (3)

(1) *Centro de Salud Vecindario*

(2) *Centro de Salud de Arguineguín*

(3) *Centro de Salud El Doctoral*

Introducción, breve justificación y objetivos

La educación para la salud (EpS) a nivel comunitario es uno de los principales caballos de batalla de la Atención Primaria. Durante la pandemia se vio directamente afectada y, tras la misma, volvemos a retomarla. Desde nuestro trabajo asistencial somos testigos de diferentes opiniones con respecto a su valor y su lugar en nuestra agenda, por lo que nos preguntamos acerca de las motivaciones y trabas a la hora de su implementación.

Objetivo principal

Conocer los motivos de la participación o no, de los profesionales de enfermería en actividades de EpS.

Metodología

Estudio de tipo descriptivo transversal (cuantitativo) a través de un cuestionario estructurado de 14 preguntas, autoadministrado mediante Google Forms. Los datos obtenidos han sido analizados a través de Microsoft Excel.

Resultados

De los 134 cuestionarios obtenidos, el 58,2 % no tiene especialidad y del 32,1 % de especialistas en EFyC, el 80,4 % lo son por vía excepcional. Por orden de prioridad, los profesionales consideran que la falta de participación en actividades comunitarias se debe a la gestión de agenda (50,7 %), la inestabilidad laboral (50 %) y el trabajo extralaboral (44,1 %). Por otro lado, se sienten motivados al empoderar a la comunidad (72,8 %), por la satisfacción personal que produce (66,9 %) y por considerarlo parte del trabajo diario (58,8 %). Por último, los profesionales achacan la baja afluencia a

las actividades por parte del usuario a la falta de captación activa (79,4 %), la accesibilidad horaria (77,9 %) y los problemas de desplazamiento (56,6 %).

Conclusiones

La gestión de la agenda del profesional es vital para el desarrollo de actividades de EpS, dado que se reconoce como actividad propia pero no queda reflejada en el organigrama diario del profesional. Además de cambiar los métodos de captación y accesibilidad de los usuarios permitirían mejorar el alcance de la EpS en nuestro medio.

■ Enfermedad renal crónica en las personas con diabetes tipo 2 en Aragón. Estudio ERCAR-DM

Gómez Navarro, Rafael (1); Adán Gil, Francisco Manuel (2); Sánchez Calavera, María Antonia (3); Lozano Del Hoyo, María Luisa (3); Escribano Pardo, Daniel (4); Mahulea, Liliana (5); Homedes Celma, Laia (6)

(1) EAP Teruel Centro

(2) EAP Epila

(3) EAP Las Fuentes Norte

(4) EAP Oliver

(5) EAP Barrio Jesús

(6) EAP Alagon

Objetivo

Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de Aragón y analizar sus características clínico-demográficas.

Material y método

Estudio observacional descriptivo transversal o de prevalencia con recogida retrospectiva de datos. Población de estudio: personas DM2 residentes en Aragón >18 años el 31/12/2021.

Variables principales: tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe) y cociente albúmina-creatinina en orina (CAC); variables secundarias: edad, sexo, años de evolución, comorbilidades, complicaciones micro-macrovasculares y fármacos antidiabéticos prescritos.

Datos obtenidos de la plataforma BIGAN del Departamento de Sanidad. Análisis estadístico realizado con *SoftwareR: R Core Team* (2020).

Variables: cualitativas analizadas como frecuencia absoluta y porcentaje e intervalo de confianza del 95 % en prevalencias; cuantitativas, como medias o medianas según comportamiento gaussiano y prueba de bondad de ajuste a distribución normal (test Shapiro-Wilk) e indicadores de tendencia central y dispersión. Análisis inferencial realizado mediante chi-cuadrado o Fisher para variables cualitativas y test paramétrico T-student o no paramétrico U de Mann-Whitney para muestras independientes (en función de distribución normal) cuando se comparen dos grupos, en las cuantitativas. Dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de Aragón.



Resultados

De las 90.735 personas con DM2 en Aragón, 28.240 (31,4 %) pudieron ser diagnosticadas de ERC (TFGe < 60 ml/min/1,73 m² y/o CAC > 30 mg/g, persistiendo >3 meses). Figuraba este diagnóstico en su historial clínico en 14.968 (53 %) y no había referencia alguna en los 13.272 restantes (47 %).

Media edad 79±13,3 años; 53 % varones; evolución media de DM2 de 12±6,9 años; HbA1c media 6,7 %±1,2; tabaquismo 12 %. 83 % asociaban HTA, 65 % dislipemia, 21 % enfermedad cerebrovascular, 13 % insuficiencia cardíaca y 7,6 % cardiopatía isquémica. Todo significativamente superior a las personas con DM2 sin ERC.

Comparando los tratamientos prescritos de personas (DM2+ERC) vs. (DM2 no ERC) encontramos: insulina (34 % vs. 22 %), iDPP-4 (57 % vs. 40 %), sulfonilureas (9,9 % vs. 7,6 %), glinidas (15 % vs. 6,9%), inhibidores de α -glucosidasa (0,5 % vs. 0,3 %), pioglitazona (2,8 % vs. 2,3 %), arGLP-1 (12 % vs. 9,8 %) metformina (73 % vs. 80 %) e iSGLT-2 (30 % vs. 32 %).

Conclusión

La prevalencia de ERC en las personas DM2 es elevada en Aragón, existiendo un importante infraregistro. Presentan mayor tiempo de evolución de su DM2 y mayor comorbilidad. Es mejorable su manejo terapéutico nefroprotector con iSGLT-2.

■ SCORE2-Diabetes para la estimación del riesgo cardiovascular

Fernández Camins, Berta (1); Vlacho, Bogdan (2); Barrot de la Puente, Joan (3); Real, Jordi (4); Lapena Estella, Carolina (5); Mauricio, Dídac (6); Franch Nadal, Josep (7)

(1) *ABS Poblenou, Barcelona*

(2) *Fundación IDIAP Jordi Gol, Barcelona*

(3) *ABS Jordi Nadal. Salt, Girona*

(4) *USR Barcelona Fundació IDIAP Jordi Gol, Barcelona*

(5) *CAP Sanllehy, Barcelona*

(6) *Endocrinología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona*

(7) *ABS Raval Sud, Barcelona*

Objetivos

Desarrollar y validar una versión recalibrada del modelo de predicción SCORE2-Diabetes para estimar el riesgo cardiovascular a 10 años en pacientes con diabetes tipo 2 en Europa.

Material y métodos

El SCORE2-Diabetes se ha desarrollado mediante la extensión de los algoritmos SCORE2 a partir de datos de participantes individuales de cuatro conjuntos de datos a gran escala, comprendiendo 229.460 participantes (43.706 eventos cardiovasculares [ECV]) con diabetes tipo 2 y sin enfermedad cardiovascular previa. Se utilizaron modelos competitivos ajustados por riesgo específico de sexo que incluían factores de riesgo convencionales (edad, tabaquismo, presión arterial sistólica [PAS], colesterol total y HDL), así como variables relacionadas con la diabetes (edad en el diagnóstico, hemoglobina glicosilada y tasa de filtrado glomerular estimada (eGFR)). Los modelos se recalibraron para la incidencia de ECV en cuatro regiones de riesgo europeas. La validación externa

incluyó a 217.036 participantes más (38.602 ECV). En concreto, la validación de datos realizada en España como parte de la validación correspondiente a países de muy bajo riesgo, se realizó a través de la base de datos SIDIAP, incluyendo 21.698 participantes (2.464 ECV).

Resultados

El SCORE2-Diabetes mejora la identificación de personas con mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares en toda Europa. En la tabla se muestran los Hazard Ratios para las variables predictivas que incluye el nuevo modelo de predicción. Destaca el protagonismo de la variable HbA1c en mujeres.

En España se obtuvo un C-index para SCORE2-Diabetes de 0,660 (0,643 en hombres y 0,674 en mujeres); representando una mejoría respecto al C-index previo para SCORE2. En el análisis por grupos de edad destaca una mayor validez para el grupo de edad de 40-49 años, con un C-index de 0,687.

Conclusiones

Se trata, por lo tanto, de la mejor herramienta de la que disponemos en la actualidad en nuestro medio para calcular el riesgo cardiovascular en personas con diabetes tipo 2. La mayor capacidad predictiva observada en edades jóvenes y en mujeres permitirá una mayor eficiencia en las intervenciones en estos dos grupos donde la enfermedad CV está tradicionalmente infravalorada.

Tabla. Hazard Ratios para variables predictivas en el modelo de riesgo de SCORE2-Diabetes.

	Hombres	Mujeres
VARIABLES SCORE2		
Edad (cada 5 años)	1,71 (1,66-1,76)	1,94 (1,88-2,00)
Tabaquismo	1,61 (1,53-1,70)	1,85 (1,73-1,98)
PAS	1,14 (1,11-1,17)	1,15 (1,12-1,19)
Colesterol total (por 1 mmol/L)	1,12 (1,10-1,14)	1,12 (1,09-1,15)
HDL (por 0,5 mmol/L)	0,90 (0,86-0,93)	0,85 (0,82-0,89)
Historia de DM2	1,91 (1,81-2,01)	2,25 (2,11-2,40)



	Hombres	Mujeres
Variables adicionales en DM2 (SCORE2- Diabetes)		
Edad al diagnóstico DM2 (cada 5 años)	0,90 (0,89-0,91)	0,89 (0,88-0,90)
HbA1c (mmol/mol)	1,10 (1,09-1,11)	1,13 (1,11-1,14)
eGFR (ml/min/1,73 m ²)	0,94 (0,93-0,96)	0,94 (0,93-0,96)

■ **Terapia hipolipemiente en personas con diabetes tipo 2 con y sin enfermedad renal crónica. Estudio ERCAR-DM**

Escribano Pardo, Daniel (1); Gómez Navarro, Rafael (2); Blasco González, Isabel (3); Telmo Hueso, Sira (4); Lamarre, Michelot (4); Luz Miguel, Sandra (1)

(1) *EAP Oliver, Zaragoza*

(2) *EAP Teruel Centro*

(3) *EAP Monzón Urbano*

(4) *EAP Alcañiz*

Objetivo

Analizar la terapia hipolipemiente en las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) comparando las posibles diferencias entre los que además están diagnosticados de enfermedad renal crónica (ERC) frente a los que no lo están.

Material y método

Estudio observacional descriptivo transversal o de prevalencia con recogida retrospectiva de datos. Población de estudio: personas con diagnóstico de DM2 residentes en Aragón >18 años el 31/12/2021. Variables principales: diagnósticos de DM2 y de ERC. Variables secundarias: edad, sexo y terapias hipolipemiantes prescritas. Datos obtenidos de la Plataforma BIGAN del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud. Análisis estadístico realizado con Software R: R Core Team (2020). Variables: cualitativas analizadas como frecuencia absoluta y porcentaje e intervalo de confianza del 95 % en prevalencias; cuantitativas, como medias o medianas según comportamiento gaussiano y prueba de bondad de ajuste a distribución normal (test Shapiro-Wilk) e indicadores de tendencia central y dispersión. Análisis inferencial realizado mediante chi-cuadrado o Fisher para variables cualitativas y test paramétrico T-Student o no paramétrico U de Mann-Whitney para muestras independientes (en función de distribución normal) cuando se comparen dos grupos, en las cuantitativas. Se dispone del dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de Aragón.

Resultados

De las 90.735 personas con DM2 en Aragón (56,1 % hombres y media de edad de 69,9 ±13,3 años) constaba en su historia clínica (HC) el diagnóstico de dislipemia (DLP) en 55.286 casos (60,9 %).

Independientemente de que en la HC figurara o no explícitamente el diagnóstico de DLP, encontramos que tenían prescritas las siguientes terapias hipolipemiantes: 63.271 (69,7 %) estatinas; 11.552 (12,7 %) fibratos y 11.257 (12,4 %) ezetimiba.

En la tabla se detallan los resultados del análisis univariante de las dos cohortes definidas: (DM2 ERC) (DM2 no ERC).

	ERC			OR univariante		
	No n=62.495 (68,6%)	Si n=28.240 (31,4%)	p-valor	OR	95% CI	p-valor
Estatina	No	20.790 (33%)	6.674 (24%) < 0,001	1,61	1,56-1,66	< 0,001
	Si	41.705 (67%)	21.566 (76%)			
Ezetimiba	No	55.611 (89%)	23.867 (85%) < 0,001	1,48	1,42-1,54	< 0,001
	Si	6.884 (11%)	4.373 (15%)			
Fibratos	No	55.183 (88%)	24.000 (85%) < 0,001	1,33	1,28-1,39	< 0,001
	Si	7.312 (12%)	4.240 (15%)			

N= 90.735

Conclusiones

A pesar de que las personas con DM2 tienen por lo general un riesgo vascular alto/muy alto y que si padecen ERC este se ve incrementado, no parece que este hecho determine el tipo y la intensidad de las TH utilizadas. Encontramos una baja prescripción de fibratos a pesar de que las personas con DM2 y/o ERC pueden precisarlos con mayor probabilidad que otros pacientes por su DLP específica. Sería interesante valorar en un futuro las terapias hipolipemiantes empleados en cada caso y si se adecúan al filtrado glomerular.



■ Diseñando itinerarios para mejorar la adherencia al tratamiento de la diabetes. El estudio *adhiriendo*

Franch Nadal, Josep (1); Vlacho, Bogdan (2); Fernández Camins, Berta (3); Romera Liébana, Laura (4); Lapena Estella, Carolina (5); Mauricio Puente, Didac (6); Navarro Pérez, Jorge (7)

(1) *ABS Raval Sud - Barcelona. Diabetes and Associated Metabolic Diseases (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona*

(2) *Farmacéutico. Fundación IDIAP Jordi Gol. Barcelona. Diabetes and Associated Metabolic Diseases (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona*

(3) *Fundación IDIAP Jordi Gol. ABS, Poblenou, Barcelona*

(4) *Unidad de Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos Teladoc Health*

(5) *ABS Sanllehy. Barcelona*

(6) *Endocrinólogo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Diabetes and Associated Metabolic Diseases (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona*

(7) *Director médico Hospital Clínic Universitari. Valencia. INCLIVA*

Justificación

La falta de adherencia al tratamiento es una de las principales causas del mal control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Objetivos

Conocer las características clínicas que condicionan el grado de adherencia terapéutica en personas con DM2. Elaboración de una intervención basada en itinerarios según el perfil de paciente.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal de ámbito nacional. Muestreo por conveniencia de 186 médicos de AP (que incluyeron aproximadamente 5 pacientes cada uno). Se incorporaron pacientes con DM2 controlados en AP y que aceptaron participar.

En la visita de inclusión se recogieron variables sociodemográficas, culturales, clínicas y de tratamiento prescrito para la DM2. Grado de control a partir de los valores de la HbA1c. La percepción del médico de familia y la del paciente respecto a su tratamiento se evaluó mediante una encuesta elaborada específicamente para este estudio, el test Haynes-Sackett y el cuestionario electrónico validado Escala de Adherencia a Recargas y Medicamentos (ARMS-e).

Estadística descriptiva (medidas tendencia central y dispersión). La estadística inferencial con las pruebas², t-test, análisis de la varianza y modelos de regresión. El estudio de perfiles de incumplimiento se basó en las técnicas de componentes principales y análisis de clústeres.

Protocolo aprobado por CEIM del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Resultados

Se han analizado 881 casos con una edad media de 67,4 ±11,1 años y un 53 % de hombres. Tomaban un promedio de 7,34 ± 4,0 comprimidos al día. La falta de adherencia, evaluada por el test de Haynes, se observó en el 21,6 % de los pacientes. El cuestionario ARMS-e arrojó una puntuación promedio de 18,5 ±4,3, de un rango posible de 12 a 48. El 79 % de los pacientes retiraban de la farmacia al menos el 80 % de la medicación prescrita, aunque el médico consideró que solo el 22,4 % tenía una adherencia

media y el 13 % baja-muy baja. Destacan cuatro perfiles de incumplimiento que explican el 38 % de la variabilidad. El factor más influyente fue el relacionado con el nivel socio-económico-cultural y los conocimientos que el paciente tiene sobre la DM2. El segundo componente fue la presencia de antecedentes de efectos secundarios por la medicación. El tercer componente se relacionó con la complejidad de la pauta de tratamiento y la edad del paciente.

Conclusiones

El estudio demuestra que preguntas simples pueden ayudar a identificar perfiles de falta de adherencia en pacientes con diabetes. Esto permite diseñar itinerarios con intervenciones correctoras específicas para cada perfil.

Es necesario elaborar estrategias específicas. Probablemente la más sencilla e importante es la prescripción de pautas terapéuticas simples y seguras.

■ Características clínicas de buena respuesta a tratamiento con iDPP-4, iSGLT-2 o sulfonilurea añadidos a la metformina

- Vlacho, Bogdan (1); Franch Nadal, Josep (2); Fernández Camins, Berta (3); Mauricio, Didac (4)
(1) *Fundación IDIAP Jordi Gol, CIBER of Diabetes and Associated Metabolic Diseases (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona*
(2) *ABS Raval Sud, Barcelona*
(3) *Fundación IDIAP Jordi Gol, Barcelona*
(4) *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona*

Objetivos

A partir de las personas con DM2 y un mal control con metformina en monoterapia, se planteó el objetivo de describir el perfil de los sujetos que, tras la adición a metformina de un iDPP-4, iSGLT-2 o sulfonilurea presentaban una buena respuesta terapéutica, considerando como tal una reducción de la HbA1c de al menos 0,5 % y de al menos el 3 % del peso.

Material y métodos

Se utilizó la base de datos SIDIAP en el período comprendido entre 2010 y 2017. Se incluyeron sujetos con DM2, edad >18 años, en tratamiento de monoterapia con metformina, y tenían un control glucémico no óptimo (HbA1c >7 %). Estos pacientes iniciaron la adición de un segundo fármaco antidiabético a la metformina. Los sujetos en los tres grupos se emparejaron según variables iniciales tales como peso, HbA1c, sexo, edad, duración de la diabetes, año de inclusión y función renal. Se realizó un análisis estadístico que incluyó medidas de tendencia central y dispersión, así como análisis inferenciales bivariantes y multivariantes.

Resultados y conclusiones

De los 6.310 sujetos identificados, 705 presentaron buena respuesta al tratamiento combinado. Estos sujetos eran en su mayoría hombres, con una duración de DM2 de 7,42 años \pm 6,42, y presentaban peor control de HbA1c e IMC al inicio del tratamiento combinado con metformina. En el grupo de iSGLT-2, se observó un mayor porcentaje de buena respuesta. Estos sujetos eran más jóvenes, con mayor porcentaje de hombres y con menos comorbilidades. En el grupo iDPP-4, aquellos con buena



respuesta eran mayores, con mayor porcentaje de mujeres, y presentaban una mayor prevalencia de hipertensión y nefropatía. Finalmente, en el grupo de sulfonilurea, los que tenían buena respuesta eran jóvenes, con mayor porcentaje de mujeres, y presentaban peor perfil de comorbilidades, comparando con los que no lograron el objetivo.

■ Las evidencias de los estudios renales ¿qué población representa en nuestra práctica clínica?

Ramon Granés, María (1); Rista, L (2); López Arpí, C (3); Inés Rojas, V (2); Escribà Planes, M (1); Arbide, MA (4); Barrot de la Puente, J (1)

(1) CAP Jordi Nadal Salt

(2) CAP Arbúcies

(3) CAP Sarrià de Ter

(4) CAP Palafrugell

Introducción

Los inhibidores del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2) han demostrado que reducen eventos cardiovasculares mayores y tienen efectos favorables sobre el riñón en grandes ensayos clínicos (ECA) involucrando a pacientes con o sin diabetes tipo 2 (DM2).

Analizamos los ECA con iSGLT-2 en pacientes con y sin DM2 y enfermedad renal crónica (ERC) con el objetivo de evaluar eventos renales y cardiovasculares.

El estudio CREDENCE (canagliflozina) engloba pacientes con DM2 con una tasa de filtración glomerular (FGe) > 30 a inferior a 90 mL/min/1,73 m² y un cociente albumina creatinina (CAC) superior a 300 mg/g. El DAPA-CKD (dapagliflozina) en pacientes con y sin DM2 con un FGe > 25 y 200 mg/g. El EMPA-KIDNEY (empagliflozina), en pacientes con y sin DM2 con un FGe > 20 e inferior a 45 ml o FGe 200 mg/g.

Objetivo

Cuantificar la población incluida en los ECA en nuestra población asignada.

Material y métodos

- Estudio descriptivo, transversal, basado en el registro de la historia clínica informatizada de Atención Primaria (eCAP) en diciembre de 2022. Información clínica de la base de datos SIDIAP del Institut Català de la Salut.
- Análisis descriptivo, comparación de medias y proporciones.

Resultados

Nuestra población corresponde a 15.545 pacientes con DM2 y una prevalencia de ERC del 33,9 % en Atención Primaria en nuestra área de gestión sanitaria. Una edad media de 69 años y un 43% son mujeres. Una población de referencia de 205.320 personas sin DM2, edad media de 45 años y un 51 % de mujeres.

El estudio CREDENCE corresponde a 406 personas con DM2 (2,7 %), El DAPA-CKD 511 personas (3,3 %) con DM2 y 447 (0,3 %) sin DM2 y finalmente el estudio EMPA-KIDNEY 300 personas (2 %) con DM2 y 1.191 personas (7,7 %) sin DM con un FGe 45-90 mL/min y CAC > 200 mg/g o 281 personas (0,2 %) con DM2 y 1.805 (1,2 %) sin DM2 con un FGe 20-45 mL/min.

Conclusión

Las nuevas evidencias con relación a los beneficios renales en pacientes con o sin DM2 favorecen la utilización de los nuevos fármacos iSGLT-2.

A pesar de que la indicación aprobada en el tratamiento de la ERC, la población incluida en los ECA corresponde a una población muy reducida con ERC de nuestra práctica clínica habitual.

■ Impacto de una intervención multicomponente sobre la actividad física en pacientes con DM2 mal controlados en Atención Primaria

Molló Iniesta, Àngels (1); Vlachó, Bogdan (2); Falguera Vilamajó, Mireiga (1); Díaz Lozano, Joaquim (1); Mata Cases, Manel (3); Franch Nadal, Josep (4); Mauricio Puente, Dídac (2)

(1) EAP Tàrrega (Atenció Primària Lleida)

(2) Hospital de La Santa Creu I Sant Pau. Grupo Ciberdem

(3) Grup DAP_CAT, IDIAP Jordi Gol

(4) EAP Raval Sud (Atenció Primària Barcelona Ciutat)

Objetivo

Como objetivo secundario de nuestro ensayo clínico, nos propusimos evaluar si una intervención especialmente diseñada para optimizar el control glucémico en pacientes con DM2 mal controlados conseguía mejorar el nivel de actividad física.

Material y métodos

En diez centros de Atención Primaria, se realizó un ensayo clínico pragmático, multicéntrico, no aleatorizado y controlado. Se incluyeron pacientes con DM2 y mal control glucémico ($HbA1c > 9\%$) con edad entre 30 y 80 años. La intervención se diseñó especialmente para intensificar y mejorar el tratamiento hipoglucemiante a través de una consulta monográfica. El grupo intervención 1 incluía, además de una consulta monográfica, otras intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia a los cambios de estilo de vida, y sobre los profesionales para motivar el cambio en los pacientes. El grupo intervención 2 consistía en todas las intervenciones excepto la consulta monográfica. Durante la inclusión y el seguimiento se recogieron variables relacionadas con las características clínicas (demográficas, comorbilidades, complicaciones, datos de laboratorio y medicamentos concomitantes). Se evaluó la inactividad física a través del cuestionario de actividad física breve BPAAT (*Brief Physical Activity Assessment Tool*) en el momento de la inclusión, y en las visitas a los 6 y 12 meses. Análisis estadístico basado en medidas descriptivas y en prueba t-test para analizar las diferencias basales finales. Todos los resultados fueron analizados según intención de tratar. El estudio siguió las normas de la declaración de Helsinki y fue aprobado por el comité ético local. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Resultados

Se analizaron un total de 906 cuestionarios, 406 en la visita de inclusión y 500 en las visitas posteriores. En el momento de la inclusión, la edad media fue de 59 años en ambos grupos con un porcentaje mayor de hombres (53 %). En la visita final, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con relación al nivel de inactividad física de los pacientes: en el grupo de



intervención 1 existía un menor porcentaje de pacientes que nunca realizaban 30 minutos de actividad física moderada.

Conclusiones

La intervención multicomponente de nuestro estudio en pacientes con DM2 mal controlados tiene un impacto favorable sobre el nivel de inactividad física de los pacientes, reduciendo el sedentarismo. Estos resultados indican que deberíamos diseñar intervenciones específicas para mejorar la actividad física en pacientes con DM2.

■ Programa de optimización de la atención y educación terapéutica del paciente con diabetes mellitus tipo 2 incluido en atención domiciliaria

Romero Godoy, Diana (1); López Ramírez, Adriana (1); Pereira García, Marta (1); Catalán Sánchez-Celenín, Sonia (1); Fernández Redondo, Lorena (1); Bonich Piqué, María (1); Villaró Prenafeta, María Alba (1)

(1) CAP Mas Font

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que actúa de forma progresiva y su prevalencia aumenta con la edad. Dos tercios de las personas con DM2 incluidas en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) corresponden a población en situación de complejidad con alta carga de multimorbilidad.

Trastornos como el deterioro cognitivo, insuficiencia renal, depresión o las limitaciones funcionales empeoran su calidad de vida y dificultan el autocuidado provocando un deterioro del control glucémico. Debido a esto, en el año 2022 se creó en nuestro centro de Atención Primaria un programa estructurado de optimización de la atención y educación terapéutica con el objetivo de proporcionar una atención integral de calidad, planteando objetivos metabólicos individualizados, evaluando el tratamiento antidiabético, evitando efectos adversos y teniendo en cuenta las características biopsicosociales, la perspectiva familiar y el entorno de la persona.

Objetivos

Caracterizar a los pacientes DM2 incluidos en el programa de ATDOM. Describir los resultados de las actuaciones realizadas por parte del equipo.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo, mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes DM2 en ATDOM incluidos en el programa de optimización en nuestro centro desde enero de 2022 hasta junio de 2023.

Resultados

El 40,4 % de pacientes ATDOM presentan DM2, con una edad media de $83,46 \pm 6,97$ años, 60,9 % mujeres e IMC $30,86 \pm 6,93$ kg/m².

Un 85 % presenta limitación funcional, el 66,66 % complicaciones macrovasculares, el 51,7 % insuficiencia renal crónica, 25,2 % demencia y el 27,66 % depresión.

Tras una valoración inicial individualizada:

El 31 % presentaba una HbA1c por encima de rango objetivo. El 32,2% presentaba un control metabólico excesivo.

Un 19,54 % presentaba episodios de hipoglucemia. Un 12,6 % mala adherencia al tratamiento.

El 85,18 % de los DM2 con HbA1c por encima de rango objetivo mejoró en términos de HbA1c previa de $8,98 \pm 1,42$ % y una HbA1c al año de $7,59 \pm 1,14$ % ($p < 0,05$).

Se realizó una intensificación y/o simplificación de tratamiento en los casos de control metabólico excesivo, siendo la insulina, en un 60,7 %, el fármaco más retirado.

El 59,25 % de los pacientes con mal control metabólico viven solos o presentan problemática sociofamiliar ($p < 0,05$); siendo del 25 % en aquellos pacientes con control metabólico adecuado.

Un 10,34 % de los pacientes con buen control metabólico previo presentaban un empeoramiento en términos de HbA1c objetivo al año.

Conclusiones

- La mayoría de los pacientes DM2 incluidos en el programa de ATDOM, con mal control glucémico viven solos o tienen problemas sociofamiliares.
- La implantación de un programa de optimización de la atención y educación terapéutica en pacientes con DM2 y atención domiciliaria mejora el control glucémico.
- La desprescripción y/o simplificación del tratamiento cobra gran importancia en este grupo de pacientes.
- Es fundamental realizar una valoración integral con enfoque holístico, personalizada y continuada en el tiempo.

■ Errores de medicación notificados relacionados con la diabetes, ¿qué información nos dan para mejorar nuestra práctica clínica?

Zamarrón Fraile, María Ester (1); Castelo Jurado, Marta (2); Díaz De Tuesta Díaz De Lezama, Elvira (3); Pérez Cea, Soledad (4); Sarria Sánchez, María Teresa (1); Bernardo Fernández, María Teresa (5)

(1) Centro de Salud Baviera

(2) Centro de Salud Federica Montseny

(3) Centro de Salud Prosperidad

(4) Centro de Salud Canterac

(5) Centro de Salud Condesa

Justificación

En la Comunidad de Madrid existe un sistema de notificación y de gestión de incidentes de seguridad sin daño y de errores de medicación (EM) vía web accesible para toda la Atención Primaria llamado CISEM-AP.



Objetivos

Conocer los errores de medicación, notificados en CISEM-AP, relacionados con la diabetes, en la Comunidad de Madrid desde agosto de 2021 a agosto de 2022 y descubrir las áreas de mejora.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, retrospectivo, basado en la información notificada voluntariamente y de forma anónima por sanitarios en el sistema CISEM-AP que tuvieran relación con medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Se recogieron estas variables: edad y sexo, número de medicamentos que tomaba el paciente, descripción del EM y medidas sugeridas para disminuir la probabilidad de que se repita.

Resultados

Se notificaron 31 EM relacionados con la diabetes (4 % del total). La edad media fue 64,5 años, el 52 % hombres.

Los pacientes toman una media de 11 medicamentos, que los clasifica como polimedicados. El 55 % de los EM están relacionados con la administración.

En cuanto a la causa, los despistes representan un 27 %.

Para evitar estos EM los profesionales proponen mejorar la comunicación con los pacientes y trabajar en la educación sanitaria.

Discusión

Los resultados de prevalencia resultan bajos, teniendo en cuenta que la diabetes es una enfermedad crónica muy prevalente.

La edad media de los pacientes y el número de medicamentos, nos confirman dos factores de riesgo ya conocidos que influyen en la aparición de EM, la edad y la polifarmacia, que además suelen ir unidas entre ellas y a la diabetes.

Más de la mitad de los EM ocurrió en el domicilio del paciente, señalando como una oportunidad importante de mejora trabajar la educación del paciente en ese ámbito.

Los EM relacionados con la administración por el paciente, se distribuyen así, el 31 % está relacionado con el cambio de dosis y/o de fármaco, el 28 % se relaciona con la técnica de administración subcutánea y el 10 % con el cambio entre insulina rápida y lenta.

Respecto a las medidas propuestas en estos EM, se concretan en mejorar la comunicación médico-paciente y en insistir en la educación sanitaria, tanto individual, como grupal, perdida durante la pandemia COVID-19 y que habría que recuperar.

Conclusiones

Parece existir una infra notificación de EM relacionados con la diabetes. Los EM se asocian a la edad avanzada y a la polifarmacia.

La comunicación médico-paciente y la educación sanitaria son muy importantes en las enfermedades crónicas y especialmente en la diabetes, ya que precisa de asistencia por equipos multidisciplinares, del manejo dispositivos complejos para el autocuidado y del tratamiento con fármacos que se consideran de alto riesgo.

■ **Influencia del tratamiento antidiabético en el desarrollo de deterioro cognitivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: un estudio de casos y controles anidado**

Canivell Fusté, Silvia (1); Real, Jordi (2); Orfila, Francesc (3); Mata-Cases, Manel (4); Novials, Anna (5); Franch Nadal, Josep (6)

(1) CAP Adrià, Institut Català de la Salut, Barcelona

(2) Grupo DAP_CAT, Unitat de Suport a la Recerca Barcelona, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona

(3) Unitat de Suport a la Recerca Barcelona, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona

(4) Grupo DAP_CAT, USR Barcelona, IDIAP Jordi Gol. CIBERDEM. RedGDPS

(5) Pathogenesis and Prevention of Diabetes Laboratory, August Pi i Sunyer Biomedical Research Institute (IDIBAPS), CIBERDEM

(6) ABS Raval Sud. Grupo DAP_CAT, USR Barcelona, IDIAP Jordi Gol

Objetivos

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tienen un mayor riesgo de deterioro cognitivo. Hay controversia respecto al posible efecto protector de los fármacos antidiabéticos en el desarrollo de deterioro cognitivo o demencia en los pacientes con DM2. El objetivo principal de este estudio es estimar la asociación de deterioro cognitivo en pacientes DM2 mayores de 55 años según diferentes perfiles de tratamiento antidiabético.

Material y métodos

Estudio de casos y controles anidado en una cohorte poblacional retrospectiva utilizando datos anonimizados de la base de datos del eCAP de Barcelona ciudad. Los pacientes eran elegibles para entrar en la cohorte en caso de tener 55 años o más, poseer un diagnóstico de DM2 en el eCAP en la fecha de entrada (31-12-2010) y no tener un registro de deterioro cognitivo al menos durante los 2 años previos a la fecha de entrada. Los casos se definen como pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo durante el periodo de seguimiento (de 31-12-2010 a 31-12-2020), tomando en consideración la enfermedad de Alzheimer y las demencias no-Alzheimer. Se buscó un control para cada caso apareado según edad, sexo y tiempo de evolución de la DM2, seleccionado aleatoriamente del conjunto a riesgo. Se evaluó la exposición a los fármacos antidiabéticos según las prescripciones realizadas y registradas 24 meses previa al diagnóstico de deterioro cognitivo. Se estimó el riesgo de incidencia de deterioro cognitivo utilizando regresión logística condicional.

Resultados

Un total de 17.754 pacientes fueron incluidos en la cohorte, de los cuales el 50 % (8.877) eran casos, el 57,4 % mujeres, de edad media 82 años y con una evolución de la DM2 de 12 años de media (DS 5,5). El 17 % de los casos tenían la enfermedad de Alzheimer. El análisis multivariado demostró un mayor riesgo de demencia con el uso de DPP-4 inhibidores (OR 1,17, $p = 0,041$), insulina (OR 1,19, $p < 0,001$) y metformina (OR 1,24, $p < 0,001$).

Conclusiones

En nuestro estudio, el uso de DPP-4 inhibidores, insulina y metformina se asoció con un mayor riesgo de demencia de forma estadísticamente significativa.



■ Una diabetes con MAFLD

Expósito Mateo, Ana María (1); Hurtado de Mendoza Medina, Ángel (2); Parra Valderrama, Adriana (3)

(1) Centro de Salud Blas Infante, Coria del Río, Sevilla

(2) Centro de Salud Clara Campoamor, Mairena de Aljarafe, Sevilla

(3) Centro de Salud Virgen de África, Sevilla

Paciente mujer de 52 años de edad que acude a consulta para analítica de revisión por su diabetes mellitus tipo 2 (DM2, última hace un año) y hace especial referencia a su obesidad, pues esta le preocupa ya que refiere no poder perder peso. Se trata, además, de una paciente con HTA para lo cual toma antihipertensivos.

A la exploración presenta una ACP sin hallazgos. TA: 140/70. Peso: 80 kg. Estatura: 1,60 m.

ABDOMEN: leve hepatomegalia no dolorosa, resto normal.

La última analítica presenta una Hb glicosilada de 8 con LDL 166 HDL 65 GGT 70 ALT 80 TG 109. Lo orientamos como un síndrome metabólico centrándonos sobre todo en su DM2 (por la glicosilada que presenta) y en el perfil hepático. También le damos importancia a la obesidad porque, además, es lo que más le preocupa a la paciente.

Respecto al perfil hepático, teniendo en cuenta como presenta dichas enzimas, debemos descartar algún proceso vírico tipo hepatitis y valorar una posible fibrosis hepática.

Como conclusión, hablar sobre MAFLD (enfermedad metabólica asociada a hígado graso) o EHmet (enfermedad hepática metabólica), causa principal de morbimortalidad relacionada con el hígado para lo cual los principales factores de riesgo son: HTA, obesidad, resistencia a insulina y dislipemia. Su incidencia está creciendo significativamente (1,35 % anual, de 19,34 millones en 1990 a 29,49 millones en 2017 en todo el mundo) y es una patología infradiagnosticada.

Para su diagnóstico en la analítica nos debemos fijar en GPT y ALT sobre todo, estando estas normalmente elevadas, en nuestro caso era la ALT.

A nuestra paciente, debido a que presentaba hepatomegalia, le solicitamos una ecografía en la cual se vio esteatosis pero al no ser esta concluyente (no mide el grado de fibrosis que presenta y, por tanto, no estima el riesgo adecuadamente) le solicitamos un fibroscan (elastografía de transición). En nuestro caso era un FIB-4 menor de 1,30 LSM 7,9-9,6 por tanto baja probabilidad de fibrosis (del 16,3 % al 17,6 %).

Respecto al tratamiento, la pérdida ponderal es lo que tiene más impacto, ya que disminuye el riesgo cardiovascular y de diabetes y también puede hacer retroceder la enfermedad hepática.

Los fármacos de elección son los arGLP-1 y en un futuro los duales arGIP-GLP, sin obviar que también será de utilidad la metformina, los iSGLT-2 y la pioglitazona, siendo esta con los arGLP-1 los que tienen evidencia para el tratamiento de la esteatohepatitis.

La cirugía bariátrica y metabólica han demostrado beneficios tanto en esteatosis como en fibrosis en estudios a 5 años.

Por tanto, a nuestra paciente le pautamos un arGLP-1 y dieta y ejercicio, mejorando bastante los resultados analíticos (Hb glicosilada 5,8 %, LDL 148, HDL 72, GGT 18, ALT 25, TG 106) a los 6 meses y haciendo una pérdida ponderal considerable (12 %).

■ Influencia de la edad sobre los valores de la HbA1c en personas >50 años sin diagnóstico de DM

Escribano Serrano, José (1); Rodríguez Juliá, María de los Ángeles (2); Nieto Ordóñez, Carmen (1); Cas-to Jarillo, Cristina (3); López Ceres, Ana (4); Venegas Rubiales, Esther (5); Jiménez Vera, Enrique (4)

(1) Centro de Salud San Roque

(2) Centro de Salud La Velada

(3) Hospital La Línea de la Concepción

(4) Hospital La Línea de la Concepción

(5) Centro de Salud Poniente

Introducción

Se ha comunicado que los niveles de HbA1c pueden verse afectados por la edad. Así, estudios previos han indicado que después de los 30 años, el valor de HbA1c puede aumentar en -0,1 % cada decenio. Pero estos resultados se han medido en poblaciones etarias en las que la DM es de baja prevalencia.

Objetivos

Describir la influencia de la edad sobre los valores de la HbA1c en personas >50 años sin diagnóstico de DM.

Material y métodos

Se recopilaron determinaciones ambulatorias (DA) pareadas de HbA1c y GPA realizadas durante 30 meses desde noviembre de 2019 a abril de 2022 a personas >50 años, sin DM (P50) y que tuvieran un filtrado glomerular >15 mL/min/1,73 m².

La población se dividió en 5 grupos etarios: D5 (50 a 59 años); D6 (60-69); D7 (70-79); D8 (80-89) y D9 (>90 años). Los resultados de GPA se clasificaron en cuatro intervalos: G1 (GPA < 80 mg/dL), G2 (80 > GPA < 95 mg/dL), G3 (95 > GPA < 110), G4 (110 > GPA < 126).

Resultados

Se recopilaron 13.251 D a 10.120 P50, 58 % mujer, mediana edad 65 años (RIC 57-75) y con una frecuencia máxima de 1,32 por persona (5 % >2D). La distribución por grupo de edad fue D5 (34 %) D6 (28 %) D7 (23 %) D9 (2 %), D8 (12 %). La mediana de HbA1c varía de 5,6 % (RIC 5,4-5,7) en D5 a 5,7% (5,5-6,0) en D6-8 vuelve a 5,6 % (RIC 5,4-5,9) en D9 (p < 0,01), de forma similar se comporta la GPA 96 mg/dL (96-96) a 103 (103-104) y a 97 mg/dL (95-99). No existen diferencias al evaluar por sexo, ni por presencia de anemia o de TFG disminuida.

La línea de regresión cuadrática entre HbA1c y edad es prácticamente plana, con una mínima elevación (0,03 %) por década en el valor de HbA1c (R² = 0,02; p < 0,01). Al estimar los límites del intervalo de referencia, el superior P97,5 se mantiene estable de 6,28 % en D5 a 6,31 % en D9.

La distribución de los valores de HbA1c para cada grupo de GPA en función de los grupos de edad no muestra un patrón predominante; así mientras que en el grupo G4 los valores aumentan con la edad, en el G6 disminuyen y en los demás se mantienen estables.

Conclusiones

Nuestros datos reflejan un impacto mínimo de la edad en los valores de la HbA1c en pacientes sin DM >50 años.



En contra de lo publicado, en personas sin DM los valores absolutos de HbA1c alcanzan un aumento menor del 0,1% por década. Este mínimo aumento puede ser el reflejo del incremento que sufren los niveles de glucemia con el paso de los años.

Consideramos, por tanto, que en la población >50 años este aumento no tiene una repercusión clínica importante.

■ **Mejora del control glucémico con insulina semanal icodec versus insulina degludec una vez al día en personas con diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento previo con insulina (ONWARDS 3)**

Cieza, Ana María (1); Lingvay, Ildiko (2); Asong, Marisse (3); Desouza, Cyrus (4); Gourdy, Pierre (5); Kar, Soumitra (6); Vianna, André (7)

(1) *Centro de salud Ribera de Órbigo, León, España*

(2) *Division of Endocrinology, Department of Internal Medicine and Peter O'Donnell Jr. School of Public Health, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA*

(3) *Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark*

(4) *University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA*

(5) *CHU de Toulouse & UMR1297/I2MC, Inserm, Université Toulouse 3, Toulouse, France*

(6) *Novo Nordisk Service Centre India Private Ltd., Bangalore, India*

(7) *Curitiba Diabetes Centre, Department of Endocrine Diseases, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, Brazil*

Objetivo

En el estudio ONWARDS 3 se evaluó la eficacia y la seguridad de la insulina icodec semanal frente a la insulina degludec diaria en adultos con diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento previo con insulina.

Material y métodos

ONWARDS 3 (NCT04795531) es un estudio de fase 3 aleatorizado, doble ciego, con doble enmascaramiento, de 26 semanas de duración. Los participantes (n = 588) se aleatorizaron 1:1 a icodec o degludec. El criterio principal de valoración fue el cambio de HbA1c desde el inicio (BL) hasta la semana 26.

