P-007

CUANDO LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA CAMBIA LA DECISIÓN CLÍNICA: INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN UNA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DISCORDANCIA HBA1C-GMI

Odalys Almarales Álvarez[1], Jennifer Domínguez González[1], María Candelaria González Canino[1]

[1] *Centro de Salud Ofra-Miramar*

Mujer de 73 años con diabetes mellitus tipo 2 de más de 20 años de evolución, en tratamiento con pauta bolo-basal desde 2018, semaglutida y dapagliflozina. Presentaba hipertensión arterial, dislipemia, retinopatía diabética leve y enfermedad aterosclerótica carotídea bilateral. Ante cifras persistentemente elevadas de HbA1c (12,3%, 9,5% y 12,3%), se planteó intensificar la insulinoterapia. Sin embargo, antes de modificar el tratamiento se decidió iniciar monitorización continua de glucosa (MCG) desde Atención Primaria para caracterizar el patrón glucémico.

La MCG evidenció inicialmente hipoglucemias nocturnas repetidas, por lo que se redujo la insulina basal de 52 a 46 UI. Tras el ajuste, el perfil ambulatorio de glucosa (AGP) descartó hiperglucemia nocturna y mostró un patrón repetitivo de hiperglucemia entre las 09:00 y las 12:00 horas, sin datos que justificaran incrementar la insulina basal.

La revisión conjunta del AGP y la entrevista clínica permitió identificar un doble desayuno separado aproximadamente una hora, horarios irregulares de administración de la insulina basal y aspectos mejorables de la educación diabetológica. Se interpretó que el mal control estaba condicionado fundamentalmente por factores modificables y una cobertura insuficiente del desayuno, y no por un déficit de insulina basal.

Medicina de Familia y Enfermería realizaron una intervención conjunta basada en educación terapéutica, mejora de la adherencia, reorganización de las ingestas, participación familiar y ajuste exclusivo de la insulina prandial del desayuno. De este modo, se evitó una intensificación innecesaria de la insulina basal y se redujo el riesgo de nuevas hipoglucemias.

Durante el seguimiento se observó una marcada discordancia entre HbA1c (12,3%) y GMI (7,0%). Se valoraron posibles causas, incluyendo alteraciones del metabolismo eritrocitario, hemoglobinopatías, enfermedad renal, interferencias analíticas y mejoría reciente del control glucémico. Tras descartar las principales causas secundarias, la discrepancia se consideró probablemente relacionada con la mejoría reciente del control y una posible variabilidad biológica individual.

Este caso pone de manifiesto que la MCG no sustituye al juicio clínico, sino que lo complementa. La interpretación del AGP permitió detectar hipoglucemias inadvertidas, identificar el verdadero patrón de hiperglucemia y orientar una intervención dirigida, evitando intensificar de forma inapropiada la insulina basal. La integración de los datos de MCG con la entrevista clínica y el trabajo coordinado entre Medicina de Familia y Enfermería permitió individualizar el tratamiento y transformar la información proporcionada por la tecnología en decisiones centradas en la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S146-S166.
2. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the international consensus on time in range. *Diabetes Care*. 2019;42(8):1593-1603.

CÓMO CITAR

Almarales Álvarez O, Domínguez González J, González Canino MC. CUANDO LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA CAMBIA LA DECISIÓN CLÍNICA: INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN UNA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DISCORDANCIA HBA1C-GMI. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):45. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4