Diabetes práctica

REVISTA DE LA FUNDACIÓN REDGDPS VOL. 17 · SUPL. 4 · 2026

5º CONGRESO NACIONAL de DIABETES de la Fundación redGDPS

Los pilares de la diabetes
ZARAGOZA
12-13 DE NOVIEMBRE DE 2026

SUPLEMENTO EXTRAORDINARIO

5º CONGRESO NACIONAL DE LA FUNDACIÓN REDGDPS.

Los Pilares de la Diabetes

Zaragoza · 12-13 Noviembre 2026

Fundación redGDPS ISSN 2013-7923

Diabetes práctica

SUPLEMENTO
Vol. 17 · Supl. 4 · 2026
5º CONGRESO NACIONAL DE LA FUNDACIÓN REDGDPS.. Zaragoza · 12-13 Noviembre 2026

EDITA
Fundación redGDPS

ISSN 2013-7923 DOI 10.52102/diabet/pract.2026.s4

© 2026: De los autores. © de la edición 2026: Fundación redGDPS.

Presentación

PRESIDENTE DE HONOR: JOSÉ M. MILLARUELO TRILLO

PRESIDENTE: FRANCISCO ADÁN GIL

SECRETARIA: LILIANA BILBIE LUPCHIAN

COMITÉ ORGANIZADOR

- Presidente: Francisco Adán Gil
- Secretaria: Liliana Bilbie Lupchian
- Sara Artola Menéndez
- Luis Ávila Lachica
- Joan Barrot de la Puente
- Isabel Blasco González
- Josep Franch Nadal
- Javier García Soidán
- Cármen Gómez García
- Ignacio González Lillo
- Clara Guede Fernández
- Carlos Hernández Teixido
- Javier Ortega Rios
- Pilar Roura Olmeda
- Elisa Salazar González
- Mónica Salazar González
- Noelia Sanz Vela
- Rosario Serrano Martín
- Ane Urbina Juez

COMITÉ CIENTÍFICO

- Presidente: Juan Carlos Romero Viguera
- Secretario: Javier Cornejo Martín
- Margarita Alonso Fernández
- Igotz Aranbarri Osoro
- Mª Elena Asso Otal
- María Josep Barcelo Picorelli
- Ana Mª Cebrián Cuenca
- José Escribano Serrano
- Rafael Gómez Navarro
- Laia Homedes Celma
- Carolina Lapena Estrella
- Sonia Miravet Jiménez
- Ángels Molló Iniesta
- Martín Montero Gumucio

- Juan Carlos Obaya Rebollar
- Juan Manuel Pinar Manzanet
- Xiana Rodríguez Villalón
- Julio Sagredo Pérez
- Mª Antonia Sánchez Calavera

COMUNICACIONES PREMIADAS

- **Primer premio a la mejor comunicación oral**: CO-054. GRADIENTE DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL RANGO NORMOALBUMINÚRICO EN DIABETES TIPO 2: ESTUDIO POBLACIONAL A 10 AÑOS. *Xavier Mundet Tuduri, Bogdan Vlancho, Berta Fernández Camins, Joan Antoni Valles Calloll, Elena Navas Méndez, Didac Mauricio Puente, Clara Barrios Barrera*.
- **Segundo premio a la mejor comunicación oral**: CO-138. CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO ATEROGÉNICO RESIDUAL, TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y COMPROMISO CARDIORRENAL EN LA DISLIPEMIA DIABÉTICA: UN ESTUDIO POBLACIONAL. *Daniel Escribano Pardo, Rosario Sanjuán Cortés, Guillermo Viguera Alonso, Sira Telmo Hueso, Michelot Lamarre, María García Velarte, Sandra Luz Miguel*.
- **Tercer premio a la mejor comunicación oral**: CO-126. DIABETES MELLITUS, ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (MASLD) Y RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EMPAREJADO EN UNA COHORTE POBLACIONAL EN UN ENTORNO URBANO DE ATENCIÓN PRIMARIA. *Elena Hernández Boluda, Noemi Olona Tabueña, Bogdan Vlacho, Elena Navas Méndez, Joan Antoni Valles Callol, Berta Fernández Camins, Elena Artal Traveria*.
- **Premio al mejor caso clínico**: CC-063. MCG PARA DETECTAR SOBREINSULINIZACIÓN EN DIABETES POSTRASPLANTE: RETIRADA DE PAUTA BASAL-BOLUS. *Joshua Domínguez Fuentes, Odalys Almarales Álvarez, Jennifer Domínguez González*.
- **Premio al mejor póster**: P-136. MÁS ALLÁ DEL IMC Y LA HBA1C: MENOPAUSIA Y NUEVAS ESTRATEGIAS EN DM1. *Amaia García Remón, Celia Pardo Puyó, María Carrillo García*.

Índice

COMUNICACIONES ORALES

CO-011	PROACTIVIDAD EN DIABETES TIPO 2: OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA CARDIO-RENAL-METABÓLICA MEDIANTE LA HERRAMIENTA CONSULTA WEB EN ATENCIÓN PRIMARIA	12
CO-019	FRAGILIDAD EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: PREDICTORES, TRAYECTORIAS Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS EN LA VIDA REAL. PROTOCOLO DE ESTUDIO	13
CO-038	EVOLUCIÓN TENSIONAL Y CONTACTO CON ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA	14
CO-040	BUSCANDO AL 42% PERDIDO: IMPACTO DE LOS LISTADOS NOMINALES EN EL CRIBADO DE ERC DE PACIENTES CON DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA	15
CO-041	IDENTIFICAR LA DIABETES LADA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE QUE SEA TARDE: UN MODELO PREDICTIVO BASADO EN DATOS REALES	17
CO-043	CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: EVOLUCIÓN DURANTE UNA DÉCADA, DIFERENCIAS POR SEXO E IMPACTO DEL COVID	18
CO-054	GRADIENTE DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL RANGO NORMOALBUMINÚRICO EN DIABETES TIPO 2: ESTUDIO POBLACIONAL A 10 AÑOS	19
CO-055	DISCORDANCIA ENTRE ESTEATOSIS Y RIESGO DE FIBROSIS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: LIMITACIONES DEL FIB-4	20
CO-056	DISTRÉS RELACIONADO CON LA DIABETES Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO PAID-5	21
CO-069	ESTUDIO ERCAR-DM. SEGUIMIENTO DE LA COHORTE DE PACIENTES	22
CO-084	PROGRESIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE RETINOPATÍA AMENAZANTE PARA LA VISIÓN	23
CO-085	REGRESIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: FACTORES CLÍNICOS Y METABÓLICOS ASOCIADOS	24
CO-086	TRAYECTORIAS DE DECLIVE DE LA FUNCIÓN RENAL SEGÚN SEXO EN PERSONAS CON Y SIN DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS LONGITUDINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	25
CO-111	LA PARADOJA DEL CONTROL LIPÍDICO EN LA DIABETES TIPO 2: EVIDENCIA EN EL MUNDO REAL Y EL CONTINUO CARDIO-RENAL-METABÓLICO. HALLAZGOS DEL ESTUDIO POBLACIONAL LIPAR-DM (ARAGÓN)	25
CO-126	DIABETES MELLITUS, ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (MASLD) Y RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EMPAREJADO EN UNA COHORTE POBLACIONAL EN UN ENTORNO URBANO DE ATENCIÓN PRIMARIA	27
CO-138	CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO ATEROGÉNICO RESIDUAL, TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y COMPROMISO CARDIORRENAL EN LA DISLIPEMIA DIABÉTICA: UN ESTUDIO POBLACIONAL	28
CO-164	ABORDAJE INTEGRAL DEL ANTOJO A LA COMIDA EN LA DIABETES TIPO 2: CORRELACIONES Y RECOMENDACIONES CLÍNICAS	29
CO-171	CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS Y LA DEPRESIÓN SEGÚN EDAD Y GÉNERO	30
CO-176	OBESIDAD GRADO 1: UNA REALIDAD POCO VISIBLE EN LA HISTORIA CLÍNICA	31
CO-192	VARIABILIDAD ENTRE CUPOS EN DIABETES TIPO 2: ¿DIFERENCIAS DE RESULTADO O DIFERENCIAS DE REGISTRO?	33
CO-206	UN MISMO PACIENTE, DOS TERRITORIOS: VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN MAYORES DE 80 AÑOS (CATALUÑA Y BIZKAIA)	34

CASOS CLÍNICOS ORALES

CC-063	MCG PARA DETECTAR SOBREINSULINIZACIÓN EN DIABETES POSTRASPLANTE: RETIRADA DE PAUTA BASAL-BOLUS	35
CC-070	CUANDO LA GLUCEMIA ENGAÑA: SOSPECHA Y MANEJO INICIAL DE UNA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA POR iSGLT2 CON LOS RECURSOS DEL CENTRO DE SALUD	36

CC-099	¿ES LA EDAD UNA BARRERA PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA? A PROPÓSITO DE UN CASO	36
CC-118	GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE CON DM2 EN TRATAMIENTO CON INHIBIDOR SGLT2: RETOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	37
CC-173	MAL CONTROL GLUCÉMICO PESE A INSULINIZACIÓN INTENSIVA: MIRAR ANTES DE AUMENTAR	38

PÓSTERES

P-001	APLICACIÓN DEL MONITOREO CONTINUO DE LA GLUCOSA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA RURAL: IMPACTO, BENEFICIOS Y RETOS EN LA GESTIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	40
P-002	¿ES REALMENTE UNA DIABETES TIPO 2? EL VALOR DEL FENOTIPADO EN UNA MUJER JOVEN CON OBESIDAD MÓRBIDA Y AUTOINMUNIDAD PANCREÁTICA	41
P-003	CUANDO LA ANALÍTICA ES NORMAL: UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOGLUCEMIA POSTBARIÁTRICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	42
P-004	¿HUBIÉRAMOS INTENSIFICADO ERRÓNEAMENTE LA INSULINOTERAPIA SI SOLO HUBIÉRAMOS CONSIDERADO LA HBA1C?	43
P-005	DE LA DESCOMPENSACIÓN AL CONTROL: EL IMPACTO DEL SEGUIMIENTO INTENSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	44
P-007	CUANDO LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA CAMBIA LA DECISIÓN CLÍNICA: INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN UNA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DISCORDANCIA HBA1C-GMI	45
P-008	GRANULOMA FACIAL: UN RETO DIAGNÓSTICO EN UN PACIENTE CON DIABETES TIPO 2	45
P-009	NO TODA DIABETES DE INICIO EN EL ADULTO ES UNA DIABETES MELLITUS TIPO 2: DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO	47
P-010	DIABETES TIPO 3C: CUANDO EL RETO NO ES BAJAR LA HBA1C, SINO EVITAR LAS HIPOGLUCEMIAS	49
P-012	CETOACIDOSIS DIABÉTICA POR ¡SGLT2 EN DEBUT DIABÉTICO NO FILIADO	50
P-013	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1	51
P-014	UN AÑO CON EL SENSOR: EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y NECESIDADES EDUCATIVAS DETECTADAS DURANTE EL SEGUIMIENTO ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA	52
P-015	¿SABÍAN LOS PACIENTES LO QUE LES PODÍA PASAR? RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE ADAPTADA SOBRE LA HBA1C EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA	53
P-016	DIABETES MELLITUS II COMO DIAGNÓSTICO FINAL	54
P-018	CUANDO LA DORSALGIA ESCONDE UNA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: MENOPAUSIA, PREDIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR	55
P-021	CUANDO LA HBA1C NO LO ES TODO: DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	56
P-022	INSULINA: SALVAVIDAS EN EL PASADO, ¿NECESARIA EN EL PRESENTE?	57
P-023	EL ADENOCARCINOMA DE COLON QUE PROVOCABA HIPOGLUCEMIAS POR BAJADA DE PESO SEVERA	58
P-024	MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA Y DESINTENSIFICACIÓN DE LA INSULINOTERAPIA EN UN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ELEVADA COMPLEJIDAD CLÍNICA	59
P-027	LA INSULINIZACIÓN NO ES UN CAMINO DE NO RETORNO. DESPRESCRIPCIÓN GUIADA POR PÉPTIDO C Y SEGURIDAD INCRETÍNICA EN BOCIO FAMILIAR	60
P-028	NOVEDADES EN LA NEUROPATÍA DIABÉTICA DOLOROSA (NDD)	61
P-029	MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: DISCORDANCIA ENTRE HBA1C Y CONTROL GLUCÉMICO EN UNA PACIENTE CON DM TIPO 2	62
P-030	CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	63
P-031	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO O EMPEORAMIENTO DE DM2 EN MUJERES TRATADAS CON TAMOXIFENO	64
P-034	BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	66