Resultados

El cambio medio estimado de HbA1c fue mayor con icodec [(1,57 %; BL: 8,55 %) frente a degludec (1,36 %; BL: 8,48 %); diferencia de tratamiento estimada 0,21 % puntos (IC del 95 % 0,34, 0,08)], lo que confirma la no inferioridad (p < 0,0001) y la superioridad (p = 0,0016) de icodec. Las tasas de hipoglucemia de nivel 2 o 3 fueron numérica, pero no estadísticamente significativas, más altas con icodec que con degludec en el período de tratamiento. Las probabilidades de lograr una HbA1c < 7 % sin hipoglucemias de nivel 2 o 3 fueron significativamente mayores desde el punto de vista estadístico con icodec frente a degludec. No hubo diferencias significativas en la dosis semanal de insulina desde la semana 24 a la 26 o el cambio de peso corporal desde el inicio de tratamiento a la semana 26 entre los grupos. No se observaron hallazgos de seguridad inesperados.

Conclusiones

En general, icodec semanal demostró una reducción de HbA1c superior frente a degludec una vez al día con tasas bajas de hipoglucemia de nivel 2 o 3 en ambos grupos. Icodec puede facilitar la aceptación y la adherencia al tratamiento con insulina al reducir las inyecciones de insulina basal de 365 a 52 por año.

■ Control glucémico superior con insulina semanal icodec con una app de guía de dosificación frente a análogos de insulina basal diarios en DM2 sin tratamiento previo con insulina: ONWARDS 5

Novillo, Clara (1); Bajaj, Harpreet S. (2); Aberle, Jens (3); Davies, Melanie (4); Donatsky, Anders Meller (5); Frederiksen, Marie (5); Yavuz, Dilek Gogas (6)

(1) Centro de Salud Las Cortes, Madrid, España

(2) LMC Diabetes and Endocrinology, Brampton, ON, Canada

(3) University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

(4) Diabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester, UK

(5) Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark

(6) Division of Endocrinology and Metabolism, Marmara University School of Medicine, Istanbul, Turkey

Objetivos

Se evalúan la eficacia y la seguridad de la insulina semanal icodec (icodec) junto con una app de guía de dosificación frente a análogos de insulina basal diarios (degludec, glargina U100 o glargina U300) en adultos con DM2 sin tratamiento previo con insulina.

Material y métodos

ONWARDS 5 (NCT04760626) es un ensayo de fase 3, aleatorizado, abierto, de 52 semanas con elementos de vida real. Los participantes (media: 59,3 años; 32,8 kg/m²) se aleatorizaron 1:1 a recibir icodec o análogos de insulina diarios (1/d). La app de guía de dosificación ayudó a la titulación de icodec. Los análogos diarios se titularon según la práctica clínica habitual.

Resultados

El cambio medio estimado de HbA1c desde el inicio hasta la semana 52 fue mayor con icodec (-1,68 % puntos, BL 9,0 %) frente a los análogos diarios (-1,31 % puntos, BL 8,9 %), lo que confirma la no inferioridad ($p < 0,0001$) y superioridad ($p = 0,009$) de los icodec vs. los análogos 1/d. Los resultados reportados por los pacientes (DTSQ y TRIM-D) fueron estadísticamente significativos a favor de icodec frente a los análogos diarios en la semana 52. Las tasas de hipoglucemia de nivel 2 (<54 mg/dl) y nivel 3 (grave) fueron bajas para ambos tratamientos (0,19 [icodec] frente a 0,14 [análogos OD] eventos por persona-año de exposición). No hubo diferencias significativas en el tiempo de los tratamientos hasta la interrupción o la intensificación de los mismos.

Conclusiones

En general, icodec junto con el uso de una app de guía de dosificación mostró superioridad en la reducción de HbA1C y una mejora significativa en la satisfacción con el tratamiento y las puntuaciones



de adherencia frente a los análogos diarios, con bajas tasas de hipoglucemia, en adultos con diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento previo con insulina, en un entorno de vida real.

■ **La consultoría virtual en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) entre el médico de Atención Primaria (MAP) y el médico de Atención Especializada (MAE), herramienta de colaboración útil**

Castells, Ignasi (1); Estafanell, Anna (2); Babot, Alba (3); Parera, Anna (4); Simó, Olga (1)

(1) *Servicio de Endocrinología. Hospital General de Granollers*

(2) *ABS Granollers 4 (Sant Miquel)*

(3) *ABS La Garriga*

(4) *ABS Vall del Tenes*

Objetivo

Valorar los resultados asistenciales de la consulta virtual en diabetes entre el MAP y el MAE desde marzo de 2020 a junio de 2023.

Método

Revisión retrospectiva del objetivo terapéutico y tratamiento propuesto, cambios realizados y evolución del control metabólico. Se define mejoría del control metabólico cuando hay una reducción mayor del 0,5 % de la HbA1c. Se propone un objetivo terapéutico individual: HbA1c inferior a 7 % si se puede lograr con seguridad o HbA1c inferior a 8 % para los pacientes con una esperanza de vida limitada, o cuando los perjuicios del tratamiento son mayores que los beneficios. Se analizan los cambios a 6, 12 y a partir de los 18 meses.

Resultados

Se revisan 88 pacientes (43 mujeres) procedentes de tres áreas básicas de salud; de 67 años (28-88), con una evolución media de la DM2 de 12 años (0-26) y un IMC de 30,8 (19-50). Seguimiento de resultados a 25,6 meses (12-39). La respuesta a la consulta se realiza a los 2,2 días (1-5).

La HbA1c en el momento de la derivación (n 86) fue de 9,21 % (6,3-15,4); a los 6 meses (n 71) de 7,9 % (5,4-14); a los 12 meses (n 64) del 7,95 % (5,2-12,5); y entre los 18-36 meses (n 50) del 7,8 % (5,3-10). Se derivaron de Atención Especializada 13 casos, dos con diagnóstico final de DM tipo LADA.

En el 84 % de las derivaciones se realiza parcial o completamente la actitud terapéutica propuesta por el MAE. Un 10 % requieren más de una consulta.

Se observó mejoría del control metabólico en un 64,7 % de pacientes, no hubo cambios en un 21,5 % y empeoraron un 7,9 %. Un 4,5 % fueron éxitos.

Se consiguió el objetivo de tratamiento acordado en un 39,7 % de pacientes y no se consiguió en un 38,6 %, un 15,7 % ya disponía de un objetivo terapéutico adecuado y el 6 % restante eran candidatos a control sintomático.

No hubo ningún cambio terapéutico en un 15,9 % de pacientes, se modificaron dosis en un 3,6 %. Se realizaron cambios terapéuticos en el 80,5 % restante: en un 25 % se añadió un SGLT-2, en un 20,4 % se añadió insulina basal en un 19,8 % se añadió GLP-1, y en un 11,3 % se escaló a pautas de insulina más complejas. En un 4 % se añadió glicada, repaglinida o sitagliptina.

De los 49 casos con registros a más de 18 meses, se observa una inercia terapéutica en un 24,4 %.

Conclusiones

La consultoría virtual en diabetes entre el MEP y el MAE puede ser una herramienta para mejorar la asistencia a los pacientes con diabetes evitando desplazamientos. Por los datos obtenidos y el tiempo de respuesta, probablemente puede ayudar al MAP a tomar decisiones y evitar, en parte, la inercia terapéutica.

■ Prevalencia de diabetes gestacional y factores asociados durante los años 2010-2019 en Cataluña. Estudio EpiDMGCat

Alarcón Pérez, Lourdes (1); Soldevila, Berta (2); Vlachó, Bogdan (3); Real, Jordi (4); Cos, Xavier (5); Franch, Josep (3); Mauricio, Dídac (6)

(1) Servicio de Endocrinología y Nutrición - Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol; Facultat de Medicina - Universitat de Vic/Central de Catalunya

(2) Servicio de Endocrinología y Nutrición - Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol; Departamento de Medicina - Universitat Autònoma de Barcelona; CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM)

(3) CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) - Instituto de Salud Carlos III; Grupo DAP Cat, Unidad Soporte a la Investigación Barcelona - Fundación IDIAPJGol

(4) Grupo DAP Cat, Unidad Soporte a la Investigación Barcelona - Fundación IDIAPJGol

(5) CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) - Instituto de Salud Carlos III; Grupo DAP Cat, Unidad Soporte a la Investigación Barcelona - Fundación IDIAPJGol; Oficina d'Innovació de l'Institut Català de la Salut

(6) Servicio de Endocrinología y Nutrición - Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau; Departamento de Medicina - Universitat Autònoma de Barcelona; CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) - Instituto de Salud Carlos III

Introducción

La prevalencia de diabetes mellitus gestacional (DMG) está aumentando debido, entre otros factores, al incremento de la edad materna, la obesidad y el nivel socioeconómico.

Objetivo

Analizar la prevalencia y las características de mujeres con DMG en Cataluña.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron las gestantes de 18-50 años con seguimiento en los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva entre 2010-2019. Se analizaron datos clínicos (edad, IMC pregestacional, dislipemia, HTA), analíticos (glucosa, HbA1c, SOG con 50 g glucosa, SOG con 100 g glucosa), y el índice MEDEA de deprivación socioeconómica (U1: menor deprivación-U5: mayor deprivación) de la base de datos SIDIAP. Se definió DMG como dos valores patológicos de la SOG con 100 g glucosa según criterios NDDG y/o código ICD-10 de DMG.

Resultados

Se incluyeron 221.806 gestantes. La prevalencia de DMG fue 7,9 % (IC del 95 % 7,8-8,04). La Tabla 1 describe las diferencias entre las gestantes con y sin DMG.



Tabla 1. Características de la población de estudio en la inclusión.

	DMG N = 17.587	No-DMG N = 204.219	P
Edad, años, media (DS)	33,5 (5,1)	31,2 (5,6)	<0,001
Índice MEDEA, n (%)			
U1	1.492 (8,5)	20.271 (9,1)	<0,001
U2	2.286 (13,0)	28.692 (12,9)	
U3	2.404 (13,7)	29.580 (13,3)	
U4	29.79 (16,9)	36.589 (16,5)	
U5	3.735 (21,2)	45.398 (20,5)	
Datos perdidos	4.691 (26,7)	61.276 (27,6)	
IMC pregestacional, kg/m ² , media(DS)	27,2 (5,43)	25,8 (5,17)	<0,001
Dislipemia, n(%)	875 (5,0)	6.944 (3,1)	<0,001
Hipertensión, n(%)	157 (0,9)	1.123 (0,5)	<0,001
DMG previa, n(%)	12.420 (70,6)	16911 (7,6)	<0,001
Abortos previos, n(%)	1.881 (10,7)	21452 (9,7)	<0,001

La prevalencia de DMG no se modificó a lo largo del estudio. Sin embargo, se observó un incremento en los grupos de edad más jóvenes [<20 años: 1,28 % (IC del 95 % 0,59-2,42) en 2010 vs. 2,22 % (IC del 95 % 0,96-4,33) en 2019, p = 0,02; 20-25, 9 años: 3,62 % (IC del 95 % 3,12-4,17) en 2010 vs. 4,63 % (IC del 95 % 3,88-5,48) en 2019, p = 0,02]. La edad [OR 1,08 (IC del 95 % 1,07-1,08; p < 0,001)], el sobrepeso [OR 1,59 (IC del 95 % 1,29-2,00; p < 0,001)], la obesidad [OR 2,04 (IC del 95 % 1,65-2,56; p < 0,001)], y los antecedentes de HTA [OR 1,44 (IC del 95 % 1,21-1,71; p < 0,001)], dislipemia [OR 1,40 (IC del 95 % 1,30-1,51; p < 0,001)] y de DMG previa [OR 2,60 (IC del 95 % 2,40-2,81; p < 0,001)] se asociaron positivamente con la DMG. En cambio, los grupos con menor privación (U1-U4) y los abortos previos [OR 0,94 (IC del 95 0,89-0,99; p = 0,016)] se asociaron negativamente con la DMG.

Conclusiones

Este es el primer estudio en España que valora la prevalencia de DMG con resultados diagnósticos de laboratorio procedentes de Atención Primaria. La prevalencia global de DMG no aumentó durante el estudio, pero sí en los grupos de edad más jóvenes. Los resultados obtenidos permiten identificar grupos de riesgo a los que dirigir intervenciones específicas para prevenir y controlarla DMG.

■ Utilización de antidiabéticos e insulinas según filtrado glomerular en personas con diabetes mellitus tipo 2

Rojas Fernández, Valeria Inés (1); Rista, Lucas (1); Dilú Sorzano, César (2); Ramón Granés, María (3); López Arpí, Carles (4); Escribà Planes, Marta (3); Barrot de la Puente, Joan (3)

(1) CAP Sant Hilari Sacalm, Girona

(2) CAP Ernest Lluch, Figueres, Girona

(3) CAP Serria de Ter, Girona

(4) CAP Jordi Nadal, Salt Girona

Introducción

En los últimos años se han incorporado varios agentes farmacológicos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con beneficios en el control metabólico y protección cardiorenal. Las personas con diabetes mellitus 2 (PDM2), con un filtrado glomerular (FeG) disminuido o cociente albúmina-creatinina (CAC) elevado pueden beneficiarse utilizando nuevas familias de antidiabéticos no insulínicos (ADNI).

Objetivos

Primarios:

– Evaluar la utilización de ADNI e insulinas (INS) según el FGe y CAC en PDM2, en una región de Cataluña.

Secundarios:

– Analizar la utilización de las nuevas familias de fármacos como los SGLT-2 y arGLP-1.

– Evaluar el control metabólico de las PDM2 según el FG.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, transversal, basado en el registro de la historia clínica informatizada de Atención Primaria, información clínica de la base de datos SIDIAP del Institut Català de la Salut, al 31 de diciembre de 2022. Se incluyeron personas con DM2 mayores de 18 años, ambos sexos, estratificados por tasa FGe y CAC según las guías KDIGO, tiempo de evolución de la DM2, uso de ADNI, INS y HbA1c. Criterios de exclusión personas sin datos de FG y CAC. Los datos se analizaron con medidas descriptivas clásicas.

Resultados

La población total fue de 220.905 habitantes de los cuales 15.545 tienen DM2, prevalencia de DM2 del 7,5 % (H 57 %). Se excluyeron 607 PDM2 por no constar con FGe y/o CAC. El promedio de edad en PDM2 es de 69 años (SD 59-78) y en población sin diabetes 45 años (SD 31-58). La HbA1c según FGe fue: G1 7,1 %, G2 6,8 %, G3a 6,8 %, G3b 6,8 %, G4 6,8 %, G5 6,45 %. La distribución de la utilización de ADNI e INS según el FGe y CAC.

Conclusión

El control metabólico de la población estudiada es muy bueno, incluso con FGe bajos. La metformina es el ADNI más utilizado. A medida que cae el filtrado aumenta la utilización de INS. La repaglinida



y DPP-4 tienen un gran porcentaje en los distintos FGe. Los GLP-1 se utilizan menos del 5 % en todos los subgrupos. Las arSGLT-2 no superan el 20 % en ninguno de los subgrupos de FGe y CAC, por debajo de lo que las guías internacionales aconsejan.

■ **Proyecto de mejora del cribado de retinopatía diabética: implicando a los centros ópticos como agentes de salud**

Vilanova Fillat, María Belén (1); González-Zobl, Griselda (1); Torrellardona Cantera, Pilar (1); Garriga Badia, Aurora (1); Bascompte Jorba, Carmina (1); Villa García, Noelia (1); Raga Casellas, Maite (1)

(1) *CAP Igualada Nord*

Introducción

La retinopatía diabética (RD) es la complicación más específica de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la mejor herramienta de cribado es la realización de una retinografía con cámara nomidriática (RTCM). Gracias a los programas de cribado y al mejor control de la DM2 la RD ha dejado de ser la primera causa de ceguera en personas en edad laboral en muchos países.

Una avería en el retinógrafo asignado a nuestro centro dificultó durante un tiempo la realización de este cribado, y para cumplir con los estándares de calidad nos propusimos innovar en el diseño del circuito. Establecimos un vínculo con los centros ópticos de nuestra comunidad que poseían retinógrafo y personal formado para su uso y les propusimos participar en el cribado de forma desinteresada, realizando esta actividad comunitaria separada de la actividad comercial. De los cuatro centros ópticos de nuestra ciudad con estas características, tres accedieron a participar en el proyecto. Esta colaboración fue aprobada por el comité de ética asistencial de nuestra entidad.

Objetivos

Evaluar la calidad del cribado (pruebas válidas vs. el total de pruebas hechas) desde su implantación. Evaluar el grado de cumplimiento del estándar de calidad asistencial (EQA) de cribado ocular en pacientes con DM2.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal del cribado de RD en individuos con DM2 de más de 14 años entre los periodos de preimplantación (de enero a diciembre de 2017) y posimplantación (de enero a diciembre de 2022). Variables de estudio: número de exploraciones totales, exploraciones valorables (normales o patológicas) y no valorables; número de pacientes DM2 y pacientes DM2 con RTCM en los últimos 2 años; porcentaje de pacientes con DM2 con cribado realizado en los últimos 2 años; resultado de EQA de cribado ocular en DM2.

Resultados:

Durante el año 2017 se realizaron un total de 324 cribados, 277 fueron válidos (85,5 %), mientras que en el año 2022 se realizaron 611 cribados y 392 fueron válidos (64,1 %) ($p < 0,001$). En cuanto al grado de cumplimiento del EQA, en el 2017 se alcanzó un 64,2 % vs. el 70,57 % en 2022 ($p < 0,05$).

Cribado ocular en DM2		2017	2022	p-valor
Pruebas	Válidas	277	392	P < 0,001
	Total	324	611	
	%	85,5	64,1	
EQA	Numerador	355	446	P < 0,05
	Denominador	553	632	
	%	64,2	70,57	

Conclusiones

Este proyecto ha permitido mejorar los resultados de EQA de forma estadísticamente significativa en nuestro centro. El aumento de las pruebas no válidas ha implicado revisar los criterios de calidad de las RTCM y realizar sesiones de consenso de aceptación de las imágenes. La implicación de los centros ópticos como agentes de salud comunitaria ha contribuido a aumentar el acceso a la prevención de las complicaciones de la DM2, en concreto de la RD.

■ Predicción de enfermedad macrovascular en pacientes con DM2

Perpiñá Fortea, Consuelo (1); Ávila Bosquet, José Damián (2); Fernández Baena, María Ángeles (3); Heersche Morillo, Adriana (1); Gómez García, María del Carmen (3); Ávila Lachica, Luis (3)
 (1) UGC Torre del Mar
 (2) Universidad de Almería
 (3) UGC Vélez Norte

Objetivo

Identificar estadísticamente las características que influyen en el desarrollo de complicaciones macrovasculares en pacientes DM2.

Material y métodos

– Estudio transversal:

Pacientes con DM2 mayores de 18 años incluidos en la base de datos SIDIAP que acudieron durante 2020 a las consultas.

– Análisis estadístico:

Mediante técnicas de *learning machine*, identificamos las características de los pacientes con riesgo de padecer complicaciones.

La base de datos está formada por 32 variables continuas y 76 discretas.

En una primera criba de variables suprimimos aquellas que sean constantes y posteriormente las duplicadas que toman el mismo valor y los outliers mediante el eficiente test de Grubbs.



La gran mayoría de algoritmos de *machine learning* no están pensados para tratar con valores ausentes. Para resolver este problema determinamos imputarlos mediante los métodos MICE. Para poder aplicarlos correctamente se cumple que la mayoría de las variables no tienen más de un 4-5 % de valores ausentes, luego, buscamos patrones en la ausencia de valores.

Para imputar variables continuas utilizamos el algoritmo de *machine learning* PMM, para variables binarias regresión logística, para variables discretas con más de una categoría árboles de decisión. Para evitar que variables con varianza casi nula o casi constantes puedan distorsionar el ajuste, decidimos eliminar aquellas variables cuya varianza sea menor que 1/2 en el caso de las continuas y aquellas con menos del 1 % de frecuencia en la base de datos.

Variables altamente correladas pueden dar lugar a colinearidades, afectando negativamente a muchos algoritmos. Para cada par de variables continuas calculamos su coeficiente de correlación de Pearson, afirmando que están correladas cuando sea mayor que 0,75 en valor absoluto.

Para seguir reduciendo la dimensionalidad aplicamos una variante de los conocidos como *wrapper methods*. Le aplicamos distintos algoritmos de machine learning para predecir la variable enfermedad microvascular.

Resultados

Mediante las variables: haber padecido una ECV, ERC, HTA, insuficiencia cardíaca, FG, albumina/creatinina, hiperlipemia, duración en años, pacientes tratados con antagonistas canales del calcio, IMC, infecciones urinarias y un modelo de regresión logística podemos predecir con un 89,23 % de éxito si un paciente con diabetes mellitus tipo 2 padece o ha padecido una enfermedad macrovascular. Además, el modelo presenta una ratio de falsos negativos del 21,18 %. Para mayor validación de nuestro modelo se calcula el AUC tomando este un valor de 0,861. Todas las medidas anteriores indican que se trata de un modelo excelente.

Conclusiones

Utilizando 11 parámetros, podemos predecir con una confianza del 88,85 % la posibilidad de tener una complicación microvascular en pacientes con DM2.

■ Factores de desarrollo de complicaciones microvasculares en DM2

Fernández Baena, María Ángeles (1); Ávila Bosquet, José Damián (2); Perpiñá Fortea, Consuelo (3); González Vidal, María (1); Gómez García, María del Carmen (1); Ávila Lachica, Luis (1)

(1) *UGC Vélez Norte*

(2) *Universidad de Almería*

(3) *UGC Torre del Mar*

Objetivo

Identificar de forma estadística las características que influyen en el desarrollo de complicaciones microvasculares en pacientes con DM2.

Material y métodos

– Estudio transversal.

Pacientes con DM2 mayores de 18 años incluidos en la base de datos SIDIAP del programa de Atención Primaria que acudieron durante el año 2020 a las consultas.

– Análisis estadístico:

Mediante técnicas de *learning machine*, se identificarán las características de los pacientes que establecerán riesgo de padecer complicaciones.

La base de datos está formada por 32 variables continuas y 76 discretas.

En una primera criba de variables suprimimos aquellas que sean constantes y posteriormente las duplicadas que toman el mismo valor y los outliers mediante el eficiente test de Grubbs.

La gran mayoría de algoritmos de *machine learning* no están pensados para tratar con valores ausentes. Para resolver este problema se determina imputar los valores ausentes mediante los métodos MICE para poder aplicarlos correctamente se cumple que la mayoría de las variables no tienen más de un 4-5 % de valores ausentes. En segundo lugar, buscamos patrones en la ausencia de valores.

Para imputar variables continuas se ha utilizado el algoritmo de *machine learning* PMM, para variables binarias regresión logística, para variables discretas con más de una categoría árboles de decisión.

Para evitar que variables con varianza casi nula o casi constantes puedan distorsionar el ajuste, se decide eliminar aquellas variables cuya varianza sea menor que 1/2 en el caso de las continuas y aquellas con menos del 1 % de frecuencia en la base de datos.

Variables altamente correladas pueden dar lugar a colinearidades, afectando negativamente a muchos algoritmos. Para cada par de variables continuas calculamos su coeficiente de correlación de Pearson, afirmando que están correladas cuando sea mayor que 0,75 en valor absoluto.

Para seguir reduciendo la dimensionalidad aplicamos una variante de los conocidos como *wrapper methods*. Le aplicamos distintos algoritmos de machine learning para predecir la variable enfermedad microvascular.

Resultados

Las variables: cociente albumina/creatinina, FG, edad, insuficiencia cardíaca, ECV, ERC, HTA, hiperlipemia, infecciones urinarias, tratamiento con insulina o metformina, HbA1c, creatinina, duración en años y pacientes tratados con antagonistas canales del calcio; y mediante un modelo de regresión logística podemos predecir con un 88,85 % de éxito si un paciente con DM2 padece o ha padecido una enfermedad microvascular. Además, el modelo presenta una ratio de falsos negativos del 21,61 %. Para mayor validación de nuestro modelo se calcula el AUC tomando este un valor de 0,886. Todas las medidas anteriores indican que se trata de un modelo excelente.

Conclusiones

Utilizando 14 parámetros, podemos predecir con una confianza del 88,85 % la posibilidad de tener una complicación microvascular en pacientes con DM2.



■ Tratamiento farmacológico inicial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticados en un área de Atención Primaria

Dilu Sorzano, César (1); Haro Iniesta, Laura (1); Perera Salcedo, Elsie (1); Roura Fausellas, Marta (1); Aragón Bonachera, Marta (1); Vidal López, Juan (1); Gayoso Gil, Noemí (1)
(1) ICS

Introducción

Al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se han incorporado nuevos medicamentos que han demostrado una gran eficacia en el control de la enfermedad y en la prevención de las complicaciones cardiorrenales. Este estudio se enfoca en analizar el tratamiento farmacológico indicado a los pacientes con nuevo diagnóstico de DM2 en un área de Atención Primaria.

Objetivos

– General

Describir el patrón de tratamiento farmacológico utilizado en los pacientes con DM2, diagnosticados durante 12 meses, en un área de Atención Primaria.

– Específicos

1. Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes estudiados.
2. Identificar el tipo de tratamiento más frecuentemente utilizado y relacionarlo con alguna variables de interés.

Material y método

- Estudio descriptivo transversal.
- Población: pacientes con nuevo diagnóstico de DM2, entre marzo del 2022 y marzo 2023.
- Recopilación de datos de base de datos del ECAP.
- Variables: tipo de medicamentos hipoglucemiantes, edad, género, IMC, comorbilidad HbA1c y función renal.
- Se confecciona libro de Excel y se procesa con Epi info 7.2. Realizamos análisis descriptivo con promedios y porcentajes para comparaciones entre grupos.

Resultados

- Estudiamos 149 pacientes (78 de sexo masculino y 71 femenino), que cumplieron criterios de inclusión entre los 193 registrados con diagnóstico nuevo de DM2 en este periodo.
- El promedio de edad fue de 59,6 años, sin existir gran diferencia entre ambos sexos.
- El promedio de IMC en las mujeres fue de 35,12 y en los hombres de 31,15.
- El 84 % recibió tratamiento farmacológico, en la mitad de los casos, con un solo tipo de medicamento.
- 101 pacientes (67 %) recibieron tratamiento con metformina, 17 con iSGLT-2, 14 sulfonilurea, 9 con iDPP-4, 8 aGLP-1 y 2 con repaglinida.
- En 12 pacientes se inició tratamiento con insulina, 3 de ellos en monoterapia.
- El promedio de HbA1c en las mujeres fue de 7,85 % y en los hombres 6,95 %.
- 24 pacientes tenían diagnóstico de IRC y solo en 5 se prescribió iSGLT-2.

- A 3 pacientes, de los 9 con diagnóstico de cardiopatía isquémica, se le prescribió iSGLT-2.
- A 3 pacientes, de los 7 con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, se le prescribió SGLT.
- Se prescribió aGLP-1 solo al 10 % de los pacientes con un IMC mayor de 30.

Conclusiones

- En nuestra población de estudio las mujeres presentaron mayor IMC y peor control metabólico que los hombres.
- El tratamiento mayormente prescrito a estos pacientes fue metformina en monoterapia, independientemente de sus comorbilidades, su IMC o la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Este análisis descriptivo proporciona una instantánea del panorama del tratamiento farmacológico recibido por los pacientes con DM2 de debut en nuestra área de salud, donde los nuevos medicamentos recomendados no se utilizan aún preferentemente, en el perfil de pacientes que recomiendan las últimas guías.

■ Proyecto de intervención sobre los profesionales de Atención Primaria para mejorar la inercia terapéutica

Espinosa Peña, Irene (1); Amat Camats, Gemma (1); Espinosa Peña, Marta (1); Oliver García, Mercè (1); Solé Boldú, Montse (1); Serra Peruchet, Anna (1); Sans Badia, Sònia (1)

(1) CAP Balaguer

Introducción

La Atención Primaria es la principal encargada de las patologías crónicas, en concreto de su seguimiento y la prevención de complicaciones. Entre los problemas para llevar esta tarea a cabo se encuentra la inercia terapéutica (IT) de los profesionales sanitarios. Esta se ha visto incrementada en los últimos tiempos por modificaciones en el sistema y suponemos que especialmente por la pandemia de COVID-19. Debemos detectarla y llevar a cabo intervenciones para contrarrestarla y, así, evitar el “malcontrol” de los pacientes.

Objetivos

Conocer la inercia terapéutica (IT) de la DM2 de un Área Básica de Salud (ABS) antes y después de una intervención a profesionales.

Metodología

Se trata de un estudio con un diseño semiexperimental antes-después, en el que se realizarán una serie de sesiones informativas y formativas a los profesionales, y se determinará si, tras estas, se modifica la IT. Cronograma 15/03/2019-15/06/2024 en un ABS semirural. Criterios de inclusión: personas con DM2 mayores de 18 años y con más de un año de diagnóstico. Muestreo teórico de 350 personas (se han estudiado 378 en el estudio pre- ya realizado). Criterios de exclusión: personas sin registro analítico, que cursen traslado a otro centro durante el estudio, éxitus. Parámetros de mal control: DM2: <80 años HbA1c >7; DM2: >80 años HbA1c >8. Intervención: 2 sesiones informativas sobre los resultados previos de IT de cada profesional y manejo farmacológico en DM2 + reuniones en grupos focales para discutir estrategias de como luchar contra la IT. Recogida de



datos: historia clínica informatizada. Variable dependiente: IT. Análisis de datos: descriptiva con frecuencias y la correlación mediante chi-cuadrado.

Resultados esperados

Se ha realizado ya la primera parte del estudio, hallando un porcentaje de IT en DM2 de un 53,7 %. Tras la fase de intervención se espera que la inercia disminuya, debido a la adquisición de conocimientos sobre la misma.

PÓSTERS

Segundo Congreso Nacional de la Fundación redGDPS

■ 001 Sensores de monitorización continua de glucosa (MCG): conocimiento y opinión de los pacientes con diabetes

Piñana López, Alfonso (1); Alonso García, María Concepción (1); Pérez Carrión, Isabel Mercedes (1); Agüera Mengual, Fuensanta (1); Salinas Sevilla, María Carmen (1); Villamor de Santiago, María Teresa (1); Belmonte Martínez, Lidia (1)

(1) Centro de Salud Docente Cartagena Oeste. Área 2. Servicio Murciano de Salud

Objetivo

Explorar el grado de conocimiento y la valoración de los pacientes con diabetes acerca del uso de sensores de monitorización continua de glucosa (MCG) como una innovadora alternativa para el manejo de la glucemia.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio observacional cuantitativo a través de una captación activa de pacientes diagnosticados de diabetes, acompañados o no, en el ámbito de la consulta. Se les propuso a los pacientes rellenar un formulario online de Google con seis preguntas: cinco de tipo cerrado sobre el conocimiento y la valoración del sistema MCG y una de tipo abierto sobre las ventajas e inconvenientes del mismo.

Resultados

Se recabaron 63 respuestas válidas, de las cuales el 69,8 % (44) eran de mujeres. El rango de edad más frecuente fue el de 46 a 55 años, con el 31,7 % (20) de los encuestados. El 68 % (43) manifestó conocer el sistema MCG y el 15,9 % (10) se mostró reticente a utilizarlo en el futuro. La mayoría de los participantes que habían empleado el sistema MCG expresaron su satisfacción con sus beneficios, tales como la comodidad, la precisión, la prevención de hipoglucemias e hiperglucemias y la mejora de la calidad de vida. No obstante, también se detectaron algunas áreas de mejora, como el tamaño y la adherencia del sensor, la compatibilidad entre dispositivos y la incorporación de alarmas sonoras.

Conclusiones

Los pacientes con diabetes evidenciaron un elevado nivel de conocimiento y una valoración positiva sobre el sistema MCG como recurso para el control de la glucemia. Los beneficios percibidos por los usuarios abarcaron la comodidad, precisión, prevención de hipoglucemias e hiperglucemias y mejora en la calidad de vida. Se sugieren mejoras en aspectos como el tamaño y adherencia del sensor, compatibilidad entre dispositivos y la adición de alarmas sonoras.



■ 002 La importancia del abordaje multidisciplinar a la hora de deprescribir

Garrido Reyes, Isabel (1)

(1) *EAP Roquetes-Canyelles*

Paciente de 69 años natural de Colombia y residente en España desde hace 9 años por motivos laborales familiares.

Diagnosticada de DM tipo 2 hace 7 años y con las siguientes patologías: polimialgia reumática, dislipemia, tendinitis del hombro, incontinencia urinaria mixta, insomnio, artrosis, ansiedad y temblor esencial. Sin alergias conocidas y con el siguiente plan de medicación: diazepam, omeprazol, zaldiar, metamizol, synjardi, toujeo y sumial.

No fumadora, niega consumo alcohol. Sedentaria, IMC de 32. Refiere constantes transgresiones dietéticas. Buena adherencia al tratamiento farmacológico.

Desde el diagnóstico de la diabetes, la paciente ha ido realizando los controles pertinentes en nuestro centro de salud sin llegar a alcanzar cifras óptimas de HbA1c. Hasta el momento, sin complicaciones asociadas.

Se detecta con el tiempo una distimia relacionada con el hecho de haber tenido que abandonar su país para acompañar a su marido por trabajo y tener que dejar allí a su familia. Se realiza interconsulta con el psicólogo de primaria que decidió hacer seguimiento sin cambios significativos. Con el tiempo, empeoramiento del control glicémico. Aprovechando la incorporación de las nuevas figuras sanitarias a la Atención Primaria, consideramos que es una paciente que cumple los criterios y se realiza interconsulta tanto con fisioterapeuta como con nutricionista y ambos la incluyen en sus respectivos grupos.

Tras varias sesiones, refiere una mejora del dolor gracias a los ejercicios trabajados en el grupo con el fisioterapeuta y empieza a salir a caminar con 2 pacientes del grupo de obesidad aumentando la intensidad y las sesiones de manera progresiva.

En los siguientes controles analíticos se observa una disminución progresiva de la glicada hasta poder llegar a retirar la insulina.

En este caso, podemos observar la importancia de optimizar los recursos que tenemos disponibles en Atención Primaria a través de un abordaje multidisciplinar, consiguiendo motivar al paciente y haciendo que sea consciente de su enfermedad, alcanzando de esta manera unos hábitos saludables que permitan un buen control de las patologías de base con la mínima medicación posible.

■ 003 Paciente con diabetes mellitus tipo 2 y riesgo cardiovascular muy alto

Hurtado de Mendoza Medina, Ángel (1); Expósito Mateo, Ana María (2)

(1) *Centro de Salud Clara Campoamor, Mairena del Aljarafe*

(2) *Centro de Salud Blas Infante, Coria del Río*

Descripción del caso

Paciente de 58 años con antecedentes de hipertensión en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida, dislipemia en tratamiento con simvastatina de 20 mg, diabetes de más de 10 años de evolución en tratamiento con metformina/linagliptina y empagliflozina y obesidad. Acude a consulta para control rutinario analítico anual. Refiere que en los últimos meses, tras la navidad ha engordado 4 kg.

Exploración y pruebas complementarias

Realizamos analítica con colesterol total en 156 mg/dl, LDL en 78 mg/dl y HDL 54 mg/dl. Hemoglobina glicosilada en 7,9 % (con empeoramiento con respecto a la última analítica en la que tenía 7,1 de HB glicosilada). Filtrado glomerular sin alteraciones. Pedimos pie diabético sin signos de neuropatía diabética. Retinografía sin signos de retinopatía diabética IMC en consulta de 36.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada en paciente con riesgo cardiovascular muy alto.

Diagnóstico diferencial

Debemos indagar sobre la causa del empeoramiento en el control diabético, que en este caso parece indicar transgresión dietética. Como otras posibles causas del empeoramiento de la diabetes tenemos el sedentarismo, la falta de adherencia terapéutica, el uso de corticoides para enfermedades concomitantes, aumento de la resistencia insulínica... Pautamos para nuestro paciente tratamiento con semaglutida oral de 3 mg inicialmente y aumentando a 7 mg en la revisión mensual (recordando a nuestra paciente la toma en ayunas, y el funcionamiento del fármaco). Retiramos linagliptina por la incompatibilidad con GLP-1 oral al actuar ambos por la vía de las incretinas. Realizamos seguimiento de control de peso, con una pérdida de 9 kg en 6 meses y una mejoría en la hemoglobina glicosilada hasta 7%.

Retiramos simvastatina de 20 mg y pautamos rosuvastatina 20 mg para control de objetivo LDL < 55 o reducción del 50 %.

Conclusiones

La patología cardiovascular supone la principal causa de muerte en los países desarrollados. El control de estos factores de riesgo cardiovascular es tarea fundamental del médico de familia. Comprobamos el uso de la semaglutida oral como tratamiento eficaz para la mejoría del peso en nuestros pacientes, y por ende, mejoría cardiovascular. Su uso potenciado con los iSGLT-2 hacen que pacientes como el nuestro mejoren en peso y en control diabético y, por ende, en objetivos de riesgo cardiovascular.

■ 004 Índice triglicéridos glucemia como marcador de insulinización en pacientes con DM2

María Tablado, Miguel Ángel (1); Simón Sosa, Claudia (2)

(1) Consultorio Local Perales de Tajuña. DASE. SERMAS. GdT Diabetes SoMaMFyC

(2) Residente 3 años Medicina Familiar y Comunitaria. UD Multiprofesional Sureste. SEMAS

Objetivos

La diabetes mellitus tipo 2 forma parte del síndrome metabólico (SMet), junto con la HTA, obesidad y dislipemia, caracterizándose por una elevada resistencia a la insulina (RIn). La insulinización en muchos pacientes con DM y SMet es precisa.

La medición de la RIn actualmente se puede hacer con: clamp glucémico (forma directa, cara y dificultosa) o con HOMA-IR/insulinemia (forma indirecta). Una alternativa es el índice triglicéridos-glucosa (IT/G), menos costosa y de acceso en Atención Primaria.



Pretendemos en este estudio caracterizar los pacientes con DM2 de una consulta de Atención Primaria, conocer su RIn y las posibles diferencias entre los que fueron insulinizados y los que no. Lanzando la hipótesis que los pacientes insulinizados presentan más RIn.

Material y métodos

Estudio retrospectivo. Población: todos pacientes DM2 de un solo cupo. Se excluyen: ausencia registro en últimos 10 años y DM1 o autoinmunes. Variables: insulinizado o no, glucemia basal, Triglicéridos, Colesterol HDL, HbA1C, IT/G con la fórmula $[\text{Ln}(\text{glucosa basal} \times \text{triglicéridos}/2)]$. Las variables se obtuvieron de la historia clínica en el momento más próximo al diagnóstico DM (M1), y en el momento más actual (M2). También se obtuvieron las mismas en el momento más próximo a la insulinización (M3). Se obtiene aprobación de la Comisión de Investigación para la realización del trabajo y exención del Consentimiento Informado. Los datos se pseudonimizaron.

Resultados

Se obtuvo el registro de 119 pacientes DM. Se analizaron $n = 101$. Edad media 71 años. 41 mujeres. 23 pacientes con insulina. Glucosa basal media sin insulina/con insulina: 140/159 mg/dL. Triglicéridos en ayudas media sin insulina/con insulina: 174/156 mg/dL. HbA1c media sin insulina/con insulina: 7,1/ 8,5 %. IT/G M1, M2 sin insulina: 9,24; 9,08, respectivamente. IT/G M1, M2 con insulina: 9,30; 9,15, respectivamente. M3: 9,44. Todas las comparaciones realizadas entre insulinizados y no insulinizados respecto a nivel de glucosa basal en los tres momentos, HbA, triglicéridos, IT/G no obtuvieron significación estadística. Solo hubo $p < 0,01$ en el valor de la glucemia basal en el M2 (fue mayor en insulinizados) y el IT/G en el M2 comparado con M3 (mayor en insulinizados).

Conclusiones

Todos los pacientes analizados con y sin insulina estaban en rango de RIn para IT/G ($>8,8$). Se aprecia diferencia estadísticamente en el IT/G entre el momento de la insulinización (M3) y el momento actual (M2) mayor en los insulinizados.

Se trata de un solo cupo médico con las limitaciones inherentes y la no recomendación de generalización. Es mayor la proporción de RIn en los pacientes insulinizados en el momento de insulinar, siendo todos los pacientes SMet.

La imposibilidad de utilizar HOMA-IR nos resta conocer el rendimiento diagnóstico del IT/G para conocer la posibilidad que un paciente DM2 sea insulinzado.

■ 005 Uso del retinógrafo no midriático desde Atención Primaria

- Suazo Mínguez, Víctor (1); Benlliure Falcó, Irene (2); Sotillo León, Ana (2); Rouco Pajón, Jennifer (3)
(1) Centro de Salud Las Calesas
(2) Centro de Salud Abrantes
(3) Centro de Salud Ciudad Jardín

Objetivos

- Realizar una revisión sistemática para evidenciar la importancia del cribado y seguimiento de la RD desde AP.
- Mostrar las funciones del profesional enfermero y médico en el cribado y control de la RD.

Pregunta PICO: ¿La utilización del RNM desde Atención Primaria mejoraría el cribado y diagnóstico precoz de la RD?

P: Pacientes con diabetes tipo 1 y 2.

I: Utilización del RNM desde AP.

C: No se realiza comparación.

O: Mostrar el beneficio de este tipo de cribado desde AP.

La búsqueda bibliográfica se realizó en diversas bases de datos (Scielo, Cochrane, Elsevier, MedlinePlus...), páginas web/ artículos procedentes de instituciones oficiales como la OMS, Centro de Oftalmología IOBA y guías estandarizadas como son las guías ADA.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron:

- Textos completos disponibles.
- Artículos publicados en los últimos 15 años.
- Artículos en inglés y español.

Resultados

En diferentes estudios, como el realizado en Gijón, se demostró la confianza del MAP en el cribado de las retinografías con casi un 95 % de acuerdo global entre oftalmólogos y MAP. Otro estudio es el realizado en Pamplona donde se confirma también que la actuación de los MAP en el diagnóstico patológico o no de RD desde su ámbito asistencial es correcto.

Cabe destacar el estudio transversal realizado por diferentes servicios de oftalmologías de distintos hospitales de Asturias donde formando mediante cursos de 4 horas a los MAP y la formación de las enfermeras en todo lo relacionado a la realización de las diferentes pruebas durante 1 mes obteniendo una buena seguridad clínica.

Cabe destacar que en distintos trabajos realizados en la propia gerencia de AP de Madrid, Gijón y Tarragona y tras la formación teórico-práctica del personal de enfermería, se pudo capacitar a la enfermeras en el buen manejo del RNM y en la gestión de este cribado desde AP con el envío posterior al oftalmólogo.

Conclusiones

Se puede mostrar la gran importancia y efectividad que tiene el cribado de RD desde AP, beneficiando tanto a pacientes como al propio Sistema Nacional de Salud.

Durante todo este proceso la figura del personal de enfermería está presente y es fundamental en su seguimiento; requiere de un periodo de aprendizaje y preparación de alrededor de 1 mes, en el que engloba (educación para la salud, apoyo emocional y realización de distintas pruebas periódicas como son la RNM, agudeza visual, cálculo de la presión intra ocular...) desde la propia consulta de enfermería.

