P-203

MÁS ALLÁ DE LA HIPERGLUCEMIA: DIABETES DISTRESS Y DETERIORO DEL AUTOCUIDADO EN UN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

Anna Tikhonova Danilova[1], Laura Verdejo Martos[2]

[1] *CS Torrero-La Paz*

[2] *CS Muñoz y Fernández*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 70 años, institucionalizado desde hace un año y con escaso apoyo familiar. DM2 de 12 años de evolución, hipertensión arterial y dislipemia, sin afectación conocida de órgano diana. Hasta meses recientes mantenía HbA1c cercana al 7% con empagliflozina/metformina. Posteriormente asciende a 9,5%, iniciándose insulinoterapia. Es trasladado a Urgencias por glucemia de 580 mg/dL, asintomático, con evolución favorable tras tratamiento. En revisión en Atención Primaria refiere pérdida de autonomía, aislamiento, menor motivación para el autocuidado y sensación de sobrecarga, especialmente desde el inicio de insulina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, hemodinámicamente estable y sin signos de deshidratación. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos relevantes. Pies sin lesiones, pulsos conservados y sensibilidad protectora mantenida. HbA1c 9,5%; función renal conservada y sin albuminuria conocida. Se revisan peso, tratamiento, técnica de insulinización, adherencia, alimentación, actividad física y medicación concomitante.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 previamente controlada con deterioro metabólico progresivo en contexto de institucionalización, pérdida de autonomía, escaso apoyo social e intensificación terapéutica. Se plantea *diabetes distress* como posible factor contribuyente al deterioro del autocuidado. ADA 2026 recomienda cribarlo al menos anualmente y cuando no se alcanzan objetivos, existen transiciones vitales y/o cambios terapéuticos. Como herramienta específica puede utilizarse la escala PAID (*Problem Areas in Diabetes*) o la DDS (*Diabetes Distress Scale*).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Progresión de la DM2; baja adherencia o errores terapéuticos; cambios en alimentación, actividad física; fármacos hiperglucemiantes; nuevas comorbilidades; deterioro cognitivo o funcional; depresión, ansiedad, trastorno adaptativo y *diabetes distress*.

CONCLUSIONES

El empeoramiento glucémico no debe interpretarse exclusivamente como fracaso farmacológico. El *diabetes distress* es distinto de depresión y ansiedad y se relaciona con peor autocuidado y mayor HbA1c. Las intervenciones psicológicas específicas reducen el distress a corto plazo, aunque su efecto sobre HbA1c es menos consistente.

Desde Atención Primaria deben explorarse sistemáticamente bienestar psicológico, autonomía y apoyo social, integrando educación terapéutica e implicación de cuidadores. NICE recomienda educación estructurada, refuerzo periódico y participación de familiares o cuidadores cuando proceda. El objetivo es abordar conjuntamente control metabólico y capacidad real de gestionar la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S89-S131.
2. Zu W, Zhang S, Du L, Huang X, Nie W, Wang L. The effectiveness of psychological interventions on diabetes distress and glycemic level in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2024;24(1):660.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management. NICE guideline NG28. London: NICE; updated 2026.

CÓMO CITAR

Tikhonova Danilova A, Verdejo Martos L. MÁS ALLÁ DE LA HIPERGLUCEMIA: DIABETES DISTRESS Y DETERIORO DEL AUTOCUIDADO EN UN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):177. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4