P-035	AZUL POR FUERA, VASCULAR POR DENTRO: EMBOLIZACIÓN DE CRISTALES DE COLESTEROL	67
P-036	HEMODIÁLISIS TRAS TIRZEPATIDA POR ERROR DE AUTOINYECCIÓN: OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	68
P-039	EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN ALIMENTACIÓN MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO EN EL ENTORNO RURAL	69
P-044	NO TODO ES DIABETES MELLITUS TIPO 2	70
P-045	DETECCIÓN OPORTUNISTA DEL RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 MEDIANTE FINDRISC EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROTOCOLO DE UN ESTUDIO CON INTERVENCIÓN EDUCATIVA TRAS EL DIAGNÓSTICO	71
P-046	NO TODO EN PRIMARIA ES DIABETES TIPO 2, AUNQUE LO PAREZCA	72
P-047	INTEGRACIÓN ENTRE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y GLUCEMIA CAPILAR EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA	73
P-049	CUANDO LA GLUCEMIA NO CUENTA TODA LA HISTORIA: CETOACIDOSIS DIABÉTICA ASOCIADA A iSGLT2	75
P-050	GRANULOMA ANULAR DISEMINADO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA	76
P-051	MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN MEDIANTE SENSOR EN LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN UNA RESIDENCIA	77
P-052	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA (MCG) EN CENTROS RESIDENCIALES	78
P-053	PERCEPCIONES SOBRE EL MANEJO DEL PESO EN PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD Y DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL ESTUDIO NOTION-S	79
P-057	ABORDAJE INTEGRAL EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONTROL METABÓLICO, AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN TRES ESCENARIOS CLÍNICOS	80
P-058	MANEJO METABÓLICO E INTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA ESCALONADA EN UN PACIENTE CON DM2 Y TERAPIA DE PRIVACIÓN ANDROGÉNICA POR ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA	81
P-059	DEBUT DIABÉTICO ATÍPICO CON HIPERGLUCEMIA GRAVE: PAPEL DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	82
P-060	OBESIDAD EN LA VIDA REAL: EFECTIVIDAD DE LOS AGONISTAS GLP-1 Y GIP/GLP-1 Y FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA EN ATENCIÓN PRIMARIA	83
P-064	DISPONIBILIDAD DE PARÁMETROS DE EVALUACIÓN RENAL EN PACIENTES CON DIABETES DERIVADOS A CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	84
P-065	¿LO MÁS NUEVO ES SIEMPRE LO MEJOR? UN CASO DE INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES TIPO 2	85
P-067	MANEJO ENFERMERO DE LA HIPERGLUCEMIA INDUCIDA POR CORTICOTERAPIA EN UN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO: A PROPÓSITO DE UN CASO	86
P-068	CRIBADO DE DIABETES TIPO 1 PRESINTOMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	87
P-071	REGISTRO DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA: OPORTUNIDADES DE MEJORA	87
P-072	CUANDO LA OBESIDAD ENGAÑA: DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO INICIALMENTE CLASIFICADA COMO DIABETES TIPO 2	88
P-077	ACLARACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2	89
P-078	CUIDADO CON EL GOLD STANDARD: RIESGO DE CETOACIDOSIS	90
P-080	DIABETES MONOGÉNICA (MODY) CON AUTOINMUNIDAD POSITIVA (ANTI-GAD65): UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	91
P-082	PÉRDIDA VISUAL SÚBITA ASOCIADA A SEMAGLUTIDA EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	92
P-083	CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y FENOTIPADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN MUJER JOVEN INSULINOTRATADA CON DIABETES DE TIPO INCIERTO Y BARRERA IDIOMÁTICA	92
P-087	DIABETES LADA: CUANDO EL FENOTIPO CUESTIONA EL DIAGNÓSTICO INICIAL	93

P-088	CRIBAR PARA DETECTAR: NECROBIOSIS LIPOÍDICA, UNA PISTA PARA DETECTAR DM2	94
P-090	DISFUNCIÓN ERÉCTIL COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	95
P-091	EDUCACIÓN GRUPAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	96
P-092	OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA Y DE ESTILOS DE VIDA DE LA DIABETES MELLITUS	98
P-093	EXPERIENCIA EN LA CAPTACIÓN, EDUCACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD	99
P-094	CUANDO LA HBA1C NO ES FIABLE	100
P-095	EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN REGISTRADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA	101
P-097	DE LA PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO A LA RECUPERACIÓN DEL CONTROL: UNA OPORTUNIDAD PARA ATENCIÓN PRIMARIA	102
P-098	BARRERA IDIOMÁTICA Y DM2: UN RETO PARA LA SEGURIDAD Y LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA	103
P-101	LA IMPORTANCIA DEL FENOTIPO	104
P-102	MÁS ALLÁ DEL PESO EN LA DIABETES: RETO DIAGNÓSTICO EN JOVEN NORMOPESO	105
P-104	NO SIEMPRE FALTA INSULINA: LIPOHIPERTROFIA COMO CAUSA DE DESCONTROL GLUCÉMICO	106
P-105	DE LA CONSULTA A LA COMUNIDAD: CREANDO ALIANZAS PARA PREVENIR LA DIABETES TIPO 2 EN POBLACIÓN VULNERABLE	107
P-106	MÁS ALLÁ DEL CONTROL GLUCÉMICO: EXPERIENCIA CON iSGLT2 EN MEDICINA DE FAMILIA	109
P-107	CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2 (DM2) Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) DIAGNOSTICADA Y NO DIAGNOSTICADA EN LA POBLACIÓN MADRILEÑA	110
P-108	NECROBIOSIS LIPOÍDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO	111
P-109	CISTITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTES TRATADAS CON DAPAGLIFLOZINA: DOS CASOS, DOS DESENLACES Y UNA REFLEXIÓN SOBRE LA INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA	112
P-110	DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN UNA ADOLESCENTE CON VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL TRABAJO EN RED	113
P-112	CASO CLÍNICO: NO TODA DIABETES TIPO 2 ES LO QUE PARECE	114
P-113	EVOLUCIÓN CLÍNICA Y METABÓLICA TRAS INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRAS INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA CARE4DIABETES EN ARAGÓN: ANÁLISIS LONGITUDINAL A 6 Y 12 MESES, RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA COHORTE REAL	115
P-114	CUANDO LA DISNEA ES LA PUNTA DEL ICEBERG: SÍNDROME AUTOINMUNE MÚLTIPLE TIPO 3 CON DIABETES LADA, CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y TIROIDITIS AUTOINMUNE	116
P-115	MÁS ALLÁ DEL INDICADOR: INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2	117
P-116	LA VARIABILIDAD DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO 2: PROTOCOLO DE MODELIZACIÓN DINÁMICA CON DATOS DE VIDA REAL	118
P-117	USO INADECUADO DE SULFONILUREAS EN PACIENTE ANCIANO CON DM2 Y FRAGILIDAD: COMPLICACIONES Y DEPRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	119
P-119	INTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA CON iSGLT2 EN PERSONAS CON DM TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSENSO DELPHI MULTIDISCIPLINAR	120
P-120	CUANDO MENOS ES MÁS: DESINTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA	121
P-121	DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN UNA ADOLESCENTE CON VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL TRABAJO EN RED	122
P-123	RUTA CRM-AP 360º: PROGRAMA DE CRIBADO PROACTIVO, ESTRATIFICACIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME CARDIORRENAL-METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	123
P-124	LA OBESIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MASH EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN CASO CLÍNICO	124

P-125	DISLIPEMIA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ARAGÓN (ESPAÑA): SITUACIÓN REAL VS GUÍAS CLÍNICAS (2023-2026)	125
P-127	CUANDO EL DIAGNÓSTICO ESTÁ EN LA MEDICACIÓN: PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A LINAGLIPTINA	126
P-129	EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES Y AMPUTACIONES	127
P-130	NO TODO EN EL OJO DIABÉTICO ES RETINOPATÍA	128
P-131	DIABETES EN PACIENTE FALCÉMICO	129
P-132	MENOS PUEDE SER MÁS: HIPOGLUCEMIAS RECURRENTES EN UNA PERSONA MAYOR CON DIABETES TIPO 2	130
P-133	CUANDO LA GLUCEMIA ENGAÑA: CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA ASOCIADA A iSGLT2	131
P-135	¿SABEMOS LO QUE CALZAN LAS PERSONAS CON DIABETES? DEL CONSEJO EN AP A LA REALIDAD DEL CALZADO UTILIZADO POR LAS PERSONAS CON DIABETES	132
P-136	MÁS ALLÁ DEL IMC Y LA HBA1C: MENOPAUSIA Y NUEVAS ESTRATEGIAS EN DM1	133
P-140	HIPOGLUCEMIA GRAVE POR GLIPIZIDA EN PACIENTE MAYOR CON DIABETES TIPO 2: LA IMPORTANCIA DE REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	134
P-141	TRES MESES PARA CAMBIAR EL RUMBO: ABORDAJE INTEGRAL DE UNA DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA	135
P-142	COMPETENCIA CULTURAL Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA: CLAVES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES	136
P-143	DESESCALADA COMPLETA DE INSULINA TRAS UN DEBUT DE DIABETES TIPO 2 CON HIPERGLUCEMIA SEVERA: EL VALOR DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA	137
P-144	LO QUE MUESTRA LA PIEL: ACANTOSIS NIGRICANS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA	138
P-145	IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN LA OPTIMIZACIÓN Y DESESCALADA DE INSULINOTERAPIA RÁPIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	139
P-149	CETOACIDOSIS DIABÉTICA GRAVE Y AMPUTACIONES DIGITALES POR VASOPRESORES: ABORDAJE DEL RIESGO DE PIE DIABÉTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	140
P-150	ESTUDIO COBAS	141
P-151	NO TODO RIÑÓN DIABÉTICO ES NEFROPATÍA DIABÉTICA: UNA ALBUMINURIA QUE OBLIGÓ A CAMBIAR EL DIAGNÓSTICO	143
P-153	INSULINIZACIÓN TRANSITORIA EN EL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INTENSIFICACIÓN Y DESINTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA	144
P-154	ESPACIO DM2: TODO LO QUE NECESITAS SABER DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA CUIDAR TU SALUD	145
P-155	MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA: ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA HIPERVIGILANCIA	148
P-156	EL ENEMIGO OCULTO	149
P-157	ESTADO DE LA EDUCACIÓN PARA EL AUTOMANEJO DE LA DIABETES EN ESPAÑA: ENCUESTA NACIONAL A PROFESIONALES SANITARIOS	150
P-158	CUANDO LA ÚLTIMA OPCIÓN ES LA QUE SOLUCIONA TODO. PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) MAL CONTROLADA Y FENOTIPO CUSHING	151
P-159	CUANDO LA DIABETES NO ENCAJA: REEVALUAR EL DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	152
P-161	UN MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN EN MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS	153
P-162	HIPERGLICEMIA MANTENIDA EN UN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	153
P-163	ATENCIÓN PRIMARIA Y MONITORIZACIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES TIPO 2: OBESIDAD, INSULINOTERAPIA Y MCG	154
P-167	ENTRELAZANDO EMOCIONES: CORRELACIONES ENTRE AGOTAMIENTO PSICOLÓGICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS	155
P-169	DIABETES Y RAMADÁN EN ATENCIÓN PRIMARIA: BARRERA IDIOMÁTICA Y TRABAJO EN EQUIPO	156

P-170	ÉXITO EN LA DEPRESCRIPCIÓN DE INSULINA EN UN PACIENTE CON DM2 EN ATENCIÓN PRIMARIA CON MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA	157
P-172	"CUANDO LA DIABETES ROMPE EL HUESO: UN RETO PARA ATENCIÓN PRIMARIA"	158
P-174	OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DM2 DE DIFÍCIL CONTROL: DESINTENSIFICACIÓN DE METFORMINA, INSULINA E iSGLT2 TRAS LA INTRODUCCIÓN DE ANÁLOGOS DE GLP-1 EN PACIENTE CON OBESIDAD Y ESTEATOSIS HEPÁTICA	159
P-175	DIABETES TIPO 2 Y ALBUMINURIA PERSISTENTE CON FILTRADO GLOMERULAR CONSERVADO: UN RETO DE NEFROPROTECCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	160
P-177	DEPRESCRIBIR PARA PROTEGER: LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO BARRERA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE COMPLEJO CON DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL AVANZADA	161
P-178	CUANDO EL HORMIGUEO NO ES NEUROPATÍA DIABÉTICA	162
P-179	CRONONUTRICIÓN EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROTOCOLO DE UN ESTUDIO MIXTO SOBRE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, PRÁCTICAS E IMPLEMENTACIÓN, Y CODESARROLLO DE UNA INTERVENCIÓN PILOTO EN ESPAÑA	163
P-180	HBA1C, HBA1C LÁBIL Y GLUCEMIA EN AYUNAS SEGÚN LA PAUTA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES: ¿QUÉ APORTA LA FRACCIÓN LÁBIL?	164
P-181	NO TE FÍES DE LAS PRIMERAS IMPRESIONES	165
P-185	CUANDO UNA DIABETES NO TOCA, SOSPECHA	166
P-187	MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA ONCOLÓGICA	166
P-188	MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL ANTINEUMOCÓCICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS	167
P-193	DEPRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE FRÁGIL CON DIABETES MELLITUS	168
P-194	VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL PARA PERSONAS CON DIABETES: IDENTIFICACIÓN DE AZÚCARES EN ETIQUETAS ALIMENTARIAS Y USO DE SENSORES DE GLUCOSA PARA MEJORAR LA ELECCIÓN DE ALIMENTOS	169
P-195	MCG COMO HERRAMIENTA EDUCATIVA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2	171
P-196	SEGUIMIENTO PROACTIVO DE LA DIABETES TIPO 2: EVOLUCIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	172
P-199	USO DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN POBLACIÓN EXTRANJERA	173
P-200	AMIOTROFIA DIABÉTICA TRAS INTENSIFICACIÓN INSULÍNICA: EL RETO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON PARESTESIAS PROXIMALES EN ATENCIÓN PRIMARIA	174
P-201	EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE CRIBADO DE PIE DIABÉTICO	175
P-202	“NUNCA ME DIJERON QUE LA OBESIDAD PODÍA LLEVARME A LA DIABETES”: LA IMPORTANCIA DE ABORDAR LA OBESIDAD DESDE LA INFANCIA	176
P-203	MÁS ALLÁ DE LA HIPERGLUCEMIA: DIABETES DISTRESS Y DETERIORO DEL AUTOCUIDADO EN UN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO	177
P-204	ABSCESO ESCROTAL Y DIABETES DE DEBUT EN UN VARÓN CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA: ¿QUÉ ANTIDIABÉTICO ELEGIR?	178
P-205	NT-PROBNP COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO DE ALTERACIONES CARDIACAS EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE VARIOS CUPOS DE LA SIERRA NOROESTE DE MADRID	179
P-207	UN DEBUT INESPERADO: “CUANDO LA DIABETES LLAMA A LA PUERTA”	179
P-209	GESTIÓN DE LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA	181
P-210	PROYECTO MIRA AP: MONITORIZACIÓN DE INSULINA MEDIANTE REVISIÓN Y AJUSTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. (REVISIÓN ESTRUCTURADA DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA PARA MEJORAR EL MANEJO DE ADULTOS CON DIABETES TRATADOS CON INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA)	182
P-212	CUANDO INTENSIFICAR NO ES SUFICIENTE: ABORDAJE DEL MAL CONTROL GLUCÉMICO EN UN PACIENTE CON LIMITACIÓN FUNCIONAL	183

P-214 MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: CUANDO EL PERFIL GLUCÉMICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL CAMBIAN LA DECISIÓN DE INSULINIZAR **184**

COMUNICACIONES ORALES
5º CONGRESO NACIONAL DE LA FUNDACIÓN REDGDPS.