En este trabajo he mostrado los dos modelos de cribado de RD desde AP, ambos modelos de cribado refuerzan la comunicación y el vínculo de la AP y Atención Especializada.



■ 006 Características asociadas a las complicaciones microvasculares (enfermedad renal diabética y retinopatía) de los pacientes con DM2

Fernández Baena, M. Ángeles (1); Ávila Lachica, Luis (2); Gómez García, Carmen (3)

(1) UCG Vélez Norte

(2) Consultorio de Almáchar

(3) UGC Vélez Norte

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que afecta al 13,8 % de la población española. La retinopatía diabética es la primera causa de ceguera en personas en edad laboral pero hoy en día puede prevenirse gracias a una detección precoz. Esto justifica la necesidad de desarrollar programas de cribado que permitan encontrar una posible relación de factores de riesgo y características clínicas previas. La nefropatía diabética es una de las complicaciones más frecuentes y graves tanto de DM1 como de DM2.

Con este proyecto se propone un diseño transversal para analizar las características de los pacientes con DM2 que han desarrollado complicaciones microvasculares (centrándonos en RD y ERC) y, mediante técnicas de *machine learning*, estratificar a los pacientes en grupos de riesgo de desarrollar la enfermedad.

La población diana fueron los pacientes con DM2 incluidos en la base de datos del programa de Atención Primaria de nuestra área sanitaria. Se han tenido en cuenta para el estudio tanto variables sociodemográficas, antecedentes personales, datos de laboratorio y tratamiento.

Software utilizado: RStudio en su versión 4.2.1.

Se proponen diferentes modelos obtenidos mediante algoritmos *machine learning* y se prueba si existen diferencias significativas en cuanto al éxito de cada uno de ellos. Finalmente se concluye que a partir de las variables finales y mediante un modelo de regresión logística podemos predecir con un 88,85 % de éxito si un paciente con DM2 padece o ha padecido una enfermedad microvascular.

■ 007 El farmacéutico, clave en la adherencia a los nuevos tratamientos en diabetes

Jaraiz Magariños, Irene (1)

(1) Farmacia Silvia López Aláiz, Avilés, Asturias

Hombre, 74 años que acude a la farmacia comunitaria (FC) a retirar su nueva medicación para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM2): semaglutida inyectable. Indica que ya le han explicado las pautas y la forma de administración, insistimos en volver a explicárselo, pero no accede.

167 cm, 101 kg, IMC = 36,2 kg/m², DM2 de 3 años de evolución, no controlada con dieta y ejercicio. Hipertensión arterial e hipercolesterolemia, controladas, depresión. Sedentarismo, no fumador pero sí toma de alcohol por encima de los límites establecidos como “adecuados”.

Tratamiento

Dapaglifozina 10 mg, amlodipino/valsartán 5/160, rosuvastatina 5 mg, mirtazapina 30 mg y semaglutida inyectable 0,5 mg.

Llama a la FC pasados 2 días, no puede moverse de casa ya que presenta una diarrea muy fuerte y náuseas. No puede ponerse en contacto con el centro de salud, tramitamos desde la FC una consulta con el médico (MAP) y le llevamos la medicación pautaada: suero de rehidratación y probióticos.

Diagnóstico diferencial

Diarrea por mala administración de semaglutida, reacción adversa al principio activo, gastroenteritis, pauta errónea del inyectable.

Hablamos con el MAP ya que la dosis de inicio pauta de semaglutida es de 0,5 cuando debería ser de 0,25 la primera semana y creemos que esto ha provocado el episodio. Coincide con nosotros y cambia la prescripción.

El paciente acude a la FC con la pluma usada y no quiere volver al tratamiento, ya que lo ha pasado muy mal. Pasamos con él a la zona de atención personalizada (ZAP) y le explicamos el porqué de lo sucedido, cómo actúa el fármaco y lo importante que es para su salud hacerlo de forma y con la pauta correcta. Ensayamos con los placebos la forma de administración y vemos que también tenía algunos fallos en la misma, como guardar la pluma con la aguja puesta, entre otros.

Conclusiones

Con la inclusión del farmacéutico comunitario en la rueda de la Atención Primaria conseguiríamos una mejora en la adherencia a los tratamientos así como una disminución de reacciones adversas a la medicación y efectos adversos a la misma. El farmacéutico comunitario no solo es valioso por su cercanía a la población, sino que es un profesional cualificado y competente.

■ 008 Neumonía recurrente en paciente diabético

García Álvarez, José Manuel (1); García Sánchez, Alfonso (2)

(1) Centro de Salud de Calasparra, Murcia

(2) Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza

Descripción del caso

Paciente de 57 años, obesa, fumadora de 20 cigarrillos diarios, hernia de hiato, diabetes tipo 2 de larga evolución e hipertensión arterial en tratamiento con insulina glargina, metformina, omeprazol y amlodipino. La paciente consulta a su médico de Atención Primaria por dificultad respiratoria y dolor costal derecho de características pleuríticas con fiebre, tos y expectoración verdosa desde hace dos días. Hace una semana presentó un episodio de vómitos alimenticios relacionados con la ingesta que cedieron con tratamiento dietético. La paciente ha presentado dos neumonías basales derechas en el último año.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física destaca fiebre de 38,3°C, taquipnea de 18 rpm y disminución del murmullo vesicular con estertores crepitantes, aumento de las vibraciones vocales y percusión mate en base pulmonar derecha, así como distensión abdominal con timpanismo.

En la analítica se observa leucocitosis con desviación izquierda y discreta hipoxemia con hipocapnia. Se solicita radiografía de tórax donde se observa un infiltrado con broncograma aéreo en base pulmonar derecha con una importante dilatación gástrica.

Durante su ingreso se realiza una esofagogastroscoopia y un tránsito esofagoduodenal constatando una dilatación gástrica y un retraso del vaciamiento gástrico.



Orientación diagnóstica y juicio clínico

Neumonía por broncoaspiración en paciente con gastroparesia diabética.

Diagnóstico diferencial

Neumonía recurrente por asma, síndrome aspirativo, inmunodeficiencias, trastornos del aclaramiento ciliar o comprensión bronquial extrínseca.

Gastroparesia idiopática, vírica, diabética o farmacológica.

Conclusiones

La paciente fue ingresada en el hospital donde se le administró oxigenoterapia, antibioterapia, pro-cinéticos y medidas dietéticas. Se sustituyó amlodipino por olmesartan y se retiró el omeprazol. La evolución de la paciente fue favorable siendo dada de alta a su domicilio. La gastroparesia diabética es una complicación que puede afectar a los pacientes con diabetes de larga evolución por lo que debe ser una posibilidad tenida siempre en cuenta por el médico de Atención Primaria por sus complicaciones entre las que se encuentra la desnutrición y la neumonía por broncoaspiración. Por ello, es conveniente evitar en estos pacientes aquellos factores capaces de aumentar el retraso del vaciamiento gástrico como inhibidores de la bomba de protones, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos, tabaco y alcohol. También es recomendable que estos pacientes realicen varias ingestas diarias poco abundantes evitando las grasas y la fibra no soluble.

■ 009 Doctor@, ¿será necesaria una cirugía para que yo pierda peso?

Antón Sanz, María Carmen (1); Sánchez Calso, Antonio (2)

(1) Centro de Salud Collado Villalba Estación

(2) Centro de Salud Galapagar

Descripción del caso

Mujer 40 años.

Antecedentes familiares: madre diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Antecedentes personales: diabetes gestacional hace 10 años, tratada con dieta e insulino-terapia. Tras parto y lactancia cumple criterios de DM2. Tratamiento actual: sulfonilureas (SU)-gliclazida 30 (2-0-0); intolerancia metformina.

Motivo de la consulta: perder peso. Motivada para el cambio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado. Obesidad grado 3 (mórbida). Peso: 112 kg; talla 165 cm; IMC 41,14. TA 135/80. No aspecto cushingoide. No hirsutismo. Exploración sin hallazgos relevantes.

Hemograma sin alteraciones. Bioquímica: GLU128 HBA1C 8,3 %. Colesterol 232 HDL 40 LDL 122. Triglicéridos 324. TSH3.2. ORINA: Glucosuria ++. Coc Alb/Creatinina <30.

EKG: Sin patología.

Fondo ojo: sin retinopatía diabética.

Juicio clínico

DM2 con moderado control metabólico. Obesidad mórbida. Dislipemia aterogénica (TG elevados HDL bajo).

Diagnóstico diferencial

Evolución.

Paciente motivada para cambio en su estilo de vida. Iniciamos tratamiento con análogo GLP-1: semaglutida oral. Reintroducimos metformina, comenzando dosis bajas (425 mg/día) y subida dosis semanalmente hasta 1.700 mg/día. Se suspendió glicazida. Planteamos valorar baipás gástrico: la paciente ha modificado su estilo vida y quiere esperar. A los 6 meses: pérdida 15,6 kg. IMC 35,41 (obesidad grado II). Glu 102. Hba1c 7,1 %. TG 212.

Muy buena respuesta a semaglutida, sustitución SU por metformina y cambio de dieta. En principio podría haber resultado muy eficaz un tratamiento quirúrgico por su grado de obesidad y diabetes asociada, pero realizando estrategias para motivar el cambio, se ha conseguido la pérdida ponderal (con fármaco que mejora la adhesión al tratamiento por su administración semanal y retirando la SU, responsable de la adición de peso).

Comentario final

1. Análogos GLP-1 semanales/orales? mejoran control glucémico y reducen peso corporal.
2. Motivar a los pacientes obesos es muy importante y saber que usan un fármaco que les va a disminuir el apetito es un refuerzo positivo.
3. Plantear la posibilidad de análogos GLP-1 como alternativa a la cirugía metabólico-bariátrica es muy buena alternativa.

■ 010 ¿Cómo son mis pacientes con diabetes?

Vidal Cambra, Magdalena (1); Aura Barlobe, María (1)

(1) *ABS Pallars Sobirà*

Objetivos

Describir la prevalencia y el tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes tipo 2 asignados a un cupo rural. Comparar el tratamiento farmacológico de la DM2 en función de diferentes variables.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Criterios de inclusión: pacientes DM2, mayores de 18 años y atendidos en el año 2018. Criterios de exclusión: pacientes DM1. Variables: tratamiento, filtrado glomerular, HbA1C, edad de diagnóstico, tiempo de evolución de la diabetes calculada en meses, edad y sexo.

Resultados

1.369 pacientes, la prevalencia es de 9,6 %, 16,6 % tratados con dieta y ejercicio exclusivamente, 69,69 % con antidiabéticos orales y 13,6 % con antidiabéticos orales más insulina. En el grupo de antidiabéticos orales, el 65,2 % son hombres y el 34,8 % mujeres. En el grupo de antidiabéticos orales con insulina, el 94,4 % son hombres mientras que el 5,6 % son mujeres. Hay diferencias significativas entre la proporción de sexo en los 2 grupos. En el grupo de tratamiento de antidiabéticos orales, el



fármaco mayoritario es metformina en un 42,4 % seguido de la metformina más sitagliptina en un 19,6 %. En el grupo antidiabéticos orales más insulina el fármaco mayoritario es metformina más insulina en un 50 %, seguido de metformina más sitagliptina más insulina en un 27,8 %. En los 2 grupos de tratamiento no hay diferencias significativas en la edad del diagnóstico, pero sí en el tiempo de evolución de la DM2. La edad de diagnóstico en el grupo de antidiabéticos orales es 57,2 años y en el grupo de antidiabéticos orales con insulina 54 años. El tiempo de evolución de la DM2 calculado en meses en el grupo de antidiabéticos orales es de 130 meses y en el grupo de antidiabéticos orales con insulina 195 meses. En este último grupo la diferencia es significativa con $p = 0,005$. Comparando filtrados glomerulares en los 2 grupos no hay diferencias significativas. Comparando la HbA1c de los 2 grupos de tratamiento sí hay diferencia significativa con $p = 0,016$. En el grupo de antidiabéticos orales la HbA1c es 7,12 mientras que en el grupo de antidiabéticos con insulina es de 7,6.

Conclusiones

La prevalencia observada en el cupo analizado es del 9,6 % mayor a la observada en estudio publicado de la base de datos SIDIAP que engloba el 80 % de la población catalana que fue del 7,6 %. El tratamiento mayoritario es metformina, que es el primer tratamiento recomendado en todas las guías de práctica clínica de diabetes.

Hay diferencia significativa en la comparación por proporción de sexo en los 2 grupos de tratamiento, siendo con mayor frecuencia hombres en los 2 grupos. Encontramos diferencias significativas en las cifras de HbA1c en los 2 grupos de tratamiento.

■ 011 Adherencia a la dieta mediterránea durante el embarazo y la prevención de la diabetes gestacional: una revisión bibliográfica

Ruiz Ródenas, Nuria (1); García Mateos, Paloma (2)

(1) *Centro de Salud el Toscar, Elche*

(2) *Centro de Salud Crevillente*

Introducción

El embarazo es un periodo trascendente para la madre y el feto, caracterizado por un aumento de las necesidades energéticas. En concreto, la diabetes gestacional (DG) es una patología propia del embarazo que se refiere a una tolerancia anormal a la glucosa que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. La DG se ha asociado durante mucho tiempo a complicaciones obstétricas y neonatales relacionadas principalmente con un mayor peso al nacer y se define cada vez más como un factor de riesgo para futuras enfermedades cardiometabólicas maternas y de la descendencia. Actualmente, la DG constituye una de las complicaciones más comunes del embarazo.

Se considera que la dieta mediterránea es un patrón de alimentación saludable capaz de proporcionar las necesidades nutricionales que exige la gestación y de proteger contra el desarrollo de patologías obstétricas, tales como la diabetes gestacional.

Objetivo

Conocer la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la prevención de la diabetes gestacional.

Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática a través de la identificación de artículos en la base de datos PubMed y Cochrane. La fecha de publicación de los estudios se delimitó entre 2013 y 2023, y algunos de los criterios de inclusión establecidos fueron artículos en inglés y español. Entre los criterios de exclusión, se encontraron estudios referentes a la modulación de genes, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios piloto. Finalmente, un total de 10 estudios han sido incluidos en la revisión.

Resultados

Los estudios encontrados han demostrado la asociación entre la dieta mediterránea y la reducción de la incidencia de algunos problemas típicos de la gestación, tales como diabetes gestacional debido a la inclusión de alimentos con bajo índice glucémico y con alto contenido en grasas saludables, como el aceite de oliva virgen extra y los pistachos.

Además, los artículos indican que aquellas mujeres a las que se les diagnostica DG y siguen una dieta mediterránea, requieren menor cantidad de insulina para alcanzar niveles glucémicos óptimos.

Por último, no solo se previene la diabetes gestacional durante el embarazo, sino que la adopción temprana de unos hábitos alimentarios basados en la dieta mediterránea tiene beneficios metabólicos años después de dar a luz. Por tanto, ayuda a reducir el riesgo de DG y puede actuar como factor preventivo para el posterior desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.

Conclusión

Una intervención nutricional temprana con dieta mediterránea reduce la incidencia de DG y los resultados adversos materno-fetales y debe aplicarse universalmente como terapia de primera línea.

El diagnóstico de anemia grave ($Hb < 8$ mg/dL) afecta la interpretación de la HbA1c en DM y sin ella. La presencia de microcitosis (sobrevaloración) o macrocitosis (infravaloración) altera la interpretación del valor de HbA1c.

Por todo ello, es fundamental revisar la hematimetría antes de interpretar el valor de HbA1c.

■ 012 Diabetes gestacional y ejercicio

Febrero, Carmen (1); García Raldua, Marta Cristina (2); Ortiz Rozalén, Cristina (3)

(1) *Centro de Salud Valle de la Oliva*

(2) *Centro de Salud El Abajón*

(3) *Centro de Salud Isla de Oza*

Objetivos

Conocer los efectos de la realización de ejercicio físico durante el embarazo en la prevención y manejo de la diabetes gestacional.

Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de metaanálisis y revisiones sistemáticas de los últimos 5 años en bases de datos Pubmed, Dialnet y sociedades científicas, utilizando las palabras clave (*gestational diabetes AND physical exercise*).



Resultados

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez en el embarazo en mujeres que previamente no han padecido ningún tipo de diabetes, esta causa altos niveles de azúcar en sangre que aumentan el riesgo de preeclampsia, macrosomía, hipoglucemia neonatal y posterior diabetes en la mujer entre otros problemas. Sin embargo, estos riesgos pueden reducirse con un buen control de la glucemia principalmente mediante una buena dieta y ejercicio.

Tanto el ejercicio aeróbico como los ejercicios de resistencia son fundamentales para conseguir un buen control de la glucosa, disminuyendo la glucosa posprandial, la HbA1 y evitando picos de hiperglucemia, estos suben los niveles de GLUT-4 aumentando la sensibilidad a la insulina y desarrollan el músculo esquelético, uno de los tejidos más sensibles a esta.

Los estudios muestran una correlación dosis dependiente entre el ejercicio y el buen manejo y prevención de la diabetes gestacional. Se recomienda entre 150-300 minutos de actividad física a la semana realizando actividades como caminar, natación, ejercicios con pesas ligeras... que son consideradas seguras en el embarazo, evitando los deportes de contacto.

Para reducir el riesgo de padecer diabetes gestacional el inicio precoz (primer trimestre) de la práctica de ejercicio junto con un IMC saludable antes del embarazo constituyen unas de las medidas más eficaces.

En cuanto a las contraindicaciones, estas son varias, por ello a la hora de prescribir ejercicio físico en mujeres embarazadas debe realizarse de forma individualizada y asegurando que la mujer conoce los signos de alarma ante los cuales debe detener el ejercicio.

Conclusiones

En mujeres embarazadas que padecen diabetes gestacional la combinación de ejercicio aeróbico y de fuerza ha demostrado ser eficaz en el control de la glucemia, evitando así otras complicaciones durante el embarazo. Para prevenirla, los hábitos saludables antes del embarazo y durante este pueden ayudar a reducir el riesgo.

■ 013 Conciliando la diabetes y el ramadán

Telmo Hueso, María Sira (1); Lamarre, Michelot (1); Duarte Vega, Pedro Pablo (1); Amestoy Chiesa, Marcela Cecilia (1); Llorens Palanca, María Dolores (1); García Colinas, Miren Arantzazu (1)

(1) *Centro de Salud Alcañiz, Teruel*

Objetivos

Los pacientes con diabetes musulmanes sean conocedores de que se pueden cambiar horarios de su medicación para evitar el abandono del mismo durante el Ramadán, reconocer complicaciones derivadas del ayuno y saber actuar frente a ellas potenciando el autocuidado.

Material y métodos

1. Presentación del proyecto al equipo de Atención Primaria, al Imán y a dos informadores clave.
2. Entrega de carteles informativos al Imán en árabe y castellano para que fueran colocados en la Mezquita y comercios de Alcañiz frecuentados por esta población. Colocación de carteles en Centro de Salud y consultas.

Solicitud de entrada en la mezquita para dar la sesión formativa e interactuar con la comunidad árabe

3. Actuación sobre los pacientes con diabetes musulmanes que han consultado tras ser conocedores del proyecto antes del inicio del Ramadán (recomendaciones claras individualizadas y por escrito). Tanto los informadores clave como pacientes con diabetes que realizaban el Ramadán, fueron formados para reconocer y tratar hipoglucemias y sabían dónde acudir o llamar ante duda o incidencia.
4. Reunión en la mezquita con los árabes dos días antes del inicio del Ramadán: reforzar ideas y resolver dudas (actividad realizada solo en 2023, los años previos nos negaron la entrada).
5. Reunión con los informadores clave tras Ramadán: valoración y entrega de encuestas.
6. Reunión del equipo de trabajo para realizar valoración global y resultados.

Resultados

1. Indicador de alcance:

- % pacientes con diabetes 2 musulmanes mayores de 18 años que realizan la actividad. Valor a alcanzar: 60 % (rango 60-80 %) resultado 89,48 % en 2022 y 94,74 % en 2023.

2. Indicadores de impacto:

- % hipoglucemias registradas durante el Ramadán en pacientes con diabetes que realizan la actividad.

Valor a alcanzar: 10 % (rango 10-20 %) resultado 2,5 % en 2022 y 7,8 % en 2023.

- % de pacientes valorados en servicio de urgencias por temas relacionados con diabetes en participantes. Valor a alcanzar: 10 % (rango 10-20 %) resultado 0 % en 2022 y 2,5 % en 2023.

- Valoración de encuesta de satisfacción.

Las encuestas fueron realizadas por todos los participantes, los informadores clave fueron el nexo para que nos llegara la información.

Valor a alcanzar: 60 % (rango 70-80 %) resultado 89,48 % en 2022 y 94,74 % en 2023.

Conclusiones

- Hoy la DM no se debería considerar como el enemigo del Ramadán. Los nuevos tratamientos son muy seguros, y con todos es posible la rotación o modificación de dosis según la ingesta.
- Cuando informas a la población sobre su enfermedad y das pautas concretas de actuación, consigues que se involucren y tomen conciencia de su patología potenciando el autocuidado.
- Hay que seguir con una búsqueda activa de pacientes con diabetes que hemos ido perdiendo durante la pandemia y tenemos una gran herramienta tanto para enfermería como medicina que es el CUADRO DE MANDOS.

014 Conecta con tus pies

Montes García, María de las Mercedes (1); Pérez San Juan, Ángela (1); Roser Pérez, Marina (1)
(1) Centro de Salud Doctor Pedro Laín Entralgo

Descripción del caso

Varón de 60 años diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 hace 20 años. Mal control glucémico en los primeros años por mala adherencia a antidiabéticos orales, dieta y ejercicio. Insulinizado hace 10



años, buena adherencia al nuevo tratamiento. Buen control metabólico desde hace 6 años. Poco frecuentador de la consulta de enfermería del Centro de Salud a lo largo de la historia de la enfermedad. Actualmente en tratamiento con insulina lenta, antidiabéticos orales, dieta y ejercicio. Asociado a la diabetes padece también múltiples patologías: enfermedad vascular periférica con isquemia crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal crónica.

Se capta en la consulta de enfermería tras alta de ingreso hospitalario por celulitis en cara interior del pie de miembro inferior derecho. Presenta herida abierta que requiere cuidados de enfermería varios días a la semana. Durante estas visitas se realiza el refuerzo de los cuidados higiénico-dietéticos y de ejercicio físico favoreciendo la adherencia. Se prioriza realizar educación para la salud en prevención de pie diabético para evitar nuevas lesiones tras el cierre de la actual. Todo el proceso de educación terapéutica se vio favorecido por el cambio de actitud del paciente que expresó la preocupación por las consecuencias que podía tener el mal control de su enfermedad.

Exploración y pruebas complementarias

Valoración global mediante revisión de historia clínica.

Exploración vascular no instrumentada: pulsos débiles palpables en ambos miembros. Claudicación intermitente.

Cribado neuropático mediante monofilamento de Semmes-Weinstein: sensibilidad a la presión conservada.

Valoración de cumplimiento terapéutico a través del test Morisky-Green: cumplidor.

Entrevista sobre medidas higiénico-dietéticas en paciente con diabetes mellitus y patología asociada: no cumplidor.

Entrevista sobre realización de cuidados en los pies: no cumplidor.

Control analítico: HbA1c en rango.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Pie diabético de etiología isquémica.

Diagnóstico diferencial

Pie diabético de etiología neuropática.

Síndrome de Raynaud.

Celulitis.

Conclusiones

El paciente mejoró la adherencia a las medidas higiénico-dietéticas, al tratamiento y a los cuidados de prevención de pie diabético al observar y comprender el vínculo de su diabetes con las complicaciones microvasculares y macrovasculares.

Es primordial que durante la educación terapéutica inicial y posterior los pacientes no solo conozcan cuáles son las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, sino que también les expliquemos, de manera simplificada, cuál es la relación directa entre un mal control glucémico y estas complicaciones. Se puede ver favorecida la adherencia al tratamiento y a las medidas higiénico dietéticas conocer las razones de estas consecuencias, que nuestros pacientes esperan a muy largo plazo y no usan como motivación para el cambio. También es importante enfocarlo desde un punto de vista preventivo y no como un método de culpa.

■ 015 Cribado oportunista de fibrosis hepática en personas con diabetes tipo 2

Navarro Pérez, Jorge (1); Navarro Pérez, Jaime (2); Carratalá Calvo, Arturo (3)

(1) Hospital Clínico Universitario, Valencia

(2) Centro Investigación Príncipe Felipe, Valencia

(3) Hospital Clínico Universitario

Objetivos

La enfermedad por hígado graso no alcohólico (NAFLD, según su siglas en inglés) constituye una de las principales causas de cirrosis en nuestro entorno. La fibrosis hepática precede a la cirrosis y a la insuficiencia hepática. Las formas subclínicas de fibrosis hepática podrían aumentar además el riesgo de eventos cardiovasculares. La detección precoz del grado de fibrosis hepática en Atención Primaria a pacientes con NAFLD pueden constituir una opción de cribado oportunista previa a la confirmación mediante elastografía de transición (Fibroscan®), prueba diagnóstica que cuantifica la rigidez del hígado que es proporcional al grado de fibrosis hepática.

La prueba FIB-4 estima el grado de fibrosis hepática y permite clasificar correctamente al 87 % de los pacientes con fibrosis hepática avanzada y así evitar la biopsia con un 71 % de exactitud. Un FIB-4 < 1,30 indica que no hay fibrosis avanzada (F0-F1); un FIB-4 entre 1,30 y 2,67 requiere la prueba diagnóstica conocida como Fibroscan®; un FIB-4 >2,67 indica fibrosis significativa (F3-F4).

Las personas con DM2 constituyen un grupo donde la prevalencia de la NAFLD es muy alta y la presencia de enfermedad hepática en ellos supone un riesgo mayor de complicaciones cardiovasculares. Además, en las personas con DM2 se ha demostrado una evolución mucho más rápida de la enfermedad grasa hepática con fibrosis asociada.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de fibrosis hepática estimada por predictor no invasivo en una población con DM2.

Material y métodos

En pacientes afectados de DM2, la determinación de FIB-4 se obtiene en el Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital mediante el análisis de las transaminasas GOT y GPT, el recuento plaquetar y la edad, empleando la fórmula:

$$\text{Índice FIB-4} = [\text{edad (en años)} \times \text{AST (en UI/L)}] / [\text{recuento de plaquetas (109/L)} \times \text{ALT (UI/L)}] 1/2$$

Resultados

Durante el periodo 2021-2023 se ha analizado de forma automatizada el FIB-4 en una media mensual de 400 pacientes con DM2, correspondiendo un 5 % a FIB-4 > 3,5 y un 32 % con FIB-4 entre 2 y 3,5. Si separamos la población según edad, en los mayores de 65 años se detecta un incremento de pacientes con FIB-4 entre 2 y 3,5 (36 %).

Conclusiones

El cribado oportunista desde los laboratorios posibilita una importante detección de fibrosis hepática en personas con DM2. El coste de dicho cribado es muy bajo.

Esta iniciativa debería implementarse en todos los hospitales dada la importancia de detectar precozmente a la población con DM2 con fibrosis hepática, pues se evitan complicaciones clínicas, ingresos y fármacos.



■ 016 Una gran evolución

Manso Fernández, Gregoria (1); Guzmán Jumelles, Marianny Del Carmen (1); Mohamed Dafa, Ledhia (2)

(1) *Segovia Rural*

(2) *La Granja*

Paciente de 30 años de edad con DM tipo 1 conocida desde 2013. Autoinmunidad pancreática negativa. Mal control glucémico desde siempre, con glicadas de hasta 14 mg/dl, en seguimiento en la consulta de AP (Atención Primaria) y por la Unidad de Diabetes hospitalaria. En tratamiento con insulina glargina de acción prolongada 48 UI/24 horas e insulina rápida según pauta.

Exploración básica normal, con TA (tensión arterial) 80/50 mm de mercurio, frecuencia cardíaca 85 lpm, altura 142 cm, peso 52,6 kg, índice de masa corporal 26,09 y perímetro abdominal 88 cm.

Juicio clínico

DM tipo 1 de 10 años de evolución con mal control terapéutico.

Al conocer a la paciente, reviso su historial y comento con enfermería el caso. A través del sistema informático comprobamos que recoge la medicación regularmente, por lo que nos debemos plantear el abordaje de la dieta y de los estilos de vida.

Se programa una entrevista para conocer su situación personal y hábitos, utilizando la escucha activa, *feedback* y una baja reactividad para que se sincere y animar a que la paciente se atreva a expresar sus dudas e inquietudes. Lleva una vida sedentaria, trabaja en un hotel por lo que suele comer y desayunar fuera de casa; se realiza encuesta de lo que ingiere habitualmente. Vive en el medio rural, con nivel socioeconómico bajo, se traslada el pueblo vecino para trabajar.

Se organizan varias sesiones para educación en dieta diabética saludable adaptándola al buffet donde ella come y desayuna. Se anima a la realización de ejercicio aeróbico en un rato que tiene libre antes de la comida y a realizar ejercicios de fuerza en el gimnasio de la calle del pueblo el día libre. Se habla con el servicio de endocrino por la posibilidad de implantación de un sistema de monitorización flash de glucosa, realizándose la educación previa a la implantación en la Unidad de Diabetes.

Tras seis meses de implementación de la educación diabetológica y los cambios conseguidos en su estilo de vida, se pasa de una glicada de 11,24 mg/dl a 7,8 mg/dl.

Conclusiones

Un abordaje individualizado del paciente nos va a permitir identificar los aspectos a educar en cada uno.

Los sistemas de monitorización continua de glucosa suponen un gran avance en la diabetes puesto que implican más autonomía del paciente y un mayor control de su enfermedad.

Con una buena educación diabetológica y los sistemas de monitorización continua de glucosa mejora la calidad de vida de los pacientes.

■ 017 Prevalencia y características demográficas y clínicas de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en Aragón: estudio ERCAR-DM

Adán Gil, Fran (1); Gómez Navarro, Rafael (2); Lozano del Hoyo, María Luisa (3); Sánchez Calavera, María Antonia (3); Mera Gallego, Inés (4); Romero Vigara, Juan Carlos (5); Asso Otal, Elena (6)

(1) *Salud Aragón*

(2) *Equipo de Atención Primaria Teruel Centro, Teruel*

(3) *Centro de Salud Las Fuentes Norte, Zaragoza*

(4) *Farmacia Eduardo Satué-Maella, Zaragoza*

(5) *Equipo de Atención Primaria de Alfajarín, Zaragoza*

(6) *Equipo de Atención Primaria de La Jota, Zaragoza*

Objetivo

Determinar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la comunidad autónoma de Aragón y analizar sus características demográficas, clínicas y tratamiento.

Material y método

Estudio observacional descriptivo transversal o de prevalencia con recogida retrospectiva de datos. Población de estudio: personas con diagnóstico de DM2 en su historia clínica >18 años, residentes en Aragón.

Variable principal: diagnóstico de DM2. Variables secundarias: edad, sexo, años de evolución de DM2, comorbilidades, complicaciones micro-macrovasculares y fármacos antidiabéticos e hipolipemiantes prescritos.

Datos obtenidos de la Plataforma de Información BIGAN del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud. Análisis estadístico realizado con R: R Core Software Team (2020).

Variables cualitativas analizadas como frecuencia absoluta y porcentaje e intervalo de confianza del 95 % en prevalencias. Variables cuantitativas, como medias o medianas según comportamiento gaussiano y prueba de bondad de ajuste a distribución normal (*test Shapiro Wilk*) e indicadores de tendencia central y dispersión.

Análisis inferencial realizado mediante chi-cuadrado o *Fisher* para variables cualitativas y test paramétrico *T-student* o no paramétrico *U de Mann-Whitney* para muestras independientes (en función de distribución normal) cuando se comparen dos grupos, en las cuantitativas.

Dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Resultados

A 31/12/2021 la comunidad autónoma de Aragón contaba con 1.124.238 usuarios >18 años, de los cuales en 90.735 existía registro de su diagnóstico de DM2 en su historia clínica, lo que supone una prevalencia del 8,1 %.

La media de edad fue $69,9 \pm 13,3$ años, el 56,1 % varones y la evolución media de su DM2 $10,6 \pm 6,9$ años. La HbA_{1c} media fue 6,9 % 1,3 sin variación estadísticamente significativa en los 5 años previos (2017-2021). 75 % de los pacientes tenían una HbA_{1c} < 7,5 %.

El índice de masa corporal (IMC) medio fue 30 kg/m² tabáquico registrado 15,8 %.



La comorbilidad, complicaciones y tratamientos se detallan en la siguiente tabla:

Comorbilidad y complicaciones		
	n	%
HTA	59.948	66,1
Dislipemia	55.286	60,9
Obesidad	22.474	24,8
Tabaquismo	14.338	15,8
Accidente cerebrovascular	12.347	13,6
Insuficiencia cardíaca	5.196	5,7
Retinopatía	4.744	5,2
Cardiopatía isquémica	4.422	4,9
Tratamiento hipoglucemiante		
	n	%
Metformina	70.339	77,5
iDPP-4	40.987	45,2
iSGLT-2	28.813	31,8
Insulina	23.229	25,6
arGLP-1	9.450	10,4
Glinidas	8.714	9,6
Sulfonilureas	7.558	8,3
Pioglitazona	2.256	2,5
Inhibidores α -glucosidasa	327	0,4
Tratamiento hipolipemiante		
	n	%
Estatinas	63.271	69,7
Fibratos	11.552	12,7
Ezetimiba	11.257	12,4

Conclusiones

La prevalencia de DM2 registrada en Aragón es 8,1 %. La persona con DM2 tipo es un varón de 70 años con 10 años de evolución de su diabetes, que agrega una importante comorbilidad. El grado de control glucémico es bueno, estable en los últimos años. Los fármacos más utilizados son metformina, iDPP-4 e iSGLT-2.

■ 018 Menos estrógenos y más diabetes

Hernández Castillo, Paula (1); Severino Vargas, Mayra Lorena (1); González López, Rosa María (1)
(1) *Centro de Salud Portillo*

Motivo de consulta

Paciente mujer de 55 años que acude a consulta de Atención Primaria para solicitar analítica de control por su intolerancia a la glucosa de años de evolución en tratamiento con metformina. Hace dos años que no realiza ningún control porque ha estado cuidando de su padre, es ama de casa. No ha cambiado sus hábitos de vida y ejercicio introducidos en su momento. En estos años ha iniciado el período de la menopausia.

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas. Sobrepreso grado 2. Trastorno ansioso depresivo en tratamiento con Lorazepam, vortioxetina y trazodona.

Exploración física

Paciente consciente, orientada y colaboradora. Acp normal. Abdomen normal. EElI: sin signos de edemas, ni ivo. Pulsos distales presentes y simétricos, no alteraciones de la sensibilidad. Exploración neurológica normal. Peso: 86 kg, talla: 1,59 m, IMC: 34,02. TA: 135/86 mmHg, fc: 78 lpm.

Exploraciones complementarias

Analítica: glucosa 207 mg/dl, colesterol total 252 mg/dl, ldl 143 mg/dl, triglicéridos 252 mg/dl, hemoglobina glicada 8,3 %, resto normales.

Retinografía: sin signos de retinopatía diabética.

Juicio diagnóstico

Diabetes mellitus tipo 2.

Obesidad grado 1.

Menopausia.

Evolución

Ante los resultados de la analítica, insistimos en dieta y de ejercicio físico y proponemos tratamiento con semaglutidina oral 1 comprimido cada 24 h en pauta ascendente, primer mes 3 mg y después 7 mg. Intentamos subir a dosis de 14 mg, pero presentó molestias gástricas que nos hizo optar por mantener dosis de 7 mg y ver evolución. En analítica de control a los 6 meses, glucosa 123 mg/dl, colesterol total 226 mg/dl, ldl 143 mg/dl, triglicéridos 160 mg/dl, hemoglobina glicada 6,5 %, resto normales. Además, había perdido 8 kilos y la paciente se sentía mucho más motivada para realizar ejercicio físico. Los síntomas de la menopausia también habían mejorado.



Conclusiones

En este caso, la paciente se encuentra en una etapa crítica de su vida que es la menopausia. Con la menopausia desaparece el efecto protector de los estrógenos, igualándose el riesgo cardiovascular al de los hombres en la población en general, pero en mujeres con diabetes este riesgo es todavía mayor.

Aquí debíamos de tratar la diabetes pero sin olvidar la obesidad. La menopausia está asociada con una disminución de la tasa metabólica, lo que indica que son necesarias menos calorías para mantener el peso corporal. Un programa de ejercicio para mujeres con DM2 no solo previene el aumento de peso adicional asociado con la menopausia, sino que también disminuye de forma independiente la resistencia a la insulina. Los arGLP-1 son una familia de fármacos clave para utilizar en el tratamiento de la diabetes en esta etapa de la vida de la mujer con diabetes y obesidad, tal y como hemos hecho con esta paciente.

■ 019 La sexta complicación de la diabetes mellitus

Sotillo León, Ana (1); Gonzalo de la Roza, Julia (2)

(1) *Centro de Salud Abrantes, Madrid*

(2) *Centro de Salud de Otero, Oviedo*

Introducción

La periodontitis es una afección inflamatoria crónica que se caracteriza por la destrucción del tejido conectivo que rodea los dientes por la acumulación de bacterias que conduce gradualmente a la pérdida de piezas dentarias. La prevalencia es alta (34-68 %) en pacientes diabéticos, sobre todo, con diabetes mal controlada, por tanto, en la década de 1990 se añadió la periodontitis crónica como la sexta complicación de la diabetes mellitus.

Objetivos

Sensibilizar sobre la importancia de la salud oral en diabetes mellitus a los profesionales y a las personas diagnosticadas de la misma en Atención Primaria.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la salud oral en diabetes mellitus, en concreto, sobre la periodontitis.

Resultados

Los pacientes con diabetes manifiestan una alta prevalencia de problemas orales como caries dental, xerostomía, trastornos sensoriales, disfunción de las glándulas salivales e infecciones orales, pero sobre todo, la diabetes mellitus es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad periodontal.

El grado de destrucción del tejido periodontal está determinado por el nivel de control metabólico, donde incide directamente el nivel de HbA1c, y el grado de desarrollo de la DM. Esto se debe a la inflamación del tejido periodontal y la liberación de mediadores proinflamatorios al torrente sanguíneo que ocasiona efectos tanto a nivel local como sistémico, incluyendo una alteración del control glucémico, lo que agrava el control de ambas patologías, además de ocasionar otras complicaciones cardiovasculares.

Existen diversos estudios que contemplan la influencia de la DM sobre la salud oral, pero no existe mucha bibliografía acerca de los conocimientos que tienen estos pacientes sobre los efectos de la enfermedad sobre la misma.

Por tanto, las manifestaciones orales de la DM podrían reducirse mediante varias medidas preventivas que incluyen el control de la glucosa en sangre, la práctica y conocimiento del autocuidado sobre la DM y el mantenimiento de una salud oral adecuada; que también podrían minimizar el gasto en atención sanitaria de los pacientes diabéticos.

Conclusiones

Debido a la alta prevalencia de la enfermedad en nuestro país y a su aumento en los últimos años, los profesionales de la salud, en concreto, en Atención Primaria como primer nivel asistencial, deben tener una participación activa, trabajando en el marco de un equipo multidisciplinar para aumentar la conciencia y el conocimiento de los pacientes sobre la diabetes mellitus y su asociación con la salud oral. Además, se deben dar a conocer las complicaciones a corto-largo plazo, incluyendo los efectos en la mucosa oral de los pacientes, para ayudar a prevenirlas y mejorar su calidad de vida aplicando unos cuidados de calidad para y con el paciente mediante educación para la salud.

■ 020 Mejora de HbA1c y TIR con insulina icodec de administración semanal frente a insulina glargina u100 diaria en personas con DM2 sin tratamiento previo con insulina: ONWARDS 1

Romero, Juan Carlos (1); Rosenstock, Julio (2); Bain, Stephen C (3); Gowda, Amoolya (4); Horio, Hiroshi (5); Jodar, Esteban (6); Lehrskov, Lars Lang (4)

(1) Centro de Salud Alfajarín, Zaragoza, España

(2) Velocity Clinical Research at Medical City, Dallas, TX, USA

(3) Swansea University Medical School, Swansea, United Kingdom

(4) Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark

(5) Novo Nordisk Pharma Ltd, Tokyo, Japón

(6) Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Quironsalud Madrid, Facultad de Medicina, Universidad Europea, Madrid, España

Objetivo

Se evaluaron la eficacia y la seguridad a largo plazo de la insulina semanal icodec (icodec) frente a la insulina glargina U100 (IGlar), ambas junto a fármacos hipoglucemiantes no insulínicos, incluidos iSGLT-2 y arGLP-1, en un estudio aleatorizado y abierto.

Material y métodos

Estudio aleatorizado, abierto, de fase 3a, por objetivo de tratamiento (52 semanas + 26 semanas de extensión) en adultos con diabetes tipo 2 sin tratamiento previo con insulina (NCT04460885). Los participantes (n = 984) se aleatorizaron 1:1 a recibir icodec o IGLar.

Resultados

El análisis primario en la semana 52 mostró una reducción de HbA1c desde un valor inicial de 8,5 % a 6,9 % con icodec frente a una reducción de 8,4 % a 7,1 % con IGLar (diferencia de tratamiento



estimada [ETD]: $>0,19$ % puntos [IC del 95 %: $>0,36$, $>0,03$]), lo que confirma la no inferioridad ($p < 0,0001$) y la superioridad ($p = 0,0210$) de icodec. El tiempo en rango (TIR, desde la semana 48 a la 52) mejoró significativamente al 72 % (icodec) frente al 67 % (IGlar), lo que confirma la superioridad ([ETD]: 4,27 % puntos [IC del 95 %: 1,92; 6,62, $p = 0,0004$]). No hubo diferencias significativas en la dosis semanal media de insulina (semana 50-52), o en el cambio de peso corporal desde el inicio. Las tasas de hipoglucemia de nivel 2 o 3 (del inicio a la semana 52) fueron bajas en ambos grupos, con cifras numéricamente más altas con icodec. Un mayor porcentaje de pacientes logró un HbA1c <7 % sin hipoglucemia de nivel 2 o 3 con icodec frente a IGlar (52,6 % frente a 42,6 %, $p = 0,0028$).

Conclusiones

En conclusión, el control glucémico (HbA1c, TIR, HbA1c <7 % sin hipoglucemias) mejoró significativamente con icodec semanal frente a glargina U100 diaria, con bajas tasas de hipoglucemia en ambos grupos.

