P-021

CUANDO LA HBA1C NO LO ES TODO: DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Yolanda Martin Blazquez[1], Luis María Fernandez-pacheco Corchado[1]

[1] *Centro de Salud Ensanche de Vallecas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 62 años con **diabetes mellitus tipo 2 de 8 años de evolución**, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad. Exfumador. En tratamiento con metformina 850 mg/12 h, enalapril 20 mg/día y atorvastatina 40 mg/día. Acude a revisión programada en Atención Primaria. Refiere buen cumplimiento, sin síntomas de hiperglucemia ni episodios de hipoglucemia, aunque presenta sedentarismo y dificultades para mantener las recomendaciones dietéticas.

La HbA1c ha aumentado progresivamente de 6,9% a 7,7% durante los últimos dos años. No presenta antecedentes cardiovasculares conocidos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC 30,8 kg/m² y presión arterial 146/86 mmHg. Exploración cardiovascular y de pies sin alteraciones; monofilamento normal.

Analítica: glucemia 148 mg/dL, HbA1c 7,7%, creatinina 1,18 mg/dL, FGe 68 mL/min/1,73 m², LDL 89 mg/dL y triglicéridos 176 mg/dL. El **cociente albúmina/creatinina urinaria es de 186 mg/g**, confirmado posteriormente en una segunda determinación. Fondo de ojo sin retinopatía diabética.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se establece el diagnóstico de **enfermedad renal crónica probablemente secundaria a diabetes mellitus tipo 2, estadio G2-A2**, asociada a control glucémico y tensional subóptimos.

Aunque el filtrado glomerular está relativamente conservado, la albuminuria persistente constituye un marcador precoz de daño renal y de incremento del riesgo cardiovascular.

Se realiza un abordaje integral desde Atención Primaria: refuerzo de medidas higiénico-dietéticas, revisión de adherencia y optimización del tratamiento antihipertensivo. Por la presencia de DM2 y enfermedad renal crónica, se plantea incorporar un **inhibidor SGLT2 con beneficio cardiorrenal demostrado**, manteniendo metformina y realizando seguimiento de función renal, albuminuria, presión arterial, peso y HbA1c.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Enfermedad renal diabética**, diagnóstico más probable.
- Nefropatía hipertensiva.
- Enfermedad renal crónica de otra etiología.
- Albuminuria transitoria, descartada mediante confirmación de la alteración.

CONCLUSIONES

El caso muestra que **el seguimiento de la diabetes en Atención Primaria no debe centrarse exclusivamente en la HbA1c**. La determinación periódica del cociente albúmina/creatinina y del filtrado glomerular permite detectar precozmente enfermedad renal incluso con función renal aparentemente conservada.

La identificación de albuminuria modificó la **estratificación del riesgo y la estrategia terapéutica**, pasando de un enfoque exclusivamente glucémico a uno **multifactorial y cardiorrenal**.

CÓMO CITAR

Martin Blazquez Y, Fernandez-pacheco Corchado LM. CUANDO LA HBA1C NO LO ES TODO: DETECCIÓN DE

ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):56-57. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4