CO-011

PROACTIVIDAD EN DIABETES TIPO 2: OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA CARDIO-RENAL-METABÓLICA MEDIANTE LA HERRAMIENTA CONSULTA WEB EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carlos Luis Pessegueiro Freitas[1], Grey Anlleline Mejía Espinal[2], Desirée García Larena[3], Beatriz García León[2], Katherine Marín Rodríguez[2], Maud Sekyirah Yeboah[2], Francisco Bernal Hertfelder[4]

[1] *C.S Daganzo de Arriba*
[2] *C.S. Fronteras*
[3] *C.S. Juncal*
[4] *C.S. Paracuellos de Jarama*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El abordaje de la diabetes tipo 2 (DM2) ha superado el paradigma puramente glucocéntrico [1]. Las guías clínicas actuales (redGDPS, ADA/EASD y SEEN 2026) establecen de forma categórica que los pacientes con DM2 deben recibir fármacos con beneficio cardio-renal-metabólico demostrado, concretamente inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) o análogos del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1), independientemente del grado de control de su hemoglobina glicosilada (HbA1c) [1-3]. A pesar de esta sólida evidencia, la inercia clínica mantiene a un porcentaje significativo de pacientes infratratados o anclados en terapias clásicas en monoterapia [2,3].

Objetivo principal: evaluar la eficacia de una estrategia de búsqueda activa en Atención Primaria, utilizando la herramienta informática Consulta Web, para identificar proactivamente a pacientes con DM2 sin fármacos protectores cardio-renales y optimizar su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y de intervención multicéntrico, liderado por 7 médicos de familia en distintos Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. La búsqueda proactiva de pacientes y la optimización del tratamiento se realizó entre noviembre del 2025 y mayo del 2026. Se empleó la herramienta de gestión poblacional Consulta Web para el filtrado masivo de los cupos médicos. Los criterios y acciones fueron:

- **Criterios de inclusión:** pacientes con diagnóstico activo de DM2, en tratamiento farmacológico exclusivo con metformina o en combinación con otros antidiabéticos orales sin beneficio cardiovascular demostrado (iDPP-4, sulfonilureas), y ausencia de prescripción de iSGLT2 ni arGLP-1.
- **Intervención:** se realizó una revisión exhaustiva de la historia clínica electrónica de los casos identificados, evaluando el riesgo cardiovascular y la presencia de enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca. A los pacientes susceptibles de cambio se les contactó de forma proactiva (mediante visita presencial y telefónica) para explicar la nueva evidencia y consensuar la intensificación terapéutica.

RESULTADOS

Se analizó una población total asignada de 12.600 pacientes (estimación media de 1.800 pacientes por cupo), identificando 970 con diagnóstico activo de DM2 (prevalencia del 7,7%). El cribado masivo detectó que un 30% de estos pacientes (**291 pacientes**) constituía la población diana infratratada bajo terapia clásica, sin cobertura clínica de fármacos con beneficio cardio-renal-metabólico demostrado [2]. Al estratificar a este grupo, se evidenció que el 90% presentaba un riesgo cardiovascular alto o muy alto, teniendo indicación directa de optimización [1-3].

Tras la intervención y el contacto proactivo, se logró vencer la inercia clínica inicial y se optimizó el tratamiento en el

44,7% de la población diana (**130 pacientes**) [2,3]. La distribución de la intensificación terapéutica introducida en estos 130 pacientes fue la siguiente:

- **El 83% (108 pacientes)** inició tratamiento con un iSGLT2.
- **El 12% (16 pacientes)** inició terapia combinada de arGLP-1 + iSGLT2.
- **El 5% (6 pacientes)** inició tratamiento con un arGLP-1.

CONCLUSIONES

1. El uso de herramientas institucionales de explotación de datos como Consulta Web en Atención Primaria es un recurso altamente eficaz y eficiente para combatir la inercia terapéutica en patologías crónicas.

2. La proactividad médica desde la consulta permite trasladar las guías clínicas a la "vida real", garantizando que los pacientes reciban tratamientos que modifican su pronóstico vital y renal, más allá del mero control glucémico [2,3].

3. Esta intervención demuestra de manera fehaciente que liderar la prescripción de iSGLT2 y arGLP-1 desde Atención Primaria es una medida fundamental para asegurar la equidad en el abordaje cardio-renal-metabólico de los pacientes con DM2 [1,2].

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1): S158-S184.

2. Fundación redGDPS. Algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS 2026 [Internet]. Madrid: Fundación redGDPS; 2026 [citado 26 Jul 2026]. Disponible en: https://www.redgdps.org/algoritmo-de-tratamiento-de-la-dm2-de-la-redgdps-2026.

3. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Documento de abordaje de la diabetes tipo 2 [Internet]. Madrid: SEEN; 2026 [citado 26 Jul 2026]. Disponible en: https://www.seen.es/documentos/documento-abordaje-diabetes-tipo-2.

CO-019

FRAGILIDAD EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: PREDICTORES, TRAYECTORIAS Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS EN LA VIDA REAL. PROTOCOLO DE ESTUDIO

Carolina Lapena Estella[1], Francesc Orfila Pernas[2], Jose Damian Ávila Bosquet[3], Elena Mañés López[4], Rosalia Santesmases Massana[5], Joana Gelabert Xirinachs[6], Elena Navas Mendez[7]

[1] *CAP Sanllehy (ICS)*
[2] *BASIQ*
[3] *Junta de Andalucía*
[4] *CAP Camp de l'Arpa (ICS)*
[5] *Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*
[6] *Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)*
[7] *ICS*

OBJETIVOS

Analizar la fragilidad en adultos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) atendidos en atención primaria (AP) y desarrollar modelos predictivos estadísticos de aplicabilidad clínica combinando regresión (frecuentista y bayesiana) y aprendizaje automático interpretable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Cohorte poblacional retrospectiva longitudinal (2010-2025) en adultos ≥18 años con diagnóstico DM1 en la base de datos SIDIAP (Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria de Catalunya enlazado con el CMBD hospitalario -altas y urgencias-, receta electrónica/facturación farmacéutica, registros de mortalidad y resultados de laboratorio). Al tratarse de una cohorte poblacional, se incluirán todos los pacientes elegibles. Según exploración preliminar de la base de datos, hay 16.800 pacientes con DM1 que cumplen criterios de inclusión (7.417 mujeres y 9.383 hombres) con una edad media de aproximadamente 49,5 años (± 18,4).

Se recogerán variables sociodemográficas, clínicas, analíticas, farmacológicas, comorbilidades, complicaciones

micro/macrovasculares e hipoglucemia grave. Se registrarán tanto los valores basales como, cuando sea posible, medias y variabilidad en el tiempo para análisis longitudinales. Se utilizará el índice eFRAGICAP para valorar la fragilidad.

Análisis. Análisis descriptivos de las características basales y evolución temporal de los factores de riesgo de la fragilidad en población adulta con DM1. Modelos mixtos y de Cox con covariables tiempo-dependientes evaluarán la bidireccionalidad entre fragilidad y complicaciones. Comprobación del índice eFRAGICAP mediante discriminación, calibración y utilidad clínica. Predicción de la aparición de futuras complicaciones y comorbilidades mediante el desarrollo de modelos clínicos frecuentistas, bayesianos y de aprendizaje automático interpretable, parsimoniosos con validación interna y temporal.

RESULTADOS ESPERADOS

Determinar el perfil de fragilidad en personas con DM1. Comprobar utilidad del índice FRAGICAP o cómo adaptarlo para que sea clínicamente útil en esta población, para una identificación precoz de riesgo y planificación de intervenciones clínicas.

Aplicabilidad. Si bien se ha logrado alargar la esperanza de vida de la población, el desafío actual es garantizar un envejecimiento saludable. Para ello, es fundamental que las personas encuentren propuestas individualizadas a su situación de salud desde el propio sistema. La fragilidad condiciona de forma decisiva el balance riesgo-beneficio del tratamiento en DM. En DM1, donde la insulina es imprescindible, la hipoglucemia grave y la pérdida de capacidad de autocuidado pueden ser el punto de inflexión hacia dependencia e ingresos. El índice FRAGICAP suele usarse en población de más de 65 años, pero esperamos que personas con una edad temprana de debut podría detectar déficits y pérdida funcional de forma precoz. Generar evidencia específica sobre fragilidad en DM1 permitirá ajustar objetivos de control, simplificar pautas cuando sea necesario y priorizar intervenciones de fuerza/nutrición y apoyo social.

CO-038

EVOLUCIÓN TENSIONAL Y CONTACTO CON ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA

Liliana Bilbie Lupchian[1], Enrique Carretero Anibarro[2], Bárbara Oliván Blázquez[3], Ane Urbina Juez[4], Daniel Escribano Pardo[5], Rafael Gómez Navarro[6], María Antonia Sánchez Calavera[7]

[1] *Centro de Salud Barrio Jesús, Zaragoza. Servicio Aragonés de Salud*
[2] *Centro de Salud Puente Genil 1. Córdoba. Servicio Andaluz de Salud*
[3] *Departamento de Psicología y Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza*
[4] *Consultorio de Barrika. Osakidetza. Bizkaia*
[5] *Centro de Salud Oliver. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza*
[6] *Servicio Aragonés de Salud. Teruel*
[7] *Centro de Salud Casablanca; Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza*

OBJETIVOS

Describir la evolución de la presión arterial (PA) en pacientes con diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC), sin COVID-19 documentada, durante el primer año de la pandemia, y analizar su relación con la frecuentación en Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo poblacional en una comunidad de España a partir de registros de AP y hospitalarios. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años con DM y ERC registradas antes del confinamiento y sin COVID-19 documentada. La variable DM procedía del registro clínico disponible, sin diferenciación fiable por subtipo. La subcohorte longitudinal se definió por disponer de PA sistólica y diastólica basal y a 12 meses. Se definió PA controlada como <140/90 mmHg y PA elevada como ≥140/90 mmHg. Se analizaron cambios de PA, incremento tensional clínicamente relevante —sistólica ≥10 mmHg o diastólica ≥5 mmHg— y evolución: control mantenido, empeoramiento, mejoría o PA elevada persistente. Como sensibilidad se evaluó 130/80 mmHg. La alta frecuentación se definió como ≥23 contactos/año con medicina de familia y enfermería, percentil 90 de la población interna de referencia. Se emplearon pruebas pareadas, McNemar, chi-cuadrado y pruebas no paramétricas.

RESULTADOS

Se identificaron 10.736 pacientes DM+ERC sin COVID-19 documentada; 4.076 (38,0%) disponían de PA basal y a 12 meses. En esta subcohorte, la edad media fue 79,0 ± 8,2 años; el 51,5% eran hombres; el 87,4% tenía hipertensión arterial, el 67,4% dislipemia, el 27,4% obesidad, el 13,2% insuficiencia cardiaca y el 11,8% enfermedad cerebrovascular. La PA sistólica aumentó de 136,6 ± 14,9 a 139,2 ± 16,5 mmHg —cambio medio +2,6; IC95% 2,1-3,1; p<0,001. La PA diastólica aumentó de 73,3 ± 8,9 a 74,3 ± 9,3 mmHg —cambio medio +1,0; IC95% 0,7-1,3; p<0,001. Presentaron incremento tensional clínicamente relevante 1.991 pacientes (48,8%). La PA elevada aumentó del 45,3% al 53,3% —p<0,001; con 130/80 mmHg aumentó del 74,7% al 78,9%. Las trayectorias fueron: control mantenido 34,6%, empeoramiento 20,1%, mejoría 12,0% y PA elevada persistente 33,3%.

Los pacientes con PA longitudinal tuvieron una mediana de 21 contactos/año (rango intercuartílico 14-32), frente a 11 (5-21) en el grupo sin PA longitudinal; p<0,001. Además, 1.910 (46,9%) tuvieron alta frecuentación. En ellos, las trayectorias fueron: control mantenido 36,8%, empeoramiento 19,8%, mejoría 12,5% y PA elevada persistente 30,9%; en los de menor frecuentación fueron 32,7%, 20,3%, 11,7% y 35,3%, respectivamente, p=0,011. La carga de comorbilidad fue similar —mediana 3 en ambos grupos— y la carga cardiovascular/fragilidad fue mayor en pacientes sin PA longitudinal.

CONCLUSIONES

En pacientes DM+ERC con PA longitudinal se observó un desplazamiento desfavorable de la PA durante el primer año de la pandemia. Aunque la alta frecuentación se asoció con una distribución tensional ligeramente más favorable, una proporción relevante mantuvo PA elevada o empeoró. La mayor intensidad de contacto con AP no se tradujo necesariamente en mejor control tensional.

CO-040

BUSCANDO AL 42% PERDIDO: IMPACTO DE LOS LISTADOS NOMINALES EN EL CRIBADO DE ERC DE PACIENTES CON DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Juan Manuel Cervera Centenero[1], Almudena Castaño Reguillo[1], Leire Sanz Mulero[1], Susana Polo Moreta[1]

[1] *CS Los Ángeles*

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO CLÍNICO

La enfermedad renal crónica es una de las complicaciones silentes más graves y frecuentes asociadas a la diabetes mellitus, siendo la causa principal de ERC terminal en el ámbito occidental. En estadios iniciales, hasta un 30-40% de los pacientes diabéticos presentan daño renal oculto. Las principales guías de práctica clínica internacionales y nacionales (KDIGO, ADA, Sociedad Española de Nefrología y semFYC) enfatizan la necesidad de realizar un cribado anual en toda la población diabética. Este cribado requiere dos pruebas clave: filtrado glomerular estimado y cociente albúmina/creatinina.

A pesar de estas recomendaciones, en la práctica asistencial existe una marcada inercia diagnóstica derivada de la falta de alertas sistemáticas y deficiencias en el seguimiento longitudinal. En el Centro de Salud donde se realiza el estudio, la cobertura basal de cribado alcanza únicamente el 57,09% (1.513 de 2.650 pacientes registrados), lo que implica que más del 42% (1.137 pacientes) carece de una evaluación renal adecuada.