■ 021 Cuantificando la pérdida de peso en usuarios de análogos de GLP-1

Pérez Ugarte, Clara (1); Bernardi Morales, Alejandra (2); Rollan Landeras, María Teresa (1)

(1) Centro de Salud Las Rozas El Abajon

(2) Centro de Salud Condes de Barcelona

Objetivos

Objetivo principal:

- Cuantificar la media de pérdida de peso en pacientes con análogos de GLP-1 (aGLP-1) en condiciones reales, en dos centros de salud.

Objetivos secundarios:

- Cuantificar el porcentaje de pacientes que pierden al menos un 5 % de peso durante el tratamiento.
- Describir la media de pérdida de peso según el fármaco.
- Describir el porcentaje de pacientes sin diabetes tipo 2 con prescripción de aGLP-1.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes en tratamiento con aGLP-1, al menos durante tres meses.

Población total: 203 pacientes.

Variables:

Principales: variables demográficas y pérdida de peso.

Secundarias: el principio activo (semaglutida (oral/sc)/Dulaglutida/Liraglutida/Exenatida), la presencia o no de diabetes mellitus tipo 2 y el seguimiento o no de una dieta hipocalórica.

Se llevó a cabo el estudio estadístico correspondiente utilizando la herramienta SPSS.

Resultados

Pérdidas por falta de registro: 43 pacientes. Tamaño final de la muestra: 160 pacientes.

En lo referente a la pérdida de peso, el 87 % de los pacientes perdieron peso, el 4 % se mantuvo igual y el 9 % ganó peso. La mediana de pérdida de peso fue de 5,4 kg con rango intercuartil (RI) de 7,9 kg. Además, un 55 % de los pacientes perdieron más del 5 % de su peso corporal.

El aGLP-1 más utilizado fue la semaglutida subcutánea (Ozempic) (el 49 % de los usuarios de aGLP-1 usaban este fármaco).

En cuanto a la pérdida de peso, la liraglutida (Victoza) fue el fármaco con el que se obtuvo mayor pérdida ponderal, con una mediana de 6,5 kg. Le sigue la semaglutida sc (Ozempic), alcanzando una mediana de pérdida de peso de 6 kg, RI 8,2 kg. En tercer lugar, con el uso de la semaglutida oral (Rybelsus) se obtuvo una mediana de pérdida de peso de 5,2 kg, RI 8,2 kg; y, por último, la dulaglutida (Trulicity), logró una mediana de pérdida de peso de 4,8 kg, RI 6,5 kg. Todos los pacientes fueron personas con diabetes tipo 2 salvo uno, con diabetes tipo 1.

Conclusiones

Los datos obtenidos resaltan la concordancia en vida real de los resultados obtenidos en los ensayos clínicos, reforzando el papel de estos fármacos en la pérdida de peso.

■ 022 Más allá del debut diabético

Linares Pou, Lourdes María (1); Perez Catchot, María Dolores (1); Masuet Iglesias, Josep M (1)
(1) Centro de Salud Verge del Toro

Varón de 69 años de edad exfumador con antecedentes de dislipemia e hipertensión con buenos controles hasta 2020.

Consulta por febrícula de predominio nocturno de 15 días evolución con astenia, anorexia, pérdida de peso no cuantificada en este tiempo. Síntomas de disuria y dolor abdominal irradiado a zona sacra tratado con antibiótico en urgencias.

Exploración acranodina abdomen blando y depresible no se palpan masas, discreta hiperalgesia en FII rha normales. No dolor a la exploración sacra ni glútea, ppl bilateral negativa.

Solicitado análisis que se realiza en 24 h evidenciando (HbA1c 8.8 GLUC 385 VSG 106 FA 270 FERRITINA 734 SEDIMENTO: GLUCOSURIA) ampliando marcadores tumorales: Ca 19.9 22350.7CEA 16.4 AFP <2.

Ante estos resultados se realiza **ecografía** en Centro de Salud evidenciando imagen en cabeza pancreática con captación periférica.

La ecografía en el Centro de Salud nos permite derivar al paciente ya con una orientación diagnóstica bastante precisa con la consecuente ganancia de tiempo (orientación diagnóstica en 24 h) en el inicio del tratamiento.

Se ingresa el mismo día en planta confirmando diagnóstico adenocarcinoma pancreático.

■ 023 Dermopatía infecciosa en paciente con diabetes

Rodríguez Clavería, Ayoze (1); Alemán Suárez, Antonia María (2); Cabrera Hernández, Yailin (1)
(1) Puerto del Rosario I
(2) Puerto del Rosario II



Descripción del caso

Paciente varón de 15 años con antecedente personal de diabetes mellitus tipo MODY 2 con buen control metabólico y tratamiento con insulina. Sufrió caída con contusión en la rodilla izquierda y herida superficial sangrante. Cinco días después acude a servicio de urgencia por malestar general, fiebre y enrojecimiento de la rodilla. Tras 24 horas de inicio de tratamiento antibiótico evoluciona a tumefacción de todo el miembro con mayor toma del estado general.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: estado febril y taquicárdico. Miembro inferior izquierdo con flogosis y tumefacción desde el tobillo hasta la parte superior del muslo. Neurovascular conservado, signo de homans negativo. En la analítica se observó glucemia 477 mg/dl, leucocitosis con desviación a la izquierda con aumento de reactivos de fase aguda y procalcitonina en valor con riesgo alto de sepsis.

Se solicitaron hemocultivos los cuales fueron negativos. Drenaje con toma de muestra y cultivo donde se aisló *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (SAMR).

ECG y radiografía de tórax normales.

Se realizó ecografía de partes blandas y articular con Doppler mostrando gran colección subcutánea de líquido turbio, con afectación desde rodilla hasta tercio superior de pierna, midiendo aproximadamente 15 cm de longitud y constatándose trayecto fistuloso de 10,7 x 6 mm que comunica la gran colección con la piel a nivel de la herida superficial de la cara lateral de la rodilla. Posteriormente resonancia magnética donde no se observaron signos que sugirieran osteomielitis ni artritis.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

El paciente ingresó a cargo de medicina interna con diagnóstico de celulitis complicada con absceso subcutáneo por SAMR.

Diagnóstico diferencial

Se incluyeron: trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial, erisipela y dermatitis por ectasis.

Conclusiones

Durante su ingreso se realiza drenaje con Penrose, tratamiento antibiótico dirigido y control de sus glucemias. Presentó buena evolución clínica.

La incidencia de infecciones cutáneas en personas con diabetes no solo está influenciada por la hiperglucemia sino por otros factores microvasculares e inmunitarios asociados. Pueden comportarse de manera más agresiva en comparación con el resto de la población. La presencia en una herida del SARM es capaz de producir un cuadro infeccioso que puede manifestarse de diversas maneras pudiendo ser leve, como la celulitis, hasta más grave donde se incluye la fascitis necrosante o la osteomielitis. En nuestro paciente la infección adquirida por SAMR pudo haber desencadenado consecuencias más graves. El *Staphylococcus aureus* es comensal que a menudo está presente en nuestro organismo de forma asintomática. Antiguamente su progresión a resistencia antimicrobiana se asociaba solo al medio hospitalario. El abuso y el uso indebido de agentes antimicrobianos en el entorno comunitario ha conllevado a tal propagación lo que nos plantea la necesidad de insistir en hacer un uso de adecuado de los mismos.

■ 024 Influencia de la edad sobre los valores de la HbA1c en personas con diagnóstico y tratamiento para la DM

Rodríguez Juliá, María de los Ángeles (1); Nieto Ordóñez, Carmen (2); Jiménez Vera, Enrique (3); Casto Jarillo, Cristina (3); López Ceres, Ana (3); Marín Pedrero, Marta (4); Escribano Serrano, José (4)

(1) Centro de Salud La Velada

(2) Centro de Salud San Roque

(3) Hospital La Línea de la Concepción

(5) Centro de Salud San Roque

Se ha comunicado que los niveles de HbA1c pueden verse afectados por la edad. Estudios previos han indicado que después de los 30 años, el valor de HbA1c puede aumentar en $-0,1$ % cada decenio. Pero estos resultados siempre se han descrito en poblaciones sin DM.

Objetivos

Describir la influencia de la edad sobre los valores de la HbA1c en personas con diagnóstico y tratamiento para la DM.

Material y métodos

Se recopilan determinaciones ambulatorias (DA) pareadas de HbA1c y GPA realizadas durante 30 meses desde 11/2019 a 04/2022 a personas >50 años, con DM (P50DM) y que tuvieran un filtrado glomerular >15 mL/min/1,73 m². La población se dividió en 5 grupos etarios: D5 (50 a 59 años); D6 (60-69); D7 (70-79); D8 (80-89) y D9 (>90 años). Los resultados de GPA se clasificaron en ocho intervalos: G1 (GPA < 80 mg/dL), G2 (80 GPA <95 mg/dL), G3 (95 GPA <110), G4 (110 GPA <126), G5 (126 GPA <150), G6 (150 GPA <175), G7 (175 GPA <200) y G8 (>200 mg/dL).

Resultados

Se analizan 14.559 D de 6.978 P50DM, 51 % hombre, mediana edad 70 años (RIC 62-78) y con una frecuencia de 2,2 D por persona (32% $>2D$). La distribución por grupo de edad fue D5 (20 %), D6 (29 %), D7 (32 %), D8 (17 %) y D9 (3 %). La mediana de HbA1c desciende de 7,0 % (RIC 6,9-7,1) en D5 a 6,7 % (6,6-6,9) en D9 ($p < 0,01$), de forma similar a la GPA 135 (134-136) a 126 mg/dL (122-129). El descenso es más evidente en la mujer y se mantiene en presencia de anemia y/o TFG disminuido. La línea de regresión entre la HbA1c y la edad es prácticamente plana, con un mínimo impacto negativo ($-0,1\%$) por década en el valor de HbA1c ($R^2 = 0,01$; $p < 0,01$). Al estimar los límites del intervalo de referencia el superior P97,5 desciende de 10,8 % en D5 a 9,6 % en D9 mientras que la mediana es plana. La distribución de los valores de HbA1c para cada grupo de GPA en función de los grupos de edad no muestra un patrón predominante y así, en el grupo G4 los valores aumentan con la edad mientras que en G6 disminuyen.

Conclusiones

Nuestros datos reflejan un impacto mínimo de la edad en los valores de la HbA1c en pacientes con DM >50 años, en contra de lo reportado en personas sin DM. Así en pacientes con DM los valores de HbA1c disminuyen aproximadamente 0,1 % por década. El descenso de HbA1c estaría relacionado con menor nivel glucémico, condicionado por una posible mayor intensidad en los tratamientos



administrados y en los objetivos de control obtenidos. Este descenso de HbA1c estaría en contra de lo recomendado en las actuales guías de práctica clínica que aconsejan objetivos más laxos para las personas de mayor edad.

■ 025 ¿Están controladas las personas con diabetes tipo 2 de mi cupo?

Fernández Llebrez Castaño, Antonio (1); Krivocheya Montero, José Manuel (2); Rey Merchán, María Gloria (3); Musa Ayeshe Abu Reih, Wesam (3)

(1) Centro de Salud Zona Centro, Melilla

(2) Centro de Salud Zona Norte, Melilla

(3) Centro de Salud Zona Centro

Objetivo

Conocer si los pacientes con diabetes tipo 2 del cupo están controlados tras la pandemia.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal en Atención Primaria, en una consulta del C.S. A todos los pacientes se les recogieron las siguientes variables comprendidas entre octubre 2022 y septiembre 2023: Edad, Sexo, Glucemia basal, HgA1C, PAS, PAD, FC, CAC, FG, Hg, ferritina. D25, B12, Colesterol T, HDL, LDL, TGL, Tabaquismo e IMC. Como FRCV se recogieron: Tabaquismo, HTA, Dislipemia y Obesidad. Como objetivos de control en los pacientes con diabetes tipo 2 se tomaron: los criterios de la ADA 2022. Los datos se procesaron con IBM SPSS Statistic, versión 21.

Resultados

La población diabética total del cupo fue de 96 pacientes: 30 mujeres (40,6 %) con media de 62,31 años y 57 hombres (59,4 %), con una media de 65,49 años. Grado de control: Glu 60% (123,18 ± 44,03). HbA1c 57,14 % (7,64 ± 6,38). PAS 46,7 % (136,88 ± 23,91). PAD 52,8 % (79,13 ± 9,27). FC 66 % (75,78 ± 11,64). Normopeso 42 % (31,42 % mujeres y 49 % varones). FG 87,40 ± 21,19. CAC 29,15 ± 79,20. Comorbilidad: HTA 59,4 %. Col 60,4 %. TGL 25 %. Dislip Mixta 22,9 %. Dislip Aterogén 11,5 %. Obesidad (IMC 42,7 %. Perim Abd 60,4 %). Uric 26 %. Déficit D25 88,23 % y B12 25 %. Enf CV: 2,1 % para ACV e IC. 4,2 % FA. 12,5 % Cp Isquém. 6,3 % ERC. 13,5 % Tabaquismo. 39,78 % LOD. 19,35 % covid+. Vacunas: Covid 86 %, VAG 54,83 %, VAT 30,1 %, Neumo 10,75 %, HZ 4,3 %.

Conclusiones

Aunque las medias obtenidas de los parámetros objetivos son más que aceptables, e incluso buenas, no lo son los porcentajes de control. Destaca una baja prevalencia de enfermedad CV y renal y alta de LOD. Predominan los FRCV clásicos HTA, colesterolemia y obesidad. Así mismo una baja cobertura vacunal.

■ 026 Intervención integral multidisciplinar en personas con diabetes mellitus tipo 2 en un distrito sanitario de Atención Primaria

Jiménez Miranda, Begoña (1); Vigo Ortega, Rosario (1); Luque Romero, Luis Gabriel (1); Meléndez Ortiz, María Carmen (1)

(1) Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

Objetivo

Analizar el consumo de fármacos, la calidad de vida, los niveles de HbA1c, el uso de recursos sanitarios y los ingresos por complicaciones en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en varias poblaciones de un Distrito Sanitario de Atención Primaria, antes y después de la realización de un programa educativo multidisciplinar integral específico para la modificación de hábitos de vida.

Material y métodos

Se realiza un plan educativo estructurado integral basado en talleres sobre conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, nutrición y actividad física. Está diseñado e impartido por un equipo multidisciplinar formado por profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria, Nutrición, Fisioterapia y la Unidad de Investigación del Distrito.

Se incluyen personas con diagnóstico reciente (≤ 2 años) DM2 de 18-75 años de poblaciones rurales o urbanas que hayan firmado su consentimiento para participar. Se calcula el tamaño muestral de 124 pacientes.

El periodo de estudio es de dos años.

Este proyecto se ha presentado al Comité de Ética de Investigación de los hospitales de referencia.

En equipo de trabajo recibirá un curso “Formador de Formadores” en el que se explican las bases del proyecto, diseño e implicación de cada profesional en las sesiones.

Se desarrollan 16 talleres participativos con intervención psicoeducativa y física de dos horas de duración agrupados en:

- Taller 1-4: semanales.
- Taller 5-10: cada dos semanas.
- Taller 11-16: mensuales.

Se realizan grupos de 10 pacientes con acompañante opcional (persona encargada de las comidas o influyente en los hábitos de vida familiar) con consenso profesional-paciente-acompañante.

Se realiza un cuestionario diseñado *ad hoc* para la valoración inicial y posterior evaluación. Todos los talleres son teórico-prácticos con ejercicio físico, y puesta en práctica de las recomendaciones y abordaje dietético intensivo. Se realiza taller de compra, así como jornadas mensuales involucrando a las instituciones y hostelería local, tablas de ejercicio al aire libre, caminatas y baile, entre otras.

Resultados

Dado que el proyecto está en curso, no se han podido analizar aún los datos ni extraer resultados, pero se espera reducir un 20 % del consumo de fármacos, alcanzar el 70 % de pacientes con HbA1c por debajo del 8 %, y mejorar la calidad de vida un 20 %. Se espera la reducción de ingresos por complicaciones de DM2.



Conclusiones

Se espera demostrar la efectividad de la intervención aplicada en el control de los indicadores definidos en los objetivos. Si es esta efectividad se mantuviera en el tiempo podría disminuir el uso de recursos y el gasto sanitario mejorando la accesibilidad y reduciendo las inequidades en salud.

■ 027 Semaglutida oral en Atención Primaria: estudio a los 12 meses de tratamiento

Taverna Llaurado, Maria Elena (1); Agras Guardia, María (1); Piñol Uson, Cristina (1); Gené Huguet, Laia (1); Cabanes Pepio, Àngel (2); Garola Recasens, Dolors (2); Ulldemolins Martinell, Francesc (1)

(1) CAP Les Borges del Camp

(2) CAP Cornudella de Montsant

Introducción/justificación

La semaglutida oral es un fármaco indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad (IMC > 30) comercializado en España desde noviembre de 2021. Aún es poco utilizado en Atención Primaria (AP) y existe poca evidencia al respecto.

Objetivo

Determinar la eficacia de la semaglutida oral en pacientes con DM2 y obesidad al año de tratamiento.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de eficacia a un año en pacientes con DM2 y obesidad.

Las variables de estudio son el sexo, la edad, la dosis, peso, IMC, TA y determinaciones sanguíneas al inicio y a los 12 meses.

Se realiza análisis estadístico con T-test para muestras pareadas.

Resultados

Se han reclutado 9 pacientes en AP en tratamiento con semaglutida oral durante 1 año. Los participantes son 5 hombres, la edad media de la muestra son 68,1 años (DS 9,1). La dosis de semaglutida oral es diferente según tolerabilidad individual siendo la dosis media 10 mg (DS 4,94).

Se observa disminución del valor absoluto de todas las variables a excepción del colesterol HDL, que aumenta, contribuyendo a mejorar el riesgo cardiovascular (RCV) del paciente.

A pesar de todo, solo son estadísticamente significativas las variables de peso, índice de masa corporal (IMC) y filtrado glomerular con una $P < 0,05$.

	Valor inicial Media (DS)	Valor final Media (DS)	p valor
TAS (mmHg)	142,44 (11,18)	137,33 (12,39)	,214
TAD (mmHg)	76,44 (7,10)	77,33 (7,66)	,789
Peso (kg)	89,61 (16,24)	80,71 (13,64)	,005

	Valor inicial Media (DS)	Valor final Media (DS)	p valor
IMC	33,32 (3,44)	30,955 (3,03)	,003
Glucosa (mg/dl)	125,88 (57,89)	121,44 (24,85)	,837
HbA1c %	7,82 (1,13)	7,05 (1,04)	,220
Colesterol total (mg/dl)	191,88 (53,63)	175,5 (39,82)	,174
Colesterol LDL (mg/dl)	107,32 (39,97)	93,87 (29,26)	,122
Colesterol HDL (mg/dl)	53,11 (23,84)	54,37 (17,77)	,695
Albumina orina (mg/L)	11,6 (7,83)	4,44 (3,36)	,183
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	78,27 (23,92)	74,65 (23,62)	,031

Conclusiones

El tratamiento durante 1 año con semaglutida oral es eficaz para la pérdida de peso en pacientes con DM2 y obesidad y se puede iniciar en AP.

En este estudio, las dosis de semaglutida oral son diferentes: el 55 % de los pacientes toleran la dosis máxima del fármaco (14 mg), el 22 % tolera la dosis de 7 mg y el 22 % solo tolera 3 mg (dosis mínima). La mejoría del peso y el IMC son datos estadísticamente significativos, con lo cual se demuestra que el tratamiento con semaglutida oral es eficaz para la obesidad. Sería interesante ampliar las indicaciones de este fármaco a la obesidad sin DM2 y realizar estudios en este sentido.

A pesar que la mejoría de las cifras de glucosa y HbA1c no sea estadísticamente significativa, los resultados indican que hay una mejoría del RCV. Serían necesarios más estudios en AP.

■ 028 Educación sanitaria en personas con diabetes. Enseñar en verde, actuar en amarillo

Díaz de Tuesta Díaz de Lezama, Elvira (1); Zamarrón Fraile, María Ester (2); Carra Meana, Blanca (2); González Gasca, Sergio (1); Jiménez Marchal, María Teresa (2); Galindo Ore, Erasilda Ysabel (1); Core Galán, Raquel (1)

(1) Centro de Salud Prosperidad

(2) Centro de Salud Baviera

Justificación

Existe legislación europea, nacional y de la comunidad de Madrid sobre la eliminación de residuos (Decreto 83/1999), en concreto residuos de clase 3, biosanitarios especiales considerados peligrosos, como agujas o material punzante utilizados en la actividad sanitaria, que deben ser depositados en envases rígidos y eliminados por empresas especializadas.



Las personas con diabetes utilizan agujas para la administración de medicamentos y lancetas, y tiras para autocontroles, que están dentro de esta categoría de residuos.

Objetivos

Conocer si las personas con diabetes atendidas en los Centro de Salud Baviera y Prosperidad conocen cómo gestionar estos residuos y actúan en consecuencia.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, basado en la información obtenida a través de encuesta telefónica realizada durante agosto de 2023, a las personas con diabetes registradas como usuarias de medicamentos de administración subcutánea o que se realizan autocontroles de glucemia capilar o intersticial.

Se recogieron estas variables: edad y sexo, si recibió educación sanitaria sobre la gestión de estos residuos, qué dispositivo de recogida de residuos utiliza, qué residuos desecha, y, si tiene contenedor amarillo, se le pregunta si sabe utilizarlo correctamente, además de dónde deposita estos residuos.

Resultados

Se contactó con 230 personas con diabetes. Existe un 22 % de personas no entrevistadas, bien porque ya no generaban residuos o porque no se pudo contactar con ellas.

La media de edad fue de 65 años, siendo el 50,5 % mujeres.

El 61,3 % de pacientes no ha recibido educación sanitaria al respecto, y solo el 47,4 % usan el contenedor.

Respecto al uso de este contenedor, el 38,5 % lo utiliza para agujas solamente y el 32,1 % para agujas, tiras y plumas. El 64,2 % lo llena hasta el límite correspondiente.

El 48,6 % elimina estos residuos directamente a la basura, frente al 40,8 % que lo lleva al centro de salud.

Discusión

El 22 % de pérdidas es una cifra asumible, sobre todo considerando que la realización del trabajo coincide con época vacacional.

La media de edad es la esperada en Atención Primaria, no hay diferencias en cuanto al sexo. Más del 50 % no han recibido educación sanitaria respecto a la gestión de estos residuos considerados peligrosos, de los que casi el 50 % acaban en la basura.

Menos de la mitad utilizan el contenedor amarillo reglamentario y, de los que lo usan, solo lo hacen correctamente un 65 %.

Conclusiones

No se incluye de forma habitual la gestión de los residuos generados en el tratamiento de la diabetes como una parte de la educación sanitaria de las personas con diabetes, a pesar de ser residuos considerados como peligrosos y que se generan diariamente.

Es importante que los profesionales sanitarios trabajemos este aspecto en la educación, para un desarrollo sostenible que logre mantener la salud planetaria.

■ 029 ¿Cómo tratamos a las personas con diabetes institucionalizadas en residencias geriátricas (RG)?

López Gonzalo, Esther (1); Schaeffer Caceres, Sandra (1); Martínez Segura, Yolanda (2); Pérez Iturriaga, María Alicia (3); Pacheco Soria, Daysi (2); Marcos Mendoza, Alejandro Jose (4); Badoch Roig, Mónica (4)

(1) *Institut Català de la Salut*

(2) *Residencia Onze de Setembre*

(3) *Institut Català de la Salut*

(4) *Residencia Eixample*

Objetivos

Conocer el nivel de control y tratamientos utilizados en pacientes con diabetes institucionalizados en RG.

Material y métodos

Estudio descriptivo de pacientes con diabetes institucionalizados en RG a lo largo de un año (n = 59). Registramos variables sociodemográficas, comorbilidades, función renal, glicada y tratamiento.

Resultados

De 59 pacientes, 41 son mujeres (69,5 %), con una media de edad de 87,2; en mujeres 89,2 años y en hombres 82,6.

El 78 % presentan como comorbilidad demencia, el 75 % HTA, el 58 % ERC, el 46 % dislipemia y el 32 % IC.

Respecto a la función renal, el 42,5 % tenía FGe > 60, el 23,7 % FGe 45-59, el 25,4 % FGe 30-44 y el 8,5 % FGe 29-15, ninguno FGe <15.

Vemos que el 86,4 % tenían control de glicada en los últimos 6 meses y uno no tenía control en el último año.

El 59,2 % tiene prescrito tratamiento farmacológico. De estos, un 77 % es tratado con insulina, un 73% con metformina, un 63 % con iDPP-4 y un 53 % con iSLTG-2. Un 54,2 % solamente un fármaco, un 31,4 % dos y un 14,3 % tres.

En cuanto al grado de control metabólico, el 16,9 % tenía la glicada entre 7,6-8,5 % (objetivo de control adecuados por edad), un 11,9 % están mal controlados y un 71,2 % tenía un control excesivo de glicada. De este 71 %, el 55 % no seguía tratamiento farmacológico.

Conclusiones

En pacientes con diabetes institucionalizados, encontramos las comorbilidades habituales en pacientes geriátricos, siendo la demencia y la HTA las más prevalentes (aproximadamente 75 %). También vemos que está muy presente la IRC (en más de la mitad). Estos resultados son importantes ya que estas patologías influyen en los objetivos de control y en el tipo de tratamiento para la DM.



La función renal en los pacientes estudiados se encuentra alterada en más del 50 %, teniendo un FG inferior a 30 un 34 % de los pacientes, hecho que condiciona de nuevo el tratamiento prescrito.

El hecho de que más de un 85 % de los pacientes tengan control analítico en los últimos 6 meses, y solamente uno no tenga analítica en el último año, nos indica que el control analítico está sistematizado de forma adecuada en los centros residenciales.

Encontramos un control “excesivo” con glicada por debajo de los objetivos por edad, pero la mayoría sin tratamiento farmacológico.

Los fármacos prescritos son los indicados en las Guías Terapéuticas y un gran número de pacientes siguen solamente tratamiento dietético y todos ellos, excepto uno, tienen control metabólico adecuado.

A raíz de este estudio nos planteamos en el próximo año realizar una intervención encaminada a adecuar el tratamiento farmacológico a los objetivos de control metabólico, que siempre está condicionado por las comorbilidades y características del paciente.

■ 030 Las complicaciones de la diabetes mellitus, ¿por qué ahora?

Céspedes Feliu, Irene (1); Sánchez Doblado, María José (1)

(1) *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (ABS Torroella de Montgrí)*

Descripción del caso

Señor de 75 años que vive con su mujer en su domicilio. No fumador, ni tampoco toma alcohol. Sigue una dieta diabética y asódica. Como antecedentes médicos cabe destacar: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, esófago de Barret, hipotiroidismo, glaucoma y anemia entre otras.

Insulinodependiente, toma un antidiabético oral, antiagregante y anticoagulante entre otros.

En enero de 1999, con 51 años, a través de una analítica de control (glucemia 156 mg/dl y HbA1c 7,07 %) le diagnosticaron diabetes mellitus tipo 2 y en los últimos años ha desarrollado varias complicaciones.

Exploración y pruebas complementarias

A lo largo de estos 24 años, se le han realizado los distintos controles analíticos correspondientes y las pruebas complementarias para el control de las complicaciones de la diabetes (fondo de ojo, electrocardiograma, índice tobillo brazo y exploración de pies).

Orientación diagnóstica

Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en enero de 1999.

- Polineuropatía diabética en octubre de 2009.
- Arteriopatía diabética en febrero de 2013.
- Nefropatía diabética en estadio IV en setiembre de 2021.
- Retinopatía diabética en febrero de 2022.

Juicio clínico

Camionero de profesión, desde el diagnóstico (enero 1999), en la mayoría de los años, mantuvo un mal control metabólico y no siguió ninguna de las pautas y recomendaciones (dieta diabética, ejercicio

y tratamiento pautado). Como consecuencia, en los siguientes años ha ido presentando las diferentes complicaciones de la enfermedad.

En octubre de 2009 presentó la primera complicación de la diabetes, teniendo una hemoglobina glicosilada (HbA1C) de 8,7 %. Fue diagnosticado de polineuropatía diabética.

Al cabo de cuatro años, en febrero de 2013, continuaba con un mal control metabólico (HbA1c 9 %) y presentó la segunda complicación. Fue diagnosticado de arteriopatía diabética iniciando claudicación intermitente en extremidad inferior izquierda.

En septiembre de 2021, siguiendo una buena dieta, haciendo ejercicio y tomando la medicación y con una HbA1c 5,8 %, presentó la tercera complicación. Fue diagnosticado de insuficiencia renal crónica después de presentar un empeoramiento rápido del filtrado glomerular (FG 45 ml/min en julio y 37 ml/min en agosto).

Al cabo de un año, con un buen control metabólico y una HbA1c 6,4 %, presentó la cuarta y última complicación. En febrero de 2022 fue diagnosticado de retinopatía diabética bilateral.

Conclusiones

Este caso clínico es un claro ejemplo de la importancia que tienen los tres pilares fundamentales desde el inicio de la enfermedad (seguir una dieta diabética, hacer ejercicio y tomar la medicación correctamente) para evitar las complicaciones.

Un mal control metabólico de la HbA1c demuestra una mala evolución de la enfermedad, con el desarrollo de las diferentes complicaciones a largo plazo a pesar de mantener un buen control en el momento del diagnóstico de ellas.

■ 031 Paciente “diana”

Mohamed Dafa, Lehdia (1); Guzmán Jumelles, Marianny del Carmen (2); Manso Fernández, Gregoria (3)

(1) Centro de Salud La Granja de San Ildefonso

(2) Centro de Salud Segovia Rural

(3) Segovia Rural

Mujer de 67 años, independiente para ABVD, vive con su marido y ha cambiado de domicilio recientemente. No hábitos tóxicos. Presenta como antecedentes personales: dislipemia, obesidad grado II, sedentarismo, depresión y DM tipo 2 desde hace 5 años. Está en tratamiento con metformina 1000 mg-vildagliptina 50 mg 1 c/12 h, glicazida 30 mg 1 c/día y simvastatina de 20 mg/24 h.

Acude como paciente nueva a la consulta, se solicita analítica de control e interconsulta a oftalmología para valoración de fondo de ojo. A la exploración presenta obesidad central, tensión arterial de 150/80 mmhg, peso 86,3 kg, talla 152,5 cm con IMC 37,11. En los resultados de laboratorio, presenta una glicemia de 259 mg/dl, una hemoglobina glicada de 8,34 %, cociente albúmina/creatinina de 62,43, microalbuminuria y colesterol total 283 mg/dl con LDL 180 mg/dl.

Juicio clínico

DM tipo 2 mal controlada.

Se inicia un abordaje integral de la paciente, prescripción de ejercicio físico, intervención nutricional y modificación del tratamiento farmacológico; se suspende el iDPP-4, iniciando agonista de GLP-1



oral, con aumento progresivo de dosis, iSGLT-2 y simvastatina 40 mg-ezetimiba 10 mg. Además, se programan consultas de seguimiento e implementación de estilo de vida saludable. Presenta molestias gastrointestinales leves como efecto secundario de la nueva medicación, pero tolerables. En la interconsulta a oftalmología se descarta retinopatía diabética. Se realizan controles analíticos, con mejoría progresiva. En la revisión del año presenta un peso de 77,5 kg, con una pérdida de 8,8 kg y con IMC de 33,32. En la analítica presenta glicemia de 150 mg/dl con HbA1 6,84 %, cociente albúmina/creatinina de 42,96, colesterol total 140 con LDL 61. En objetivo de glicada, pero con margen de mejora en cuanto a peso y valor de LDL. Presenta un mejor estado de ánimo, buena adherencia terapéutica y es susceptible de nuevas intervenciones para mejora de su estilo de vida.

Conclusiones

El manejo de la diabetes es complejo y su propósito es reducir la morbimortalidad. Existen nuevas terapias que permiten una mejor individualización del tratamiento en función de las características clínicas del paciente.

Una adecuada educación diabetológica, modificaciones del estilo de vida y del tratamiento farmacológico consiguen un control glucémico individualizado.

El peso es un determinante en la selección del tratamiento, el control ponderal mejora la micro y la macroangiopatía y ayuda al control de otros factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades.

■ **032 Revisiones de pie diabético, ¿un imposible en nuestra comunidad?**

Lozano del Hoyo, María Luisa (1); Navarro Almagro, Amanda Isabel (1); Fernández Álvarez, Álvaro (2); Turon Alcaine, Jose María (3)

(1) *Centro de Salud Las Fuentes Norte*

(2) *Centro de Salud Casablanca*

(3) *Coordinador Clínico de la Estrategia de Diabetes de Aragón*

Introducción

La enfermedad del pie diabético es una complicación grave de la diabetes mellitus (DM), que afecta entre el 3-4 % de esta población. Su tratamiento requiere pautas para la educación, detección para reducir riesgos, junto a una atención integral del paciente.

El examen del pie diabético, según el “Atlas de variabilidad de la práctica médica”, en población con DM > 40 años varía según comunidades, con los siguientes datos: Aragón (2018): 23-68 %, Navarra (2019): 36-40 %, País Vasco (2016): 59-70 %, Murcia (2017): 1,9-9,5 %, Baleares (2016): 1,5-5,7 %, Madrid (2017): 14-20 %, Asturias (2017): 12-32 %, Cantabria (2018): 3,8-7,7 %, Canarias (2019): 19 %.

Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos y plantear planes de mejora.

Material y métodos

Monitorización de los indicadores de diabetes de OMI-AP de la comunidad de Aragón y de sus sectores.

Fuente de datos para los indicadores: registros de OMI-AP, exclusivamente.

Resultados

El número de profesionales de enfermería en el Sector 2 de Aragón es de 335, en los últimos traslados se han incorporado 105 profesionales, lo que supone un 31,34 % del total.

En la siguiente tabla se exponen los porcentajes de revisiones de pie diabético en diferentes periodos.

	1 enero 19	1 enero 20	1 enero 21	1 enero 22	1 enero 23
Aragón	24,41 %	27,84 %	12,13 %	14,57 %	24,93 %
Zaragoza 2	16,23 %	25,34 %	8,52 %	10,48 %	17 %
CS Las Fuentes Norte	29,49 %	40,36 %	15,39 %	23,49 %	29,85 %
Aragón urbano	14,91 %	19,5 %	7,61 %	9,13 %	19 %
Aragón rural	43,17 %	44,6 %	21,13 %	25,52 %	36,93 %

Antes de la pandemia se realizaron actividades formativas de revisión de pie diabético en todos los Sectores de Aragón, especialmente en el Sector 2

Las revisiones de pie diabético se desplomaron en 2019, como cabía esperar. En estos momentos no llegan a los datos de prepandemia, teniendo en cuenta que anteriormente en ningún momento fueron cifras aceptables.

Se ha realizado formación específica en el Sector 2, lo que ha llevado a cifras mejores que en el resto de sectores, no por ello admisibles.

El cambio continuo de profesionales de enfermería, sobre todo en los sectores de Zaragoza ciudad, no ayuda a incrementar esta actividad, al tener que estar formados y motivados.

Las coberturas son mejores en los entornos rurales, posiblemente por la mayor disponibilidad de tiempo.

Nos planteamos continuar con la formación, creando profesionales referentes en cada centro de salud que hagan el seguimiento y realicen esta actividad.

■ 033 Enfermedad renal crónica en personas con diabetes tipo 2

Rista, Lucas (1); Rojas, Valeria Inés (1); Carbonés Casanobas, Xavier (2); Ramon Granés, María (3); López Arpi, Carles (4); Escribà Planes, Marta (3); Barrot de la Puente, Joan (3)

(1) CAP Sant Hilari Sacalm, Girona

(2) EAP Peralada, Girona

(3) CAP Jordi Nadal, Salt, Girona

(4) CAP Serria de Ter

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las principales causas de morbimortalidad en personas con diabetes mellitus tipo 2 (PDM2), con una prevalencia entre el 20-40 % de los individuos. Se define como filtrado glomerular estimado (FGe) menor a 60 ml/min/m² y/o cociente albúmina creatinina (CAC) mayor a 30 mg/g. La ERC puede progresar a enfermedad renal terminal y requerir diálisis o trasplante renal. La ERC se asocia a mayor riesgo cardiovascular, siendo predictora de eventos cardiovasculares y renales. Según el FGe se clasifica la ERC en 6 estadios (1, 2, 3a, 3b, 4 y 5) y según la albuminuria en 3 (A1, A2, A3).



Objetivos

1. Determinar la prevalencia de enfermedad renal en PDM2 en la región estudiada, FGe menor a 60 ml/min/m² y CAC mayor a 30 mg/g.
2. Analizar la distribución de los distintos subgrupos de enfermedad renal crónica según las guías KDIGO.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, transversal, basado en el registro de la historia clínica informatizada de Atención Primaria, información clínica de la base de datos SIDIAP del Institut Català de la Salut, al 31 de diciembre de 2022. Se incluyeron personas con DM2 mayores de 18 años, ambos sexos, estratificados por tasa FGe y CAC según las guías KDIGO.

Criterios de exclusión personas sin datos de FG. Los datos se analizaron con medidas descriptivas clásicas.

Resultados

La población total fue de 220.905 habitantes con una edad promedio de 45 años (SD 31-58), 49 % hombres. Se hallaron 15.545 PDM2, edad media 69 años (SD 59-78) 5,7 % hombres, prevalencia de 7,5 %. Se excluyeron 607 PDM2 por no constar con FGe. La prevalencia de ERC global fue de 33,02 %; FGe menor a 60 ml/min/m², 19,32 %; CAC mayor a 30 mg/g, 22,26 %; FGe menor a 60 ml/min/m² y CAC mayor a 30 mg/g, 8,56 %. La distribución de las PDM2 según estadios KDIGO y género.

Conclusión

Hay una alta prevalencia de ERC dentro de la población PDM2. La distribución de las distintas categorías de ERC en PDM2 es similar a otras poblaciones de Europa. Hay un aumento progresivo del CAC a medida que disminuye el FGe. Las mujeres presentaron CAC más elevado en G3b y G4 que los hombres.

■ 034 Diabetes y órganos no clásicos: gastroparesia diabética

Anglès Sues, Cristina (1); Villaró Gabarros, Mercè (1)

(1) *Hospital Universitari Mutua de Terrassa*

Descripción del caso

Hombre de 58 años con antecedentes de hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo I de 30 años de evolución sin complicaciones micro ni macroangiopáticas conocidas. Consulta por cuadro de 6 meses de dolor abdominal epigástrico opresivo con sensación de plenitud posprandial, pirosis y sialorrea. Niega cambios en el ritmo deposicional, pérdida de peso u otra clínica acompañante. En los últimos controles destacan hipoglicemias matutinas.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen distendido, dolor a la palpación en epigastrio y flanco izquierdo. No se palpan masas ni megalias. Peristaltismo presente. Sin signos de irritación peritoneal. El resto del examen físico no muestra alteraciones. Estudio analítico con hemograma, ionograma, perfil hepático y amilasa nor-

males. Destaca hiponatremia leve. Radiografía de tórax anodina. Radiografía de abdomen donde se observa importante dilatación de la cámara gástrica, con abundante contenido, sin evidenciarse asas intestinales dilatadas ni alteraciones en la neumatización del marco cólico. Se amplía estudio con TAC abdominal sin detectar anomalías agudas y tránsito baritado que concluye paso enlentecido del contraste tanto a nivel de la unión esófago-gástrica como en el vaciado gástrico.

Orientación diagnóstica

Gastroparesia diabética. La neuropatía autonómica asociada a la diabetes se presenta como una complicación insidiosa y puede afectar a múltiples órganos. Se prescribió domperidona 10 mg c/8h y omeprazol 20 mg c/24 h con mejoría notablemente de la sintomatología.

Diagnóstico diferencial

Dispepsia funcional, úlcera péptica, obstrucción gástrica o intestinal, enfermedad duodeno-pancreática, efectos secundarios de medicamentos (anticolinérgicos, antiinflamatorios no esteroideos, opioides y análogos de GLT-1) y neoplasia gástrica.

Conclusiones

La gastroparesia diabética es un síndrome caracterizado por un retraso en el vaciamiento gástrico en ausencia de obstrucción mecánica. Los síntomas cardinales son saciedad temprana, plenitud posprandial, náuseas y vómitos, dolor abdominal, pérdida de peso y controles glucémicos erráticos. La etiología engloba cualquier alteración que induzca una disfunción neuromuscular del tracto gastrointestinal, así como de la modulación extrínseca del sistema nervioso central. De todo ello la neuropatía sería el factor patogénico principal. Igualmente, la hiperglucemia tiene un efecto directo sobre la hipomotilidad antral, disritmias gástricas e hipertonia pilórica. El diagnóstico es de exclusión mediante estudio radiológico y endoscópico, siendo la gammagrafía el Gold Standard. En Atención Primaria el manejo se guía por recomendaciones dietéticas, control glucémico y tratamiento sintomático mediante fármacos procinéticos, antieméticos y/o antidepressivos tricíclicos. El médico debe sospechar esta entidad para poder realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado.

■ 035 Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud

Peral Martínez, Isabel María (1); Franco Pineda, José Fausto (2); López Torrecillas, Eusebio (3); Cano Vicente, Ana (3); Moreno Fernández, Rafaela (3); Miñarro Martínez, María José (3)

(1) *Centro de Salud Puerto Lumbreras, Murcia*

(2) *Hospital Comarcal del Noroeste*

(3) *Centro de Salud Puerto Lumbreras, Murcia*

Objetivos

Conocer las características sociodemográficas y clínicas, así como el grado de control glucémico y distribución de los distintos tratamientos antidiabéticos en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de un centro de salud del territorio nacional.



Material y métodos

Estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal en pacientes con DM2, mayores de 18 años, de un centro de salud de Atención Primaria, seleccionados por muestreo consecutivo. Se excluyeron aquellos pacientes menores de 18 años, con DM tipo 1 o LADA, y patología terminal con una esperanza de vida menor de 3 años. Los datos se obtuvieron a través de la consulta de las historias clínicas. Las variables cualitativas se definieron como frecuencias absoluta y relativa, y las variables continuas como media \pm desviación estándar. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de referencia. Los pacientes firmaron el consentimiento informado para ser incluidos en el estudio.

Resultados

Se incluyeron un total de 84 pacientes, sin registrar ninguna pérdida, de 6 cupos distintos de un centro de Atención Primaria. El 48 % de la muestra fueron hombres y el 52 % mujeres, con una edad media de 68,39 años (DE 10,67) y una antigüedad media de la DM2 de 7,74 años (DE 6,1). El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 30,78 kg/m² (obesidad) (DE 5,12) y el 54 % de los pacientes con DM2 presentaba obesidad (IMC > 30 kg/m²). El 43 % eran sedentarios (no realizaban ninguna actividad física), el 32 % realizaban menos de 30 minutos de actividad física al día y solo el 25 % realizaba más de 30 minutos al día de ejercicio físico.

