P-207

UN DEBUT INESPERADO: "CUANDO LA DIABETES LLAMA A LA PUERTA"

Jessica Jessenia Pinto Yagual[1], Mireia González-Rodríguez[1]

[1] *CAP Horta*

Paciente de 46 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos.

Antecedentes personales: Diabetes gestacional en 2016.

Antecedentes familiares: Padre: Cáncer de páncreas a los 60 años. **Abuela paterna:** DM2 a los 50 años.

Acude a consulta por cuadro de unos meses de evolución caracterizado por poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de 8 kg de peso.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general. Normocoloreada, normoperfundida, normohidratada. TA: 135/86 mmHg. **FC:** 90 **FR:** 16. **Tº:** 36,1ºC. **SatO2:** 98% aa. Auscultación cardiaca y pulmonar sin hallazgos.

Peso: 60 kg. **Talla:** 160 cm.

Glicemia capilar: 241 mg/dL. **Cetonemia:** 1 mmol/L.

ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm. Sin alteraciones agudas de la repolarización.

Ante estabilidad clínica se indica hidratación vo intensiva, insulinoterapia 10 UI subcutánea y pauta de insulina rápida, se solicita analítica con anticuerpos, fondo de ojo. Se deriva a enfermería para iniciar educación en diabetes e iniciar **monitor continuo de glucosa (MCG).**

Ante la sospecha de una diabetes mellitus tipo I, se solicita lo siguiente:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: Hemoglobina 14,8 g/dL. Hematócrito 44,7%. Leucocitos 9,96 x10E9/L. **Glucosa 241 mg/dL. HbA1c 13%.** Filtrado glomerular >90 mL/min/1,73 m². Sodio 137 mmol/L. Potasio 3,74 mmol/L. Albúmina/creatinina orina reciente 14 mg/g crea.

Péptido C: 0,51 ng/mL (0,81 - 3,85). Anti-GAD-65: >250 U/mL (0 – 5). Ac anti-islotes pancreáticos (ICAS): Neg <1/100.

Se realizan dos valoraciones del MCG para ajustar dosis de insulina, con excelente respuesta y se deriva a Endocrinología.

DIAGNÓSTICO: DIABETES MELLITUS TIPO I AUTOINMUNE

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: DIABETES MELLITUS TIPO II, DIABETES LADA, DIABETES MODY.

CONCLUSIONES

- El debut de **diabetes mellitus tipo 1** en la edad adulta constituye un reto diagnóstico, ya que puede confundirse con diabetes mellitus tipo 2. La edad por sí sola no debe excluir la posibilidad de DM1, siendo fundamental una adecuada clasificación mediante el contexto clínico, estudio de autoanticuerpos y péptido C.
- Desde Atención Primaria, el abordaje debe ser integral, garantizando un adecuado seguimiento de la insulinoterapia, control glucémico, reconocimiento de hipoglicemias y educación diabetológica.
- La incorporación del **monitor continuo de glucosa (MCG)** facilita el seguimiento individualizado permitiendo identificar tendencias glucémicas y favorecer la toma de decisiones compartidas con los pacientes.
- La coordinación entre Atención Primaria y Enfermería, junto con el uso adecuado de las nuevas tecnologías, favorece la continuidad asistencial, la adaptación de los pacientes, mejorando así su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A, Hirsch IB, Kirkman MS, Klupa T, et al. The management of type 1 diabetes in adults: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2021;44(11):2589-2625.

2.- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. *2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026.* Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S27-S49. doi:10.2337/dc26-S002.

CÓMO CITAR

Pinto Yagual JJ, González-Rodríguez M. UN DEBUT INESPERADO: "CUANDO LA DIABETES LLAMA A LA PUERTA". Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):179-180. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4