Para subsanar esta brecha, el proyecto se apoya en la herramienta **eSOAP** (*Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria*), la herramienta de gestión clínica y cuadro de mando integral de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS. eSOAP consolida datos de la historia clínica electrónica para medir la calidad y facilitar el seguimiento de enfermedades de alta prevalencia.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:** Evaluar la efectividad de la entrega de listados nominales de pacientes sobre el aumento de la cobertura del cribado de ERC (FGe + CAC) y la mejora de los indicadores de control metabólico y nefroprotección a los 6 meses de la intervención.

- **Objetivos secundarios:**
  - Reducir la variabilidad de cribado existente entre las distintas consultas del centro.
  - Optimizar el control glucémico, incrementando el porcentaje de pacientes con DM y ERC con HbA1c en rango.
  - Aumentar la tasa de nefroprotección óptima en pacientes con nefropatía diabética.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Se trata de un **estudio cuasi-experimental tipo antes-después sin grupo de control** centrado en la evaluación de una intervención de mejora de la calidad.

- **Población y ámbito:** Se realiza en los 23 cupos de Medicina de Familia y Comunitaria del Centro de Salud Los Ángeles. Se incluye a mayores de 18 años con diagnóstico de DM (tipo 1 o 2). Se excluye a pacientes en tratamiento sustitutivo renal (diálisis o trasplante), en cuidados paliativos/enfermedad terminal, o trasladados/dados de baja durante el seguimiento.
- **Segmentación eSOAP (Listados de Acción):** A través del cuadro de mando, la población se clasifica en tres listados específicos:
  1. *Listado de Cribado:* Pacientes sin FGe/CAC registrado en los últimos 12 meses.
  2. *Listado de Optimización Metabólica:* Pacientes con ERC y DM fuera de sus objetivos de HbA1c.
  3. *Listado de Optimización Nefrológica:* Pacientes con nefropatía sin tratamiento nefroprotector (IECA, ARA II e iSGLT2) ajustado a su riesgo.

FASES

La intervención se desarrolla en 6 meses divididos en 4 fases:

1. **Fase 1 - Preparación y Sensibilización (Mes 0):** Presentación del proyecto en sesión clínica.
2. **Fase 2 - Entrega de Listados Nominales (Mes 0):** Entrega a cada médico de familia de un informe personalizado con el listado de sus pacientes sin cribar y de aquellos no optimizados metabólica o nefrológicamente.
3. **Fase 3 - Ejecución y Captura (Meses 1 a 5):** Reclutamiento de pacientes mediante *captura oportunista* (al acudir a consulta por cualquier motivo) o *captura programada*.
4. **Fase 4 - Evaluación Final (Mes 6):** Extracción final de los datos.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- **Variables:** La variable principal es el porcentaje de cobertura del cribado de ERC. Las secundarias evalúan el identificador del cupo y sus porcentajes de cribado basal y final.
- **Análisis:** La proporción global pre-post intervención se comparará mediante el **test de McNemar** para muestras emparejadas. Las diferencias entre los 23 cupos se analizarán con el **test de Wilcoxon** (o t de Student de muestras relacionadas). La reducción de la variabilidad interconsulta se medirá evaluando el coeficiente de variación (CV) y el rango intercuartílico (significación estadística $p < 0,05$).

RESULTADOS ESPERADOS E IMPACTO

Indicador	Situación Basal (agosto 2026)	Meta Esperada (6 Meses)
Población Diabética Total	2.650 pacientes	2.650 pacientes
Pacientes Cribados	1.513 pacientes	1.988 pacientes
Cobertura Global de Cribado	57,09%	**75,00%**

Indicador	Situación Basal (agosto 2026)	Meta Esperada (6 Meses)
Pacientes Sin Cribar	1.137 pacientes	662 pacientes
Control Glucémico (HbA1c en rango)	25,58%	**> 50,00%**
Cobertura Nefroprotección Óptima	85,12%	**> 90,00%**

El impacto asistencial previsto contempla incorporar a cribado a **al menos 475 nuevos pacientes diabéticos**. Esto permitirá la detección precoz del daño renal e instaurar fármacos nefroprotectores para ralentizar la progresión hacia la insuficiencia renal terminal y reducir eventos cardiovasculares.

CO-041

IDENTIFICAR LA DIABETES LADA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE QUE SEA TARDE: UN MODELO PREDICTIVO BASADO EN DATOS REALES

Berta Fernández Camins[1], Didac Mauricio Puente[2], Elena Navas Méndez[3], M. Angels Molló Iniesta[4], Emilio Ortega Martínez De Victoria[5], Bogdan Vlacho[6], Marta Hernández García[7]

[1] *Hospital Sagrat Cor - Barcelona*
[2] *Hospital Sant Pau*
[3] *IDIAP Jordi Gol*
[4] *CS Tàrrega - Lleida*
[5] *Hospital Clinic - Barcelona*
[6] *IR Sant Pau*
[7] *Hospital Arnau de Vilanova*

OBJETIVOS

Frecuentemente la diabetes autoinmune del adulto (LADA) se presenta inicialmente como una diabetes tipo 2 (DM2), retrasando su identificación y el inicio del tratamiento adecuado. El objetivo de este estudio fue caracterizar el fenotipo clínico de los pacientes con LADA en atención primaria, cuantificar el retraso diagnóstico y evaluar la carga glucémica acumulada antes de su identificación, en comparación con controles con DM2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo basado en datos de la vida real obtenidos de una gran base de datos clínica de atención primaria (433.538 personas con DM diagnosticada después del 2010). LADA se definió por: positividad de anticuerpos anti-GAD, diagnóstico de diabetes a edad >30 años y ausencia de insulinoterapia en los primeros 6 meses tras el diagnóstico. Se identificaron 568 pacientes con anti-GAD positivos y 2.245 con anti-GAD negativos. Como grupo comparador se seleccionaron 2.840 controles con DM no testados, emparejados por edad, sexo y año de diagnóstico. Las variables de resultado principales incluyeron: características clínicas al diagnóstico, tiempo hasta la determinación de anti-GAD, HbA1c ponderada por tiempo de seguimiento, HbA1c pico antes de la identificación e inicio de insulinoterapia. Estadística descriptiva y análisis multivariable de regresión logística para identificar factores asociados a la solicitud de anticuerpos. Posteriormente un Classification-Tree

RESULTADOS

En el momento del diagnóstico de diabetes, los pacientes con LADA presentaron un fenotipo menos insulinorresistente que los controles no testados: menor IMC, menor prevalencia de hipertensión y dislipemia, triglicéridos más bajos, HDL-colesterol más elevado y péptido C más bajo. La mediana de retraso hasta la determinación de anti-GAD fue de 811 días (RIQ: 123–2.117) en LADA. En el 29,9% de los pacientes con LADA no se solicitaron los anti-GAD hasta después de 5 años del diagnóstico de diabetes. Antes de su identificación, los pacientes con LADA acumularon una carga glucémica significativamente mayor que los controles no testados: HbA1c ponderada por tiempo de 8,0% (RIQ: 7,0–9,3) frente a 6,9% (6,3–7,8) (p<0,001), HbA1c pico 10,0% (8,0–11,9) frente a 7,5% (6,6–9,4) (p<0,001) y una tasa de inicio de insulinoterapia seis veces superior (35,2% frente a 5,9%; p<0,001).

Los factores asociados de forma independiente a la solicitud de anticuerpos fueron: edad más joven, IMC más bajo y

HbA1c >10,0%. El modelo de predicción clínica mostró una discriminación excelente (AUC-ROC: 0,891; IC 95%: 0,875–0,906).

CONCLUSIONES

En la práctica clínica habitual de atención primaria, los pacientes con LADA presentan un fenotipo diferenciado desde el diagnóstico, pero su identificación se retrasa de forma significativa, generando una elevada carga glucémica acumulada previa al diagnóstico correcto. Disponer de un modelo predictivo basado en variables clínicas accesibles en atención primaria podría facilitar la identificación precoz de estos pacientes y optimizar su manejo terapéutico.

CO-043

CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: EVOLUCIÓN DURANTE UNA DÉCADA, DIFERENCIAS POR SEXO E IMPACTO DEL COVID

Josep Franch Nadal[1], Violeta Antonio Arques[2], Joana Gelabert Xirinachs[3], Elena Navas Méndez[4], Berta Fernández Camins[5], Bogdan Vlacho[6], Joan Barrot De La Puente[7]

[1] *ABS Raval Sud*
[2] *CS La Rapita-Alcana*
[3] *UPC*
[4] *IDIAP Jordi Gol*
[5] *Hospital Sagrat Cor - Barcelona*
[6] *IR Sant Pau*
[7] *ABS Jordi – Salt*

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asocia a un exceso de mortalidad frente a la población general. Las causas específicas de muerte son poco conocidas en nuestro entorno puesto que se basan en registros agrupados y muy probablemente han cambiado en los últimos años.

Objetivo: describir las causas de mortalidad específica en pacientes con DM2 respecto a la población general y su evolución en los últimos diez años. Valorar si el patrón difiere por sexo y el impacto que ha podido tener la COVID-19.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva poblacional de pacientes atendidos en atención primaria, 560.565 personas con DM2 y 1.486.214 controles sin diabetes apareados por edad y sexo. Seguimiento 2012-2022. Análisis de las historias clínicas. La causa de muerte se obtuvo por vinculación individual con el registro oficial de mortalidad del INE. Se registraron 413.906 defunciones (132.115 en pacientes con DM2). Se calcularon tasas de mortalidad por 1.000 personas-año, modelos de Cox de riesgo causa-específico ajustados por sexo y edad (riesgos competidores censurados) y curvas de incidencia acumulada. La causa básica de muerte estaba disponible en el 44,3% de las defunciones.

Resultados: La DM2 mostró un exceso de mortalidad global sostenido durante el periodo (HR ajustado 1,44; IC95% 1,43-1,45) con un incremento del 4,26% anual. Porcentualmente la primera causa de muerte en varones con DM2 es actualmente el cáncer (29,4% de las defunciones) por delante de la cardiovascular (25,4%) y en mujeres se invierten (cardiovascular 29,8% y cáncer 17,8%).

En la actualidad, en términos absolutos la tasa de mortalidad por 1.000 personas/año es de 4,14 para el cáncer y de 3,58 para la enfermedad cardiovascular para los hombres con DM2. En las mujeres son de 2,62 y 4,37, respectivamente.

Entre 2012 y 2022, las tasas de mortalidad CV no han disminuido en términos absolutos en ningún sexo (+1,02 varones, +1,15 mujeres), pero en los hombres creció más lentamente que la oncológica (+1,55), de modo que su peso relativo sobre el total de causas de muerte fue menor.

La COVID-19 supuso cerca de una quinta parte de las defunciones con causa conocida en 2020 (18,1%) y su tasa específica fue superior en DM2 a la de los controles (3,15 vs. 2,40; HR ajustado 1,36; IC95% 1,30-1,43).

Conclusiones: La DM2 mantiene un exceso de mortalidad global relevante (OR 1,44) y estable en la última década. El perfil de causa de muerte difiere por sexo: el cáncer es la primera causa en varones con DM2, mientras la CV lo es en mujeres. La mortalidad CV no ha disminuido, pero crece más despacio que la oncológica, sin implicar una reducción real del riesgo cardiovascular. La COVID-19 añadió un exceso de mortalidad con mayor letalidad específica en DM2.

CO-054

GRADIENTE DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL RANGO NORMOALBUMINÚRICO EN DIABETES TIPO 2: ESTUDIO POBLACIONAL A 10 AÑOS

Xavier Mundet Tuduri[1], Bogdan Vlancho[2], Berta Fernández Camins[2], Joan Antoni Valles Calloll[2], Elena Navas Méndez[2], Didac Mauricio Puente[3], Clara Barrios Barrera[4]

[1] *Grupo DAP.cat- Fundació IDIAP Jordi Gol*
[2] *Grupo DAP.cat- Fundació IDIAP Jordi Gol*
[3] *CIBERDEM IR Sant Pau*
[4] *Parc de Salut Mar*

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La albuminuria es un marcador de riesgo renal y cardiovascular (CV) ampliamente conocido en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, su valor pronóstico dentro del rango clásicamente denominado normoalbuminúrico (cociente albúmina/creatinina en orina o UACR <30 mg/g) y la existencia de un gradiente continuo de riesgo no están completamente definidos. El objetivo fue analizar la asociación entre los niveles de albuminuria y el riesgo CV en una gran cohorte poblacional, con especial atención al rango normoalbuminúrico.

MATERIAL UTILIZADO Y LOS MÉTODOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Estudio de cohortes retrospectivo basado en la base de datos poblacional System for Research in Primary Care (SIDIAP) de Cataluña. Se identificaron 508.992 adultos con DM2, de los cuales 158.274 disponían de una determinación basal de UACR. Para el análisis de eventos, los pacientes con DM2 se emparejaron 1:3 por edad y sexo con pacientes sin diabetes. Se evaluaron eventos cardiovasculares (enfermedad arterial periférica, cardiopatía isquémica, ictus e insuficiencia cardíaca) y mortalidad durante un seguimiento de hasta 10 años. Se analizaron las categorías KDIGO (A1, A2, A3), y el rango normoalbuminúrico se subdividió en tres grupos: A1-A (<10 mg/g), A1-B (10–19,99 mg/g) y A1-C (20–29,99 mg/g). La UACR se analizó también como variable continua mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados y splines cúbicos restringidos.

RESULTADOS OBTENIDOS

La mayoría de los pacientes se clasificaron como A1 (82,5%). Se observó un incremento del riesgo cardiovascular desde la fase A1 hasta la A3, con mayores tasas de eventos y hazard ratios en las categorías superiores.

Dentro del rango normoalbuminúrico, se observó un gradiente de riesgo, especialmente para enfermedad arterial periférica y cardiopatía isquémica. Por ejemplo, la incidencia de enfermedad arterial periférica aumentó de 8,03 a 13,32 eventos por 1.000 personas-año entre los subgrupos A1-A y A1-C, y la de cardiopatía isquémica de 11,17 a 16,19 eventos por 1.000 personas-año. Estas asociaciones se mantuvieron independientes de otros factores de confusión clínicos.