Respecto a los tratamientos antidiabéticos que llevaban los pacientes con DM2, se observó que la metformina fue el antidiabético más prescrito (73 %) seguido de los iSGLT-2 (50 %), iDPP-4 (39 %) y arGLP-1 (19 %). Los grupos farmacológicos menos utilizados fueron las glitazonas (1 %) y sulfonilureas (2 %) y solo el 14 % recibía insulina.

Conclusiones

1. El perfil del paciente con DM2 de este estudio es de alto riesgo dado que presenta varios factores de riesgo cardiovascular (HTA, DPLP y obesidad), realiza poca o ninguna actividad física al día y tiene un control glucémico subóptimo, similar a otros estudios.
2. La metformina sigue siendo el antidiabético más utilizado como recomiendan las guías de práctica clínica, observando un mayor uso de los iSGLT-2 y arGLP-1 que en otros estudios publicados.

■ 036 Diabulimia: una revisión sobre trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 1

Cáliz Rodríguez, Carmen (1)

(1) *Centro de Salud Galapagar*

Objetivos

Revisar la bibliografía sobre la diabulimia, presentar esta patología a los profesionales de Atención Primaria y contrastar las distintas opiniones para entender la controversia en torno a ella, los retos y los avances en su tratamiento.

Material y métodos

Revisión bibliográfica de las principales bases de datos.

Resultados

La diabulimia es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) muy frecuente, pero aún no reconocido en el manual DSM-5, consiste en la omisión de insulina o la reducción de dosis en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) de forma intencionada, con el objetivo de perder peso. Las personas con DM1 tienen más riesgo de padecer comorbilidades psiquiátricas como ansiedad y depresión y también, en un porcentaje muy elevado y sobre todo en mujeres, de padecer TCA. La ausencia de insulina altera el metabolismo energético aumentando el catabolismo de ácidos grasos, para evitar el consumo de proteínas y la pérdida de masa grasa, lo que desencadena la pérdida de peso. Esto tiene consecuencias graves en la salud del paciente con DM1 por el aumento de cuerpos cetónicos que puede provocar cetoacidosis de forma aguda y, a largo plazo, mayor probabilidad de padecer complicaciones micro y macrovasculares derivadas de las hiperglucemias sostenidas, además de aumento del riesgo de muerte. Como factores de riesgo que predisponen a padecer diabulimia, se han descrito principalmente el género (mujer), padecer ansiedad y/o depresión y preocupación excesiva por aumentar de peso e insatisfacción con la imagen corporal. Existen también particularidades del manejo de la diabetes que aumentan el riesgo de padecer un TCA, y en concreto diabulimia, por ejemplo, la pérdida de peso que se produce al principio de la enfermedad y la posterior recuperación al iniciar el tratamiento con insulina, el aumento de peso que pueden experimentar los pacientes durante la adolescencia o adultez temprana, como consecuencia del tratamiento con insulina, y el sentimiento abrumador de tener que ejercer un control constante sobre dieta y medicación, entre otros. Para los profesionales sanitarios la diabulimia es un reto, ya que su formación suele ser insuficiente ante esta conducta tan compleja y además disponen de pocos recursos para hacer un abordaje adecuado y multidisciplinar.

Conclusiones

Los pacientes con DM1 tienen mayor probabilidad de padecer un TCA respecto a otros grupos de población y la diabulimia se considera uno de los más peligrosos, por el alto riesgo de complicaciones graves que implica. Las estrategias para abordar este problema se basan en un enfoque multidisciplinar, que implica idealmente endocrinólogos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, y concienciar a los profesionales sanitarios para detectarlo e intervenir a tiempo, ya que es difícil de diagnosticar y de tratar.

■ 037 Estudio transversal sobre diabetes y prediabetes

Triana Tomás, Vicente (1); Diáñez Villabona, María Josep (1)

(1) *Centre penitenciari Ponent*

Objetivos

Describir una muestra de población en términos de edad, sexo, niveles de glucemia, sedentarismo, nivel de estudios.

Mostrar el nivel de individuos con prediabetes y diabetes en una población con condiciones socioeconómicas desfavorables y en la cual coexisten tratamientos de politoxicomanías.

Material y métodos

Se toma la población con diabetes y prediabetes en un centro que tiene aproximadamente 700 pacientes en el período de un año.



Criterios de inclusión y exclusión: se considera prediabetes cifras de 100 y diabetes a partir de 126 con dos determinaciones. Se excluyen antecedentes familiares.

Se obtienen las cifras de la medición de glucemia capilar en dos determinaciones.

Se analizan: edad, sexo, soporte social, nivel estudios, peso, sedentarismo de dichos individuos.

Análisis estadístico: se realiza el estudio con dos mediciones de glicemia capilar y se obtiene la media.

En función de distintas variables (análisis multivariante) podemos sacar distintas conclusiones.

Resultados

De los 700 pacientes, se hallan de un total de 515 con prediabetes y 30 con diabetes, resto sin hallazgos (no diabéticos). De estos pacientes con prediabetes serían 500 hombres y 15 mujeres, y con diabetes serían 29 hombres y 1 mujer.

Casi todos los pacientes estudiados tanto con como sin diabetes son sedentarios al 98 %.

El nivel de estudios es prácticamente elemental en el 99 % de los casos.

El soporte social es favorable en el 10 %.

La media de edad en el grupo con diabetes es de 55 años y en el de prediabetes 42 años.

Conclusiones

Realmente hay un grupo muy numeroso de individuos que están evolucionando a diabetes, debido a factores como la edad, pobreza, sedentarismo, nivel social, nivel de estudios, etc.

Vemos que cada vez es más elevada la prediabetes, nos damos cuenta de que tendríamos que invertir en poder cribar a esos individuos antes de que aparezca la diabetes, ya que sería más barato y eficiente llevar un buen control de los pacientes con prediabetes para luego no tener que gastar en tratamientos y pruebas para el control de la diabetes. Además de poder hacer programas basados en poder intervenir sobre los factores que están implicados en el origen de la prediabetes como el sedentarismo, etc.

■ 038 **La canagliflozina ayuda a controlar la hiperuricemia en pacientes con diabetes**

Fernández Ruiz, Carmen (1); Rocha-de-Lossada, Marta (1); del Razo Romero, Mayra Estefanía (1)

(1) *Distrito Sanitario Córdoba Sur*

Metodología

– Presenta brevemente el motivo por el cual se seleccionó este caso clínico.

– Explica la importancia del caso y su relevancia en la práctica médica.

Descripción del caso clínico

Paciente de 45 años con antecedentes personales de diabetes tipo 2 (DM2) diagnosticada hace 5 años, tratado con metformina 850 mg/8 h vía oral más dieta y ejercicio físico, e hiperuricemia diagnosticada hace 3 años en tratamiento con alopurinol 300 mg/24 h. Fumador de 10-15 cigarrillos diarios.

Acude a consulta por presentar fatiga, polaquiuria que ha empezado a dificultar la realización de sus actividades diarias, insomnio por la nicturia y hormigueo ocasional en ambos miembros inferiores.

Antecedentes personales: Tabaquismo, DM2, HTA, Hiperuricemia, Obesidad. No antecedentes de amputaciones, infecciones urinarias ni micóticas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, Normohidratado, Normoperfundido. Altura: 162 cm; Peso: 82; IMC: 31 %; TA: 130/75; Frecuencia cardíaca: 70 lpm.

Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos ni extratonos. Campos pulmonares bien ventilados sin sobreañadidos.

Miembros inferiores: piernas simétricas con buen llenado capilar, no hay cambio de temperatura, no hay dolor a la palpación, con buena movilidad, a la realización del monofilamento no se encontraron alteraciones.

ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, eje normal, PR y QRS normales, no alteraciones de repolarización, no alteraciones patológicas significativas.

Por lo cual se le solicita analítica para valoración con resultado de glucemia: 185 mg/dl, HbA1c: 8,5 % Crea: 0,9 mg/dl, ácido úrico: 9,6 mg/dl.

Dado el mal control metabólico se decide añadir canagliflozina 100 mg/24h y mantener el tratamiento vigente.

Tras 3 meses de tratamiento con canagliflozina 100 mg/24h se asociaron con una reducción 15 % del ácido úrico sérico (<8,1 mg/dl), reducción de peso a 79 kg y mejoría relativa del control glucémico HbA1c: 7,9 % en comparación con la situación basal.

Al no alcanzar los objetivos de control metabólico se incrementó la dosis de canagliflozina a 300 mg/24h. Se realiza analítica después de 3 meses de tratamiento alcanzando el objetivo de control glucémico HbA1c: 7,1 %, reducción de peso a 76 kg y una reducción 15 % del ácido úrico sérico (6,8 mg/dl). No se detectó ningún efecto secundario durante el tratamiento con canagliflozina.

Orientación diagnóstica

Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada.

Diagnóstico diferencial

Diabetes Mellitus tipo Mody.

Hiperuricemia iatrógena versus hiperuricemia debido a la diabetes. Utilización de canagliflozina versus otros tipos de hipouricemiantes.

Conclusiones

El tratamiento con canagliflozina ayudó a alcanzar el control glucémico y, además, redujo el peso de forma significativa pasando a sobrepeso (IMC: 29 %), reduciendo el ácido úrico sérico en un paciente con DM2 e hiperuricemia basal.

Uno de los beneficiosos efectos añadidos de canagliflozina es la reducción del peso y de los niveles séricos de ácido úrico en pacientes con hiperuricemia (definida como ácido úrico sérico basal >8 mg/dl).



■ 039 Calidad del sueño, cronotipo y su relación con el control glucémico en las personas con diabetes mellitus tipo 2

Sanz Vela, Noelia (1); Franch Nadal, Josep (2); Ledesma Calico, Mercedes (1)

(1) *Enfermera en el Centro de Salud Villanueva de la Cañada, Madrid*

(2) *Médico de familia ABS Raval Sud-CAP Drassanes ICS, Barcelona*

Justificación

El control glucémico de las personas con diabetes depende de muchos factores. Algunos son menos conocidos como la calidad del sueño. Por este motivo hemos decidido estudiar esta posible relación en nuestros pacientes.

Objetivos

Describir la calidad del sueño en pacientes con diabetes tipo 2 y su relación con el grado de control glucémico. Al mismo tiempo se pretende identificar diversos cronotipos y su influencia en el control glucémico.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo, transversal. En una población de pacientes con DM2 que realizan sus visitas de control en un cupo de Atención Primaria de un Centro de Salud de Madrid.

Criterios de exclusión

Pacientes con dificultad para entender el idioma, deterioro cognitivo o que no acepten participar en el estudio.

No se realizará ningún muestreo, pues se estudiarán todos los pacientes del cupo que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Se prevé incluir aproximadamente 115 pacientes, lo que proporcionará una estimación de la precisión de un 6 %, aproximadamente, con un intervalo de confianza del 95 %.

Se analizarán variables sociodemográficas, culturales y clínicas. El control de la glucemia se cuantificará a través de la HbA1c.

La calidad del sueño se determinará mediante la escala de Pittsburg (PSQI) validada que mide la calidad del sueño del último mes. Consta de 12 preguntas autorreportadas.

El cronotipo se estudiará a través de la versión castellana del cuestionario de matutinidad-vespertinidad de Horne y Östberg que consta de 19 preguntas autorreportadas.

Previamente se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes del estudio.

El Protocolo del estudio ha sido remitido al Comité de ética de Atención Primaria.

Análisis estadístico

Se realizará un análisis inicial para detectar valores anómalos u otras inconsistencias. Posteriormente se realizará un análisis descriptivo: las variables cualitativas, con su distribución de frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas se resumirán con las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión como la desviación estándar (DE) y el rango intercuartílico (P25-75).

La estadística inferencial se basará fundamentalmente en las pruebas t de Student, análisis de la varianza y los modelos de regresión. En caso de no cumplirse la normalidad de la distribución se aplicará la estadística no paramétrica.

Resultados esperados

Los datos de la bibliografía y la observación de la práctica clínica sugieren que una mala calidad del sueño se asociará con un peor control de la glucemia y que este hecho puede estar modulado por los diferentes cronotipos.

Aplicabilidad

De obtener los resultados esperados, creemos que será necesario incluir el estudio del sueño como un parámetro más de los estilos de vida que se deben explorar sistemáticamente para un adecuado control glucémico en las personas con DM2.

■ 040 En busca de la diabetes olvidada

Roser Pérez, Marina (1); Montes García, Mercedes (1); Pérez San Juan, Ángela (1)

(1) Centro de Salud Doctor Pedro Lain Entralgo

Descripción del caso

Mujer de 23 años que acude a consulta de su Médico de Atención Primaria por astenia de meses de evolución, sin otra clínica asociada. Tras exploración física exhaustiva, se solicita analítica de control donde se objetiva glucemia basal de 279 mg/dl. Debido al resultado anómalo y dado que la paciente no aseguraba haber realizado el ayuno correctamente, se solicita nueva analítica para verificar resultado siendo este de glucemia 256 mg/dl.

Se realiza anamnesis dirigida acerca de clínica cardinal, que niega. Se inicia desde Atención Primaria insulina basal a unas 10 unidades al día y se deriva al servicio de Endocrinología para ampliación de estudio.

En consultas de Endocrinología, solicitan ampliación de estudio de debut diabético para filiar etiología e introducen, además, tratamiento con antidiabético oral (metformina/linagliptina).

En la siguiente revisión, glucemia basal controlada (91 mg/dl) y hemoglobina A1c (HbA1c) ha disminuido a 6,8 % (la primera hemoglobina A1c se realizó en consultas de Atención Primaria con resultado de 9,2 %). Se solicita desde el departamento de endocrinología estudio autoinmune siendo positivo para anticuerpos anti-IA2 (antitiroxina fosfatasa) y anticuerpos antiGAD (glutamato decarboxilasa) por lo que la paciente es diagnosticada de diabetes mellitus autoinmune péptido C 0.7.

Exploración física y pruebas complementarias

En la exploración física, no se detectaron hallazgos relevantes.

En cuanto a las pruebas complementarias, se objetivaron dos determinaciones de glucemia basal alterada (279 mg/dl y 256 mg/dl). Se solicitó posteriormente la realización de hemoglobina A1c por parte de los compañeros de enfermería, con resultado de 9,6 %. En el servicio de endocrinología, solicitaron ampliación de estudio analítico con perfil autoinmune.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Mujer con una clínica de astenia a quien se realiza analítica de control en búsqueda de posible foco, tras resultados, como primera sospecha clínica se tuvo debut diabético sin clínica cardinal. Finalmente, tras la realización de las pruebas complementarias anteriormente citadas, se diagnosticó de diabetes mellitus autoinmune.



Diagnóstico diferencial

Dentro del diagnóstico diferencial que se debe realizar ante mujer joven con astenia se encuentra entre otros posibles diagnósticos, anemia ferropénica, déficit de ácido fólico, déficit de vitamina B12...

Conclusiones

Es de gran importancia destacar, en este caso, la relevancia del buen trabajo en equipo junto con los compañeros de enfermería, dado que gracias al trabajo multidisciplinar se consiguió un inicio rápido de insulinización.

Por otro lado, recalcar, que además de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, que son más conocidas, también existen otros tipos de diabetes mellitus como la LADA (diabetes mellitus latente autoinmune en adultos).

■ 041 Prevalencia de fractura de cadera en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Aragón

Martínez Pérez, Asensio (1); Gómez Navarro, Rafael (2); López Pérez, Marta (3); Esparza de la Guía, Lluch (4); Gargallo Martínez, Cristina (2); Sánchez Ortiz, Miguel (4); Boloix Peiro, Gemma (3)

(1) *Hospital Obispo Polanco, Teruel*

(2) *Centro de Salud Teruel Centro*

(3) *Centro de Salud Teruel Ensanche*

(4) *Hospital Obispo Polanco, Teruel*

Objetivo

Determinar la prevalencia de fractura de cadera en la comunidad autónoma de Aragón en las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) junto con sus características demográficas y clínicas más relevantes.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal o de prevalencia con recogida retrospectiva de los datos en pacientes >70 años al comenzar el estudio y con diagnóstico de DM2 analizando las siguientes variables asociadas: fractura de cadera y como variable principal y como variables secundarias: sexo, edad, años de evolución de la DM2 desde el momento del diagnóstico, fecha de fractura, tabaquismo, índice de masa corporal, artritis reumatoide, tratamiento con inhibidores de la aromatasa, antiandrogénicos, glucocorticoides orales (dosis de 5 mg o más de prednisona, o equivalente, durante tres o más meses), análogos GRH y pioglitazona. Recogidos a través de la plataforma BIGAN del Departamento de Sanidad. Posteriormente, se realizó estudio estadístico con frecuencias y porcentajes e intervalo de confianza en prevalencias.

Resultados

De las 49.490 personas incluidas en nuestro estudio se objetivó una distribución similar en cuanto a sexo (51 % mujeres y 49 % hombres) con una prevalencia de fractura de cadera del 1,5 % con una media de edad de 81 ± 7 años con una media de $79,3 \pm 6,6$ años para los hombres y una media de $82,3 \pm 7,1$ años para las mujeres. Una evolución de la enfermedad hasta presentar el efecto adverso de $17,8 \pm 11,3$ años con una media de $16,4 \pm 11,4$ años para mujeres y para hombres con una

media de $19,4 \pm 11$ años. La relación con el sexo ha sido OR de 0,822 (IC 0,709-0,952), análogos de GRH OR de 2,81 (IC 1,05-7,53), inhibidores de la aromatasas OR de 0,856 (IC 0,456-1,61), pioglitazona OR 1,25 (IC 0,689-2,28), glucocorticoides orales OR de 1,02 (IC 0,84-1,23), artritis reumatoide OR 1,04 (IC 0,639-1,68), osteoporosis OR de 0,536 (IC 0,448-0,640) y tabaquismo OR DE 1,96 (IC 1,37-2,82).

Conclusión

La prevalencia obtenida fue menor a la prevalencia de estudios de la población general con características similares. Por otro lado, la fractura de cadera se presenta de manera más precoz en los DM2 con respecto a la población general. En lo referente al tiempo de evolución de la DM2 en relación a la fractura de cadera se ha objetivado un menor tiempo de evolución en las mujeres que en los hombres. Las variables clínicas que demostraron una mayor asociación entre la DM2 y la fractura de cadera fueron el hábito tabáquico y el tratamiento con análogos de GHR.

■ 042 Cetoacidosis diabética euglucémica en paciente en tratamiento con iSGLT-2: a propósito de un caso

Palomares Ruiz, Cristina (1); Marín Llerena, Virginia (1); Albano del Pozo, Susana (1); Macías Corbacho, Antonio (1)

(1) Centro de Salud El Progreso

Descripción del caso

Paciente varón de 67 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, prediabetes, dislipemia e hiperuricemia, e intervenido de facotomía, hernia inguinal y fractura de tibia y peroné izquierdos; que se encontraba en tratamiento con olmesartán-40 mg/amlodipino 10 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg, ezetimiba 10 mg/atorvastatina 20 mg, alopurinol 100 mg y metformina 850 mg. Tras una revisión por parte de Cardiología le prescriben metformina 850 mg/dapaglifozina 5 mg cada 12 horas. Transcurridas tres horas del inicio de su administración comienza con vómitos e intolerancia oral, náuseas, molestias a nivel abdominal, sudoración, astenia y xerostomía. No presentaba fiebre, diarrea ni alteración del nivel de conciencia.

Ante la clínica descrita, el paciente acudió a Urgencias de su Centro de Salud, donde le diagnosticaron de probable gastroenteritis aguda con subsiguiente tratamiento sintomático. Posteriormente y con motivo de la ausencia de mejoría, recurrió a Urgencias de Servicio Hospitalario cursando ingreso en Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, eupneico en reposo, orientado y colaborador. Constantes vitales: Tensión arterial: 140/88 mmHg. Frecuencia cardíaca: 95 lpm. Temperatura: 36 °C. Auscultación cardiopulmonar normal.

Análítica general: hemoglobina 17,2 g/dL, hematocrito 52 %, leucocitos $13,35 \times 10^9/L$, plaquetas $245 \times 10^9/L$. Coagulación normal. Glucosa 118 mg/dL, urea 54 mg/dL, creatinina 1,7 mg/dL, GOT 30 UI/L, GPT 23 UI/L, GGT 16 UI/L, FA 71 UI/L, LDH 255 UI/L, amilasa 118 UI/L, Na 134 mmol/L, K 4,5 mmol/L, calcio 9,5 mg/dL, fósforo 3,2 mg/dL.

Gasometría venosa: pH 7,26, pCO₂ 42 mmHg, bicarbonato 16 mEq/L. Urianálisis: amilasa 204 U/L, cuerpos cetónicos positivo.



Orientación diagnóstica y juicio clínico

Episodio de cetoacidosis diabética euglucémica secundaria a tratamiento con inhibidor del transportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT-2). Tras suspensión del tratamiento e hidratación se resolvió el cuadro.

Diagnóstico diferencial

Cetoacidosis por inanición. Cetoacidosis alcohólica. Acidosis láctica-tóxica.

Conclusiones

La cetoacidosis diabética euglucémica es una complicación aguda grave y potencialmente mortal de la diabetes mellitus, cuya incidencia ha aumentado con la introducción de los iSGLT-2. Dicha complicación se caracteriza por euglucemia (glucosa en sangre inferior a 250 mg/dL) además de acidosis metabólica grave (pH inferior a 7,3, bicarbonato sérico inferior a 18 mEq/L) y cetonemia. Ante la aparición de síntomas tales como náuseas, vómitos, anorexia, dolor abdominal, sed excesiva, dificultad respiratoria, confusión, fatiga o somnolencia inusuales, resulta fundamental valorar si se trata de una cetoacidosis y en caso de sospecha o confirmación interrumpir de inmediato el tratamiento con iSGLT-2. La cetoacidosis diabética euglucémica supone un desafío diagnóstico debido a los niveles aceptables de glucosa en sangre y a los síntomas inespecíficos con los que puede cursar, de ahí la importancia de evitar un retraso en el diagnóstico y el tratamiento.

■ 043 Algo se está gestando

Perdiguero Toledano, Bárbara (1)

(1) *Centro de Salud Carmen Calzado*

Juicio clínico y diagnóstico diferencial

Varón de 63 años con AF de DM tipo 2 (padre y tía paterna), desconocidos previamente, que acude el día 13 de agosto al Servicio de Urgencias por clínica consistente en astenia, sed, pérdida de peso y manteniéndose afebril desde hacía varios días. EF: T° 37° TA 167/109 FC 108 BMT 490.

ACP: N Abdomen: No datos de irritación peritoneal ni megalias. E.NRL: anodina.

Análítica: Glu 480 Na 123 K 4.3 Leu 13.800 sin desviación izquierda Hb 16 Pla 283.000 Rx tórax: sin infiltrados SO: N. ECG: Taquicardia sinusal a 109 lpm. Sin HVI. PLAN: Alta hospitalaria, inicio Abasaglar 0-0-8 y metformina 850 mg 1-0-1 y solicitan HbA1C (15,3 %) y perfil lipídico (Tg 200 LDL 130). Posteriormente, se realiza seguimiento ambulatorio con ajuste de perfiles, adicionándose iSGLT-2 (metformina/dapagliflozina), se solicita fondo de ojo (LOD) e iniciándose ramipril 10 mg para control de cifras tensionales.

El día 24 de agosto es remitido desde enfermería para ajuste de perfiles (nos encontrábamos con Abasaglar 0-0-36 y Dapagliflozina 10 mg), encontrándonos con dolor en flanco izquierdo y disminución en el número de las deposiciones junto con aumento de volumen abdominal y defensa franca a dicho nivel. Por sospecha de meteorismo se retiró la metformina. Se solicita analítica urgente objetivándose elevación de leucocitos 18.000 con desviación izquierda, pseudoanemia y trombocitosis reactiva, PCR 214 y VSG 116, derivándose a Urgencias. Se realiza TAC abdominal describiéndose una colección en recto anterior izquierdo en relación con hematoma/absceso precisando drenaje e ingreso hospitalario durante los días 24/08 a 07/09.

El día 12 de septiembre es valorado de nuevo en Atención Primaria objetivándose molestias en flanco izquierdo (no tan llamativas como previamente) decidiéndose el reinicio de nuevo ciclo antibiótico con levofloxacino.

El día 19 de septiembre es reevaluado, obteniéndose un drenaje continuo de 300 cc de material purulento remitiéndose de nuevo a Urgencias. En el TAC realizado se objetiva nueva colección a nivel de recto anterior, decidiéndose drenaje y limpieza quirúrgica, precisando ingreso hospitalario del 20 de septiembre a 26 de septiembre.

Tras el alta, continúa seguimiento por nuestra parte y el día 28 de octubre constatamos cierre completo de la herida quirúrgica.

Mientras tanto, se remite al paciente a Medicina Interna para estudios metabólico y etiológicos subyacentes.

En febrero se realiza nueva HbA1C siendo esta de 6, con buen control de cifras tensionales y solo en tratamiento con dapagliflozina tras retirada progresiva de insulina y remisión del desencadenante del debut diabético.

Conclusiones

Ante todo debut diabético debemos realizar una búsqueda activa de etiología subyacente como desencadenante y remitir al paciente a especializada para realizar estudios complementarios pertinentes en caso de precisarse. Además es fundamental la interrelación y aporte por parte de enfermería de educación y promoción de la salud.

■ 044 El poder de un buen médico de familia con un paciente de elevado riesgo cardiovascular

Palmero Olmo, Estela (1); Torres Rodríguez, Manuel (2)

(1) *Coria del Río*

(2) *La Rinconada*

Varón, 56 años, fumador con ICAT 50. Fibrilación auricular paroxística anticoagulada con aldocumar. Hipertenso en tratamiento con diltiazem 120 mg cada 12 horas. Padece diabetes mellitus tipo 2 desde 2011 y desde entonces toma metformina 850 mg (1/2 cp cada 12 horas) junto a glimepiride 4 mg al medio día.

EF: IMC de 38, un gran pániculo adiposo abdominal, y signos de enfermedad venosa periférica crónica.

Tensiones arteriales en torno a 140-145/90-95 mmHg.

Análítica: hemograma normal, glucosa basal 177 mg/dl, función renal e iones normales, hemoglobina glicosilada de 9,5 %, LDL 160 mg/dl, sistemático de orina normal aunque el cociente albúmina-creatinina estaba elevado: 233 mg/g.

El paciente tenía que cambiar muchas cosas aparte de su tratamiento habitual. Como médico de familia, le tenía que hacer entender el alto riesgo cardiovascular que tenía. Le indiqué que las patologías que presentaba podrían repercutir:

- Sobre sus ojos, produciendo retinopatía diabética.
- Sobre sus riñones, llevándole a un fallo renal crónico con posibilidad de diálisis.
- Sobre su corazón, con infartos de miocardio. Podían afectarse sus arterias periféricas, produciendo claudicación intermitente.



– Sobre su cerebro, produciendo infartos cerebrales.

Hice promoción de salud importante. Le instruí en una dieta hipocalórica y lo fui citando cada semana y media para no perder el contacto.

Modifiqué tratamiento:

1. HTA: añadí IECA/HCTZ.
2. Fibrilación auricular: suspendí diltiazem y modifiqué por betabloqueante: bisoprolol 2,5 mg diarios. Mantuve el aldocumar (comprobé buenos controles de INR desde 2014, con TTR 80 %).
3. Dislipemia: le añadí estatina potente.
4. DM2: retiré glimepiride y pauté asociación metformina con iSGLT-2 (metformina 1 g/empagliflozina 12,5 mg/12h). El paciente dejó claro que no se quería “pinchar” de ninguna manera (“Doc-tora, mi madre murió por culpa de la insulina, se pinchaba todos los días 3 y 4 veces”); por lo tanto, descarté insulina y análogos del GLP-1.

Habían cambiado su forma de cocinar, ahora todo plancha y horno, sin grasas saturadas, sin dulces y sin abusar de hidratos de carbono. Manuel dejó de fumar radicalmente.

A los 4 meses, Manuel había perdido 9 kg de peso, muy motivado, quería ver el cambio reflejado en una analítica y así fue: hemograma normal, glucosa basal 123 mg/dl, urea y creatinina en rango, Hb1Ac 7,5 %, LDL 110 mg/dl, sistemático de orina con glucosuria +1000; el cociente albúmina-creatinina había bajado a 40 mg/g, continuaba con microalbuminuria positiva pero mejoría importante.

Me quedo con la actitud de Manuel, con el buen tándem que hace con su esposa, que lo apoya y lo ayuda. En 4 meses, no solo ha mejorado su analítica, también ha mejorado y cambiado su forma física, su mentalidad, su dieta. Ha dejado el tabaco y no puede vivir sin realizar aunque solo sea media hora de deporte diario.

■ 045 Prevalencia de anemia en el paciente con diabetes mellitus

Nieto Ordóñez, Carmen (1); Rodríguez Juliá, María Ángeles (2); Sánchez Pareja, Valeria (3); Campos Dávila, Emilio (4); Jiménez Varo, Enrique (4); Michán Doña, Alfredo (5); Escribano Cobalea, José (6)

(1) Centro de Salud San Roque SUR - HLL

(2) Centro de salud La Velada - HLL

(3) Centro de Salud Junquillos - HLL

(4) Hospital La Línea de la Concepción

(5) Hospital Jerez de la Frontera Estación/Taraguilla

(6) Centro de Salud San Roque - Módulo

La anemia es una complicación común de la diabetes mellitus (DM), pero existe escasa información sobre su prevalencia en España.

Objetivos

Se evaluó el nivel de hemoglobina y la prevalencia de anemia (PA) en personas con DM, de >50 años (PDM50) con TFGe >15 mL/min/1,73 m².

Material y método

Se recopilaron determinaciones ambulatorias (DA) que contenían hemograma, HbA1c, GPA y TFGc realizadas durante 30 meses a personas >50 años con DM. La población se dividió en 5 grupos etarios: D5 (50 a 59 años); D6 (60-69); D7 (70-79); D8 (80-89) y D9 (>90 años). Anemia se definió como Hb <12 g/dL para mujeres y Hb 11g/dL, moderada 8-11 g/dL y grave Hb <8 g/dL. La ERC como TFGc 30 mg/g, de acuerdo con KDIGO-2012. Significación $p < 0,01$ (#)

Resultados

De 26.176 DA registradas, 8.347 PDM50 (51 %) fueron hombres, mediana edad 69 años (RIC 61-77) y con una frecuencia de 4,2 DA por persona. La distribución por grupo de edad fue D5 (20 %), D6 (29 %), D7 (32 %), D8 (17 %) y D9 (3 %). La PA es 29,4 % (IC 95 28,4 a 30,4 %), distribuida en leve 68,3 %, moderada 29 % y grave 2,7 %. La PA es mayor en la mujer 32,9 % (IC 95 31,8 a 33,9 %) que el hombre 25,6 % (IC 95 24,4 a 26,5 %) (#). Siendo también más grave su presentación en la mujer (moderada-grave 38,8 % vs. 23,2%; #). Con la edad la Hb desciende significativamente, tanto en pacientes con anemia (11,3 vs. 10,3) como sin ella (14,4 vs. 13,3).

El PDM50 con anemia es preferentemente mujer (46 vs. 54 %; #), tiene mayor edad (67 vs. 75 años; #), menor TFGc (58 vs. 74; #), mayor albuminuria (10,6 vs. 23,4; #) y más presencia de ERC (16 vs 45%; #). La edad aumenta la PA pasando de D5 = 11,2 % a D9 = 61,7 % (#) y aumenta la gravedad, moderada-grave en D5 = 24 % a D9 = 45 % (#), similar en ambos sexos. En jóvenes PA es mayor en mujer (D5 = 13,8 % vs. 10,2 %), en ancianos predomina el hombre (D9 = 60,1 % vs. 64,1 %).

La PA aumenta con ERC (44,7 % vs. 20,8 %; #), aumenta conforme desciende TFGc (G1 = 15 % a G4 = 74 %; #) y conforme aumenta CAC (A1 = 15 % a A3 = 74 %;#). En el PDM50 sin ERC la PA es 20,8 %, con G1-G2 y A2-A3 es 24 %, cuando es G3 es 50,3 % y para G4 es 74,3 %.

Conclusiones

Casi uno de cada tres PDM50 presenta anemia, una prevalencia muy relevante.

La anemia predomina en las mujeres, los ancianos y tiene una relación directa con los dos componentes que definen el daño renal.

Estos datos aconsejan introducir la evaluación de la anemia en las revisiones periódicas de los PDM50. Por todo ello, la anemia debe ser considerada una complicación más de la diabetes.

■ 046 Características de la anemia en el paciente con diabetes mellitus

Hormigo Pozo, Antonio (1); Nieto Ordóñez, Carmen (2); Rodríguez Juliá, María Ángeles (3); Luna Barrones, Inmaculada (3); Campos Dávila, Emilio (4); Jiménez Varo, Enrique (4); Escribano Serrano, José (5)

(1) UGC San Andrés Torcal

(2) Centro de Salud San Roque Sur - HLL

(3) Centro de Salud La Velada - HLL

(4) Hospital La Línea de la Concepción

(5) Centro de Salud San Roque - Módulo Estación/Taraquilla



La anemia es una complicación común de la diabetes mellitus (DM), pero sus características morfológicas y etiológicas apenas han sido descritas en España.

Objetivos

Se describieron las características morfológicas de la anemia, sus factores etiológicos y la implicación de los fármacos para DM en la prevalencia de anemia (PA) en personas con DM, de >50 años (PDM50) con TFGe >15 mL/min/1,73 m².

Material y métodos

Se recopilaron determinaciones ambulatorias (DA) que contenían hemograma, HbA1c, GPA y TFGe realizadas durante 30 meses a personas >50 años con DM (PDM50). Anemia se definió como Hb <12 g/dL para mujeres y Hb <13 g/dL para varones. Clasificación morfología por VCM: microcítica (VCM <80 fL; normocítica (VCM 80-100 fl) o macrocítica (VCM >100 fl). Morfología combinada índices (VCM y CHCM): microcítica hipocrómica (VCM <80 fL, CMCH <32 pg); Normocítica hipocrómica (VCM 80-100 fL, CMCH <32 g/dL), normocítica normocrómica (VCM 80-100 fL, MCH >32 <36 g/dL) o macrocítica (VCM >100 fL). Significación p < 0,01 (#)

Resultados

De 26.176 DA recopiladas, 8.347 PDM50 (51 %) fueron hombres, mediana edad 69 años (RIC 61-77) y con una media de 4,2 DA por persona. La distribución por grupo de edad fue D5 (20 %), D6 (29 %), D8 (17 %), D7 (32 %) y D9 (3 %). La PA es del 29,4 % (IC 95 28,4 a 29,4 %), su morfología es predominantemente normocítica (-80 %), con aumento de la microcítica en los más jóvenes (21 %) y de la macrocítica en las personas mayores y en los niveles más bajos de TFG. Los PDM50 con anemia presentan mayor hipocromía respecto a PDM50 sin anemia, tanto en microcítica (1 % vs. 11,8 % #) como normocítica (26,7 % vs. 54 % #), y mayor macrocitosis (3,5 % vs. 9,5 % #). La hipocromía es más frecuente en la mujer y va disminuyendo con la edad, al contrario de la macrocitosis, que aumenta.

Solo el 54 % de las micronormocíticas y el 57 % de macrocíticas tiene realizado estudio etiológico. La causa más frecuente es la ferropenia, verdadera (51,7 %) o funcional (16,8 %) para micronormo y el 72 % no presenta hipovitaminosis B12 en macrocíticas (la displasia no ha sido analizada).

No se encontró relación de la PA con el control metabólico, aunque si con los fármacos prescritos: aumenta con los regímenes con insulinas (26,5 % vs. 41,2 %; #), la metformina es neutra (28,6 % vs. 29,8 %) y con los glucosúricos disminuye (30,9 % vs. 23,5 %; #)

Conclusiones

La morfología normocítica es la más frecuente en la anemia del PDM50, aunque aumenta la macrocitosis a mayor edad y menor TFG.

El déficit de hierro verdadero es el factor etiológico de mayor importancia y puede estar detrás de la mayor hipocromía presente en estos pacientes.

Las diferentes terapias pueden ejercer una influencia positiva (insulinas) o negativa (glucosúricos) en el desarrollo de anemia en los PDM50.

■ 047 Complicaciones silenciosas de la diabetes: disfunción eréctil. A propósito de un caso clínico

Pérez Mesa, Noelia (1); Romero Carrillo, Silvia (2); Arévalo León, David (1)

(1) *Hospital Infanta Margarita (Cabra). C.S. Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba*

(2) *Hospital Infanta Margarita (Cabra). C.S. Montilla. Área Gestión Sanitaria Sur de Córdoba*

Descripción del caso

Varón de 52 años que consulta por dificultad para la erección de forma intermitente. Comenta que se encuentra más cansado de lo habitual, lo cual lo relaciona con su trabajo. Afebril, no asocia dolor torácico, palpitaciones o disnea. Destaca que últimamente tiene mucha sed y un aumento de la poliuria pero sin asociar síntomas miccionales. No ha perdido peso.

- Antecedentes familiares: madre con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, padre fallecido a los 70 años por infarto agudo de miocardio. Tiene 2 hijos sanos.
- Antecedentes personales: no refiere hábitos tóxicos. No tiene enfermedades previas. No toma medicación excepto analgésicos a demanda. Ocupación: transporte de mercancías.

Exploración y pruebas complementarias

- Esfera biopsicosocial: buena conciliación familiar y laboral.
- Peso y talla: 98 kg, 170 cm. IMC: 33.9. Obesidad tipo I: moderada.
- Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos, tonos rítmicos sin soplos.
- Palpación abdominal: abdomen blando, depresible, sin dolor, no se palpan masas ni megalias.
- Miembros inferiores: signos de insuficiencia venosa crónica.

Se solicitó analítica con 3 series, urianálisis, electrocardiograma, radiografía de tórax y automedida de la tensión arterial (AMPA).

- *Analítica*: glucosa 155 mg/dl, creatinina 0,90 mg/dl, colesterol total 220 mg/dl, LDL 138 mg/dl, HDL 68 mg/dl, hemoglobina glicada 7,4 %.
- *Orina*: glucosa 300 mg/dl, albúmina 0,36 mg/dl, creatinina 180 mg/dl, albúmina-creatinina 28,1 mg/g.

El resto de los parámetros y pruebas complementarias solicitadas (electrocardiograma, radiografía de tórax y AMPA) no mostraron alteraciones.

Se volvió a realizar una segunda determinación analítica para confirmar la alteración de la glucemia.

- Segunda determinación: glucosa 168 mg/dl, hemoglobina glicada 7,5 %.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

En base a la historia clínica y pruebas complementarias diagnosticamos al paciente de diabetes mellitus tipo 2, probable causa orgánica de la disfunción eréctil.

Diagnóstico diferencial

La impotencia funcional puede estar debida a múltiples factores externos y psicológicos, problemas urológicos y otras patologías cardiovasculares que puedan tener este tipo de complicaciones como es la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y aneurismas abdominales.



Conclusión

Ante la presencia de una enfermedad cardiovascular debemos pensar en una patología orgánica subyacente como es la diabetes, ya que es una enfermedad que en numerosas ocasiones cursa de forma “silenciosa” dando lugar a multitud de complicaciones.

Por lo tanto, para llegar al diagnóstico de diabetes a través de la manifestación de alguna de sus complicaciones es fundamental realizar una valoración sistemática y un abordaje integral del paciente que incluya dirigir la anamnesis indagando sobre síntomas o signos de diabetes, solicitar pruebas complementarias para hacer un correcto diagnóstico diferencial y planificar un seguimiento para lograr el objetivo del control glucémico. Todo ello reducirá las comorbilidades y mejorará la calidad de vida de los pacientes.

■ 048 La monitorización flash en Atención Primaria sí funciona

Salazar Bruque, Irene (1); Molina Gómez, Antonio Alfredo (1); Díaz López, Inmaculada Eva (2)

(1) *ZBS Algarrobo*

(2) *Consultoría Caleta de Vélez*

Descripción del caso

Varón de 55 años. Obesidad extrema (IMC 54) y tabaquismo activo.

AP de DM2 en seguimiento por endocrinología por pésimo control metabólico en tratamiento con insulina toujeo 98 UI, Novorapid 7-8 ui +correcciones, empagliflozina 10 mg, trulicity semanal, AAS 100 mg, enalapril 20/hidroclortiazida 12.5 y simvastatina 20. El paciente acude a las consultas de revisión tanto con Atención Primaria como con endocrinología sin controles ni glucómetro.

Dado que trabaja como camionero no tiene un horario de comidas establecido y tiene una vida totalmente sedentaria.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con tensión arterial controlada. Retinografía hace un año normal.

Pie diabético normal aunque con conductas de riesgo.

Última HbA1c 9,7 % (junio/23) con glucemia basal 143, LDL 55, crl.1, no albuminuria.

Orientación diagnóstica

Dado que el paciente está en tratamiento con insulina lenta y rápida, además de su pésimo control metabólico, es candidato a inicio de monitorización con sistema flash. Se le explica procedimiento y grado de compromiso que se necesita por su parte, aceptando el uso del mismo con controles semanales/quincenales por parte del equipo médico-enfermero.

En los primeros 14 días tras inicio de tratamiento, observamos: tiempo activo del sensor del 98 %, glucosa promedio de 220 mgr, variabilidad 26,8 %, GMI 8,6 %, tiempo en muy alto (>250) 28 %, tiempo en alto (181-250) 43 %, intervalo objetivo (70-180) 29 % y tiempo en bajo o muy bajo (<69) 0 %.

Durante 2 meses, el paciente es valorado cada 10-15 días en consulta por parte de enfermería y medicina para control de glucemias a través de los informes AGP del sistema flash, ajustando la insulina basal y rápida y haciendo más participe al paciente en su patología.

Tras solo este tiempo, podemos observar una clara mejoría en los controles del paciente, observando en el último informe tiempo activo del sensor del 97 %, glucosa promedio de 155 mg, variabilidad 30,2 %, GMI 7 %, tiempo en muy alto (>250) 3 %, tiempo en alto (181-250) 22 %, intervalo objetivo (70-180) 75 % y tiempo en bajo o muy bajo (<69) 0 %.

Juicio clínico

Baja adherencia.

Diabetes mellitus tipo 2 con muy mal control metabólico en paciente joven.

Diagnóstico diferencial y conclusiones

El sistema de monitorización flash es una herramienta usada hasta hace poco únicamente para personas con diabetes tipo 1 y por endocrinología. Su ampliación a pacientes con diabetes tipo 2 supone una gran herramienta de ayuda para tanto Atención Primaria como endocrinología, permitiéndonos recoger mucha información, no solo de glucemias y glicosiladas, si no de hábitos de nuestros pacientes, imprescindibles para mejorar el control. Además, nos permite un seguimiento más personal y estricto, necesario para este tipo de pacientes y que sería imposible de realizar desde endocrinología.

