P-159

CUANDO LA DIABETES NO ENCAJA: REEVALUAR EL DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Esther Cañada Cámara[1], Carolina Castejón Hernández[1], María Ortega Fernández[1]

[1] *Centro de Salud La Unión*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años procedente de Marruecos, diagnosticada de DM2 con antecedente de diabetes gestacional. Presenta mal control glucémico (HbA1c 8,0%) en tratamiento con insulina Actrapid e isofánica, desde el parto. En Atención Primaria se añade dapagliflozina e inicia monitorización continua de glucosa. Ante la persistencia de mal control y la tendencia a hipoglucemias, se retira la monitorización y la insulina rápida, añadiendo linagliptina. Tras continuar con hipoglucemias matutinas e hiperglucemias posprandiales, junto a una severa barrera idiomática que dificulta la anamnesis sobre ingestas y adherencia, es derivada a Endocrinología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En Endocrinología se solicitan anticuerpos anti-GAD (positivos) y péptido C bajo. Se pauta esquema basal-bolo (Abasaglar + Humalog), retirando antidiabéticos orales y reanudando la monitorización. En la siguiente visita, la descarga del dispositivo refleja un tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dL) de tan solo el 21%. Finalmente, tras intensificar la educación sanitaria mediante pautas visuales adaptadas, alcanza una HbA1c de 7,3% con mejoría del perfil glucémico.

Orientación diagnóstica y juicio clínico: Diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). El uso mantenido de antidiabéticos orales en un cuadro de insulinopenia autoinmune progresiva retrasó el tratamiento optimizado, agravándose por la falta de comprensión de las pautas insulínicas debido a la barrera lingüística.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM2: descartada por la positividad de autoanticuerpos anti-GAD y el fallo precoz a ACOD; DM1 clásica: diferenciada por el debut larvado tras diabetes gestacional y la reserva insulínica inicial; Diabetes MODY: descartada por la presencia de autoinmunidad pancreática positiva.

CONCLUSIONES

El caso destaca la importancia de reevaluar la clasificación de la diabetes cuando la evolución y la respuesta terapéutica no son las esperadas. La Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la detección de estas discordancias y en la coordinación con Endocrinología. Ante adultos jóvenes catalogados de DM2 con fallo precoz a ACOD e inestabilidad glucémica, debe sospecharse DM LADA y derivar a Endocrinología para completar estudio con anticuerpos anti-GAD. Mantener ACOD en cuadros autoinmunes empeora el control metabólico. Las pacientes con barrera lingüística presentan menores tasas de prescripción y efectividad de la monitorización continua de glucosa, por lo que se requieren materiales educativos adaptados con soporte visual. Finalmente, la financiación pública de la monitorización reduce las inequidades de acceso y favorece la mejora del tiempo en rango en pacientes insulinotratados.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez JA, et al. Language Disparities in Continuous Glucose Monitoring for Type 2 Diabetes. JAMA Netw Open. 2025;8(6):e2516523.

- Sebastián-Valles F, et al. Public Health System Funding for isCGM Reduces Socioeconomic Disparities in Type 2 Diabetes Control. J Diabetes Res. 2025;2025:5588397.

- Barchiesi MA, et al. Continuous glucose monitoring in type 2 diabetes: a systematic review of barriers and opportunities. Int J Qual Health Care. 2025;37(1):mzaf046.

CÓMO CITAR

Cañada Cámara E, Castejón Hernández C, Ortega Fernández M. CUANDO LA DIABETES NO ENCAJA: REEVALUAR EL DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):152-153. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4