Los análisis multivariables confirmaron que la asociación entre UACR y riesgo CV es independiente de factores clínicos relevantes. El análisis continuo mostró una relación progresiva, no limitada a los puntos de corte categóricos tradicionales (A1, A2 y A3), con incremento del riesgo desde valores de UACR alrededor de 7–9 mg/g. Estos hallazgos fueron consistentes por edad y sexo.

CONCLUSIONES

En la diabetes tipo 2, la albuminuria se asocia de forma continua e independiente con el riesgo CV en todo su rango.

Existe un gradiente de riesgo incluso dentro del rango normoalbuminúrico,

lo que indica heterogeneidad clínicamente relevante dentro de la categoría KDIGO A1. Estos resultados apoyan una aproximación continua a la estratificación del riesgo, más allá de los umbrales categóricos tradicionales.

CO-055

DISCORDANCIA ENTRE ESTEATOSIS Y RIESGO DE FIBROSIS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: LIMITACIONES DEL FIB-4

Maria Belén Vilanova Fillat[1], Mireia Falguera Vilamajó[2], Bogdan Vlacho[3], Alessandro Atzeni[4], Emilio Ortega Martínez De Victoria[5], Berta Fernández Camins[6], Dídac Mauricio Puente[3]

[1] *CAP Igualada Nord, DAP-Cat grup*
[2] *CAP Tàrrega, DAP-Cat grup*
[3] *CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, DAP-Cat grup*
[4] *CIBEROBN Hospital Clinic Barcelona*
[5] *Endocrinologia Hospital Clinic Barcelona*
[6] *Instituto de Salud Carlos III, Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, DAP-Cat grup*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) incrementa el riesgo de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y de progresión a fibrosis. El FIB-4 se recomienda como primera prueba de cribado, aunque su rendimiento en DM2 puede ser limitado. Evaluamos la concordancia entre la esteatosis estimada y el riesgo de fibrosis definido por FIB-4 en personas con DM2 frente a población sin diabetes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de base poblacional. Se incluyeron adultos con AST, ALT, plaquetas e índice de masa corporal (IMC) disponibles entre julio de 2022 y junio de 2023, excluyendo otras hepatopatías y consumo elevado de alcohol. Se emparejaron 91.118 personas con DM2 1:1 por edad y sexo con controles sin diabetes. La esteatosis probable se estimó mediante índice de esteatosis hepática (HSI) >36 y el riesgo alto de fibrosis avanzada mediante FIB-4 >2,67; se usaron puntos de corte ajustados por edad para las categorías baja e intermedia.

RESULTADOS

La edad mediana fue 69 años y el 50% eran mujeres. La DM2 presentó mayor frecuencia de esteatosis probable que los controles (HSI >36: 78,8% frente a 51,6%; p<0,001), pero menor FIB-4 mediano (1,29 frente a 1,43; p<0,001) y menor proporción de riesgo alto (7,8% frente a 8,9%; p<0,001). La diferencia persistió al estratificar por edad, sexo, IMC y enfermedad cardiovascular. El menor FIB-4 en DM2 coincidió con mayor recuento plaquetario (241 frente a 235 $\times 10^9$/L) y menor AST (21 frente a 22 U/L), pese a ALT más alta (21 frente a 19 U/L). Entre las personas con esteatosis probable, el riesgo alto por FIB-4 fue similar, aunque ligeramente superior en DM2 (5,8% frente a 5,2%). En DM2, el FIB-4 alto se concentró en personas de más edad (mediana 79 años), con mayor prevalencia de hipertensión (89%) y enfermedad macrovascular (40%), pero con menor IMC y HbA1c.

CONCLUSIONES

La coexistencia de una carga metabólica y de esteatosis estimada claramente mayor en DM2 parece contraria a una menor fibrosis estimada por FIB-4. Esto no significa que los pacientes con DM2 tengan menos fibrosis real que la población general, sino que obliga a interpretar el FIB-4 con cautela como herramienta diagnóstica en DM2, como ya se ha visto en otros estudios. Además, el HSI incorpora DM2 y sexo en su fórmula, por lo que la diferencia de esteatosis debe considerarse una estimación epidemiológica más que diagnóstica. Nuestros resultados respaldan un cribado secuencial en atención primaria, la búsqueda de otros indicadores y la confirmación de resultados discordantes mediante pruebas de segunda línea, como elastografía, antes de descartar fibrosis clínicamente relevante.

CO-056

DISTRÉS RELACIONADO CON LA DIABETES Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO PAID-5

Daniel Sánchez Fenollar[1], María Rosario Blasco Ibáñez[1], Lucía Martínez Sánchez[1], Cristina María García Martínez[2], Teresa Alcaraz Blasco[3], Fernando López Martínez[3], Jesús Martínez Ruiz[4]

[1] *Centro de Salud Cartagena / Los Dolores*
[2] *HGU SM Rosell*
[3] *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca*
[4] *Centro de Salud Cartagena / Pozo Estrecho*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de distrés relacionado con la diabetes en pacientes con diabetes mellitus atendidos en Atención Primaria mediante el cuestionario PAID-5 e identificar los factores clínicos y sociodemográficos asociados a su presencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en pacientes con diabetes mellitus atendidos en las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria del Centro de Salud Los Dolores (Cartagena). La recogida de datos se llevó a cabo entre mayo y julio de 2026 coincidiendo con las revisiones anuales de diabetes. A todos los participantes se les pasó el cuestionario PAID-5, mientras que las variables clínicas y demográficas se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Se incluyeron 77 pacientes. Se registraron edad, sexo, tipo de diabetes, tratamiento, años de evolución, hemoglobina glicada (HbA1c) y presencia de retinopatía, nefropatía, arteriopatía y neuropatía. Se consideró posible distrés relacionado con la diabetes una puntuación PAID-5 ≥8 puntos. Se realizó análisis descriptivo e inferencial, calculando correlaciones, comparaciones entre grupos y odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 77 pacientes con una edad media de 64,6 ± 12,8 años; el 54,5% eran mujeres y el 87,0% presentaban diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La HbA1c media fue de 7,19 ± 1,13%. Al menos una complicación crónica estuvo presente en el 35,1% de los participantes.

La puntuación media del PAID-5 fue de 6,14 ± 5,28 puntos. Un total de 29 pacientes (37,7%) presentó posible distrés relacionado con la diabetes. El ítem con mayor puntuación fue la preocupación por el futuro y la posibilidad de desarrollar complicaciones graves.

Se observó una correlación positiva entre años de evolución de la diabetes y puntuación total del PAID-5 (r=0,304; p=0,007). No se encontró asociación significativa entre HbA1c y distrés (p=0,311), ni entre sexo y distrés (p=0,881).

Los pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) presentaron mayor prevalencia de distrés que los pacientes con DM2 (80,0% vs 31,3%; p=0,009), con un riesgo casi nueve veces superior de presentar PAID-5 ≥8 (OR=8,76; IC95%: 1,71-44,86). Asimismo, los tratamientos intensivos se asociaron a un mayor riesgo de distrés (OR=4,94; IC95%: 1,60-15,30; p=0,006). La presencia de complicaciones mostró una tendencia a asociarse con mayor distrés, aunque sin alcanzar significación estadística.

CONCLUSIONES

Más de un tercio de los pacientes con diabetes atendidos en Atención Primaria presentó distrés relacionado con la enfermedad. La DM1 y la utilización de tratamientos intensivos fueron los principales factores asociados a su aparición. Los años de evolución también mostraron una relación significativa con una mayor carga emocional. La detección sistemática del distrés mediante herramientas breves como el PAID-5 podría facilitar la identificación precoz de pacientes vulnerables y permitir intervenciones dirigidas a mejorar su bienestar psicológico y el abordaje integral de la diabetes.

CO-069

ESTUDIO ERCAR-DM. SEGUIMIENTO DE LA COHORTE DE PACIENTES

Rafael Gómez Navarro[1], Mª Antonia Sánchez Calavera[2], Liliana Bilbie Lupchian[3], Elena Asso Otal[4], Francisco Adan Gil[5]

[1] *EAP Teruel Centro (Teruel)*
[2] *EAP Casablanca (Zaragoza)*
[3] *EAP Barrio Jesús (Zaragoza)*
[4] *EAP La Jota (Zaragoza)*
[5] *EAP Épila (Zaragoza)*

OBJETIVOS

Seguimiento de la cohorte ERCAR-DM y estudiar:

- Prevalencia de ERC en las personas con DM2.
- Características demográficas y clínicas de las personas con DM2+ERC.
- Registro en historia clínica del diagnóstico de ERC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo transversal de prevalencia en personas con DM, realizando dos cortes: 31/12/2021 y 31/12/2024. Variables principales: TFGe y CAC. Variables secundarias: edad, sexo, comorbilidades, complicaciones micro-macrovasculares, antidiabéticos e hipolipemiantes prescritos. Fuente de datos: BIGAN.

Variables cualitativas descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Comparaciones entre periodos mediante χ^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher. Variables cuantitativas continuas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico.

Comparaciones realizadas asumiendo normalidad mediante t-Student para muestras independientes en variables continuas analizadas bajo supuestos paramétricos o prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney en procedimientos no paramétricos.

RESULTADOS

N (2021): 94.198 personas; N (2024): 82.861. 12% fallecimientos. Edad superior en 2024 (69,65 ± 13,29 vs 71,02 ± 12,84). Idéntica distribución por sexo.

Prevalencia ERC: 27% (2021) y 28,7% (2024); (p<0,001).

Diagnóstico ERC registrado: 48,6% (2021) y 55,7% (2024); (p<0,001).

Cohorte DM

HTA (71,9% (2024) vs 70,0% (2021); p<0,001). Incremento de dislipemia (68,3% vs 72,6%; p<0,001), tabaquismo (15,0% vs 15,9%; p<0,001) y obesidad (30,7% vs 32,4%; p<0,001).

Incremento de insuficiencia cardíaca (5,6% vs 5,9%; p=0,036). Cardiopatía isquémica estable (4,4% vs 4,3%; p=0,504). Enfermedad cerebrovascular (13,1% vs 13,9%; p<0,001) y retinopatía (4,3% vs 5,1%; p<0,001).

Metformina fue el tratamiento más utilizado (71,1% en 2021 y 70,9% en 2024; p=0,299). Sulfonilureas (5,2% vs 3,7%; p<0,001). Pioglitazona (1,9% vs 2,8%; p<0,001). arGLP-1 (9,4% vs 17,3%; p<0,001) y iSGLT2 (28,8% vs 51,3%; p<0,001). Insulina (23,5% vs 24,9%; p<0,001). Estatinas (66,2% vs 71,8%; p<0,001) y ezetimiba del 11,1% al 18,1% (p<0,001). Sin diferencias en glinidas, iDPP-4 ni fibratos.

Subcohorte DM+ERC

Comorbilidad elevada y estable. HTA 88,1% en 2021 vs 89,1% en 2024; (p<0,001). Dislipemia (75,7% vs 79,0%; p<0,001) y obesidad (34,8% vs 35,6%; p=0,045). Insuficiencia cardíaca (12,9% en ambos), enfermedad cerebrovascular (21,2% vs 21,3%) y retinopatía (7,2% vs 7,3%), invariables.

iSGLT2 pasaron del 28,2% en 2021 al 59,8% en 2024 (p<0,001); arGLP-1 (11,6% vs 18,0%; p<0,001), estatinas (73,6%

vs 77,3%; p<0,001) y ezetimiba (14,4% vs 22,0%; p<0,001). Disminuyó el uso de sulfonilureas (5,8% vs 3,8%; p<0,001); glinidas (12,9% vs 11,8%; p<0,001) e iDPP-4 (52,4% vs 50,2%; p<0,001). Metformina estable (63,2% vs 63,6%; p=0,298), así como fibratos (11,6% vs 11,2%; p=0,221) e insulina (34,8% vs 33,8%; p=0,041).

CONCLUSIONES

Las características clínicas y carga de comorbilidad permanecieron estables entre 2021-2024. Incorporación progresiva de tratamientos con beneficio cardiorrenal (iSGLT2 y arGLP-1). Más de la mitad de las personas con DM2 y ERC son de riesgo bajo. Detectamos mejoras en el registro y terapéutica, persistiendo un importante margen de mejora.

CO-084

PROGRESIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE RETINOPATÍA AMENAZANTE PARA LA VISIÓN

Carlos Hernández-Teixidó[1], Joan Barrot[2], Josep Franch[3], Pedro Romero[4], Elena Navas[5], María Ramon-Granes[5], Ana Isabel Galindo-Julián[6]

[1] *CS. Burguillos del Cerro, Badajoz*
[2] *CS. Jordi Nadal y Fabregas, Girona*
[3] *CS. Raval Sur, Barcelona*
[4] *Hospital Sant Joan, Reus*
[5] *IDIAP Jordi Gol*
[6] *Farmacia Comunitaria, Badajoz*

OBJETIVOS

Analizar la progresión de la retinopatía diabética (RD) en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e identificar los factores asociados al desarrollo de retinopatía diabética amenazante para la visión (VTDR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 11.158 personas con DM2 y RD, clasificadas según la primera retinografía patológica en RD no proliferativa (NPDR) leve, moderada o severa y RD proliferativa (PDR). Se estudió el tiempo hasta el primer cambio de estadio. Para el análisis de progresión a VTDR se incluyeron pacientes con NPDR leve o moderada basal, definiéndose VTDR como NPDR severa o PDR. Los factores asociados a progresión se analizaron mediante regresión de Cox multivariante.

RESULTADOS

De los 11.158 participantes, 7.868 (70,5%) presentaban NPDR leve, 2.610 (23,4%) moderada, 421 (3,8%) severa y 259 (2,3%) PDR. La edad media fue 66,1 ± 10,9 años, la HbA1c 7,72 ± 1,61% y el 28,8% presentaba enfermedad renal crónica (ERC).