■ 049 Debut diabético complicado por cetoacidosis diabética y herpes zóster

Arévalo León, David (1); Pérez Mesa, Noelia (1); Romero Carrillo, Silvia (2)

(1) Centro de Salud Cabra

(2) Centro de Salud Montilla

Descripción del caso

Paciente varón de 23 años que acude en urgencias por dolor abdominal, sensación nauseosa y vómitos de 5 días de evolución. Presentando cuadro de poliuria, polidipsia y polifagia de 3 semanas de evolución, habiendo perdido unos 6 kg de peso. Fiebre de 38 °C, y en tratamiento con aciclovir oral por Herpes Zóster. Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado y normo perfundido. Eupneico en reposo. Herpes costado derecho. No presenta cianosis ni tiraje. No signos de focalidad neurológica. Buen tono muscular y respuesta a estímulos. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos, roces, ni extratonos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal ni defensa. Peristaltismo aumentado. PPR bilateral negativa. RHA aumentados. MMII: no edemas ni signos de TVP. Analítica: hemograma neutrofilia relativa. Bioquímica con glucemia 339 mg/dL, función renal e iones normal. Gasometría venosa: pH 7,1, bicarbonato 10,6 mEq/L, pCO₂ 31. Sistemático de orina: Cuerpos cetónicos 150 mg/dL, sedimento urinario positivo. RX de abdomen: sin hallazgos relevantes.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Cetoacidosis diabética. Debut diabetes.

Herpes zóster.



Diagnóstico diferencial

Estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH), acidosis láctica, intoxicación por salicilatos o metanol, acidosis urémica.

Conclusiones

- La cetoacidosis diabética es una complicación aguda de la diabetes mellitus que se suele dar con más frecuencia en los pacientes con DM tipo 1.
- Nos debe de hacer sospechar de cetoacidosis cuando además de los síntomas clásicos de debut de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) aparecen dolor abdominal, náuseas y vómitos, aliento afrutado por cetosis, alteración de dinámica respiratoria (respiración de Kussmaul) y alteración del nivel de conciencia.
- Es necesario realizar las pruebas complementarias para establecer los criterios bioquímicos para el diagnóstico de CAD: hiperglucemia (glucemia plasmática >200 mg/dL), acidosis metabólica (pH venoso <7,3 o bicarbonato plasmático < 15 mEq/L) y cetosis (determinada por la presencia de cetonas en sangre u orina).
- Hay una mayor incidencia de herpes zóster en la población diabética debido a que esta enfermedad puede causar una reactivación del virus que provoca riesgo aumentado de hospitalización, por lo que es preciso un adecuado seguimiento de estos casos.

■ 050 Asociación entre diabetes mellitus y esteatosis hepática no alcohólica vía ecografía ambulatoria

Molins Rojas, Cristina (1); Ribas Seguí, Domingo (1); Antón Maldonado, Violeta (2); Gutiérrez Ferriz, Gabriela (3)

(1) CAP Sant Pere i Sant Pau. ICS Camp de Tarragona

(2) CAP Constantí. ICS Camp de Tarragona

(3) CAP Sant Pere. Reus 1. ICS Camp de Tarragona.

Objetivos

Analizar la asociación entre diabetes mellitus (DM) y la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) diagnosticada por ecografía abdominal en Atención Primaria (AP).

Analizar las características clínicas de las ecografías realizadas en un centro de Atención Primaria (CAP).

Material y métodos

Muestra

Ecografías abdominales realizadas en un CAP durante el periodo de enero de 2022 a agosto de 2023.

Variables

Variable principal: presencia de EHNA diagnosticada por ecografía abdominal.

Covariables: características basales de la población de estudio incluyendo factores sociodemográficos (sexo y edad), factores de riesgo (hipertensión [HTA], dislipemia [DLP] y DM), motivo de solicitud de la ecografía y hallazgos de la ecografía (normal, esteatosis hepática, colelitiasis, crecimiento prostático, lesión vesical, litiasis renal, quistes hepáticos o renales, masas u otras).

Análisis estadístico

Análisis descriptivo de las variables cualitativas (categóricas) de la muestra mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

Análisis bivalente mediante la prueba de chi-cuadrado para establecer la presencia de relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el porcentaje de personas con EHNA en el grupo de DM y el porcentaje de EHNA en el grupo de no DM.

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron 223 ecografías abdominales. De ellas, 128 se realizaron a mujeres (57,4 %). Como factores de riesgo, la HTA estaba presente en un 71 %, la DLP en un 26,5 % y la DM en un 10,8 %.

El motivo de solicitud de la ecografía más frecuente fue el dolor abdominal en un 33,6 % seguido de la alteración del perfil hepático en un 14,8 %.

En cuanto a los hallazgos en la ecografía el más frecuente es la esteatosis hepática con 32 casos (14,3 %), seguido de crecimiento prostático (8,5 %), litiasis renal (5,4 %) y coledocistitis (4,9 %).

En el análisis bivalente entre la DM y la presencia de EHNA (7 pacientes, un 3,1%), se encontró una relación estadísticamente significativa ($p 0,037$).

Conclusiones

La realización de la ecografía en AP permite detectar la relación entre la presencia de DM y EHNA.

Un seguimiento prospectivo de una cohorte permitiría valorar la progresión de la EHNA según el control clínico-analítico de la DM.

■ 051 **¿Doctora, dónde está mi diabetes?**

Call Quer, Laura (1); De Miguel Serra, Xavier (1); Serra Laguarda, Marta (1)

(1) *CAP Ca N'Oriac Sabadell (Barcelona)*

Objetivos

Poner en conocimiento un caso clínico.

Material y métodos

Revisión del caso y bibliografía relacionada.

Resultados y conclusiones

Dada la prevalencia de hemoglobinopatías en pacientes de origen subsahariano, conocer cómo se puede ver afectada la monitorización de la diabetes en estos casos con la hemoglobina glicada. Recordar el uso de la fructosamina como herramienta de monitorización de la glucemia.

Descripción del caso

Paciente varón de 55 años. Natural de Mali. No alergias medicamentosas. Sin antecedentes de interés. Se revisa resultado de analítica pedida por enfermería a petición del propio paciente en la que destaca glucemia en ayunas de 390 mg/dl.



Exploración y pruebas complementarias

Se cita al paciente que refiere síntomas de insulinopenia (polidipsia, poliuria y pérdida de peso), la tira de orina muestra glucosuria sin cetonuria y la glicemia en la consulta de 485 mg/dl. Se indica modificación de dieta y tratamiento con insulina a dosis inicial de 0,2 UI/kg/día y metformina progresiva hasta 850 mg c/12h. En los siguientes controles presenta mejoría de valores de glucemia con ajuste progresivo de insulina hasta 22 UI al día en 4-5 semanas.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Se programa analítica de estudio de debut diabético (péptido C y anticuerpos) en paciente con normopeso (IMC 24,5) junto con hemoglobina glicada a los 3 meses. En la analítica el hemograma es normal, el péptido C es normal y el estudio autoinmunitario es negativo y la hemoglobina glicada es de 5,2 %. En el informe del mismo laboratorio recomienda estudio de posible hemoglobinopatía.

Se amplía estudio y se confirma que el paciente es portador de rasgo drepanocítico (Hb S heterocigoto). Se cita paciente con controles de glucemia y dada la presencia de hipoglucemias frecuentes y la hemoglobina glicada actual se reduce insulina hasta retirada y se mantiene metformina. Se hace interconsulta con endocrinología para valoración del caso.

Conclusiones

La hemoglobina glicada puede ser un mal marcador para el seguimiento de la diabetes en casos de hemoglobinopatía, anemia y pérdidas de proteínas urinarias. En estos casos se puede plantear la monitorización con fructosamina. La fructosamina aporta información sobre la tendencia de glicemia en las 2-3 últimas semanas anteriores y se calcula de la siguiente manera ($\text{fructosamina}/100 \times 2 = \text{glicada}$) o (mitad de glicada $\times 100$ equivale a fructosamina).

En pacientes originarios de regiones subsaharianas con discrepancia entre las cifras de glucemia y hemoglobina glicada valorar posibilidad de alteración de la hemoglobina.

■ 052 Neuropatía diabética como forma de presentación de la diabetes mellitus

Toral Buena, Paula (1); Chávez Gil, Vannya Elizabeth (2); Chávez Ávila, Martha Adalida (3)

(1) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Frómista, Palencia

(2) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Villamuriel, Palencia

(3) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Pintor Oliva, Palencia

Objetivos

Remarcar las múltiples formas de presentación de la DM y la importancia de explorar a los pacientes diabéticos por lo menos una vez al año para detectar signos de neuropatía.

Material y métodos

Descripción de un caso clínico.

Resultados

Paciente que ante la presencia de parestesias se realiza diagnóstico de dolor neuropático y, de manera secundaria, de DM (diabetes mellitus) no conocida.

Conclusiones

La neuropatía diabética es la forma más común de neuropatía en los países desarrollados. Suele manifestarse con pérdida de sensibilidad, sensación de quemazón y debilidad distal simétrica que evoluciona de forma ascendente. En las fases iniciales, refieren la clínica como sentir el suelo extraño.

Clínico, diagnóstico diferencial y conclusiones

Descripción del caso

Varón, de 58 años de edad, panadero de profesión y fumador de 12 cigarrillos diarios, desde hace años, sin otros antecedentes personales de interés ni tratamiento crónico. Antecedente familiar de padre con DM mal controlada y amputación de miembro inferior.

Acude a consulta de refiriendo parestesias en ambas plantas, “como si notara arrugada la plantilla del zapato”, desde hace 15 días.

Exploración y pruebas complementarias

No se objetivan lesiones cutáneas a nivel plantar, ni dolor a la palpación. Cuestionario DN4: 4/10. Valoración de la sensibilidad táctil con monofilamento de Semmes-Weinstein, sin alteración. Pruebas complementarias: glucosa 233 mg/dL, HbA1c: 10,1 %, vitamina B12 normal. Sistemático orina: glucosa +++.

Orientación diagnóstica y juicio clínico. Diagnóstico diferencial

Neuropatía diabética, en paciente con diabetes no conocido.

Como diagnóstico diferencial mencionar dolor de causa osteomuscular o por alteraciones biomecánicas y deformidades del pie.

Se explican medidas higiénico-dietéticas adecuadas, se inicia insulino terapia y tratamiento con pregabalina, presentando mejoría del perfil glucémico y disminución de las parestesias, y se solicita interconsulta al Servicio de Oftalmología, descartándose retinopatía diabética.

Conclusiones

Remarcar las múltiples formas de presentación de la DM y la importancia de explorar a los pacientes diabéticos por lo menos una vez al año para detectar signos de neuropatía.

Las pruebas con más rendimiento son el monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g o la exploración de la vibración mediante el diapasón de 128 Hz.

La neuropatía periférica es uno de los problemas neurológicos por los que más consultan en Atención Primaria.

La neuropatía diabética es la forma más común de neuropatía en los países desarrollados y la complicación sintomática más frecuente en pacientes con DM. Suele manifestarse con pérdida de sensibilidad, sensación de quemazón y debilidad distal simétrica que evoluciona de forma ascendente. En las fases iniciales, refieren la clínica como sentir el suelo extraño (síntoma que describe nuestro paciente).

En las neuropatías axónicas (sugieren trastorno sistémico), los síntomas sensitivos se presentan antes que los motores, al contrario que las polineuropatías desmielinizantes (sugieren trastorno hereditario o autoinmune).

La neuropatía diabética supone el 50-75% de las amputaciones no traumáticas.



■ **053 Efectos de los iSGLT-2 sobre la tasa de filtración glomerular y la hemoglobina glicosilada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la practica clínica**

Duarte Vega, Pedro Pablo (1); Telmo Hueso, Sira (1); Lamarre, Michelot (2)

(1) *Centro de Salud Alcañiz, Teruel*

(2) *Centro de Salud Alcañiz*

Objetivos

Determinar los cambios en la tasa de filtración glomerular (TFG) y la hemoglobina glicosilada (HbA1C) en pacientes con DM2 que están en tratamiento con iSGLT-2.

Metodología

Se realizo una revisión de las analíticas sanguíneas a los seis meses y al año de los pacientes con DM2 que estaban con tratamiento iSGLT-2, observando los valores tanto de la TFG como de la HbA1c. Para procesar los datos se utilizó el programa estadístico Jamovi versión 2.3.21.0, las pruebas que se aplicaron fueron no paramétricas tanto para muestras independientes como para dependientes. Utilizamos medidas de tendencia central (mediana) y parámetros de dispersión (percentiles).

Resultados

Al analizar la variable TFG previa al inicio del tratamiento en comparación con el valor obtenido 6 meses después, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas $p = 0,130$ con IC al 95 % (-0,5-5,0). Al compararla con la TFG tras un año de tratamiento con iSGLT-2, se observó que no había significancia estadística $p = 0,054$ IC al 95 % (3,38-6). La mediana observada previo al inicio del tratamiento y a los doce meses fue de $79 \pm 14,7$ y $76 \pm 14,9$ mL/min/1,73 m² respectivamente, con una diferencia de grupos de 3 mL/min/1,73 m². Para el análisis de la variable hemoglobina glicosilada (HbA1c), se ha comparado su valor previo al inicio del tratamiento con iSGLT-2 con el obtenido a los seis meses y a los doce meses tras el inicio del tratamiento. Se observó que existe diferencia estadísticamente significativa $p = <0,001$ IC 95 % (0,300-0,800) entre la HbA1c pretratamiento y la HbA1c a los seis meses.

Conclusiones

Los resultados obtenidos, aunque no representativos debido el numero de la muestra estudiada demuestran que los iSGLT2 tienen una efectividad en el control de los valores de HbA1c y la reducción de las TFG observadas no fueron significativas estadísticamente.

■ **054 Aplicación en la práctica clínica habitual de un protocolo de medicina personalizada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y múltiples dosis de insulina**

Giné Balcells, Rosa (1); Tolosa Fortuny, Marta (1); Falguera Vilamajo, Mireia (2); Díaz Lozano, Joaquim (2); Monroy, Gabriela (3); Hernández García, Marta (3); Molló Iniesta, Àngels (2)

(1) *Enfermera del Centro de Atención Primaria de Tàrrega, Lleida*

(2) *Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Atención Primaria de Tàrrega, Lleida*

(3) *Médico especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida*

Objetivos

El objetivo principal de nuestro estudio es optimizar el tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tratados con múltiples dosis de insulina (MDI). Se caracterizará en profundidad la DM2 mediante la determinación de índices de función de célula β (glucemia y péptido C) y la autoinmunidad pancreática (anticuerpos anti-GAD). Además, como objetivos secundarios, evaluaremos el control glucémico y la adherencia y satisfacción con el tratamiento y calidad de vida después de la intervención.

Material y métodos

Estudio observacional con medicamentos que se llevará a cabo en 20 centros de Atención Primaria de una región sanitaria en coordinación con el Servicio de Endocrinología y Nutrición. Se incluirán todos los pacientes con DM2 y MDI. Se aplicará un algoritmo en el que, en función de la presencia/ausencia de autoinmunidad pancreática y la reserva pancreática, o bien se mantendrá el tratamiento y se iniciará la monitorización continua de glucosa (MCG) o se suspenderá la insulina prandial y se ajustará el tratamiento siguiendo las principales guías clínicas. Se evaluará el resultado a los 6 meses del control glucémico, hipoglucemias graves y adherencia y satisfacción con el tratamiento y la calidad de vida. En todos los pacientes se colocará un dispositivo de MCG durante 10-14 días al inicio y 6 meses después de la intervención. En aquellos pacientes en que no se suspenda la insulina prandial se iniciará la MCG de manera continuada según la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud. En estos, también se evaluará a los 6 meses el impacto del uso de estos dispositivos sobre el control glucémico, hipoglucemias graves y adherencia y satisfacción con el tratamiento y calidad de vida.

Resultados

Entre los pacientes con DM2 y MDI esperamos que al menos un 25 % tengan una reserva pancreática suficiente para poder retirar la insulina prandial. Con esta intervención esperamos una mejora del control glucémico y la calidad de vida, adherencia terapéutica y satisfacción con el tratamiento.

Conclusiones

El fenotipado en profundidad de la DM2 en pacientes con MDI puede permitir una adecuación terapéutica que permita cambiar la insulina prandial por fármacos con un buen perfil de seguridad y beneficio cardiovascular. La implantación de la MCG representa un reto y una oportunidad para la mejora de la atención diabetológica, la cohesión entre equipos y el conocimiento sobre la enfermedad.

■ 055 Hipoglucemias funcionales

López Serrano, María Ascensión (1)

(1) Centro de Salud Cristóbal Acosta

Descripción

Mujer de 72 años sin antecedentes personales de interés; su padre y abuela tuvieron diabetes mellitus (DM). Hace 19 años refiere que tuvo un cuadro de hipoglucemia con pérdida de consciencia aunque finalmente fue diagnosticado como un síncope vagal. Tras 12 años asintomática volvió a sufrir un episodio similar. Desde hace cinco años presenta episodios de hipoglucemia posprandiales a las 2-3



horas tras la ingesta, algunas con síntomas neuroglucopénicos que revierten tras la ingesta. No presenta alteraciones de peso a pesar de realizar varias ingestas por miedo a las hipoglucemias. Se derivó al servicio de Endocrinología para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

TA 113/65 mmHg, IMC 20.08, tiroides palpable sin nódulos.

En Endocrinología se realizó analítica con sobrecarga oral de glucosa de 5 horas con los siguientes resultados: Glucosa basal 90 mg/dL, HbA1c 5,7 %, cortisol basal 24,9 µg/dL, hidroxibutirato beta 1,1 mg/dL, insulina basal 2,2 µU/ml, péptido C basal 1,5 ng/mL y síntomas de hipoglucemia a las 4 horas con glucemia plasmática de 41 mg/dL. Meses más tarde ingresa para realizar un Test de ayuno de 72 horas y a las 12 h de inicio comenta sensación de torpeza mental, mareo con glucemia de 76 mg/dL; se mantienen los mismos síntomas con descenso progresivo de las glucemias con valores mínimos de 40 mg/dL a las 60 h sin sudoración ni taquicardia, suspendiendo la prueba a las 62 h con glucemia de 40 mg/dL y cetonemia 3,5.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

La paciente fue diagnosticada de hipoglucemias posabsorptivas de probable origen funcional, descartando hiperinsulinismo endógeno.

Hace unos meses le colocaron un sistema de monitorización continua de glucosa (SMCG) que valoramos en consulta de Atención Primaria. El sensor estuvo activo el 98 % con una glucosa promedio de 103 mg/dL. Respecto a los tiempos en rango el 89 % estuvo en intervalo objetivo (70-180 mg/dL), el 7 % en rango bajo (54-69 mg/dL) y el 1 % muy bajo (<54 mg/dL). Revisando los patrones, la mayoría de las hipoglucemias eran nocturnas aunque también presentaba algunas por las tardes y puntualmente al medio día.

Diagnóstico diferencial

La hipoglucemia no asociada a DM es una enfermedad poco frecuente pero presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos. En el diagnóstico diferencial deben considerarse el uso de fármacos, patologías que alteren el metabolismo de la glucosa y la presencia de una secreción endógena anormal de insulina (insulinoma).

Conclusiones

Los SMCG son tecnologías que mejoran la calidad de vida de los pacientes con DM. Una de las ventajas que aportan es que permiten identificar desviaciones agudas de la glucemia (hipo-hiperglucemias), la duración y magnitud de las mismas favoreciendo la toma de decisiones a nivel diagnóstico y tratamiento. En el caso presentado, clarificó y confirmó las hipoglucemias sentidas por la paciente.

■ 056 Impacto de la anemia en el valor de HbA1c en personas >50 años con y sin diabetes

Venegas Rubiales, Esther (1); Luna Barrones, Inmaculada (2); García Santos, Guillermo (3); Nieto Ordóñez, Carmen (4); Casto Sarillo, Cristina (5); López Ceres, Ana (6); Escribano Serrano, José (4)

(1) Centro de Salud La Línea Poniente

(2) Centro de Salud La Velada

(3) UGC San Roque

(4) Centro de Salud San Roque Sur

(5) UGC Laboratorio Hospital La Línea

(6) UGC Laboratorio Hospital La Línea

Objetivos

Se analizó el impacto de la anemia y sus características en el valor de la HbA1c en personas >50 años con y sin diabetes mellitus (DM).

Material y métodos

Se recopilaron determinaciones ambulatorias (DA) que contenían hemograma, HbA1c y GPA realizadas a personas >50 años con DM (P50DM) y sin DM (P50sDM). Anemia = Hb <12 g/dL (mujer) y Hb <13 g/dL (hombre). Por gravedad: leve Hb >11 g/dL, moderada 8-11 g/dL y grave Hb <8 g/dL. Por morfología VCM: microcítica (VCM <80 fL; normocítica (VCM 80-100 fl) o macrocítica (VCM > 100 fl). Por morfología combinada: microcítica-hipocrómica (VCM <80 fL, CMCH <32 pg); normocítica-hipocrómica (VCM 80-100 fL, CMCH <32 g/dL), normocítica-normocrómica (VCM 80-100 fL, MCH >32 g/dL) o macrocítica (VCM >100 fL). Significación $p < 0,01$ (#)

Resultados

Se analizaron 14.559 DA de 6.767 P50DM y 13.250 de 10.064 P50sDM, 51 %, y 42 % hombre, mediana edad 70 años (RIC 61-77) y 65 años (RIC 56-74), respectivamente.

La mediana de HbA1c no varía en los P50sDM con la presencia de anemia 5,7 % (RIC 5,4-5,9) (N11.644) los sin y 5,7 % (5,4-5,9 %) (N 1.607) los con. Tampoco en los P50DM 6,9 % (RIC 6,3-7,9)(N = 11.570) en los sin y 6,9 % (RIC 6,3-7,7) (N = 2.989) en los con anemia. De forma similar se comporta la GPA 96 mg/dL (88-104) y 94 (86-102) en P50sDM y 135 mg/dL (115-162) y 127 mg/dL (104-155). No encontramos diferencias al evaluar por sexo.

La línea de regresión cuadrática entre HbA1c-Hb es prácticamente plana en ambos P50, presenta mínima elevación (0,01 %) en valores intermedios de PD50sDM ($R^2 = 0,01$; NS) y elevación progresiva en P50DM ($R^2 = 0,01$; #).

La HbA1c se mantiene estable al valorar la gravedad de la anemia, salvo de forma estadística clínicamente significativa en los pacientes con y sin DM que presentan anemia grave (5,4 % grave vs. 5,7 % leve en P50sDM; #) y (6,1 % vs. 6,9 % en P50DM; #). La anemia grave afecta la relación GPA-HbA1c en todos los niveles de glucemia (#)

La morfología afecta al valor HbA1c: en P50sDM HbA1c más baja se obtiene en macrocitosis (5,5 vs. 5,7 %; #), aumentando con anemia (5,4 vs. 5,7 %; #); En P50DM la microcitosis aumenta los valores mientras la macro los disminuye (7,1 vs. 6,5 %; #), aumentado con anemia (7,3 vs. 6,3 %; #). Diferencias que se repiten al evaluar por cada grupo estratificado de glucemia en ayunas.

Conclusiones

La anemia en general no afecta al valor de la HbA1c, pero cuando se estudian las características y morfología del hematíe se encuentran afectaciones significativas.



■ 057 Tengo diabetes y me he roto la muñeca

Gala González, Ana Belén (1); Maestre Moreno, Manuel (2); Gómez Ibarra, Verónica Carolina (2)

(1) *Consultorio La Victoria*

(2) *Centro de Salud La Carlota*

Descripción del caso

Paciente mujer de 81 años con los siguientes antecedentes personales: No alergias medicamentosas, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, gonartrosis grado III, cardiopatía isquémica revascularizada, hiperlipemia. En tratamiento con:

- Bisoprol 2,5 mg cada 12 horas.
- Ramipril 2,5 mg cada 24 horas.
- Ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 horas.
- Rosuvastatina 20mg/Ezetimiba 10 mg cada 24 horas.
- Metformina 1 gramo/ empaglifozina 5 mg cada 12 horas.
- Omeprazol 20 mg cada 24 horas.
- Glimepiride 4 mg cada 24 horas.
- Furosemida 40 mg cada 24 horas.
- Calcifediol 266 mcg cada 15 días.
- Doxazosina 8 mg cada 24 horas.

Acude al Consultorio por referir que mientras estaba caminando por la calle ha sufrido episodio de mareo brusco, sudoración e inestabilidad con caída hacia atrás y golpe en codo izquierdo, región occipital y muñeca izquierda. Niega pérdida de conocimiento ni focalidad neurológica.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, eupneica en reposo, discreta palidez facial. Glucemia 50 mg/dl, Tensión arterial 120/70 mmHg.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado.

Exploración neurológica: PINR (pupilas isocóricas normorreactivas), pares craneales normales, fuerza conservada en los 4 miembros.

Muñeca izquierda: deformidad en dorso de tenedor. Región occipital: no se observan heridas.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm (latidos por minutos), sin alteraciones de la repolarización.

Se administra glucosa subiendo la misma a 120 mg/dl. Se deriva a urgencias del Hospital Reina Sofía para valoración con radiografía, donde se observa fractura de Colles que es reducida por Traumatología.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Hipoglucemia, fractura de Colles.

Diagnóstico diferencial

Presíncope, vértigo periférico, enfermedad de Menière, hipotensión ortostática, accidente isquémico transitorio vertebrobasilar.

Conclusiones

En pacientes de edad avanzada el riesgo de hipoglucemia es mayor, por lo que la dosis inicial y de mantenimiento deben ser conservadoras. Si tenemos en cuenta la mayor incidencia de hipoglucemias en personas tratadas con sulfonilureas, este riesgo aumenta cuando hay deterioro de función renal y hepática. Las sulfonilureas se deberían prescribir solo en aquellos pacientes con una ingesta de alimentos regular ya que aumenta el riesgo de hipoglucemia si se retrasa una comida, si se consume una cantidad inadecuada de alimentos o si tiene bajo contenido de hidratos de carbono.

En un estudio reciente en pacientes con diabetes se encontró que los que sufrían episodios de hipoglucemias tenían un riesgo 70 % mayor de fracturas que aquellos que no presentaron hipoglucemias. En los pacientes frágiles deberíamos revisar los tratamientos a menudo, actualizarlos y brindar el mejor y más seguro adaptado a su edad, estableciendo metas más laxas de control glucémico.

■ 058 Manifestaciones cutáneas como complicación de los iDPP-4

Esteban Flores, Ana (1); Moore, James Richard (1); Flores Torrecillas, Juana (1); Cebrián Cuenca, Ana María (1)

(1) Centro de Cartagena Casco Antiguo

Descripción del caso

Mujer de 84 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de más de 15 años de evolución, sin complicaciones micro ni macro vasculares asociadas. Tratamiento con: enalapril 5 mg/2 4h y metformina 850 mg/12 h desde hace años, inicio reciente de sitagliptina 50 mg/12 h por mal control glucémico.

Acude a consulta a las tres semanas del inicio de la nueva medicación por lesiones ampollas en tronco y miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, TA 132/76 mmHg, Fc 75 lpm. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Presenta lesiones ampollas extensas con contenido serohemático, pruriginosas, sobre base eritematosa, algunas de ellas en fase de costra, en tronco y miembros inferiores sin afectación de mucosas ni compromiso sistémico. No había presentado fiebre ni otra clínica asociada.

Se realizan fotografías para remitir a Dermatología de forma preferente y se realiza biopsia de la lesión principal en miembro inferior izquierdo. Los resultados de la biopsia muestran anticuerpos anti unión dermoepidérmica y desmogleína negativos e inmunofluorescencia directa IgG, C3 y fibrinógeno en membrana basal.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Ante la sospecha de penfigoide ampolloso secundario a sitagliptina, se interrumpe este tratamiento y tras la realización de la biopsia se inicia tratamiento con metilprednisolona 16 mg/24 h vía oral. Debido a la hiperglucemia inducida por corticoides se inicia insulínización con insulina NPH 10 UI/12 h, con autoajuste que se explica a la paciente y la familia. Las lesiones cutáneas van involucionando tras seis días con tratamiento pautado.

Con los resultados de la biopsia se confirma nuestra sospecha inicial de penfigoide ampolloso secundario a sitagliptina.



Diagnóstico diferencial

Pénfigo vulgar, enfermedad por depósitos lineales de Ig, erupciones inducidas por fármacos, penfigoide paraneoplásico, epidermólisis ampollosa adquirida.

Conclusiones

El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad autoinmune, adquirida, ampollosa y subepidérmica, con respuesta humoral y celular contra los hemidesmosomas. Existen casos de PA asociados a fármacos, entre ellos los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP-4).

El envejecimiento de la población y el uso de fármacos combinados incluyen el uso cada vez más frecuente de iDPP-4. Estos fármacos modifican la respuesta antigénica de la membrana basal epidérmica, favoreciendo la aparición de PA. Se debe recalcar la importancia del diagnóstico precoz y rápida retirada del agente, ya que mejora el pronóstico. El PA es un tipo de reacción adversa con una frecuencia no conocida según fichas técnicas, por ello en caso de sospecha, sería conveniente su notificación al sistema de farmacovigilancia.

Por otra parte, como médicos de familia, debemos hacer un abordaje integral de los pacientes con diabetes y adecuar el tratamiento en cada caso. Es muy importante tener en cuenta la hiperglucemia inducida por corticoides y tratarla apropiadamente.

■ 059 En Atención Primaria no todo es lo que parece

Flores Torrecillas, Juana (1); Esteban Flores, Ana (1); Moore, James Richard (1); Cebrián Cuenca, Ana María (1); Saura Núñez, María de los Ángeles (1); Esparza Pérez, Encarnación (1)

(1) Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo

Descripción del caso

Mujer de 62 años, sin antecedente personales de interés, acude a consulta de su médico de Atención Primaria por llevar un tiempo con clínica de irritabilidad, insomnio, anodinia y pérdida de la capacidad de disfrute. Refiere estrés laboral y situaciones complicadas en el trabajo.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración inicial presenta buen estado general, labilidad emocional, IMC 28 kg/m², PA 130/85, proponemos analítica para valorar diversas causas que pueden producir su clínica y la paciente rechaza, iniciamos tratamiento antidepresivo y ansiolítico de rescate, y citamos para control.

En la revisión a las dos semanas, la paciente refiere mejoría de la clínica ansiosa y menor irritabilidad, refiere descansar por las noches, pero a pesar de ello refiere que se encuentra muy cansada durante el día y sin apetencia por las cosas. Comenta que a pesar de seguir la misma dieta ha perdido 3 kg. Niega presentar síntomas cardinales, no tiene antecedentes familiares de diabetes mellitus, pero refiere que durante sus dos embarazos presentó diabetes gestacional.

Le informamos de la necesidad de una analítica y ahora sí, accede a la misma.

En analítica glucemia de 277 mg/dl sin acidosis metabólica, colesterol 220 mg/dl, HDL 35 mg/dl, LDL 156 mg/dl, triglicéridos 149 mg/dl, péptido C normal de 1,6 ng/ml (0,78-5,19), y HbA1c 13,1 %. Sin autoanticuerpos pancreáticos.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Diagnosticamos de debut de diabetes mellitus probable tipo 2 y dislipemia. Iniciamos insulinización transitoria con insulina glargina U300 llegando hasta 20 UI/día.

En segundo paso se prescribe metformina 2.000 mg/día, dapaglifozina 10 mg/día, y se retira insulino-terapia. En control analítico a los tres meses HbA1c 6,8 %.

Diagnóstico diferencial

Hipotiroidismo, anemia, cáncer de páncreas.

Conclusiones

El debut de diabetes mellitus (DM) puede observarse de forma concomitante a otras patologías, descompensación aguda de complicaciones derivadas de la misma y como hallazgo en una analítica. El manejo inicial de la DM puede suponer un reto de cara a ofrecer la mejor estrategia terapéutica que permita el control metabólico con beneficio añadido sobre comorbilidades y reducción de complicaciones.

Es fundamental hacer despistaje de DM en pacientes con riesgo de padecerla. En este caso, tenemos una paciente que tuvo diabetes gestacional en dos embarazos previos, que no había sido testada en 3 años y presentaba un IMC de 28 kg/m².

A veces, la DM2 también se presenta de forma concomitante con otras patologías como la depresión en este caso y es importante abordar ambos problemas de forma correcta. Finalmente es crucial el manejo intensivo de la DM desde el inicio, mediante un tratamiento combinado con perfil de impacto sobre los factores de riesgo cardiovascular, que permita generar memoria metabólica para reducir complicaciones futuras.

■ 060 El diagnóstico definitivo no siempre está a nuestro alcance

Martínez Asensio, Ana Isabel (1); Brañas Casas, Laura (1); Calsamiglia Torres, Camila (1); Fernández Sala, Itziar (1)

(1) *Cap Sta Eulàlia Sud L'Hospitalet de Llobregat*

Varón 33 años, natural de Marruecos, sin hábitos tóxicos y trabajador de la construcción, presenta glicemia basal alterada, psoriasis, hipotiroidismo primario en tratamiento con tiroxina 100 mcg/día. No antecedentes familiares de diabetes. Consulta por analítica control anual, que es ahora diagnóstica de diabetes (DBT). Se inicia tratamiento con metformina, objetivándose en el control analítico sucesivo un franco empeoramiento del control glicémico. A su vez el paciente refiere pérdida peso 10 kg en un año, cierta polidipsia y 3 micciones nocturnas.

Exploración y pruebas complementarias

EF: IMC 21 kg/m², exploración por aparatos sin alteraciones, excepto placas psoriasis aisladas. No complicaciones micro ni macrovasculares.

Analítica: hemograma normal. Bioquímica Glicemia 157 mg/dL. Hb glicada 8,6 %. FG >60. Microalbuminuria 50,9 mg/L. Na 138. K4,03. TSH 7,08 mU/L. T4 libre 14 pmol/L. Anticuerpos anti-peroxidasa negativos. Colesterol 157 mg/dL, HDL 61 mg/dL, LDL 86 mg/dL. Triglicéridos 54 mg/dL.

Tras 2 meses de tratamiento metformina: glicemia 272 mg/dL, Hb glicada 11 %. Microalbuminuria 20 mg/L. TSH2 44 mU/L, T4 libre 18p mol/L. Test celiacuía negativo. Anticuerpos GAD(-). Ac IA-2: 1,95 Péptido C tras administración de glucagón ev: 0,04-0,06 (valor referencia 0,5-2 ngr/mL).



Eco tiroides: tiroides tamaño normal contornos lobulados. Ecogenicidad de parénquima hipocogénica inhomogénea pseudonodular.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Diabetes tipo 1

Se trata de un paciente joven con antecedentes de glicemia basal alterada y normopeso, que empeora bruscamente su control glicémico, con clínica de insulinopenia, tras el inicio de tratamiento farmacológico con metformina. Posibilidad de diabetes autoinmune dados los antecedentes de psoriasis y enfermedad tiroidea. Un marcador autoinmunidad pancreática positivo y pruebas indicativas reserva insulina insuficiente.

Diagnóstico diferencial

Diabetes tipo 1, tipo 2, tipo LADA, tipo MODY, secundaria a fármacos y otras endocrinopatías.

Conclusiones

La clasificación específica del paciente con diabetes no siempre es fácil. El seguimiento, una anamnesis y exploración física exhaustivas son esenciales, acompañándose en casos de incertidumbre de la realización de diferentes pruebas complementarias que no todas ellas están al alcance del médico de Atención Primaria.

■ **061 Sí se puede**

Tallón Aguayo, María Jesús (1)

(1) *Centro de Salud Puente Genil José Gallego Arroba, Córdoba*

Descripción del caso

Varón que acude a consulta para renovar su medicación para la EPOC. Antes de renovar la medicación, se revisa el historial clínico del paciente.

Se trata de un varón de 60 años, fumador, hipertenso, obeso y EPOC en tratamiento con Micardis Plus®, Gregal® y Biresp®, cuya última analítica se realizó en el 2018 por lo que se decide solicitar análisis completo, radiografía de tórax y electrocardiograma (ECG).

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración no se detectan hallazgos relevantes.

La radiografía de tórax muestra un patrón típico de enfisematoso y en el ECG cabe destacar signos de sobrecarga izquierda.

En la analítica de sangre se detecta elevación de glucemia basal (250 mg/dl), hemoglobina glicosilada en 10 % y elevación de colesterol total (340 mg/dl), disminución de colesterol HDL (20 mg/dl), aumento del colesterol LDL (200 mg/dl) y elevación de triglicéridos (600 mg/dl).

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Diabetes tipo 2, probablemente de varios años de evolución. Dislipemia.

Diagnóstico diferencial

Diabetes tipo LADA.

Hipercolesterolemia familiar.

Conclusiones

Dado los hallazgos analíticos, se decide instaurar tratamiento con antidiabéticos orales e insulino-terapia, pautándose metformina 1000 mg/empagliflozina 12,5 mg cada 12 horas e insulina glargina (Toujeo®) en pauta ascendente y con control estrecho de las cifras de glucemia. Asimismo, se instaura tratamiento con Rosuvastatina 20 mg/ezetimiba 10 mg cada 24 horas.

Se deriva al paciente a enfermería para que se realice educación diabetológica y revisión del pie diabético. También se solicita retinografía de control.

A los tres meses del inicio del tratamiento se realiza un control analítico donde se objetiva un descenso de niveles de glucemia y de lípidos alcanzándose una hemoglobina glicosilada en 8,5 %. La retinografía y la revisión del pie fueron normales (pie de bajo riesgo).

Al año de iniciar el tratamiento y haciendo un control estrecho del paciente se consiguió alcanzar un buen control de la diabetes y la dislipemia llegando a valores de hemoglobina glicosilada en 7 % y colesterol LDL en 60 mg/dl.

Con este caso clínico se pretende objetivar la importancia de realizar análisis periódicos, sobre todo en pacientes con alto riesgo cardiovascular, así como la instauración de un tratamiento precoz y correcto desde el diagnóstico.

■ 062 Hipoglucemias nesidioblastosis a propósito de un caso

Díaz Villabona, María José (1)

(1) *Centre penitenciari Ponent*

Descripción del caso

Varón de 48 años no alérgico, no fumador, con obesidad mórbida por la cual se practica baipás gástrico reconvertido en 2009 con dehiscencia de esofagectomía distal esofagectomía con yeyunostomía reconstruido el cual se sutura quedando gastrectomía subtotal y coloplastia siendo controlado en otra ciudad usando acarbosa y diazóxido. Presenta las siguientes comorbilidades: hipoglucemias de predominio posprandial, diabetes, hipertensión, hipertrigliceridemia y síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Presentamos un caso de un paciente que presenta hipoglucemias remitentes tras intervención. Realizamos una versión de la literatura al respecto de estas patologías en el mismo enfermo.

Exploraciones y pruebas complementarias

Test del ayuno y pruebas pancreáticas. Se realiza TEGD cambios de gastrectomía subtotal quedando material en coloplastia el cual refluye. Ecografía gas que dificulta apropiada visualización y si colecistectomía.

Observamos también la relación con alimentos que contiene fructosa y glucosa, también la relación con el ejercicio.

Se realiza exploración abdominal para descartar megalias y se practica analítica: glucemias, hemoglobina, hematocrito, glucemia/insulina >5, con triglicéridos aumentados, PTH, calcio, insulina, etc.



Orientación diagnóstica y juicio clínico

Posible nesidioblastosis con hipoglucemias de predominio posprandial. Hipoglucemias secundarias a dumping tardío.

Diagnóstico diferencial

Insulinoma, Zollinger Ellison, Fibrosis quística.

Conclusiones

En la fisiopatológica de un baipás se libera un polipéptido trófico que provoca proliferación de células B con las consiguientes hipoglucemias.

Es importante no asociar el tener hipoglucemias a la diabetes que padece ya que existen otras causas como nesidioblastosis, Zollinger Ellison, etc., que debemos tener en cuenta cuando hallamos niveles bajos de glucemia en un paciente con diabetes.

■ 063 Sistemas de monitorización de glucosa en diabetes mellitus

Pindado Navas, Sara (1); Tazo Tapia, Paula (2); Pino Marcos, Alb a(3); López Fernández, Marta (4); Fernández Álvarez, Manuel (1); Molina Arriero, Laura (1); Morales Torres, Miguel Ángel (1);

(1) Centro de Salud Valladolid Sur

(2) Centro de Salud Casa del Barco

(3) Centro de Salud Laguna de Duero

(4) Centro de Salud Delicias II

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se está convirtiendo en unos de los mayores problemas de salud pública. Esta enfermedad produce un defecto en la secreción, acción y producción de la insulina, esto produce bajadas y subidas de glucemia con su posterior clínica y complicaciones. Para su control, se utilizan dispositivos electrónicos como son los sistemas de monitorización continua de glucosa (FreeStyle®).

Objetivo

Comparar la eficacia de los nuevos sistemas de monitorización de glucosa frente a la determinación de glucosa en sangre capilar tradicional.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos cinco años sobre la eficacia de los sistemas de monitorización de glucosa en adultos, tanto en pacientes con diabetes tipo 1 como en tipo 2. Dicho análisis se realizó en el mes de septiembre de 2023.

Resultados

Se encontraron 10 estudios tras una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos, de los que se excluyeron 5 por no cumplir criterios. Finalmente, obtendríamos 5 estudios para la realización de esta revisión bibliográfica.

Dichos estudios sobre los que se ha realizado la búsqueda bibliográfica han documentado en mayor medida que la monitorización instantánea de glucosa reduce significativamente la HbA1c desde el inicio. También se ha observado que, utilizando estos sensores, los pacientes pasan menos tiempo en hipoglucemia o hiperglucemia. Esto se objetiva en una disminución de eventos críticos por desconocimiento de cifras y un menor desarrollo de complicaciones macro y microvasculares a largo plazo.

Conclusiones

Los sistemas de monitorización de glucosa (FreeStyle®) se están empleando cada vez más para controlar los valores de los pacientes con diabetes. En conjunto, la evidencia nos indica que son más precisos, pequeños, seguros, aptos y fáciles de utilizar para su uso en pacientes con diabetes (tanto tipo 1 como tipo 2). Especialmente aquellos que necesitan beneficiarse de un control glucémico más estricto.

Mediante esta técnica, obtenemos valores basales en tiempo real de nuestros pacientes, ya que el paciente y el profesional sanitario se encuentran conectados continuamente a través de la red. Esto conlleva un menor número de visitas sanitarias y, por lo tanto, una mayor eficacia y efectividad de la enfermedad.

