P-036

HEMODIÁLISIS TRAS TIRZEPATIDA POR ERROR DE AUTOINYECCIÓN: OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Laia Bes Roig[1], Nuria Piquer Farres[1], Veronica Bonet Ivars[1]

[1] *CAP La Salut*

LESIÓN RENAL AGUDA KDIGO 3 EN TRATAMIENTO CON TIRZEPATIDA: OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años con DM2, HTA, dislipemia, fibrilación auricular, EPOC, trastorno adaptativo y obesidad grado III (IMC 42 kg/m^2).

En consulta de Atención Primaria (AP) se realiza abordaje de obesidad (intervención sobre estilo de vida, farmacoterapia). Tras decisión compartida, se inicia tirzepatida. Se planifican visitas presenciales de educación sanitaria, con seguimiento y se explican signos de alarma.

Se inicia 2,5 mg semanal y, tras 4 semanas con buena tolerancia, se aumenta a 5 mg semanal. En la semana 6 aparece diarrea sin productos patológicos, anorexia y astenia. No consulta hasta 7 días después.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En AP presenta TA 54/30 mmHg, FC 62 lpm, SpO_2 93% y glucemia capilar 120 mg/dL. Regular estado general, deshidratación y bradipsiquia. Se deriva a Urgencias donde se confirma lesión renal aguda (LRA) KDIGO 3 con creatinina 18,25 mg/dL y acidosis metabólica grave, requiriendo ingreso, estabilización y 2 sesiones de hemodiálisis. Se suspende tirzepatida.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

LRA grave predominantemente prerrenal/funcional por depleción de volumen secundaria a diarrea e ingesta insuficiente.

En el seguimiento post-alta en AP, una anamnesis dirigida a explorar de forma específica el manejo de la pluma, el paciente refiere que "tuvo la sensación de que no había entrado la dosis" y se administró otra vez de forma inmediata, pudiendo haber recibido "doble dosis" (hasta 10 mg). Reconoce que no lo comentó antes por vergüenza y por dificultad con la técnica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gastroenteritis infecciosa, descompensación cardiaca, toxicidad por otros fármacos.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria aporta un valor diferencial por su accesibilidad, continuidad y conocimiento del paciente. La relación médico-paciente, empleando un estilo comunicativo empático y no juzgador, centrado en la persona, favorece que el paciente verbalice dudas o situaciones que pueden generarle malestar. Hemos de tener en cuenta que la vergüenza y el miedo al juicio son barreras reales para consultar y para reconocer dificultades. Normalizar que pueden existir problemas ("a muchas personas les pasa...") y pedir de forma sistemática que expliquen/enseñen cómo lo administran mejora la identificación de complicaciones. Este caso ilustra la necesidad de un seguimiento proactivo.

Además de conocer los riesgos clínicos del fármaco, la clave preventiva en AP es crear seguridad psicológica para que el paciente comunique síntomas y errores sin vergüenza, y así evitar complicaciones graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. ElSayed NA, et al. 8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes–2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1).
2. Xiu X, et al. A systematic review of semaglutide-associated kidney injury case reports. *Front Med (Lausanne)*. 2026.

CÓMO CITAR

Bes Roig L, Piquer Farres N, Bonet Ivars V. HEMODIÁLISIS TRAS TIRZEPATIDA POR ERROR DE AUTOINYECCIÓN: OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):68-69. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4