El análisis de la primera transición mostró un patrón dinámico de evolución entre estadios. Entre los pacientes con NPDR leve, el 13,69% progresó a NPDR moderada, el 1,63% a severa y el 0,83% a PDR; las tasas correspondientes fueron 47,68, 5,67 y 2,88 por 1.000 personas-año. Entre los pacientes con NPDR moderada, el 7,74% progresó a NPDR severa y el 2,07% a PDR, con tasas de 27,79 y 7,43 por 1.000 personas-año, respectivamente. Las trayectorias de transición entre estadios se representaron mediante un diagrama de Sankey ponderado por el número absoluto de pacientes.

En el análisis multivariante, la NPDR moderada basal se asoció con mayor riesgo de progresión a VTDR respecto a la NPDR leve (HR 2,84; IC95% 2,30-3,51; p<0,001). También se asociaron independientemente una duración de la DM2 ≥5 años (HR 1,43; IC95% 1,09-1,89; p=0,011), cada incremento del 1% de HbA1c (HR 1,28; IC95% 1,19-1,36; p<0,001), la ERC (HR 1,30; IC95% 1,04-1,64; p=0,024) y el tratamiento con insulina (HR 1,70; IC95% 1,36-2,14; p<0,001).

CONCLUSIONES

El estadio basal de la RD es el principal factor asociado a progresión hacia VTDR. Una mayor duración de la DM2, un

peor control glucémico, la presencia de ERC y el tratamiento con insulina identifican asimismo a pacientes con mayor riesgo. El análisis de transiciones muestra además la heterogeneidad evolutiva de la RD y aporta información útil para identificar perfiles con mayor probabilidad de progresión hacia formas amenazantes para la visión.

CO-085

REGRESIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: FACTORES CLÍNICOS Y METABÓLICOS ASOCIADOS

Carlos Hernández-Teixidó[1], Joan Barrot[2], Josep Franch[3], Pedro Romero[4], Elena Navas[5], María Ramon-Granes[5], Ana Isabel Galindo-Julián[6]

[1] *CS. Burguillos del Cerro, Badajoz*
[2] *CS. Jordi Nadal y Fabregas, Girona*
[3] *CS. Raval Sur, Barcelona*
[4] *Hospital Sant Joan, Reus*
[5] *IDIAP Jordi Gol*
[6] *Farmacia Comunitaria, Badajoz*

OBJETIVOS

Analizar la regresión de la retinopatía diabética (RD) en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e identificar los factores clínicos y metabólicos asociados a la transición hacia estados de menos gravedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 11.158 personas con DM2 y RD, clasificadas según la primera retinografía patológica en RD no proliferativa (NPDR) leve, moderada o severa y RD proliferativa (PDR). Se estudió el tiempo hasta el primer cambio de estadio, definiéndose regresión como la transición hacia cualquier estadio de menor gravedad o hacia la normalidad. Los factores asociados a regresión se analizaron mediante regresión de Cox multivariante.

RESULTADOS

De los 11.158 participantes, 7.868 (70,5%) presentaban NPDR leve, 2.610 (23,4%) moderada, 421 (3,8%) severa y 259 (2,3%) PDR. La edad media fue 66,1 ± 10,9 años, la HbA1c 7,72 ± 1,61% y el 28,8% presentaba enfermedad renal crónica (ERC).

El análisis de la primera transición mostró una regresión frecuente entre estadios. En NPDR leve, 4.073 pacientes (51,77%) regresaron a normalidad, con una tasa de 180,32 por 1.000 personas-año. Entre los pacientes con NPDR moderada, el 31,49% regresó a normalidad y el 22,30% a NPDR leve, con tasas de 113,07 y 80,06 por 1.000 personas-año, respectivamente. En NPDR severa, el 43,23% presentó regresión hacia un estadio inferior, mientras que entre los pacientes con PDR esta proporción fue del 42,86%.

En el análisis multivariante, respecto a NPDR leve, la NPDR moderada se asoció con una mayor tasa de regresión (HR 1,16; IC95% 1,07-1,25; p<0,001). Una duración de la DM2 ≥5 años se asoció con menor tasa de regresión (HR 0,90; IC95% 0,81-0,99; p=0,027), al igual que cada incremento del 1% de HbA1c (HR 0,85; IC95% 0,83-0,88; p<0,001), la presencia de ERC (HR 0,82; IC95% 0,76-0,88; p<0,001) y el tratamiento con insulina (HR 0,61; IC95% 0,56-0,66; p<0,001). El tratamiento con agonistas del receptor GLP-1 también se asoció con una menor tasa de regresión (HR 0,61; IC95% 0,41-0,92; p=0,019).

CONCLUSIONES

La regresión de la RD es un fenómeno frecuente y confirma su carácter dinámico, especialmente en estadios leves y moderados. Una mayor duración de la DM2, peor control glucémico, ERC y tratamientos asociados a mayor complejidad de la diabetes se relacionan con una menor tasa de regresión. Estos resultados permiten caracterizar perfiles clínicos con menor capacidad de evolución hacia estadios menos avanzados de RD, lo que puede ayudar a intensificar el manejo en aquellos con una menor probabilidad de regresión.

CO-086

TRAYECTORIAS DE DECLIVE DE LA FUNCIÓN RENAL SEGÚN SEXO EN PERSONAS CON Y SIN DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS LONGITUDINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Bogdan Vlacho[1], Clara Barrios[2], Elena Navas[3], Berta Fernández-Camins[3], Xavier Mundet[3], Joan-Antoni Valles[4], Didac Mauricio[1]

[1] *CIBER of Diabetes and Associated Metabolic Diseases (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona, Spain*
[2] *Department of Nephrology, Hospital del Mar, 08003 Barcelona, Spain*
[3] *DAP-Cat Group, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, Spain*
[4] *Gerència del Medicament, Institut Català de la Salut, Gerència d'Atenció Primària, Barcelona, Spain*

OBJETIVOS

Evaluar el declive de la función renal en la práctica clínica habitual mediante el análisis longitudinal del filtrado glomerular estimado (FGe) en personas con diabetes tipo 2 (DM2) frente a controles no diabéticos apareados, explorando además las diferencias según sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes longitudinal retrospectivo con datos de la base poblacional, que incluyó 508.992 personas con DM2 y 1.516.901 controles apareados. Se calculó la pendiente anual del FGe durante 13 años. Se emplearon modelos mixtos lineales multivariables y regresión logística para identificar factores de riesgo asociados al declive del FGe y a la insuficiencia renal incidente (FGe <60 mL/min/1,73 m^2).

RESULTADOS

Las personas con DM2 presentaron un declive anual del FGe más rápido que los controles (-0,83 frente a -0,60 mL/min/1,73 m^2/año). Los hombres declinaron más rápido que las mujeres en ambos grupos, especialmente en la cohorte con DM2, a pesar de que las mujeres alcanzaron valores absolutos de FGe más bajos con el tiempo. La hipertensión fue el factor de riesgo más potente de insuficiencia renal incidente (OR 2,07), seguida de un control glucémico deficiente, mayor duración de la diabetes y complicaciones microvasculares. Se observó una importante infradeterminación de la albuminuria: el 60,4% de las personas con DM2 en estadios iniciales de enfermedad renal crónica no disponía de ninguna determinación.

CONCLUSIONES

La DM2 se asocia a una pérdida acelerada de la función renal en atención primaria, con un declive más rápido en hombres. Estos hallazgos respaldan la estratificación del riesgo según sexo y ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la determinación sistemática de la albuminuria para detectar precozmente el daño renal y optimizar el manejo del riesgo cardiorrenal.

CO-111

LA PARADOJA DEL CONTROL LIPÍDICO EN LA DIABETES TIPO 2: EVIDENCIA EN EL MUNDO REAL Y EL CONTINUO CARDIO-RENAL-METABÓLICO. HALLAZGOS DEL ESTUDIO POBLACIONAL LIPAR-DM (ARAGÓN)

María García Velarte[1], Patricia Arbúes Espinosa[2], Michelot Lamarre Casseus[3], Sandra Luz Miguel[1], Inés Mera Gallego[4], Rosario Sanjuán Cortés[5], Guillermo Viguera Alonso[6]

[1] *EAP Utebo - Área 3 Zaragoza*
[2] *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*
[3] *EAP Alcañiz- Área Alcañiz - Teruel*
[4] *Farmacéutica Comunitaria Maella - Zaragoza*
[5] *EAP La Jota - Área 1 Zaragoza*
[6] *EAP Universitas - Área 3 Zaragoza*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de dislipemia registrada en adultos con diabetes tipo 2 (DM2) en Aragón, caracterizar su perfil clínico y comorbilidad cardiorrenal, analizar los patrones de prescripción hipolipemiante y evaluar el grado de consecución de los objetivos de c-LDL fijados por las guías clínicas europeas e internacionales (ESC 2023/2025 y ADA 2026: <70 mg/dL para riesgo alto y <55 mg/dL para muy alto riesgo).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal de base poblacional con fecha de corte a 31/12/2024. Se utilizó la plataforma regional BIGAN, que unifica las historias clínicas electrónicas de atención primaria, urgencias y hospitales del sistema público de salud de Aragón. Se incluyó a la cohorte completa de adultos (≥18 años) con DM2 activa (N = 85.102) y se analizó al subgrupo con diagnóstico codificado activo de dislipemia (n = 55.112). Se evaluaron variables demográficas, comorbilidad vascular y renal, función renal (FGe por CKD-EPI, cociente albúmina/creatinina [CAC]), perfil lipídico y tratamientos prescritos. La estratificación de riesgo a 10 años se realizó con SCORE2-DM mediante software R.

RESULTADOS

La dislipemia presentó una prevalencia del 64,76% (n = 55.112) en la población con DM2. La cohorte caracterizada mostró una edad media de 71,1 ± 11,7 años y 55,05% de varones, con elevada multimorbilidad: hipertensión arterial (70,59%), obesidad (26,56%) y enfermedad renal crónica (FGe <60 mL/min/1,73 m^2) en el 24,4% de los analizados con función renal disponible. El riesgo SCORE2-DM medio fue del 10,1 ± 4,4% (calculable solo en el 23,0% por falta de registro). A pesar de una elevada tasa de tratamiento hipolipemiante activo del 88,23% (n = 48.628), el control lipídico fue críticamente subóptimo: solo el 26,0% alcanzó un c-LDL <70 mg/dL y únicamente el 13,0% logró la meta de muy alto riesgo de c-LDL <55 mg/dL. Destaca el predominio absoluto de la monoterapia con estatinas (61,55%), frente al escaso uso de terapia combinada (24,95%). El registro de Lp(a) y ApoB estuvo ausente en el 98% de la cohorte.

CONCLUSIONES

La dislipemia es un componente metabólico central en casi dos tercios de los pacientes con DM2 en Aragón. Existe una profunda paradoja del tratamiento-control: a pesar de un 88,23% de prescripción activa, solo el 13% alcanza el objetivo de c-LDL <55 mg/dL. La brecha de implementación se explica por una persistente inercia terapéutica apoyada en la monoterapia con estatinas (61,55%). Es urgente implantar auditorías automáticas de c-LDL, mejorar el registro de albuminuria y SCORE2-DM, e impulsar la intensificación combinada precoz en Atención Primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS CLAVE

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455.

2. Marx N, Federici M, Schütt K, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44(39):4043-4140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192.

3. SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. Eur Heart J. 2023;44(28):2544-2556. doi:10.1093/eurheartj/ehad260.

4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S1-S350.

5. Arrobas Velilla T, et al. Documento de consenso para la determinación y el informe del perfil lipídico en los laboratorios clínicos españoles. Nefrologia. 2023;43(4):474-483. doi:10.1016/j.nefro.2023.02.002.

CO-126

DIABETES MELLITUS, ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (MASLD) Y RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EMPAREJADO EN UNA COHORTE POBLACIONAL EN UN ENTORNO URBANO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Elena Hernández Boluda[1], Noemi Olona Tabueña[2], Bogdan Vlacho[3], Elena Navas Méndez[4], Joan Antoni Valles Callol[5], Berta Fernández Camins[6], Elena Artal Traveria[7]

[1] *EAP Besós. ICS*
[2] *Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat. Gerència d'Atenció Primària Barcelona. ICS*
[3] *Fundació IDIAP Jordi Gol/ CIBERDEM ISCIII*
[4] *IDIAP Jordi Gol*
[5] *Institut Català de la Salut*
[6] *Hospital del Sagrat Cor de Barcelona*
[7] *EAP Encants. ICS*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la bibliografía, la diabetes tipo 2 (DM2) se ha asociado a un incremento del 30-50% del riesgo de deterioro cognitivo; la evidencia sobre la DM1 es más limitada. Se ha propuesto, además, que la esteatosis hepática metabólica (MASLD/NAFLD) podría ser un factor independiente de deterioro cognitivo (DC) y que tendría un efecto sinérgico ante la presencia de DM2 y/o la obesidad abdominal vía inflamación y daño vascular. El objetivo fue estimar la asociación entre DM1, DM2, MASLD y el riesgo de deterioro cognitivo en una cohorte de atención primaria, y explorar si el efecto difiere según el subtipo de demencia y el tratamiento hipoglucemiante recibido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles retrospectivo a partir de los datos de un registro clínico de Atención Primaria en un entorno urbano, de 2013 a 2025 en población de 40 años o más al inicio del seguimiento. Se identificaron 15.948 casos de deterioro cognitivo/demencia (Alzheimer, vascular, cuerpos de Lewy, mixta, deterioro cognitivo leve-DCL) y 47.845 controles emparejados 1:3 por edad y sexo. Se estimó la odds ratio (OR) cruda y ajustada por regresión logística condicional, en modelos jerárquicos (edad/sexo, comorbilidades y tratamientos), globalmente y por subtipo, con un modelo multinomial conjunto.