■ 064 La barrera idiomática, un reto para la educación terapéutica

García i Morales, Nora (1); Tena López, Erica (1); Llussà Arboix, Judit (1)

(1) CAP Sant Roc

Descripción del caso

Ali tiene 66 años, es natural de Pakistán (en España desde hace 25 años), y vive en Badalona con un amigo. No tiene familia en España. Trabaja en un restaurante. Fumador activo. Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en 2015 en tratamiento con antidiabéticos orales e insulina. Mal control metabólico sostenido (HbA1c 12 % en junio de 2023) sin complicaciones micro ni macrovasculares. Hipertrigliceridemia en tratamiento con estatinas, sin hipertensión arterial. Como otros antecedentes presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisema y síndrome facetario lumbar tratado mediante bloqueo epidural caudal en la clínica del dolor.

Ali ha recibido un seguimiento muy estrecho por su equipo de Atención Primaria durante el 2023, ya que su situación de incapacidad laboral transitoria le ha permitido venir con periodicidad mensual como mínimo. En los últimos meses el control metabólico había empeorado notablemente sin encontrar el motivo aparente a pesar de ajustar la dosis de insulina e intensificar la educación. Finalmente, en una visita reveladora y con la ayuda del mediador descubrimos que Ali alternaba la insulina con las pastillas (un día se ponía insulina y al siguiente tomaba las pastillas...).

En agosto Ali consulta en urgencias del Centro de Atención Primaria por clínica de dolor centro torácico opresivo, sin irradiación y con vegetatismo, objetivándose en el electrocardiograma una elevación de ST en la cara anterior (V1-V3).

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Se orienta el caso como síndrome coronario agudo con elevación del ST en paciente con factores de riesgo cardiovascular con muy mal control metabólico. Se activa código IAM. En el hospital se orienta como IAM Killip I, se objetiva una lesión única sobre descendente anterior y se coloca un stent farmacológico. El ecocardiograma no muestra disfunción ventricular.



Conclusiones

Este caso refleja de forma clara el impacto de la barrera idiomática sobre el resultado de la educación terapéutica en una enfermedad crónica como la diabetes, ya que se relaciona directamente con una adherencia terapéutica irregular y un déficit conceptual de la propia enfermedad. Por lo tanto, deberíamos aceptar que la salud y la enfermedad son conceptos construidos socialmente y, por lo tanto, varían mucho según el entorno sociocultural. Tanto la barrera idiomática como los factores culturales pueden afectar a la percepción de enfermedad y, por consiguiente, a la estrategia de educación en la diabetes.

Hemos elegido este caso para intentar poner en valor las consecuencias fatales (en este caso en forma de cardiopatía isquémica aguda) de un mal control metabólico secundario, probablemente, a una condición inherente al paciente que no hemos sabido abordar. Por suerte en este caso tenemos la oportunidad de hacerlo a partir de ahora.

■ 065 Un acercamiento a la diabetes tipo 1 en edad adulta desde la antropología de la salud

Meneses Pérez, Karla (1)

(1) *Consulta de Nutrición y Diabetes*

Objetivo general

Describir y analizar las experiencias de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes tipo 1 en la edad adulta.

Objetivos específicos

1. Elaborar un estado de la cuestión de la investigación social en torno a la diabetes tipo 1.
2. Describir y analizar desde la perspectiva antropológica cómo las personas han vivido el diagnóstico de la diabetes tipo 1.
3. Describir los encuentros y tensiones que experimentan las personas con relación al tratamiento indicado para la gestión de su condición de salud (alimentación, ejercicio, tratamiento farmacológico y salud mental).
4. Dar cuenta de los saberes y las estrategias que ponen en marcha las personas adultas para su autoatención al recibir un diagnóstico de diabetes tipo 1.

Metodología

La metodología empleada para este estudio es de tipo cualitativa, pues una de las preocupaciones de este tipo de investigación es el conocimiento de las implicaciones de las enfermedades partiendo de la información proporcionada por las personas que las presentan, conocer cómo les impacta el diagnóstico, cómo viven la enfermedad internamente, qué emociones despierta, y qué significados le atribuyen. Se considera pertinente el empleo de la etnografía, pues en un estudio etnográfico interesa tanto las prácticas como los significados que estas prácticas adquieren para quienes las realizan, esta mirada será significativa para reconstruir y dibujar los itinerarios asistenciales de las personas adultas que reciben un diagnóstico de diabetes tipo 1. Asimismo, se empleará la etnografía digital para describir cómo internet y las tecnologías de la información y la comunicación se integran y se moldean en la vida cotidiana, concretamente en la gestión de esta condición crónica que es la diabetes tipo 1.

Se explorarán las implicaciones de los *social media* en la percepción y experiencia de los itinerarios asistenciales de las personas con diabetes tipo 1 y cómo se construyen los grupos de apoyo.

Se empleará la observación participante, la cual nos permite conocer y reconstruir las prácticas sociales en su mismo proceso y contexto de producción y es por ello que es imprescindible en el trabajo de campo. Por otro lado, se realizarán entrevistas en profundidad mediante las cuales se podrá conocer la diversidad de experiencias que han vivido los sujetos desde su diagnóstico de diabetes tipo 1 hasta la fecha incidiendo en la relación con el diagnóstico y el tratamiento. Se trazarán las historias de vida para entender su recorrido antes y después del diagnóstico de diabetes.

Este trabajo puede servir de aporte a la línea de investigación de antropología de la salud y también para la investigación social en diabetes.

*Para este Congreso se pretende presentar el estado de la investigación en curso desde el año 2021.

■ 066 **Sinhogar y diabetes: silencioso desafío para la salud pública**

Roca Lahiguera, Daniel (1); Benito Badorrey, Belén (1); Ferrer Costa, María (1); Silva Ruiz, Pau (1); Bilbeny De Fontuny, Beatriu (1); Azkarate Elejabarrieta, Iris (1); Franch Nadal, Josep (1)

(1) *ABS Raval Sud*

Descripción del caso

Se describen 3 pacientes en situación de sinhogarismo, que presentan las siguientes características: 2 hombres de origen africano de 37 y 42 años, y una mujer autóctona de 41 años, que viven en las calles de una gran ciudad desde hace más de 8 años. Comparten el diagnóstico de DM1 diagnosticados en la infancia, y trastorno por uso de sustancias de larga evolución con la vinculación al Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias.

Exploraciones complementarias

En 18 meses, los pacientes han requerido atención urgente una media de 52 veces, además, en el caso de la mujer, ha precisado ser atendida en los diferentes dispositivos de Urgencias de Atención Primaria y hospitalaria en 80 ocasiones así como trasladada en ambulancia en 52 ocasiones, mayoritariamente por descompensaciones hiperglucémicas y cetoacidóticas. Además tienen una media de 5 ingresos hospitalarios. En dos de los pacientes existe el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. En tratamiento con terapia insulínica errática.

Múltiples intentos infructuosos de vinculación continuada a la Unidad Hospitalaria o a Atención Primaria.

Como complicaciones crónicas presentan nefropatía diabética (1) y vejiga neurógena (1) con múltiples infecciones urinarias en el caso de la mujer.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

La situación de sinhogarismo en la que se encuentran estos tres individuos plantea grandes desafíos para el control de su diabetes y el manejo de otras complicaciones de salud.

Un adecuado control de la diabetes requiere del seguimiento estricto de unas rutinas por lo que respecta a la dieta y el ejercicio físico. Son necesarios controles de glucemia y la administración sistémica de insulina según los requerimientos de cada momento.



Las personas que viven en situación de exclusión social cuyo máximo exponente es la pernoctación en la calle presentan múltiples dificultades para cumplir con esas recomendaciones.

Las consecuencias de ello son un mal control glucémico y la aparición de complicaciones asociadas a edades tempranas. En los 3 casos expuestos vemos la cantidad de recursos sanitarios invertidos desde los hospitales (ingresos y servicios de Urgencias) y desde los dispositivos de Urgencias de zona y transportes sanitarios. Dichos esfuerzos generan un enorme gasto económico con unos escasos resultados en términos de salud de dichos pacientes.

Conclusión

La implementación de estrategias que abordan simultáneamente la exclusión social, la adicción y el manejo de la diabetes puede tener un impacto significativo en la salud de estos individuos y en la reducción de los costos asociados a sus complicaciones médicas. Es necesario un enfoque coordinado entre los servicios de salud, los programas de reducción de daños y las organizaciones sociales para mejorar la calidad de vida y la salud de estas personas en situación de sinhogarismo.

■ 067 Síntomas cardinales en persona con probable síndrome prostático

Villafañe Sanz, Fatima Victoria (1); Ruiz Calzada, Marta (1); De Santiago López, Javier (2); Guijarro Miravalles, Carlos (1); Lorenzo Martín, Blanca (1)

(1) Centro de Salud Pisuerga, Arroyo de la Encomienda, Valladolid

(2) Centro de Salud La Vitoria, Valladolid

Descripción del caso

Varón 57 años. Hiperlipemia tratada con atorvastatina 10 mg. Acude a consulta de Atención Primaria por xerostomía, polaquiuria, polidipsia y disuria. Un mes de evolución. Niega fiebre, abdominalgia u otros síntomas. No pérdida de peso. Se solicita analítica. No se realiza glucemia capilar en consulta. Niega tóxicos. No realiza ejercicio. Dieta saludable. Camionero.

Exploración y pruebas complementarias

EF: consciente orientado, colaborador, eupneico. Normohidratado, normocoloreado. La exploración general anodina. IMC 25,3 kg/m². Cintura-cadera 0,89 cm.

Laboratorio: glucemia basal 269 mg/dL, creatinina 0,85 mg/dL, FGe (CKD-EPI) > 90 ml/min. CT 239 mg/dL, HDL 50mg/dL, LDL 156 mg/dL, Tg 167 mg/dL. HbA1c12%. Glucosuria. UACR negativo. Resto sin interés, incluido PSA.

Diagnóstico diferencial

Diabetes mellitus, hiperplasia prostática.

Juicio clínico

Diabetes mellitus.

Tratamiento: gárgina U300, 15 unidades diarias. Educación diabetológica. Control de glucemias. Citas periódicas afianzando conocimientos y ajustando tratamiento para glucemias preprandiales entre 80-130 mg/dL y posprandiales <180 mg/dL.

Cribado de retinopatía diabética y otras complicaciones normales. Riesgo cardiovascular, moderado. Objetivos LDL <100 mg/dL. Incapacidad de intensificar estilo de vida. Suspender atorvastatina 10 mg. Iniciar atorvastatina/ezetimiba 20/10 mg. Se asocia metformina 850 mg/12 horas en dosis ascendente.

Segundo análisis: sin HbA1c por previa <3 meses. Destacar: LDL 75 mg/dL, glucemia basal 110 mg/dl. Autoinmunidad negativa. Péptido C normal. HOMA elevado.

Glucemias en rango. Paciente motivado. Pero en revisión náuseas y diarrea diaria relacionadas con metformina que se sustituye por dapagliflozina 10 mg/24 horas.

Conclusión

Actualmente, sin gastropatía. Ha perdido 3 kg. Sin complicaciones. Continua controles y autoajustes. Nueva analítica a 3 meses de diagnóstico.

■ **068 Desinsulinización y toma de decisiones compartida**

Sánchez Pardo, Clementina (1)

(1) *CAP Bufalà-Canyet, Badalona*

Paciente de 85 años de edad.

Antecedentes patológicos

No alergias medicamentosas conocidas; ex-fumador; diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, EPOC Gold 3, neoplasias de vejiga y próstata con metástasis hepáticas.

Tratamiento

Ácido acetyl salicílico, Lisinopril, Manidipino, Furosemida, Indacaterol/glicopirronio, Insulina glargina 100 U/ml 12 UI/día, Insulina asparta 100 U/ml (6 UI en las principales comidas).

Motivo de consulta

Explica que hace 1 año le cambiaron el tratamiento de metformina/sitagliptina 850/50 mg cada 12 horas por insulina lenta y rápida. Desde que se cambió el tratamiento se encuentra agobiado y desmotivado, casi no sale a caminar y tampoco realiza una dieta adecuada. No desea realizar tratamientos inyectables. Solicita, si es posible, el cambio de tratamiento y retirada de insulinas.

Exploración física y pruebas complementarias: Auscultación cardiorrespiratoria normales.

Tensión arterial 146/91 mmHg. Peso 62 kg. IMC 24. Autocontroles de glucemias comprendidos entre 87 y 135 mg/dl.

Analítica mayo 2022: Glucosa 105 mg/dl; HbA1c 5,8 %. Creatinina 1,35 mg/dl; FG 48 ml/min/1,73 m².

Orientación diagnóstica: diabetes mellitus tipo 2 no insulino-dependiente.

Juicio clínico

Se refuerzan medidas higiénico-dietéticas, incluyendo dieta y ejercicio físico.

Retirada progresiva de insulina rápida y lenta.



Se inicia tratamiento con linagliptina 5 mg/día y empagliflozina 10 mg/día.

Durante los 2 primeros meses de retirada de insulinas se continúan realizando autocontroles de glicemias, estando comprendidas entre 92 y 141 mg/dl.

Análítica noviembre 2022: Glucosa 114 mg/dl; HbA1c 6,4 %. Creatinina 1,18 mg/dl; FG 56 ml/min/1,73 m².

El paciente se encuentra más motivado al tenerse en cuenta sus preferencias. Ha mejorado la adherencia terapéutica, su bienestar emocional y la confianza médico-paciente.

Diagnóstico diferencial: diabetes mellitus tipo 2 insulino-dependiente.

Conclusiones

El abordaje del paciente con DM2 debe ser integral y no centrarse solo en el control glucémico. Es importante individualizar el tratamiento no farmacológico y farmacológico en función de criterios que afectan a la carga de tratamiento y enfermedad de los pacientes, en el marco de una toma de decisiones compartida, siempre que sea posible.

Una adecuada individualización de los objetivos de control glucémico y del tratamiento farmacológico implica tener en cuenta los siguientes aspectos relacionados con los pacientes: edad y expectativas de vida; preferencias y valores del paciente; habilidad para manejar la medicación/sopORTE social adecuado; patologías y tratamientos concomitantes; perfil de seguridad; evitar hipoglucemias; prevención de complicaciones (enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal diabética); pérdida de peso; coste de los medicamentos.

La toma de decisiones compartida permite que el médico y el paciente participen conjuntamente sobre una decisión de salud, habiendo discutido las diferentes opciones, sus beneficios y sus perjuicios, las preferencias y las circunstancias del paciente. Algunas de las ventajas de este acto son la adherencia terapéutica y el establecimiento de una buena relación médico-paciente.

■ 069 Riesgo de IAM en personas con diabetes

Saura Núñez, María de los Ángeles (1); Esteban Flores, Ana (1); Martínez Ibáñez, María (2); Flores Torrecillas, Juana (1); Cerezueta Abarca, María de los Ángeles (3); López García, Elsa (2)

(1) Centro de Salud Cartagena Casco

(2) Centro de Salud Cartagena Oeste

(3) Centro de Salud San Antón Cartagena

Descripción del caso

Varón de 66 años con diabetes de años de evolución con mal control glucémico (retinopatía diabética). Como otros antecedentes destacables, HTA, dislipemia y leve sobrepeso. A las 4.00 h comienza con molestias gastrointestinales, sin otra sintomatología. A las 6.30 h sufre síncope.

Exploración y pruebas complementarias

A la llegada de los servicios de urgencias extrahospitalarios, se encuentra consciente y orientado, con exploración cardiopulmonar y neurológica sin hallazgos. Realizan glucemia capilar, 559 mg/dL, y ECG, que muestra ascenso de ST en II, III, aVF, v3-v5, (máx 3mm en III), con descenso en v1-v2 así como un Bloqueo auriculoventricular (BAV) de 3º. Se traslada a Urgencias hospitalarias, se contacta

con cardiólogo de guardia, y se administra dosis de carga de ácido acetilsalicílico y clopidogrel. En la analítica hospitalaria destaca troponina T 1347.0 pg/ml. Se coloca marcapasos transitorio y se realiza cateterismo urgente con arteria coronaria descendente anterior (DA) con enfermedad severa proximal-media y de 1ª diagonal proximal y media; así como coronaria derecha (CD) con una oclusión aguda en su tercio distal. En un primer tiempo se elimina oclusión CD y colocación de stent; en segundo tiempo, la DA. Una vez en planta, se realiza ecocardiografía transtorácica que informa de hipertrofia concéntrica leve de VI con hipocinesia posterior e inferior, y con fracción de eyección (FE) global en torno el 0.45. Previo a su alta se realiza interconsulta con endocrinología para ajuste de tratamiento antidiabético.

Juicio clínico

SCACEST inferoposterolateral Killik-IV con BAV transitorio.

Diagnóstico diferencial

Síncope vasovagal, taquiarritmias, infarto coronario.

Conclusiones

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes (8,8 % de la población mundial, y se prevé que sus cifras vayan en aumento). Las guías recomiendan el screening de DM2 en todos los pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) así como manejo de factores de riesgo cardiovascular a diabéticos. Esto se basa en que existe una mayor morbimortalidad en infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes diabéticos (incluso, empeora el resultado tras el procedimiento coronográfico). En aquellos pacientes no diagnosticados de DM2 previo al IAM y aquellos con diagnóstico de prediabetes presentan un peor pronóstico. La mejor comprensión de los mecanismos que producen la diabetes también ha permitido identificar factores como la hiperinsulinemia, la resistencia a la insulina y la calcificación vascular, los cuales aumentan el riesgo de IAM. Además, no solo la DM2 es un claro factor de riesgo para IAM, sino que sus posibles complicaciones como por ejemplo la retinopatía diabética también aumenta el riesgo de ECV. La DM2 es un claro factor de riesgo independiente para la enfermedad renal crónica (ERC), ensombreciendo el pronóstico en el IAM. Por eso los iSGLT-2 se consideran un factor protector de ERC y, por tanto, también de la ECV.

■ 070 La diabetes en el diagnóstico diferencial de la pérdida de peso del anciano

Montero Peña, Cristian (1); Carmona González, Manuel (1); Rodríguez Parejo, Guadalupe (1)
(1) Centro de Salud Don Benito Oeste

Descripción del caso

Mujer de 78 años de edad, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, acude a la consulta de Atención Primaria en medio rural refiriendo pérdida de peso preocupante en los últimos cinco meses sin alteración en el tránsito intestinal habitual ni otros síntomas acompañantes. En su historial clínica están documentados los problemas de salud de obesidad grado I, hipertensión arterial grado I y trastorno depresivo mayor crónico en tratamiento con medidas no farmacológicas (consejos de alimentación, plan de ejercicio físico y psicoterapia), sertralina 50 mg y enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg con buena adherencia terapéutica.



Exploración y pruebas complementarias

El aspecto traducía buen estado general, acude sola caminando con bastón, la piel y las mucosas están normohidratadas y normocoloreadas, ánimo decaído. Las constantes eran normales. En el resto de la exploración física destaca una auscultación cardíaca arrítmica sin hallazgos de interés en la ecocardiografía clínica y con una ecografía clínica abdominal sin lesiones ocupantes de espacio en hígado, ambos riñones de aspecto normal, vejiga urinaria de paredes finas sin formaciones aparentes en las paredes, útero de aspecto atrofiado, grandes vasos sin hallazgos de interés. En el electrocardiograma se objetiva una fibrilación auricular a 90 latidos por minuto. En una radiografía de tórax reciente por cuadro catarral atendido en urgencias hospitalarias no se evidenciaba derrame pleural ni ningún nódulo ni masa pulmonar. No presentaba estudio analítico de sangre ni orina desde hace tres años por lo que se solicita con los siguientes parámetros de interés: hemograma con las tres series normales, coagulación normal, glucemia basal en 140 mg/dl, HbA1c 9 %, ionograma normal, perfil hepatorenal normal con un filtrado glomerular por CKD-EPI de 70 ml/min/1,73 m², sin microalbuminuria y hormonas tiroideas en rango de normalidad. En una segunda analítica se amplió un péptido C sin alteraciones y anticuerpos anti-GAD negativos.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Diabetes mellitus tipo 2 y fibrilación auricular diagnóstica por primera vez.

Diagnóstico diferencial: ante la presencia de pérdida de peso en una persona mayor es preciso hacer un abordaje integral físico-social-mental y estudiar multitud de causas tratables. Por supuesto, descartar que la clínica no esté asociada a síndrome constitucional.

Conclusiones

En el manejo de la paciente se ha luchado contra el estigma de la depresión y se ha negociado el estudio analítico sin solicitar en ningún momento marcadores tumorales que no están indicados para cribados o estudios iniciales. Es importante enfatizar en conocer el probable debut de una diabetes con la clínica de pérdida de peso en la atención al paciente mayor.

■ 071 El glucagón inhalado para el manejo de hipoglucemias en personas con diabetes

Tazo Tapia, Paula (1); Pino Marcos, Alba (2); López Fernández, Marta (3); Pindado Navas, Sara (4); Pérez Arenas, Raquel (5)

(1) Centro de Salud Casa del Barco, Zona oeste Valladolid

(2) Centro de Salud Laguna de Duero, Zona oeste Valladolid

(3) Centro de Salud Delicias II, Zona oeste Valladolid

(4) Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa, Zona oeste Valladolid

(5) Centro de Salud San Agustín Burgos

Introducción

Una de las complicaciones frecuentes en las personas con diabetes son las hipoglucemias graves. Estas son una de las principales causas de angustia y temor en los pacientes que pueden presenciarlas. Suelen presentarse con síntomas como náuseas, temblores o palpitaciones y, en los casos más graves, puede

transcurrir con desorientación e incluso pérdida de conciencia. Por todo esto es fundamental la prevención y el manejo de las hipoglucemias para el bienestar y tranquilidad de las personas con diabetes.

Objetivos

- Dar a conocer el glucagón inhalado para el tratamiento de hipoglucemias.
- Exponer los pasos a seguir para su administración.
- Mostrar los beneficios que tiene.

Material y métodos

La modalidad del trabajo elegida es la revisión bibliográfica. La estrategia metodológica general que se realizó para esta revisión consistió en una búsqueda de información en bases de datos como SciELO, Google Scholar y PubMed. Los filtros que se utilizaron fueron el idioma español e inglés. Las palabras clave utilizadas fueron “Diabetes”, “Hipoglucemias”, “Glucagón inhalado” y el operador booleano utilizado fue “y”.

Resultados

El tratamiento de la hipoglucemia habitualmente se basa en la administración de carbohidratos o de glucagón inyectable, sin embargo, como novedad se ha comercializado un glucagón vía nasal.

El glucagón nasal, cuyo nombre comercial es Baqsimi, se presenta en formato de pulverizador portátil, sin necesidad de reconstitución ni purgado y contiene una sola dosis de 3 mg. Está indicado en tratamiento de hipoglucemia grave en personas con diabetes a partir de los 4 años. Tiene la ventaja de que es muy sencillo y rápido de utilizar, ya que no requiere inhalación y es absorbido tras su administración de forma pasiva por la mucosa nasal. Este tratamiento ofrece una eficacia parecida a la del glucagón inyectable y además facilita su uso y su transporte y no necesita refrigeración, pudiendo conservarse a temperaturas de hasta 30 °C.

Los pasos a seguir para su administración son: retirar el precinto, extraer el envase unido del tubo, sujetar el envase, introducir la punta del envase en una de las fosas nasales y presionar el émbolo hasta el fondo. La administración de la dosis se completa cuando la línea verde ya no se ve.

Conclusiones

El glucagón nasal es fácil de administrar puesto que el paciente no necesita colaborar ya que puede estar inconsciente y los pasos a seguir para su administración por parte del cuidador son fáciles. Es buena opción en el tratamiento de las hipoglucemias graves pudiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes que con frecuencia sobre todo al principio de la enfermedad suelen limitar sus actividades por el miedo a sufrir una.

■ 072 Importancia de las medidas higienicodietéticas en el control de la diabetes

Mechó Carratala, Mario (1); Méndez Gil, Roberto (1); Lacomba Aladren, Beatriz (1)

(1) Centro de Salud La Bóvila, Villarreal

Según datos de la Sociedad Española de Diabetes, la prevalencia de la diabetes en España se sitúa en el 14,8 %, afectando a 1 de cada 7 adultos, y siendo la 2.ª tasa más alta en Europa, conllevando todo ello un elevado gasto sanitario.



También han sido estudiadas las consecuencias y el impacto en la salud de un tratamiento deficitario de dicha enfermedad. Son ampliamente conocidas las relaciones entre la diabetes y las complicaciones graves y potencialmente mortales, tales como infartos de miocardio, accidentes cardiovasculares, insuficiencia renal, amputaciones de miembros, complicaciones oftalmológicas, entre otras. Dichas complicaciones reducen la calidad de vida de los pacientes y aumentan el gasto sanitario.

Con todo ello, encontramos una tendencia en aumento del número de adultos con diabetes en España. Si analizamos la literatura científica, siempre encontramos la dieta y el ejercicio como pilar fundamental para el tratamiento de la diabetes y en la consecución de adecuados controles glucémicos. En este caso clínico, queremos poner de manifiesto, una vez más, esta evidencia.

Nuestro paciente es un varón de 51 años.

Antecedentes médicos

- DM2 diagnosticada en 2004, con retinopatía diabética.
- HTA.
- Hipotiroidismo subclínico.
- Dislipemia.
- Sobrepeso.

A lo largo de los años, el paciente no ha seguido una dieta adecuada, ha mantenido el hábito enólico y ha sido inconstante en la realización de ejercicio físico, manteniendo controles glucémicos inadecuados, con HbA1c de 8-8,5 %. También ha sido inconstante en la administración de tratamiento farmacológico. A lo largo de estos años ha alternado periodos de cumplimiento terapéutico con otros periodos de abandono del mismo.

Tratamiento

El tratamiento pautado inicialmente (julio 2015): (sitagliptina + metformina) 50 mg 1c/12 h; repaglinida 1mg 1c/24 h 0-1-0.

Ante malos controles glucémicos, se modificó la pauta de tratamiento (julio 2017): repaglinida 1 mg 1c/24 h; empagliflozina 10 mg; (sitagliptina + metformina) 50 mg 1c/12 h. Persistencia de mal control. Se insiste en la dieta y ejercicio, y en la toma correcta de la medicación, se reajusta la misma (enero 2020): repaglinida 1 mg 1c/24 h; (empagliflozina + metformina) 12.5/1000 mg 1c/12 h; dulaglutida 1,5 mg.

Marzo 2023: inicia dieta con ayuno intermitente con dieta saludable y ejercicio físico (camina 5 km al día).

Controles glucémicos (HbA1c):

- Diciembre 2012: 8,7 %.
- Noviembre 2013: 8,5 %.
- Julio 2017: 7,7 %.
- Junio 2019: 7,8 %.
- Julio 2021: 8,2 %.
- Junio 2022: 8,2 %.
- Septiembre 2022: 7,8 %.
- Julio 2023: 7,1 %.

Tras el inicio de dieta saludable, el abandono del hábito enólico y la realización de ejercicio físico, nuestro paciente mejoró significativamente los controles glucémicos. Se pone de manifiesto, una vez más, la importancia de la cumplimentación de las medidas higienicodietéticas para el buen control de la diabetes.

■ 073 ¡Peligro!: diabetes

Ramírez Artiles, Beatriz (1); Figueroa García, Cirzar Marielos (1); de la Rosa Gil, Lourdes (1)
(1) *Centro de Salud Miguel Armijo Moreno*

Varón de 63 años, con antecedentes de valvulopatía reumática mitral, acude a urgencias por náuseas y vómitos alimenticios (7-8) de varias horas de evolución. Se acompaña de dolor en fosa ilíaca derecha no irradiado. Niega cambios en el hábito deposicional o ambiente epidemiológico.

Afebril, sin otra clínica acompañante.

Exploración física

- Buen estado general. Afebril. Normocoloreado, perfundido e hidratado.
- Abdomen blando y depresible, con dolor en fosa ilíaca y flanco derechos. Blumberg dudoso positivo sin otros signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni hepatomegalia ni esplenomegalia. Puño percusión renal negativa.

Pruebas complementarias

Hemograma: Leucocitosis (11.260 u/L) con neutrofilia. Bioquímica: glucemia 464 mg/dL. Función renal conservada. Ionograma sin alteraciones. PCR 12,28 mg/dL. Gasometría venosa: pH 7,28, pCO₂ 41 mmHg, pO₂ 29mmHg, HCO₃ 19,3 mEq/L, Lactato 1,8 mmol/L. Sistemático de orina con glucosuria y cetonuria positivas.

Diagnóstico

Cetoacidosis diabética en paciente con debut diabético.

Evolución clínica y tratamiento

Se reevalúa clínicamente y se interroga sobre la clínica cardinal. El paciente comenta una pérdida ponderal de 12-15 kg en los últimos 3 años (peso actual 88 kg), asociada a polidipsia y polifagia, sin poliuria, que se ha acentuado en las últimas semanas. Además, refiere astenia generalizada y dificultad para realizar actividad física. Al revisar su historial médico, se observa que el paciente no tiene registros de analíticas de control en los últimos 6 años y ha consultado a su médico de familia por otros procesos médicos banales, sin ningún registro previo de clínica cardinal de diabetes.

El paciente es ingresado con sueroterapia intensiva e insulino terapia intravenosa. Durante el ingreso, se realiza una analítica de control que muestra una hemoglobina glicada A1c de 14,2 % y un péptido C de 0,5 ng/dL, con anticuerpos en diabetes mellitus negativos. Además, se lleva a cabo educación diabetológica, y el paciente es dado de alta a domicilio con insulino terapia basal y ultrarrápida una vez que el episodio agudo está controlado.

Actualmente, mantiene tratamiento con insulina y está en seguimiento estrecho por Atención Primaria y en consultas externas de Endocrinología.



Conclusión

Este caso clínico resalta la importancia de captar apacientes poco habituales en la consulta y de realizar un cribado efectivo de diabetes y factores de riesgo cardiovascular. En la actualidad, las recomendaciones indican un cribado oportunista cada 4 años desde los 45 años. La diabetes, dada su elevada morbilidad y mortalidad prematura, debe ser abordada de manera proactiva. Además, es crucial educar a nuestros pacientes sobre el control glucémico riguroso y las complicaciones asociadas para mejorar su calidad de vida a largo plazo. La concienciación y el manejo temprano pueden marcar la diferencia en la evolución de la enfermedad y en la salud global de los pacientes.

■ 074 **Inflamación crónica de bajo grado y diabetes mellitus tipo 2**

Ortiz Rozalén, Cristina (1); Febrero Fernández, Carmen (2); García Raldua, Marta Cristina (3)

(1) *Centro de Salud Isla de Oza, Madrid*

(2) *Centro de Salud Valle de La Oliva. Majadahonda, Madrid*

(3) *Centro de Salud El Abajón. Las Rozas, Madrid*

Objetivos

Investigar la relación entre inflamación crónica de bajo grado y la diabetes mellitus tipo 2 asociada a obesidad. Valorar los beneficios de prescribir cuidados antiinflamatorios en la consulta de enfermería.

Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Clinical Key y otras bases de datos científicas, utilizando las palabras clave “chronic low grade inflammation AND diabetes mellitus type 2”. Se ha limitado la búsqueda a los 5 últimos años, metaanálisis y reviews.

Resultados

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica metabólica caracterizada por la ineficacia en la utilización de la insulina. Según la OMS, el 95 % de la población diabética es de tipo 2 y hoy en día cada vez es más frecuente que también se dé en niños y no solo en adultos, debido a la obesidad infantil.

La evidencia reciente sugiere que la DM2 podría ser consecuencia de un proceso inflamatorio sistémico, denominado inflamación crónica de bajo grado o metainflamación. Uno de los primeros mecanismos de inflamación de bajo grado proviene del tejido adiposo y el estrés oxidativo de los adipocitos que provoca una cascada inflamatoria. Estudios relacionan el exceso de tejido adiposo con metainflamación y el riesgo de padecer a largo plazo diabetes tipo 2, tanto en niños como en adultos.

Nuevos fármacos hipoglucemiantes están siendo usados en adultos para tratar tanto la obesidad como la diabetes tipo 2 también por su efecto antiinflamatorio, son los llamados GLP-1 (glucagón-like peptide 1), SGLT-2 (sodium-glucose cotransporter 2) e IL-1-blocking antibodies.

Por otro lado, investigaciones buscan la posibilidad de poder detectar biomarcadores inflamatorios (citocinas, quimiocinas, enzimas proinflamatorias y mediadores del estrés oxidativo) en saliva para la evaluación no invasiva y temprana de trastornos metabólicos crónicos.

Numerosos estudios abordan los cuidados antiinflamatorios (hábitos dietéticos y ejercicio de fuerza) como un tratamiento primordial para la prevención y el manejo de la diabetes ya instaurada. Se han estudiado los efectos de la vitamina C, D, las legumbres, los prebióticos y los probióticos,

relacionando los resultados con la amortiguación de la inflamación crónica de bajo grado al corregir el desequilibrio de la microbiota intestinal y afectar al sistema inmunitario innato.

Conclusiones

La inflamación crónica de bajo grado o metainflamación está relacionada con enfermedades metabólicas, en concreto la diabetes tipo 2.

Numerosas investigaciones apuestan por la detección de la inflamación y corrección de esta, tanto desde el ámbito dietético, deportivo, como farmacológico.

Desde la consulta de enfermería se puede abordar esta nueva esfera recomendando hábitos dietéticos antiinflamatorios, de control de peso y prescripción de ejercicios de fuerza para aumento de músculo y la reducción de grasa; en pacientes diabéticos tipo 2 y en población de riesgo.

■ 075 A propósito de un caso: diabetes autoimmune latente en adultos (LADA)

Mañes López, Elena (1); Sánchez González, Carolina (2)

(1) *CAP Camp de l'arpa, ICS*

(2) *Hospital San Rafael*

Descripción del caso

Ámbito del caso: Centro de Atención Primaria urbano

Mujer de 38 años que acude al CAP por primera vez para la prescripción de receta de Januvia inducida por mutua privada.

Historia clínica

Mujer sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Refiere debut de diabetes mellitus (DM) tipo 2 hace 6 meses diagnosticada en mutua.

Verbaliza que la consulta primaria fue producida por cansancio y astenia de meses de evolución. Aporta informes y analíticas con parámetros normales excepto glicemia basal (GB) de 127 mg/dl (29/9/22) Se repite control analítico el 27/10/22 con valores de GB de 134 mg/dl y Hb1ac 6,1 %. La diagnóstica de DM2 e inicia tratamiento con Januvia 50 mg /24 h.

El 9/1/23 se realiza nueva analítica con GB 151 mg/dl y Hb1ac 6,4 %, intensifican tratamiento con Januvia 100 mg/24 h.

Exploración física normal, no sintomatología cardinal, IMC 22.

Enfoque familiar: no antecedentes familiares de DM, ni celiaquía, tiropatía ni patología autoinmune.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial

DM2 vs. DM1 vs. LADA

Plan de actuación

En la primera visita al CAP, se pacta nueva analítica con estudio de inmunidad (27/3/23) con resultados de: GB: 173 Hb1ac: 7,7 Ac. AntiGAD + 73,23, AC. Antipancreas (islotos Langerhans)+ 1/8 Peptid C0.86 ng/ml (0.78-5.19)

La positividad en los anticuerpos indica que se trata de una diabetes LADA y derivamos al servicio de Endocrinología del hospital de referencia donde pautan como tratamiento insulina glargina (toujeo 13 ui), se pauta medicación oral y actualmente se encuentra con pauta de bolo-basal.



Conclusiones

La diabetes autoinmune latente en adultos (LADA) es un tipo de diabetes mellitus que tiene características superpuestas entre la diabetes mellitus 1 y la diabetes mellitus 2.

Confundir LADA con DM2 tiene implicaciones clínicas y de seguridad ya que el enfoque terapéutico es diferente. Se debe sospechar una DM LADA en personas que debutan jóvenes (hasta los 50 años), con normopeso y ante un rápido fracaso de la terapia oral.

■ 076 Estudio piloto sobre el impacto en la calidad de vida en pacientes con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina tras la utilización de un dispositivo de monitorización continua de glucosa flash

Sánchez González, Carolina (1); Mañes López, Elena (2)

(1) *Hospital San Rafael*

(2) *Centre Atenció Primària Camp de l'Arpa ICS*

La diabetes mellitus tipo 2 (DM) ha incrementado su incidencia a lo largo de los años multiplicando los costes derivados de sus complicaciones. Gracias a los mecanismos de monitorización continua de glucosa (MCG) tenemos más información de las variaciones de glucemia, facilitándonos su manejo. Si bien la MCG está bien estudiada en la DM1, no es así, en pacientes con DM2. Además, existen pocos estudios que evalúen la calidad de vida de los pacientes tras la colocación de MCG.

Objetivo principal

– Analizar el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2 tratados con múltiples dosis de insulina tras la instauración del sistema de monitorización continua flash de glucosa.

Objetivo secundario

- Analizar si disminuyen el número de hipoglucemias en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con múltiples dosis de insulina y utilizando la monitorización continua de glucosa flash respecto a la utilización de la monitorización continua de glucosa.
- Estudiar si la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2 tratados con múltiples dosis de insulina se relacionan con un menor número de hipoglucemias.

Diseño

Estudio piloto prospectivo analítico longitudinal antes-después unicéntrico.

Muestra para el estudio piloto de 30 pacientes con DM2, que tengan indicación para el inicio de monitorización escogidos por conveniencia y se les realizará un año de seguimiento.

Metodología

Obtención de los datos reales de las personas incluidas a través de los registros realizados de forma habitual en historia clínica del centro; se obtendrán variables tanto demográficas como clínicas aparte de específicas sobre hipoglucemias (test Clarke), calidad de vida (EsDQOL) y conocimiento (DKQ2) sobre la DM. Estos cuestionarios se pasarán previa colocación de MGC y a los 3-6-12 meses después de colocación del sensor.

Aplicabilidad

El estudio es un proyecto piloto que nos permitirá analizar la información sobre los cambios en el control glucémico, la calidad de vida, el número de hipoglucemias en pacientes con DM2.

Se prevé que se reduzcan el número de hipoglucemias y, si se confirma la mejora en la calidad de vida, reforzaría el vínculo de los pacientes con el sistema sanitario, lo cual a largo plazo podría tener beneficios en la reducción de complicaciones.

■ 077 Diabetes secundaria a pancreatectomía total: se puede controlar

López García, Elsa (1); Saura Núñez, María de los Ángeles (2); Cerezuela Abarca, María de los Ángeles (3); Martínez Ibáñez, María (1); Galera Román, Carlos (4); Siles Puerma, Javier (2)

(1) Centro de Salud Cartagena Oeste

(2) Centro de Salud Cartagena Casco

(3) Centro de Salud Cartagena San Antón

(4) Centro de Salud Cartagena Este

El objetivo de este caso clínico es que es posible obtener un control óptimo de la diabetes secundaria si se realiza una correcta educación diabetológica.

Material y métodos

Búsqueda de artículos en UpToDate y PubMed.

Resultados

El control óptimo de diabetes en un paciente sin páncreas.

Consulta

Control de diabetes

- Antecedentes personales: alergias alimentarias. No reacciones adversas medicamentosas.
- Hábitos tóxicos: fumador desde los 18 años. IPA de 31 paq/año. Ingesta de alcohol ocasional.
- AOS con BiPAP domiciliaria.
- ERGE con mucosa ectópica.
- Adenocarcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado de cabeza de páncreas pT2N1M0 sobre pancreatitis crónica, en tratamiento con quimioterapia.
- Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía, pancreatectomía total.
- Antecedentes familiares: padre con cáncer de colon y pulmón a los 72 años.
- Tratamiento crónico: Esomeprazol 20 mg 1-0-0, pancreatina 25.000 UI 1-0-0, sulfato ferroso 80 mg 1-0-0, paracetamol/tramadol 325/37,5 mg 1-1-1, butilescopolamina 10 mg 1-1-1, metamizol 575 mg 1-1-1, dexketoprofeno 25 mg 1-1-1, insulina asparta, insulina glargina 0-0-32 UI.

Enfermedad actual: Varón de 49 años acude a revisión de endocrinología para control de diabetes secundaria a pancreatectomía total por neoplasia de páncreas hace 6 meses.

Exploración física

Anodina.



Pruebas complementarias

Análítica de sangre: glucosa 158 mg/dl, creatinina 0,81mg/dl, sodio 140 mEq/L, potasio 4,3 mEq/l, hematimetría normal. Ca 19.912,4 Ui/ml, FG 90 ml/min/1,73 m².

Desde el momento de la cirugía pancreática se comienza con la enseñanza del manejo de la glucosa. Se le enseñó la fisiología pancreática, la periodicidad de los picos de glucosa e insulina internos y cómo los tiene que sustituir con terapia exógena. Además, el endocrinólogo también educa en el papel del páncreas ante situaciones extremas y cómo tiene que suplir estos procesos con proteínas peptídicas, insulina exógena y dieta. Además, se le enseña a usar el sistema Flash y cómo funciona cada tipo de insulina.

Para continuar con un adecuado control, el enfermero del centro de salud cita al paciente una vez cada dos semanas y la enfermera del servicio de endocrinología mantiene un control estrecho del paciente, concertando citas cada mes, y poniéndose en contacto con el endocrinólogo si fuera necesario.

Con la educación terapéutica que se le ha realizado al paciente, ahora puede gozar de buena calidad de vida, con glucemias basales en ayunas de 130 mg/dl.

No ha presentado efectos secundarios a la diabetes, ni ha requerido acudir a urgencias por este motivo, por lo que se puede ver que, gracias a la educación diabetológica, tiene una calidad de vida excelente.

Diagnóstico

Diabetes secundaria pancreatectomía total

Diagnóstico diferencial

Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes tipo LADA.

Conclusión

Gracias a la buena educación diabetológica por parte de todo el equipo sanitario, un paciente sin páncreas puede tener una calidad de vida normal y acorde a la de una persona de su edad, con un control óptimo de sus cifras de glucemia, haciendo un uso correcto de los distintos tipos de insulina y dieta adecuada.

■ 078 Complicaciones micro/macrovasculares en una cohorte de pacientes diabetes mellitus tipo 2. Estudio observacional multicéntrico

Pérez López, M. Carmen (1); Caro Bautista, Jorge (2); Morilla Herrera, Juan Carlos (2); Lupiáñez Pérez, Inmaculada (2); Villa Estrada, Francisca (3); Morales Asencio, José Miguel (4)

(1) Distrito Sanitario Costa del Sol, Málaga, Servicio Andaluz de Salud

(2) Distrito Sanitario Málaga-Valle del Guadalhorce. Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Universidad de Málaga. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. IBIMA-Bionand.

(3) Distrito Sanitario Málaga-Valle del Guadalhorce. Málaga, Servicio Andaluz de Salud. IBIMA-Bionand

(4) Universidad de Málaga. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. IBIMA-Bionand

Antecedentes

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asocia a estilos de vida inadecuados que condicionan la aparición de complicaciones (1). En 2021 se estima que había 537 millones de personas con diabetes y se

prevé que alcance los 643 millones en 2030, y los 783 millones en 2045 (2). La diabetes es una de las enfermedades con mayor impacto socioeconómico, por su elevada prevalencia, el gran número de complicaciones y su impacto en la morbimortalidad/calidad de vida (3).

