P-145

IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN LA OPTIMIZACIÓN Y DESESCALADA DE INSULINOTERAPIA RÁPIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

María Victoria Vicente Sempere[1], Ana Vidal Navarro[1], Noelia Fernández Brufal[1]

[1] *CS San Fermín*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 61 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 4 años de evolución con antecedentes de hepatitis C crónica, osteopenia e hipercolesterolemia.

En tratamiento con metformina 1000 mg/día, canagliflozina 300 mg/día, Toujeo 27 UI en cena y pauta fija de Novorapid 2 UI en desayuno y cena.

Mantiene un mal control metabólico con HbA1c 10,7%, glucemia basal 263 mg/dL, manteniendo bolos de rescate fijos.

En noviembre de 2025 se inició monitorización continua de glucosa (MCG) mediante FreeStyle Libre 2. Tras un rechazo inicial por fatiga de alarmas de hiperglucemia, se reajustó la configuración de alertas y se realizó una educación estructurada en interpretación de flechas de tendencia, autogestión nutricional y ajuste condicional de dosis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC: 22,37 kg/m^2 (peso 63,9 kg, talla 169 cm)

Analítica de inicio: HbA1c 10,7%, glucemia basal GBA 263 mg/dL

Informe AGP basal tras 3 meses de MCG mostró:

- Porcentaje de datos recogidos por el sensor: 95%
- Valor de la glucosa promedio: 160 mg/dL
- GMI: 7,1%
- Variabilidad glucosa: 39,3%
- TIR: 65%
- TAR alto: 22%
- TAR muy alto: 9%
- TBR: 4%
- TBR muy bajo: 0%

Analítica 3 meses: HbA1c 7,9%, GBA 244 mg/dL

Informe AGP basal tras 6 meses de MCG mostró:

- Porcentaje de datos recogidos por el sensor: 96%
- Valor de la glucosa promedio: 136 mg/dL
- GMI: 6,6%
- CV: 30,1%
- TIR: 85%
- TAR alto: 12%
- TAR muy alto: 2%
- TBR: 1%

- TBR muy bajo: 0%

Analítica 6 meses: HbA1c 7,4%, GBA 144 mg/dL

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 mal controlada en pauta prandial fija con alta variabilidad e ineficiencia metabólica, reconducida con éxito mediante tecnología MCG e intervención educacional en Atención Primaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mal control metabólico por ininterrumpida inercia terapéutica frente a baja adherencia al tratamiento farmacológico o mala técnica de administración de insulina, así como una educación nutricional deficiente.

CONCLUSIONES

La introducción de la MCG, acompañada de educación diabetológica y seguimiento por Enfermería de Atención Primaria, permitió mejorar la autonomía de la paciente en el manejo de su diabetes, optimizar el tratamiento y lograr un mejor control glucémico con menor necesidad de insulina rápida.

Reducir la variabilidad glucémica por debajo del 36% es tan decisivo como bajar la HbA1c para prevenir complicaciones micro y macrovasculares.

La MCG ofrece retroalimentación bioconductual inmediata en tiempo real, permitiendo al paciente identificar patrones hiperglucémicos postprandiales vinculados a nutrientes específicos, facilitando cambios de estilo de vida sostenibles.
Un abordaje proactivo de la "fatiga por alarmas" en las primeras semanas de uso de sensores es clave para evitar el abandono de la tecnología y garantizar la adherencia al seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Klupa T, Czupryniak L. MCG más allá de la DM1. Diabetes Ther. 2023; 14(8): 1241-1266

Cebrian AM, Cuadra-Grande A. MCG in spanish primary care. Prim Care Diabetes. 2026

CÓMO CITAR

Vicente Sempere MV, Vidal Navarro A, Fernández Brufal N. IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN LA OPTIMIZACIÓN Y DESESCALADA DE INSULINOTERAPIA RÁPIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):139-140. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4