RESULTADOS

La DM2 se asoció a un riesgo crudo más elevado de deterioro cognitivo OR 1,23 (IC95% 1,18-1,28), efecto que se mantuvo ajustando por comorbilidades OR 1,23 (IC95% 1,14–1,32), con un efecto concentrado en demencia mixta/DCL OR 1,34 (IC95% 1,23–1,47). La DM1 no alcanzó significación estadística. La MASLD mostró una asociación cruda nula OR 0,96 (IC95% 0,90-1,03) que se convirtió en significativamente protectora una vez ajustada por comorbilidades OR 0,91 (IC95% 0,85–0,97), especialmente en Alzheimer OR 0,72 (IC95% 0,62–0,83). Entre los fármacos hipoglucemiantes ajustando cada uno de ellos con el resto de familias, fueron los iDPP-4 OR 0,87 (IC95% 0,79-0,97) y los iSGLT2 OR 0,87 (IC95% 0,77-0,97) que se mantuvieron protectores de manera consistente, mientras que la insulina mostró un riesgo aumentado OR 1,24 (IC95% 1,12-1,36) probablemente por confusión de indicación.

CONCLUSIONES

La asociación de la DM2 parece mediada por la comorbilidad metabólica/vascular y por el grado de evolución de la enfermedad. La diferencia de impacto de la DM2 según subtipo de deterioro cognitivo probablemente se explica por la carga vascular acompañante, más que por un efecto diferencial genuino. La MASLD, coincidiendo con algunos autores (Aspree, UK Biobank), se asocia con una menor presencia de deterioro cognitivo una vez se ajusta por comorbilidades; un resultado opuesto a lo que esperábamos encontrar, lo que requiere una interpretación cauta (posible sesgo por ajuste de mediadores o vigilancia clínica diferencial) antes de establecer conclusiones. También es necesario profundizar en el papel de los inhibidores de la DPP-4 y los iSGLT2 y su potencial efecto protector sobre el DC en pacientes con DM2.

CO-138

CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO ATEROGÉNICO RESIDUAL, TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y COMPROMISO CARDIORRENAL EN LA DISLIPEMIA DIABÉTICA: UN ESTUDIO POBLACIONAL

Daniel Escribano Pardo[1], Rosario Sanjuán Cortés[2], Guillermo Viguera Alonso[3], Sira Telmo Hueso[4], Michelot Lamarre[5], María García Velarte[6], Sandra Luz Miguel[7]

[1] *EAP Oliver - Área 3 Zaragoza*
[2] *EAP La Jota - Área 1 Zaragoza*
[3] *EAP Universitas - Área 3 Zaragoza*
[4] *EAP Alcañiz, Área Alcañiz-Teruel*
[5] *EAP Alcañiz - Área Alcañiz-Teruel*
[6] *Enfermera EAP Utebo - Área 3 Zaragoza*
[7] *EAP Utebo - Área 3 Zaragoza*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y el perfil epidemiológico de la dislipemia en adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en una Comunidad Autónoma.

Analizar en profundidad la carga de dislipemia aterogénica residual mediante el estudio de fracciones lipídicas avanzadas (colesterol no-HDL, triglicéridos, apolipoproteína B [ApoB], apolipoproteína A-I [ApoA-I] y lipoproteína(a) [Lp(a)]).

Evaluar la influencia de los años de evolución de la DM2 (<10, 10–20 y >20 años) en la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE2-DM.

Caracterizar el espectro del daño de órgano diana renal (categorías KDIGO de filtrado glomerular [TFGe] y cociente albúmina/creatinina [CAC]) y su correlación con la vasculopatía macrovascular.

Identificar los patrones de prescripción estatínica y no estatínica (fibratos, ezetimiba sola y ácido bempedoico) a nivel poblacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal de base poblacional con fecha de corte a 31 de diciembre de 2024. Se incluyó a la cohorte completa de 85.102 adultos (≥18 años) con DM2 activa de nuestro servicio de salud (prevalencia regional del 6,29%) y se analizó específicamente al subgrupo con dislipemia registrada (n = 55.112; 64,76% de la cohorte). Los datos se extrajeron de la plataforma de Big Data, que integra historias clínicas electrónicas de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Urgencias. Se recogieron variables demográficas (distribución provincial y por sectores sanitarios), antigüedad de la diabetes, parámetros lipídicos avanzados, función renal combinada (TFGe CKD-EPI G1–G5 y CAC A1–A3), comorbilidades vasculares y tratamientos activos. El RCV a 10 años se estratificó con SCORE2 y SCORE2-DM. El análisis estadístico se realizó en software R mediante frecuencias, porcentajes (IC95%), medias ± desviación estándar y medianas con rango intercuartílico (IQR) según la prueba de Shapiro-Wilk, aplicando chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

En la cohorte con DM2 y dislipemia (n = 55.112; edad media: 71,1 ± 11,7 años; 55,05% varones), el 69,88% procedía de una provincia de las tres de la comunidad (y concentrados en sector II [27,55%] y sector III [23,46%] de esa provincia). El tiempo de evolución de la DM2 fue <10 años en el 45,15%, 10–20 años en el 45,73% y >20 años en el 9,12%. La duración de la diabetes se relacionó fuertemente con el grado de RCV en SCORE2-DM: la categoría de muy alto RCV incluyó al 15,02% de los pacientes con <10 años de evolución, elevándose al 64,03% en aquellos con 10–20 años y al 20,95% en aquellos con >20 años de diagnóstico.

En el perfil lipídico residual, el colesterol no-HDL medio fue de 118,6 ± 40,5 mg/dL (rango 11–962 mg/dL) y los triglicéridos promediaron 149,7 ± 91,6 mg/dL (mediana 120 mg/dL; rango hasta 1.495 mg/dL), mostrando ambos parámetros un incremento significativo y un salto cuantitativo muy marcado en el grupo de muy alto RCV. La ApoB promedió 95,7 ± 30,0 mg/dL (mediana 91 mg/dL), reflejando un aumento pronunciado en el estrato de muy alto RCV. La ApoA-I mostró un descenso progresivo inverso al RCV (media 1,35 ± 0,31 g/L) y la Lp(a) promedió 35,4 ±

38,3 mg/dL, con un infrarregistro masivo (ausente en el 98,6%).

En la función renal, el 26,40% presentó ERC estadios G3a–G5 (G3a: 13,19%; G3b: 8,05%; G4: 2,74%; G5: 0,42%). Respecto al CAC, el 45,00% se clasificó en A1, el 19,18% en A2 y el 2,92% en A3 (32,90% sin registro). El CAC medio (71,4 ± 302,9 mg/g) y el descenso de la TFGe (<60 mL/min/1,73 m^2) se confirmaron como los principales discriminadores de la categoría de muy alto RCV.

Las comorbilidades vasculares mostraron un gradiente marcadamente ascendente desde el RCV bajo al muy alto: claudicación intermitente (del 1,50% al 15,42%), enfermedad cerebrovascular/ictus (del 1,50% al 10,28%), infarto de miocardio (del 1,76% al 7,11%), fibrilación auricular (del 0,97% al 5,53%) y ERC acumulada (del 2,82% al 45,85%).

En el tratamiento hipolipemiante, el 61,55% tomaba estatinas en monoterapia y el 24,95% terapias combinadas. Entre los fármacos no estatínicos, destacó el uso de fibratos (8,68%), ezetimiba sola (3,46%) y ácido bempedoico (1,37%). La CPK presentó valores normales (media 101,4 ± 103,0 U/L), indicando ausencia de miotoxicidad poblacional.

CONCLUSIONES

La dislipemia en la DM2 en nuestra comunidad autónoma afecta a casi dos tercios de los pacientes y destaca por una elevada carga aterogénica residual (no-HDL, triglicéridos y ApoB elevados). La antigüedad de la DM2 (>10 y >20 años) actúa como un acelerador del RCV y de la vasculopatía sintomática. El CAC, la caída de la TFGe y los triglicéridos constituyen los biomarcadores con mayor capacidad discriminativa para identificar de forma precoz el muy alto riesgo cardiorrenal. Existe un margen amplio para optimizar el tratamiento mediante terapias combinadas no estatínicas, las cuales demuestran un perfil de seguridad muscular óptimo en la práctica clínica real.

CO-164

ABORDAJE INTEGRAL DEL ANTOJO A LA COMIDA EN LA DIABETES TIPO 2: CORRELACIONES Y RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Bertha Ramos Del Rio[1], Carlos Gozalo Figueroa López[1], Santiago Rincón Salazar[1], Elias Suvalsky Zarkin[2]

[1] *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM*
[2] *Diabesmart*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La diabetes tipo 2 es una de las enfermedades metabólicas más prevalentes y constituye un desafío significativo para la salud pública a nivel global. La gestión del control glucémico en estos pacientes está fuertemente influenciada por sus comportamientos alimentarios, y el manejo de los antojos por los alimentos se presenta como un factor crucial. El antojo por los alimentos, tanto en su forma de rasgo (una tendencia estable y relativamente duradera) como en su forma de estado (la intensidad momentánea del deseo por consumir alimentos específicos), afecta las elecciones dietéticas y, en consecuencia, el control de la glucosa en sangre. Este estudio tiene como objetivo examinar las correlaciones entre el antojo por los alimentos, la atención plena (mindfulness) y la autoeficacia en pacientes con diabetes tipo 2, aportando información valiosa para el desarrollo de intervenciones efectivas y multidisciplinarias en el manejo de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicaron cuatro cuestionarios estandarizados en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 para evaluar diversas variables psicológicas. Los cuestionarios utilizados fueron: el Cuestionario Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-Trait), que mide la tendencia estable a experimentar antojos; el Cuestionario Food Craving Questionnaire-State (FCQ-State), que evalúa la intensidad momentánea del deseo por consumir alimentos específicos; la Escala Mindful Attention and Awareness (MAAS), que evalúa la atención plena; y el Cuestionario Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (WEL), que mide la autoeficacia relacionada con la capacidad de resistir los deseos de comer. Los datos fueron recopilados en un entorno clínico mediante un muestreo por conveniencia, asegurando que los participantes cumplieran con criterios de inclusión específicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Se realizó un análisis de correlación para determinar la fuerza y la dirección de las relaciones entre las variables de interés.

RESULTADOS

Los hallazgos del estudio revelaron varias correlaciones significativas, las cuales se presentan en la tabla de correlaciones:

- Edad mostró una correlación negativa con FCQ-State ($r = -0,412$, $p < 0,01$) y una tendencia a la negativa con FCQ-Trait ($r = -0,321$, $p < 0,05$), sugiriendo que a medida que los pacientes envejecen, la intensidad de sus antojos tiende a disminuir.

- MAAS total (atención plena) tuvo correlaciones negativas con FCQ-Trait ($r = -0,534$, $p < 0,001$) y FCQ-State ($r = -0,363$, $p < 0,01$), indicando que una mayor atención plena se asocia con una menor tendencia a experimentar antojos a largo plazo y en momentos específicos.

- WEL total (autoeficacia) también mostró correlaciones negativas significativas con FCQ-Trait ($r = -0,573$, $p < 0,001$) y FCQ-State ($r = -0,411$, $p < 0,01$), lo que sugiere que una mayor confianza en la capacidad para resistir los antojos se relaciona con una experiencia reducida de estos.

- Las correlaciones entre DDS total (deseo de consumo) y otras variables, como MAAS y WEL, reflejan un patrón positivo que resalta la importancia de gestionar los deseos de consumo en relación con un mejor manejo de la diabetes.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio subrayan la importancia de gestionar los antojos por los alimentos en pacientes con diabetes tipo 2. Un enfoque multidisciplinario que incluya educación nutricional, estrategias de mindfulness y desarrollo de la autoeficacia puede ser crucial para mejorar el autocontrol y la adherencia al tratamiento en esta población. Promover la atención plena puede no solo contribuir a una reducción en la intensidad de los antojos, sino también a una mejor calidad de vida y control glucémico. Por otro lado, fomentar la autoeficacia debe ser una prioridad en las intervenciones clínicas, ya que los pacientes que confían en su capacidad para resistir antojos tienden a experimentar menos deseos alimentarios intensos. En conclusión, abordar los antojos desde una perspectiva integral puede ofrecer una vía prometedora para mejorar el manejo de la diabetes tipo 2, permitiendo a los pacientes tomar decisiones más informadas y saludables en su vida diaria. Este enfoque multidisciplinario no solo se recomienda, sino que se hace necesario en el contexto del manejo efectivo de la diabetes.

CO-171

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS Y LA DEPRESIÓN SEGÚN EDAD Y GÉNERO

Carlos Gonzalo Figueroa López[1], Bertha Ramos Del Rio[1], Santiago Rincón Salazar[1], Elias Suvalsky Zarkin[2]

[1] *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM*
[2] *Diabesmart*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes tipo 2 se ha convertido en un desafío creciente para la salud pública, dado su impacto en el bienestar físico y emocional de los pacientes. La presencia de depresión y estrés puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento y obstaculizar cambios en el estilo de vida que son esenciales para el manejo adecuado de la enfermedad. Este estudio se propuso analizar la relación entre la depresión y el estrés en pacientes con diabetes tipo 2, considerando la influencia de la edad y el género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio con la participación de 237 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 durante al menos un año. La edad de los participantes varió entre 18 y 70 años. El estrés se evaluó a través de la "Escala de Áreas Problemáticas en Diabetes (PAID)", mientras que la depresión se midió mediante el "Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)". Se utilizaron análisis correlacionales para explorar las relaciones entre las variables.

RESULTADOS

Los análisis revelaron correlaciones negativas significativas entre la edad y la depresión ($r = -0,203$, $p < 0,01$), así como entre la edad y el estrés ($r = -0,34$, $p < 0,001$). Esto indica que a medida que los pacientes envejecen, la incidencia de

depresión y estrés tiende a disminuir. Además, se encontró una relación positiva entre la depresión y el estrés ($r = 0,65$, $p < 0,001$), lo que sugiere que aquellos con niveles más altos de estrés tienden a presentar también mayores síntomas de depresión. Las mujeres en la muestra mostraron puntajes significativamente más altos tanto en depresión (PHQ; $t = -3,466$, $p < 0,001$) como en estrés (PAID; $t = -4,504$, $p < 0,001$) en comparación con los hombres.