Objetivo

Analizar factores asociados a complicaciones micro/macrovaskulares en una cohorte personas con DM2 tras 3 años de seguimiento.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico, realizado entre 2019 y 2022 (cohorte grupo control ensayo clínico NCT03453970).

Variabes: sociodemográficas, barreras de autocuidados (cuestionario EBADE)(4), parámetros clínicos, complicaciones microvasculares (Cm), [retinopatía diabética (RD), filtrado glomerular (FG), neuropatía diabética (test sensibilidad con monofilamento)], complicaciones macrovasculares (CM) [(proceso anginoso, IAM, Ictus)].

Sujetos: 210 personas DM2, 43,8 % mujeres, al inicio del estudio presentaban media 5 años evolución, en tratamiento con ADOs, media HbA1c (mmol/mol) de 53, media IMC 32,6. Entre enfermedades de base, 59,5 % hipertensión, 48,1 % dislipemia, 4,3 % enfermedad renal crónica.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva mediante análisis exploratorio de datos, con medidas de tendencia central, dispersión y de frecuencia. Se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas con Prueba de Levene, y análisis bivariado mediante prueba de chi-cuadrado y Test de Student.

Resultados

A nivel basal se obtuvieron datos de Cm y CM para el 98,1 % de la muestra, teniendo 19,5 % (n = 41) algún tipo de Cm (RD o FG < 60 ml/min o neuropatía diabética) y el 11,9 % (n = 25) alguna CM. Solo una mayor edad se asoció con presencia de Cm (65,5 vs. 61,5 años; p = 0,002). Para las CM, edad (65,9 vs. 61,8 años; p = 0,002) y paradójicamente mejor control glucémico HbA1c (6,7 vs. 7,1 %; p = 0,017) y de presión arterial diastólica (74 vs. 78 mmHg; p = 0,04) tuvieron una asociación significativa.

Al final del seguimiento, el 24,3 % (n = 51) y 13,3 % (n = 28) tuvieron alguna Cm o CM. Una edad más elevada se mantuvo como factor significativo para ambos tipos de complicaciones (p = 0,004 y p = 0,001). Para la Cm, IMC se mostró más elevado en el grupo con complicaciones, aunque sin alcanzar la significación (33,6 vs. 32,1; p = 0,068). Para CM, PAD siguió siendo un factor asociado (73,6 vs. 78,4 mmHg, p = 0,009).

Conclusiones

La realización de programas de cribado de complicaciones en población DM2, se va progresivamente recuperando tras los años de pandemia (fundamentalmente retinopatía y neuropatía diabética), aunque se necesita un mayor periodo de seguimiento. Datos de mejor control metabólico/tensional en personas con CM pudieran deberse a una intensificación del tratamiento. Se necesita finalizar seguimiento del grupo intervención para poder comparar y evaluar el impacto del programa educativo.



■ 079 Insuficiencia renal aguda tras inicio de tratamiento antidiabético oral

Huerta Menéndez, Raquel (1)

(1) CP Valdesoto

Descripción del caso

Paciente mujer de 63 años que en analítica rutinaria por control tiroideo se objetivan niveles de glucosa sanguínea de 153 mg/dl, HbA1c de 7,2 % y colesterol LDL de 150 mg/dl, con el consiguiente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipemia (DL). Analítica previa hace 1 años con valores de glucosa en rango. Ante tales cifras y la presencia de obesidad, se inicia tratamiento progresivo con metformina/empaglifocina 1000/5 mg (pauta ascendente progresiva) y atorvastatina 40 mg. Reconsulta a las dos semanas, con clínica de mialgias generalizadas, diarrea, pero además refiere dolor abdominal, sensación nauseosa y vómitos. Ante la presencia de dolor abdominal y vómitos solicito analítica de control para descartar complicaciones más relevantes (hepatitis tóxica secundaria a MET), retiro tanto el tratamiento hipolipemiente como el antidiabético oral.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: auscultación cardiopulmonar normal. No soplos carotídeos. Abdomen blando, depresible, molesto generalizado, no signos de irritación peritoneal, no visceromegalias. Miembros inferiores con edemas secundarios a insuficiencia venosa crónica (IVC) sin fóvea.

Analítica de control: pruebas de función hepática (PFH) en rango, LDL 136 mg/dl, filtrado glomerular (FG) 32 ml/min/m².

Ecografía clínica: sin alteraciones reseñables a nivel de ambos riñones. Aumento leve de ecogenidad hepática, correspondiente con esteatosis hepática grado I.

Control analítico una semana después: FG 54 ml/min/m².

Control analítico dos semanas después: FG 50 ml/min/m². Pendiente nuevo control un mes después. Pendiente de valoración por el Servicio de Nefrología.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

- Insuficiencia renal aguda (IRA) multifactorial (AINEx iSGLT-2 componente prerrenal).
- Riesgo de enfermedad renal crónica (ERC) estadio G3a

Diagnóstico diferencial

- IRA prerrenal (baja ingesta hídrica en periodo de alerta sanitaria por calor).
- IRA medicamentosa (iSGLT-2).

Conclusiones

Es más que conocida en la bibliografía los beneficios que los iSGLT-2 pueden proporcionar a los pacientes con diabetes más allá del manejo de las cifras de glucemia, sobre todo en los pacientes con ERC e insuficiencia cardíaca. También es conocida la existencia de una pequeña disminución de los valores de FG, sobre todo en las primeras semanas de tratamiento, acompañado posteriormente de una estabilización de sus valores. Lo que no se habla tanto es del riesgo que, pese a todo, presenta este grupo farmacológico de casos de IRA, sobre todo en conjunto con una serie de factores como pueden ser una escasa ingesta hídrica y la ingesta de forma concomitante de AINes por clínica miofascial.

Con este caso no quiero meter miedo con su uso ni culparles únicamente del descenso en el FG de esta paciente, sino concienciar a los médicos de familia de comprobar todos los fármacos que nuestros pacientes tienen prescritos cuando se incorpora un nuevo tratamiento y tener siempre en mente las medidas no farmacológicas (ingesta hídrica) para prevenir estas complicaciones.

■ 080 Esteatosis hepática y diabetes mellitus, ¿pensamos en la asociación?

Bartolomé Resano, Francisco Javier (1); Bartolomé Resano, Rafael (2); Olza Pajares, Ana (2); Armendáriz Lodosa, Nuria (1); Coll Vaquer, Antonia (1); San Martín Loyola, Bárbara (2); Baza Polo, Elena (2)

(1) Centro de Salud ZIzur, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

(2) Centro de Salud Rochapea, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Objetivos

- Evaluar el riesgo de esteatosis hepática grasa no alcohólica (EHGNA) en nuestros pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM).
- Evaluar si se había tenido en cuenta dicha posibilidad y se habían pedido las pruebas oportunas (transaminasas y plaquetas).
- Evaluar el riesgo de fibrosis en aquellos con diagnóstico o alta probabilidad de EHGNA.

Material y métodos

Criterios de inclusión: pacientes con DM de un cupo de AP (n = 109). Criterios de exclusión: faltar a controles en los últimos 2 años o presentar una enfermedad hepática de otra causa (con ello excluimos 3 pacientes, n = 106). Realizamos un cribado con métodos no invasivos usando el test Hepatic steatosis index (HSI) que precisa sexo, AST, ALT, IMC y DM. Desechamos el más popular Fatty liver index (FLI) dado que carecíamos a menudo del perímetro de cintura (nos faltaba en el 70 % de los pacientes de los últimos 2 años). El riesgo de progresión a fibrosis evaluamos con FIB4 (incluye AST y ALT, edad y plaquetas) si tenían diagnóstico de EHGNA o un HSI >36.

Resultados

Sexo: F (37,7 %), M (62,3 %). Edad (años): $x = 68,3$; $s = 13,5$. IMC (kg/m^2): $x = 29,8$; $s = 5$. Duración de la DM (años): $x = 9,3$; $s = 7,3$.

Análíticas realizadas (últimos 5 años): AST/ALT (97,2 %), plaquetas (85,8 %).

HSI (n = 103, dado que en 3 % carecíamos de datos): $x = 41$; $s = 6,7$. HSI >36 (indica alta probabilidad de esteatosis): 76,4 %.

Pruebas de imagen realizadas: 43,4 %. Diagnóstico confirmado por pruebas de imagen (ecografía, TAC): 25 %. Incluye las realizadas por otras causas, no solo por sospecha de EHGNA.

FIB4 (n = 71): $x = 1,5$; $s = 0,9$. De ellos FIB4 > 2,67 (riesgo de fibrosis F3-F4): 7 %. FIB4 [1,5-2,67] en <65 años: 3,7 % (4 pacientes). EHGNA y edad >55 años e IMC > 35 kg/m^2 (riesgo progresión acelerada en DM): 4 pacientes, (sin FIB4 > 2,67), pero 5 sin ecografía.

Conclusiones

El perímetro abdominal no estaba registrado y tuvimos que cambiar de escala, pero sí había a menudo transaminasas y plaquetas. Aún y todo habría que estar al tanto y solicitar de vez en cuando AST, ALT y también hemograma (plaquetas) dado que no se contemplan en los perfiles de seguimiento de DM.



La relación entre DM y EHGNA está bien demostrada y la alta probabilidad aparece tan frecuentemente que, quizás, podríamos valorar realizar ecografía directamente.

Apreciamos un infradiagnóstico de EHGNA, ya que en un porcentaje elevado en riesgo no se había realizado prueba de imagen.

■ 081 **Cómo abordamos la educación terapéutica en pacientes ancianos en una consulta de Atención Primaria**

Rodríguez Carretero, Juana María (1); Cruces Pernia, Marta (1); Martínez Ramos, Salvador David (1); Muñoz Moreno, Carlos (1);

(1) *Centro de Salud Talavera la Real*

Objetivos

- Conocer las características diferenciadoras, los objetivos terapéuticos y las complicaciones específicas de las personas mayores con DM2.
- Desarrollar las herramientas, teóricas y prácticas, necesarias para afrontar una educación terapéutica integral.
- Aprender el manejo de las diferentes terapias farmacológicas en las personas mayores con diabetes.
- Adquirir competencias para el manejo del paciente frágil con diabetes en el ámbito de la Atención Primaria.

Material y métodos

Dada la gran heterogeneidad de la población anciana que acude a nuestras consultas de Atención Primaria: sujetos con muy diferente capacidad funcional y cognitiva, diversa comorbilidad y con muy diferente expectativa de vida, resulta crucial realizar una valoración global del anciano desde una perspectiva biopsicosocial, planteando unos objetivos personalizados.

Herramientas que utilizamos (a pacientes con diabetes con 65 años y más), periódicamente: la valoración integral la realizamos en el momento del diagnóstico y al menos con carácter anual.

- Valoración Geriátrica Integral.
- Test de Barthel.
- Test de Lawton para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria.
- Short Physical Performance Battery (SPPB).
- Test de riesgo de caídas.

Resultados

Pudimos determinar las siguientes **tipologías de ancianos diabéticos: perfiles clínicos**.

Tipologías de ancianos diabéticos	Anciano sano (adulto mayor)	Anciano frágil (de alto riesgo)	Paciente geriátrico
Concepto	Ausencia de enfermedad objetivable (además de la diabetes) y edad avanzada	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada (en equilibrio con el entorno) alto riesgo de descompensarse, (alto riesgo de volverse dependiente)	Edad avanzada y alguna/s enfermedad/es crónica/s que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social

Tipologías de ancianos diabéticos	Anciano sano (adulto mayor)	Anciano frágil (de alto riesgo)	Paciente geriátrico
Actividades instrumentales vida diaria	Independiente para todas (AIVD)	Dependiente para una o más (AIVD)	Dependiente para una o más (AIVD)
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Independiente para todas	Independiente para todas	Dependiente para una o más
Comportamiento frente a la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia	Alta tendencia a la dependencia	Tendencia a mayor progresión de la dependencia
Probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos	Baja	Alta	Muy alta

Conclusiones

- Se debe adaptar la educación terapéutica a cada individuo, considerando sus comorbilidades, funcionalidad cognitiva, expectativa de vida, estado emocional y apoyo social. Además, es fundamental involucrar al paciente y/o cuidador en la toma de decisiones, discutiendo las opciones disponibles. El objetivo principal es preservar la capacidad funcional, mejorar la calidad de vida y evitar tanto los efectos secundarios (especialmente las hipoglucemias, que estos pacientes tienen un elevado riesgo de padecer) como los ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas con la diabetes.
- En la educación de los ancianos con diabetes, debe prestarse especial cuidado a asegurar la dignidad, el respeto y la no discriminación por la edad; garantizando el acceso a los servicios que precisen para recibir el tratamiento más adecuado a sus necesidades.

Un porcentaje escaso, pero no desdenable tendríamos que derivar para valoración de fibrosis por fibros-cano, dado que tienen más riesgo de progresión y no lo habíamos tenido en cuenta hasta este estudio.

■ 082 La consulta de alta resolución en diabetes, nuevo aliado en la Atención Primaria

Moore, James Richard (1); Esteban Flores, Ana (1); Cebrián Cuenca, Ana (1); Flores Torrecillas, Juana (1); Mínguez Martínez, María José (1); Ponce Baños, María del Carmen (1)

(1) Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo

Introducción

El abordaje de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es cada vez más complejo y requiere herramientas que aprovechen al máximo el tiempo y la formación de los profesionales sanitarios. La consulta de alta resolución (CAR) como proceso asistencial donde unificamos el diagnóstico y tratamiento en una única visita podría ser la pieza clave.

Objetivos

Validar la mejora de la calidad asistencial en pacientes con DM2 a través de la implementación de la CAR desde:



- Perspectiva científico-técnica.
- Perspectiva satisfacción del paciente.
- Perspectiva del profesional médico.

Métodos

A través de una prueba piloto con 12 pacientes, se implementa una consulta de alta resolución dirigida a pacientes con DM2 en un Centro de Salud urbano.

El perfil de paciente se centra en pacientes con DM2 vulnerables, específicamente aquellos mayores de 65 años, sin un control adecuado de la glucemia y con posibles desafíos sociales o económicos.

La consulta de alta resolución DM2 se enfoca en el seguimiento anual de pacientes con DM2 ya diagnosticados y basado en un prototipo de CAR con una duración total de 45 minutos donde existe una distribución de los tiempos y los roles de los profesionales.

Resultados

La media de hemoglobina glicada (HBA1c) 8,38 %, DS1: .48; niveles medios de LDL 112 mg/dl, DS: 39,4, filtrado glomerular medio 72,9 ml/min/1,73 m², DS: 15.7 e IMC medio (28,6 kg/m² DS: 3.78), lo que sugiere la necesidad de estrategias de intervención y seguimiento para mejorar la salud de estos pacientes.

Los pacientes valoran positivamente la CAR para la DM2. Un 96,8 % se siente más escuchado en sus preocupaciones y necesidades, un 94,6 % opinaba que los tratamiento y cuidados habían sido adaptados a su situación personal, un 96,2 % refiere una mejor coordinación para atenderlos y un 97,6 % declaran que los ayudan a conocer más la enfermedad y a saber cómo cuidarme mejor.

Los profesionales sanitarios involucrados en las CAR notaron mejoras significativas en un 87,6 % la comunicación con los pacientes y en un 90 % la coordinación entre profesionales de salud. El 90 % considera que las CAR deberían ser una práctica habitual en la Atención Primaria.

Conclusiones

Este prueba piloto requiere de un seguimiento posterior para valorar la efectividad de la consulta a nivel clínico. Los resultados del estudio sí sugieren que las CAR para pacientes con DM2 son efectivas tanto desde la perspectiva de los pacientes como de los profesionales sanitarios. Estas consultas tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención y la gestión de la DM2 en el ámbito de la Atención Primaria, lo que hace recomendable su expansión y fortalecimiento.

■ 083 Hoy puede ser un gran día: Consejo breve de salud en pacientes con diabetes en una consulta de Atención Primaria.

Cruces Pernía, Marta (1); Rodríguez Carretero, Juana María (1); Martínez Ramos, Salvador David (1); Muñoz Moreno, Carlos (1)

(1) *Centro de Salud Talavera la Real*

Objetivos

Integrar los consejos que han mostrado su efectividad para ayudar a cambiar el estilo de vida de los pacientes con diabetes, desde los centros de Atención Primaria.

Utilizar estos consejos de la forma más adecuada posible y más adaptada a las características de la persona con diabetes a la que se atiende y a la propia práctica.

Integrar el consejo sanitario en la práctica clínica y con otras actividades/recursos relacionados: sistemas de registro, materiales escritos de educación sanitarias, actividades grupales, etc.

Potenciar las habilidades de comunicación de los profesionales para preguntar, escuchar activamente, empatizar, reforzar, resumir y retroalimentar.

Material y métodos

El consejo se sistematizó en cuatro pasos:

1. Se pregunta sobre un comportamiento concreto y se registra.
2. Se da un consejo de cambio.
3. Se entrega material informativo.
4. Se ofrece apoyo si lo necesita.

A todos los pacientes con diabetes de nuestra consulta se les pasó un cuestionario “HOY PUEDE SER UN GRAN DÍA PARA EMPEZAR UNA VIDA MÁS SALUDABLE”, donde el paciente con diabetes identifica el cambio en el estilo de vida que quiere iniciar. Posteriormente, se apoya cualquier cambio en estilos de vida que quiera iniciar una persona con diabetes y se acompañará del material que corresponde más concretamente con el factor que inicialmente se plantea modificar, ya sea: ser más activo, llevar una alimentación más saludable, sentirse mejor emocionalmente, dejar de fumar, informarse sobre los riesgos del consumo de alcohol.

Se adoptó la estrategia de intervención de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo.

Resultados

El cuestionario se pasó a un total de 250 pacientes con diabetes, de los cuales todos manifestaron al menos un cambio que querían emprender.

En función de esta valoración se determinarán las necesidades concretas del caso en cuanto a información y consejo motivacional. Así, se establecerán las prioridades de promoción y prevención, diseñando un plan progresivo de intervenciones (individuales y/o grupales), y modulando su intensidad en función de las necesidades individuales y los objetivos pactados con la persona.

Conclusión

Si dejamos hablar al paciente, averiguamos qué motivos tiene para cambiar, utilizamos un lenguaje que no cree resistencias al cambio, y EMPATIZAMOS, podemos facilitar el cambio de una conducta en relación a su salud. Para que una persona cambie su conducta debe ser IMPORTANTE para ella este cambio (tener razones para cambiar), debe tener CONFIANZA en lograrlo, y debe estar DISPONIBLE para intentarlo.

■ 084 Tratamiento específico según comorbilidades en los pacientes del proyecto cometa-DM

Urbina Juez, Ane (1)

(1) Centro de Salud Sopela

Objetivos

Conocer el grado de tratamiento según comorbilidades, valorando posibles diferencias en relación con el grado de dependencia de los mayores de 80 años con DM2 en dos Organizaciones Sanitarias integradas (OSIs).



Material y método

Estudio epidemiológico observacional descriptivo retrospectivo multicéntrico.

Para el análisis de datos se ha realizado la extracción masiva de los datos de Atención Primaria y se ha creado una única base de datos con datos disociados irreversiblemente.

Resultados

El análisis estadístico se ha realizado con R. Cumplieron criterios de inclusión 7.941 pacientes, excluyéndose 386 pacientes sin datos en la historia clínica en el último año.

Variables	Independientes	Dep. Leve	Dep. moderada	Dep. grave	
Glucemia basal	112 mg/dL (83-168)	129 mg/dL (108-152)	122 mg/dL (103-151)	113 mg/dL (92-141)	1 1
HbA1c	6,5 % (5,9-7,4)	6,8 % (6,2-7,6)	6,7 % (6,1-7,5)	6,5 % (5,9-7,4)	2
Sin tto	805 (18,4%)	162 (18,1%)	350 (19,6%)	150 (22,4%)	5
Biguanida (Mtf)	1644 (37,6%)	328 (36,7%)	608 (34,0%)	205 (0,6%)	5
Insuficiencia cardiaca (IC)	397 (13,1%)	115 (12,9%)	349 (19,5%)	166 (24,8%)	2
Enfermedad renal crónica (ERC) Estadio I-IV	745 (17%)	197 (22,0%)	470 (26,35)	207 (30,9%)	5
iSGLT2	267 (6,11%)	56 (6,26%)	64 (3,58%)	9 (1,35%)	
Obesidad	631 (14,4%)	153 (17,1%)	359 (20,1%)	115 (17,2%)	
Accidente cerebro vascular/ Accidente isquémico transitorio (ACV/AIT)	389 (8,9%)	97 (10,9%)	262 (14,7%)	153 (22,9%)	7
Cardiopatía isquémica(CI)	573 (13,1%)	95 (10,6%)	266 (14,9%)	108 (16,1%)	3
aGLP1	29 (0,66%)	11 (1,23%)	14 (0,78%)	8 (1,20%)	
Mtf+iSGLT2	117 (2,68%)	23 (2,57%)	31 (1,73%)	7 (1,05%)	
Polifarmacia					
3 fcos	379 (8,67%)	82 (9,17%)	153 (8,56%)	40 (5,98%)	1
≥ 4 fcos	63 (1,44%)	19 (2,13%)	19 (1,06%)	6 (0,90%)	

Conclusiones

- El grado de control glucémico es estricto y no existen diferencias entre los grados de dependencia.
- El porcentaje de pacientes sin tratamiento farmacológico varía entre el 18 % en independientes-dependencia leve y el 26 % del grupo dependencia total.
- A pesar de que los iSGLT-2 son el tratamiento específico de la IC y la ERC, el porcentaje de pacientes tratados con ellos es bajo.
- El uso de familias farmacológicas que promuevan la pérdida ponderal en obesidad es escaso, destacando mayor uso de iSGLT-2 que aGLP-1.

- En el caso de pacientes con elevado riesgo cardiovascular (ACV/AIT o CI) la metformina es el fármaco más prescrito, a continuación, los iSGLT-2, sin embargo el uso de combinación fija Met+iSGLT-2 y aGLP-1 es bajo.
- El número de fármacos prescritos disminuye a medida que aumenta el grado de dependencia. Sin embargo, dado el estricto control glucémico, sería interesante valorar la desprescripción para evitar el sobretratamiento.

■ 085 Diabetes mal controlada a causa de una enfermedad grave

López Zacarez, Paloma (1); López Zacarez, Soraya (1); Esparza Pérez, Encarnación (1)

(1) Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo

Descripción del caso

Varón de 64 años, hipertenso, con diabetes tipo 2 bien controlada que comienza a descontrolarse súbitamente, (ADOs e insulina), dislipémico. Infección COVID-19 hace un mes. Acude a su centro de salud por dolor, frialdad y edema en reposo, aparición brusca en ambos antepies, que no mejora con analgesia.

Exploración

Dermatitis ocre sural, poco vello, atrofia cutánea y ungueal general. En antepies presenta empastamiento, frialdad, coloración azulada, intenso dolor al mínimo roce y ausencia de pulsos pedios y tibiales posteriores.

Se remite a Urgencias y se ingresa en Medicina Interna para estudio.

Pruebas complementarias

- Analíticas: aumento de reactantes de fase aguda de forma progresiva, con anemia, fracaso renal y empeoramiento de tiempos de coagulación.
- Se realiza angioTC con estenosis severa en ilíaca común izquierda, y estenosis severas en ambos miembros inferiores a diferentes niveles.
- TC total body, hallándose colitis isquémica, derrame pleural bilateral, ascitis moderada, edema en tejido celular subcutáneo (insuficiencia cardíaca). Adenopatías mediastínicas, retroperitoneales, pélvicas e inguinales y laterocervicales bilaterales. Hiper captación difusa en médula ósea.
- Se biopsia médula ósea, que presenta monocitosis, eosinofilia, descenso de CD20 y CD45.
- BAG adenopatía: células pan-T CD3, CD5, CD7, BCL6, CD10, Ki67 80 %. Compatible con linfoma T NOS con inmunofenotipo TFH.

Orientación diagnóstica

Isquemia arterial, síndrome paraneoplásico.

Juicio clínico

Linfoma T, ateromatosis secundaria a FRCV mal controlados.

Diagnóstico diferencial

Isquemia arterial por arritmias, trombosis, iatrogenia.



Conclusiones

En primer lugar, la diabetes mellitus se señala tanto como un factor de riesgo para el desarrollo del estado más severo de isquemia crítica de miembros inferiores, como para el empeoramiento de la función renal e insuficiencia cardíaca.

Si a este riesgo le añadimos una infección reciente por COVID-19 (se ha descrito un posible daño directo al páncreas por el SARS-CoV-2, que podría empeorar la hiperglucemia, o incluso inducir la aparición de diabetes transitoria) y una neoplasia hematológica, ambos factores protrombóticos, el desenlace puede ser una isquemia severa que pueda desembocar en la amputación de los miembros, como en el caso de este paciente.

Por otro lado, cabe destacar que el riesgo de cáncer de mama, colon, recto, vejiga y linfoma es un 20-40 % superior en pacientes con diabetes tipo 2.

Cáncer y DM comparten factores de riesgo: sexo, estilos de vida, sobrepeso y mala alimentación. También a nivel molecular, existen mecanismos comunes para un enlace biológico entre diabetes y cáncer a causa de la hiperinsulinemia, hiperglucemia e inflamación. Datos recientes difunden el concepto de la inflamación como mecanismo de inicio y progresión tumoral, ya que alrededor de un 20 % de los tumores asocian inflamación crónica.

Es por ello, que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoz de la diabetes puede evitar el desarrollo de enfermedades, como hacía antes isquémicos, fracaso renal e incluso cáncer.

■ 086 Un factor protector que se convierte en un factor de riesgo

López Zacarez, Soraya (1); López Zacarez, Paloma (1); Magdalena Varona, Belén María (1)
(1) Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo

Descripción del caso

Varón de 72 años, diabetes tipo 2 e hipertensión vascularrenal.

Como antecedentes personales: amputación supracondílea de miembro inferior izquierdo por isquemia arterial e insuficiencia renal crónica en diálisis, secundario a FRCV mal controlados. Aneurisma de aorta suprarrenal.

Acude a Urgencias en varias ocasiones por dolor abdominal de tipo cólico posprandial y durante diálisis. Se ingresa en Digestivo con diagnóstico de colecistitis.

Cirugía general recomienda la intervención del aneurisma previo a cirugía de colecistitis. Durante dicha intervención, el paciente presenta episodios de hipotensión con ausencia de pulso femoral a causa de coágulo fresco que se extrae. Ingresa en UCI con shock hemorrágico a causa de hematoma retroperitoneal extenso por fístula arteriovenosa, reparada con stent.

Tras salida de UCI, comienza con disnea, tos y desaturación, en contexto de insuficiencia cardíaca descompensada precisando VMNI. Se aumentó tratamiento deplectivo, precisando mayor número de sesiones de diálisis para disminuir la sobrecarga de volumen.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico con VMK, Auscultación rítmica, sin soplos, murmullo vesicular, conservado con crepitanes bibasales hasta campos medios. Abdomen con significativo edema de pared dominar. Miembro inferior con edema hasta rodilla.

Analíticas con elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis reactiva. Patrón de colestasis. TC inicial con hematoma retroperitoneal, TC sucesivos con mejoría progresiva del mismo.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Colecistitis. Shock hemorrágico.

Diagnóstico diferencial

Colangitis, pancreatitis.

Conclusiones

Dicho paciente presentaba múltiples complicaciones asociadas a su diabetes:

1. Riesgo de colecistitis (motivo principal de las consultas a Urgencias de nuestro paciente) al desarrollar cambios a nivel intestinal y de la vesícula biliar (vaciamiento incompleto, disminución de volumen eyectado en estado posprandial, así como cambios histológicos) que desencadenan la misma. Además, existe asociación de diabetes con pielonefritis y cistitis enfisematosas.
2. Alteraciones de la coagulación (disfunción endotelial, hiperactividad plaquetaria, generación de trombina y fibrinólisis disminuida) que favorecen la trombosis. Complicación intraoperatoria de nuestro paciente.
3. Múltiples estudios han confirmado que la diabetes es un factor protector del aneurisma de aorta abdominal. Sin embargo, estudios recientes han confirmado que la diabetes es un factor de riesgo para la rotura del mismo.
4. Por último, la hospitalización prolongada de este paciente se vio condicionada por las complicaciones asociadas a su insuficiencia cardíaca, en ausencia de cardiopatía estructural. Hiper glucemia e hiperinsulinemia son disparadores del proceso de remodelado cardíaco que pueden producir disfunción ventricular.

Es por ello que, a pesar de ser la diabetes un factor protector para el aneurisma de aorta, se trata de un factor de riesgo para muchas patologías que pueden asociar múltiples complicaciones, que podríamos evitar o disminuir en el caso de un buen control de la misma.

■ **087 Estudio de la inercia terapéutica según prevalencia de patología crónica en Atención Primaria**

Amat Camats, Gemma (1); Espinosa Peña, Irene (1); Oliver García, Mercè (1); Serra Peruchet, Anna (1); Solé Boldú, Montse (1); Sans Badia, Sònia (1); Arrazola Ciudad, Beatriz (1)

(1) *CAP Balaguer*

Introducción

La Atención Primaria se encarga del seguimiento y prevención de complicaciones de enfermedades crónicas, como la diabetes (DM), la hipertensión (HTA) y el hipotiroidismo. Entre los problemas para conseguir esta tarea se encuentra la inercia terapéutica (IT) de los profesionales, muy presente en estas enfermedades crónicas aun teniendo un elevado nivel de seguimiento por parte de los profesionales.

Objetivos

Conocer la prevalencia de IT entre dos de las enfermedades crónicas: DM2, HTA e hipotiroidismo. Correlacionar la prevalencia de IT con la prevalencia de cada enfermedad en AP.



Metodología

Diseño observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: Área Básica de Salud semirrural. Muestra: 178 personas con DM2, 220 personas con HTA, 72 personas con hipotiroidismo clínico. Cronograma: 15/03/2019 a 15/03/2023. Parámetros de control: DM2: <80 años HbA1c >7; DM2: >80 años HbA1c >8; HTA: PAS/PAD > 140/90; Hipotiroidismo: TSH >5 (con tratamiento previo), TSH >10 (sin tratamiento previo). Criterios de inclusión: mayores de 18 años, diagnóstico mínimo de un año, analítica realizada en el último año al estudio. Criterios de exclusión: traslado de paciente, embarazo durante el periodo de estudio, no registro analítico. Recogida datos: historia clínica informatizada. Variable dependiente: IT. Análisis de datos: descriptiva con frecuencias y la correlación mediante chi-cuadrado. Limitaciones: falta de registro en la hoja de monitoreo y seguimiento clínico, que repercute en las pérdidas.

Resultados

Se halló una prevalencia del 13,01 % de DM2 versus el 41,6 % de HTA y el 2,3 % de hipotiroidismo tratado. La IT fue mayor en HTA (66,22 %) que en el caso de la DM2 (53,79 %), ambas alejadas de la IT del hipotiroidismo, 38,15 %, con correlación estadística con su prevalencia ($p < 0,05$).

Conclusiones

Se hallan valores elevados de IT en las tres entidades, aunque valores más elevados en HTA que en DM2. Tanto HTA como DM2 obtuvieron resultados de IT por encima del hipotiroidismo. En nuestro estudio resaltamos que hay mayor IT a mayor prevalencia de esa enfermedad crónica se encuentre en la población estudiada, es decir, a mayor magnitud de enfermedad a estudio, mayor IT.

La bibliografía consultada apunta a que las causas de la IT en general son mayores en procesos no urgentes, pacientes pluripatológicos, de mayor edad, con valores cercanos a la normalidad y con tratamientos que conllevan efectos secundarios. Pero no se había relacionado a la magnitud de esa enfermedad en la población. Esto podría deberse a los profesionales hallen cotidianidad al mal control de una enfermedad más prevalente frente de otra menos habitual en la consulta.

■ 088 Hiperglucemias sostenidas. “No todo es lo que parece”

Ruiz Jiménez, Ana Belén (1); González Gracianteparaluceta, Mikel (1); Valido Pérez, Susana (2)

(1) *Centro de Salud Valterra*

(2) *Hospital José Molina Orosa*

Descripción del caso

Mujer de 35 años subsahariana árabe. Residente en España desde 2020. Vive sola. Desempleada. Dificultad idiomática moderada. Se observa en varias analíticas hiperglucemias séricas mantenidas además de hiperprolactinemia y cortisol alto. Tras lo cual se deriva a servicio de Endocrinología.

Antecedentes

IMC 26,4 (Sobrepeso) de tipo abdominal. Perímetro de cintura de 94. RCV Bajo. Ovarios poliquísticos.

Exploración y pruebas complementarias

Prolactina (sangre) 38,2 ng/ml (4,7-23), cortisol 22 mcg/dl, glucemias séricas en ayunas: 180 mg/dl, colesterol total 210 mg/dl, triglicéridos 80 mg/dl, hemoglobina glicosilada: 7,5 mg/dl.

Orientación diagnóstica y juicio clínico

Tras acudir al servicio de endocrinología la paciente es diagnosticada con debut de diabetes mellitus tipo 2 y Síndrome de Cushing en el contexto de uso continuado de cremas con corticoides administradas desde Senegal desde hace 11 años con fines estéticos. Dichas cremas son adquiridas sin ningún tipo de regulación en el continente Africano.

Objetivos generales

Sensibilizar la importancia de obtener una completa anamnesis teniendo en cuenta las peculiaridades multiculturales de nuestros pacientes y en especial de la población inmigrante.

Objetivos específicos

Disminuir cortisol en sangre. Disminuir glucemias séricas. Disminuir la glicada. Adquirir hábitos de vida saludables. Disminuir IMC.

Diagnóstico diferencial

Diabetes tipo 2. Síndrome de Cushing.

Problemas

- Falta de comprensión de la paciente de las indicaciones dadas.
- Resistencia al abandono del uso de las cremas con corticoide utilizadas por desconocimiento del motivo por el cual no debe aplicarse continuamente.
- Ausentismo de la paciente en algunas consultas.
- Incapacidad para asumir el coste económico de los tratamiento. Actitud suspicaz y desconfiada de la paciente.
- No disponer por parte de los profesionales de suficiente tiempo en consulta para recabar toda la información.

Herramienta principal en el caso

Educación para la Salud en cada consulta a la que acude la paciente. Lenguaje sencillo y adaptado. Uso de infografías. Preguntas abiertas para recabar más información.

Resultados

Tras 2 meses de suspensión de corticoide tópico se realiza analítica de control glucemias (séricas) 90 mg/dl, hemoglobina glicosilada 6,5 mg/dl y cortisol 19 mcg/dl. IMC 23.

Mayor autogestión de la salud por parte de la paciente, adquiriendo y manteniendo una actitud de empoderamiento en cada visita a su enfermera y facultativo.

La paciente conoce los efectos secundarios de las cremas y fármacos con corticoides. Se aconseja a la paciente no obviar ningún dato que nos pueda aportar información sobre su estado salud. “Aquí todo es importante”.

Se establece una relación de confianza y soporte. En ningún momento se juzga.

Conclusión

Este caso nos hace reflexionar cómo nos ciega dar por hecho un diagnóstico dejando atrás datos importantes que pueden cambiar toda la orientación diagnóstica. Por tanto, hay que tener en cuenta que “No todas la glucemias mantenidas son causas de diabetes”.



■ Enfermedad de Charcot y diabetes mellitus tipo 2 en Cataluña

Bundó Vidiella, Magdalena (1); Vlachó, Bogdan (2); Llussà, Judit (3); Prats, Paloma (4); Cos, Xavier (5); Franch, Josep (4); Mauricio, Dídac (6)

(1) EAP Mataró. Institut Català de la Salut

(2) Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat. Institut de Recerca Hospital de La Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

(3) EAP Sant Roc. Badalona. Institut Català de la Salut

(4) EAP El Raval. Barcelona. Institut Català de la Salut

(5) Institut Català de la Salut

(6) Departament d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Abstract

La neuro artropatía de Charcot (EC) es un proceso inflamatorio que afecta a huesos, articulaciones y tejidos blandos. Es una complicación poco frecuente, pero muy grave, en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que implica una disminución de la calidad de vida, y que se asocia a un riesgo elevado de amputación e, incluso, de muerte.

Objetivos

Determinar la prevalencia de EC en pacientes con DM2 en la Historia Clínica Informatizada de Cataluña (SIDIAP) durante 2018. Analizar el perfil clínico y la prevalencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares en pacientes con EC en comparación con aquellos sin complicaciones de pie diabético (CPD).

Material y métodos

Se utilizó la base de datos SIDIAP, validada y ampliamente usada en la investigación de DM2 en España. Incluye datos recogidos en el ECAP de personas atendidas en centros de Atención Primaria del Institut Català de la Salut, que cubre a más del 80 % de la población. El período de estudio fue del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Se incluyeron pacientes con código M14.6 según CIM-10.

Resultados

En 2018, se identificaron 394,266 de personas con DM2 en la base de datos, de los cuales 201 tenían un diagnóstico de EC (0,05 %).

El perfil clínico y la prevalencia de complicaciones micro y macrovasculares, y su comparativa con las personas con DM2 sin CPD. Los pacientes con EC eran más jóvenes, predominantemente hombres, con más complicaciones macro y microangiopáticas, y mayor prevalencia de úlceras y amputaciones, en comparación con las personas con DM2 sin CPD.

Conclusiones

Los datos de prevalencia de EC publicadas varían entre 0,08 % y 13,00 %, aunque nuestro estudio mostró una prevalencia menor (0,05 %), posiblemente por infrarregistro, ya que la EC es una enfermedad habitualmente indolora y desconocida para muchos profesionales de la salud no especializados en pie diabético. El diagnóstico de EC es fundamental para poder realizar un tratamiento precoz, y prevenir las complicaciones de esta forma de pie diabético.

COLABORADORES

PLATINUM



Boehringer
Ingelheim



MENARINI



ново nordisk®

ORO



MSD



EXPOSITORES



dexcom

Roche *Diabetes*



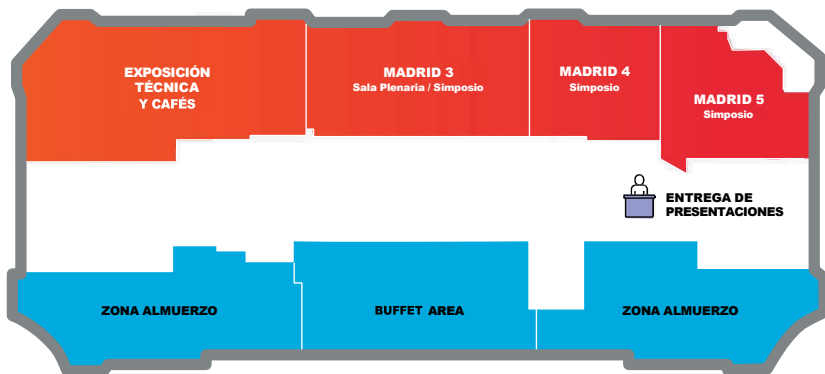
sanofi

OTROS PATROCINADORES

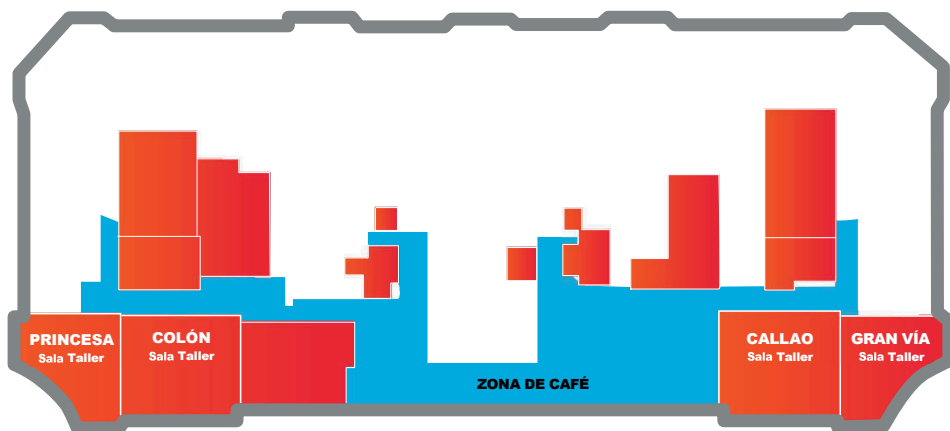


PLANOS DE SALAS

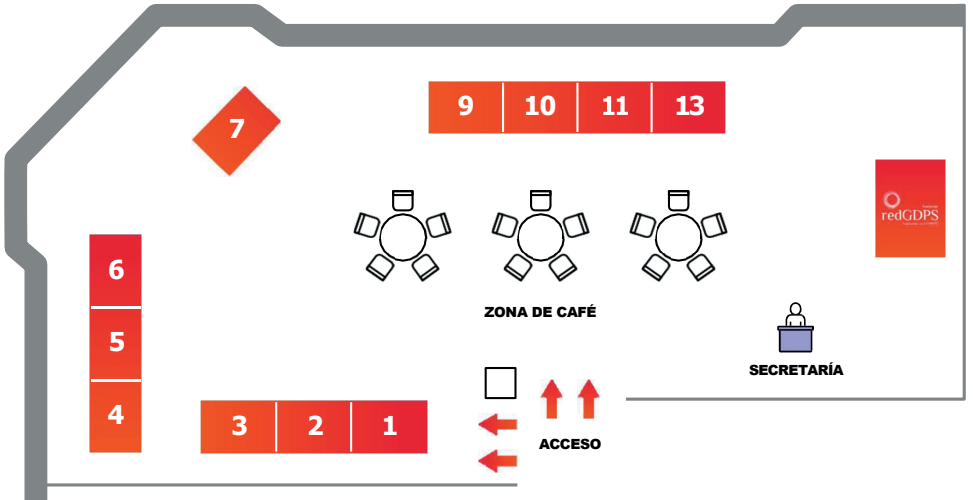
4ª Planta



3ª Planta



PLANO DE EXPOSICIÓN TÉCNICA Y CAFÉS



Stand 1. Abbott
Stand 2. Roche

Stand 3. Sanofi
Stand 4. Viso

Stand 5. Dexcom
Stand 6. Adamed

Stand 7. Menarini
Stand 9 y 10. Astrazeneca

Stand 11. Novo Nordisk
Stand 13. Lilly

CONTACTO

En diabetes, **actúa.**



RedGDPS

Secretaría Fundación redGDPS:

 **Contacto**
Pilar Roura/ Eva Becerra

 **Email**
secretaria@redgdps.org

Grupo RiC



Secretaría técnica

 **Contacto**
Aina Padró / Gemma Flores

 **Sitio web**
Ver sitio web

 **Email**
congresoredgdps@gruporic.com

 **Teléfono**
93 410 86 46