La interpretación de estos resultados indica que las mujeres con diabetes tipo 2 experimentan un mayor peso emocional, lo que podría influir en la gestión de su condición. Esta diferencia de género resalta la necesidad de implementar estrategias de intervención específicas que aborden las particularidades que enfrentan las mujeres.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de considerar la depresión, el estrés, el género y la edad en la atención a pacientes con diabetes tipo 2. Para mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida de estos pacientes, es esencial adoptar un enfoque integral que contemple las diversas experiencias y necesidades individuales. Este enfoque no solo facilitaría una mejor gestión médica, sino que también podría contribuir al bienestar emocional de los pacientes. Implementar programas de apoyo psicológico adaptados a estas variables podría ser una estrategia efectiva para mitigar el impacto de la diabetes tipo 2 en la vida de los pacientes.

CO-176

OBESIDAD GRADO 1: UNA REALIDAD POCO VISIBLE EN LA HISTORIA CLÍNICA

Fernando García Romanos[1], Liliana Bilbie Lupchian[2], Silvia González Carranza[3], Isabel Blasco González[4], Daniel Escribano Pardo[5], María Antonia Sánchez Calavera[6], Bárbara Oliván Blázquez[7]

[1] *Centro de Salud Santa Catalina. Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut). Palma, Illes Balears*
[2] *Centro de Salud Barrio Jesús, Zaragoza*
[3] *Centro de Salud Torrekúa (Ambulatorio de Eibar). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eibar, Gipuzkoa*
[4] *EAP Monzón Urbano. Servicio Aragonés de Salud. Monzón, Huesca*
[5] *Centro de Salud Oliver. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza*
[6] *Centro de Salud Casablanca. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza*
[7] *Departamento de Psicología y Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza*

OBJETIVOS

El objetivo principal fue evaluar, en adultos con IMC basal disponible, la proporción de pacientes que cumplían criterio antropométrico de obesidad y que no presentaban codificación diagnóstica estructurada de obesidad.

Como objetivos secundarios se plantearon:

1. Analizar si la ausencia de codificación variaba según el grado de obesidad.
2. Explorar su relación con sexo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica y ámbito urbano/rural.
3. Analizar si la ausencia de codificación persistía durante el seguimiento disponible hasta 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo a partir de una base de historia clínica electrónica de Atención Primaria. De 725.661 adultos, 110.588 (15,2%) disponían de IMC basal. Se definió obesidad operativamente como IMC ≥30 y <70 kg/m².

La obesidad se clasificó en:

- **grado 1:** IMC 30,0-34,9 kg/m²;
- **grado 2:** IMC 35,0-39,9 kg/m²;
- **grado 3:** IMC ≥40 kg/m² dentro del rango operativo analizado.

El desenlace principal fue la ausencia de codificación diagnóstica estructurada de obesidad. Se comparó la codificación

según grado de obesidad, sexo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, enfermedad renal crónica y ámbito urbano/rural. Entre los pacientes inicialmente no codificados se evaluó la aparición de un nuevo registro de obesidad durante el seguimiento disponible hasta 12 meses.

Se utilizaron frecuencias, porcentajes, tablas cruzadas y prueba de chi-cuadrado. La magnitud de asociación entre grado de obesidad y codificación se estimó mediante V de Cramer.

Se construyó además un modelo de regresión logística con presencia de codificación diagnóstica de obesidad como variable dependiente. El modelo se ajustó por edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes y ámbito urbano/rural.

RESULTADOS

Presentaban obesidad por IMC 42.739 pacientes; 19.472 (45,6%) tenían obesidad codificada y 23.267 (54,4%) no. La ausencia de codificación fue del 62,2% en obesidad grado 1, 39,7% en grado 2 y 31,4% en grado 3 ($p<0,001$; V de Cramer=0,235). Tras ajustar por edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes y ámbito urbano/rural, la obesidad grado 1 se asoció con menor probabilidad de codificación frente a grados 2-3 (OR ajustada=0,380; IC95% 0,364-0,396). Entre 13.400 pacientes con diabetes y obesidad por IMC, 6.862 (51,2%) no tenían obesidad codificada. La ausencia de codificación fue del 53,3% en pacientes con hipertensión arterial, sin diferencias relevantes según dislipemia o enfermedad renal crónica. Entre los 23.265 pacientes inicialmente no codificados con seguimiento válido, solo 1.182 (5,1%) recibieron codificación posterior; 22.083 (94,9%) permanecieron sin codificación durante el seguimiento disponible. Esta persistencia fue del 96,1% en grado 1 frente al 90,6% en grados 2-3.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo es que **23.267 de los 42.739 adultos con obesidad por IMC, el 54,4%, no presentaban una codificación diagnóstica estructurada de obesidad**.

Sin embargo, esta discordancia no fue homogénea. La diferencia más clara se produjo según el grado de obesidad. El **62,2% de los pacientes con obesidad grado 1** no tenía obesidad codificada, frente al **39,7% en grado 2** y el **31,4% en grado 3**.

Este patrón se mantuvo en el análisis ajustado. Después de considerar edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes y ruralidad, la obesidad grado 1 continuó asociándose con una probabilidad sustancialmente menor de codificación diagnóstica.

Por tanto, el principal determinante observado en este análisis no fue la presencia de una comorbilidad concreta, sino el propio grado de obesidad.

Esta observación tiene especial interés en el ámbito de la diabetes. Entre los pacientes con diabetes y obesidad por IMC, **6.862 de 13.400, el 51,2%, no tenían obesidad codificada**. La diabetes se asoció con una mayor probabilidad de registro en el análisis ajustado, pero esta asociación fue de una magnitud mucho menor que la observada para el grado de obesidad.

La dislipemia y la enfermedad renal crónica prácticamente no modificaron la frecuencia de codificación.

El segundo resultado relevante fue la persistencia. La ausencia de codificación no pareció corresponder simplemente a un retraso breve en la incorporación del diagnóstico a la historia clínica. De los 23.265 pacientes inicialmente no codificados con seguimiento válido, **22.083, el 94,9%, continuaron sin presentar un nuevo registro de obesidad durante el seguimiento disponible hasta 12 meses**.

De nuevo, el patrón fue especialmente marcado en la obesidad grado 1: **96,1%** permaneció sin codificación.

Estos resultados no permiten determinar por qué no se incorpora el diagnóstico estructurado. Entre las posibles explicaciones podrían encontrarse una menor percepción de relevancia clínica en grados menos intensos de obesidad, la priorización de otros problemas durante la consulta o el registro del IMC como dato antropométrico sin incorporación de la obesidad a la lista de problemas. Estas posibilidades deben considerarse hipótesis y no conclusiones derivadas del presente estudio.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los adultos con obesidad definida por IMC no presentaban codificación diagnóstica estructurada, incluida aproximadamente la mitad de quienes tenían diabetes. La ausencia de codificación fue especialmente frecuente en obesidad grado 1 y persistió en la mayoría durante el seguimiento disponible hasta 12 meses. Estos resultados muestran una discordancia entre el criterio antropométrico y el registro diagnóstico estructurado, sin equivaler necesariamente a obesidad clínica no reconocida. El análisis se restringe a pacientes con IMC disponible y, por tanto, no permite estimar la prevalencia poblacional de obesidad.

CO-192

VARIABILIDAD ENTRE CUPOS EN DIABETES TIPO 2: ¿DIFERENCIAS DE RESULTADO O DIFERENCIAS DE REGISTRO?

Belén Benito Badorrey[1], Blanca Navarro Llevat[1], Francisco Agustín Giaroli[1], Aitor Nogueras Tarrero[1], Susana González Tejon[1], Pau Silva Ruiz[1], Marta Arcarons Marti[1]

[1] *ABS Raval Sud*

OBJETIVO

Comparar el control metabólico, la cobertura de cribados y el patrón de prescripción entre dos cupos de DM2 de un mismo centro de atención primaria, y analizar conjuntamente ambas poblaciones para identificar los factores asociados al control glucémico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal comparativo sobre dos extracciones de eCAP fusionadas en una cohorte única y armonizadas a una fecha de corte común (septiembre de 2026), conservando la antigüedad en meses de cada determinación. Solo se compararon las variables presentes en ambas extracciones. Las variables continuas se contrastaron con la U de Mann-Whitney y las categóricas con la ji al cuadrado con corrección de Yates, o la prueba exacta de Fisher cuando alguna frecuencia esperada fue inferior a 5, con intervalos de confianza del 95% de la diferencia de proporciones por el método de Newcombe. El efecto del cupo se ajustó por edad, sexo y años de evolución mediante regresión logística binaria, y los determinantes del control glucémico en la cohorte conjunta se modelaron añadiendo IMC y tratamiento insulínico. Se realizó un análisis de sensibilidad restringido a los pacientes con riesgo cardiovascular registrado, por diferir los criterios de extracción.

RESULTADOS

Se compararon 133 y 119 pacientes (252 en total) DM2. Tras la corrección por comparaciones múltiples persistieron cinco diferencias, todas de proceso o de prescripción: registro de IMC (26,1% frente a 68,4%; diferencia −42,4 puntos porcentuales, IC 95% −52,5 a −30,4), monofilamento (−28,5; −39,3 a −16,8), ITB (−15,3; −23,4 a −7,1), metformina (−18,8; −29,3 a −7,9) e iSGLT2 (−21,6; −33,0 a −9,3). No se demostraron diferencias en HbA1c, presión arterial, LDL, IMC ni filtrado glomerular; la diferencia de 12,2% puntos en HbA1c inferior al 7% no alcanzó significación (IC 95% −0,1 a +24,0). El ajuste por edad, sexo y evolución no modificó las estimaciones (metformina OR 0,38, IC 0,21–0,69; iSGLT2 OR 0,42, IC 0,25–0,70; sulfonilurea OR 2,81, IC 1,27–6,19), y el análisis de sensibilidad confirmó las diferencias de registro. En la cohorte conjunta, el 53,2% presentaba HbA1c inferior al 7%, el 80,6% presión arterial controlada y el 24,8% LDL inferior a 70 mg/dL. Cada 5 años más de evolución redujeron la probabilidad de alcanzar el objetivo de HbA1c (OR 0,64; IC 0,51–0,81), mientras que la edad se asoció a mejor control (OR 1,59 por cada 10 años; IC 1,24–2,03). El fondo de ojo actualizado cayó del 84% en menores de 50 años al 33% en mayores de 75.

CONCLUSIONES

La variabilidad entre cupos se concentra en la sistemática de registro y el estilo de prescripción, no en los resultados clínicos alcanzados. Los años de evolución, y no la edad, determinan el control glucémico. El déficit de cribado oftalmológico en los mayores es la prioridad de mejora compartida.

CO-206

UN MISMO PACIENTE, DOS TERRITORIOS: VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN MAYORES DE 80 AÑOS (CATALUÑA Y BIZKAIA)

Ane Urbina Juez[1], Enrique Carretero Anibarro[2], Liliana Bilbie Lupchian[3], Marta Escribà Planes[4], Maria Ramon Granés[4], Carolina Lapena Estella[4], Jose Damian Ávila Bosquet[4]

[1] *Consultorio de Barrika. Bizkaia*
[2] *CS Puente Genil. Córdoba*
[3] *Cs Barrio Jesús. Zaragoza*
[4] *DAP_CAT Group, Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, IDIAP Jordi Gol, Barcelona, Spain*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento hipoglucemiante en mayores de 80 años con DM2 debe individualizarse según edad, fragilidad y comorbilidad, priorizando fármacos con bajo riesgo de hipoglucemia. Analizamos las diferencias de prescripción entre dos poblaciones de atención primaria (Cataluña y Bizkaia) en relación con sus características clínicas.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal y comparativo, basado en registros clínicos electrónicos. Se incluyeron pacientes >80 años con DM2 de SIDIAP/FIDES (Cataluña; n=132.970) y COMETA-Osakidetza (Bizkaia; n=7.098). El tratamiento se clasificó en cinco patrones. Comparaciones mediante chi-cuadrado, con análisis estratificado por sexo, edad y comorbilidad.

RESULTADOS

Predominaron mujeres (≈62%). Cataluña presentó mayor edad media (88,9 ± 5,45 vs 85,3 ± 4,55 años; p<0,001) y peor estado funcional (Barthel 77,4 ± 26,8 vs 88,8 ± 24,0; p<0,001), mientras COMETA registró mayor comorbilidad renal (albuminuria ≥30 mg/g: 45,2% vs 19,5%) y dislipemia (92% vs 55%). COMETA tuvo más pacientes sin tratamiento (63,4% vs 46,8%). Cataluña mostró mayor uso de metformina (36,4% vs 6,5%), sulfonilureas (19,5% vs 1,9%) e insulina rápida/intermedia (8,4% vs 1,3%); Bizkaia, mayor uso de iDPP-4 (5,6% vs 1,1%) e iSGLT2 (1,5% vs 0,01%). El uso de arGLP-1 fue marginal (<0,4%). Pese a un control glucémico similar (HbA1c 6,9% vs 6,8%; <7% en 69% vs 65%) y función renal comparable (FGe 64,5 vs 67,4), persistió un notable uso de fármacos con riesgo de hipoglucemia (27,9% vs 3,1%), especialmente en Cataluña. Las diferencias se mantuvieron tras estratificar por sexo.

CONCLUSIONES

Existe una marcada variabilidad territorial en la prescripción hipoglucemiante en pacientes de edad muy avanzada con DM2, no explicada por el control metabólico ni otras comorbilidades. El elevado uso de sulfonilureas e insulina sugiere sobretratamiento y oportunidades de desprescripción y armonización.

CASOS CLÍNICOS ORALES
5º CONGRESO NACIONAL DE LA FUNDACIÓN REDGDPS.

CC-063

MCG PARA DETECTAR SOBREINSULINIZACIÓN EN DIABETES POSTRASPLANTE: RETIRADA DE PAUTA BASAL-BOLUS

Joshua Domínguez Fuentes[1], Odalys Almarales Álvarez[1], Jennifer Domínguez González[1]

[1] *Centro de salud Ofra-Miramar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años, con dos trasplantes renales (1995 y 2019), nefrectomía izquierda por tumor renal (2009) e inmunosupresión crónica con prednisona y micofenolato. Presenta diabetes mellitus postrasplante de tres años de evolución, tratada con pauta basal-bolus: glargina U300 43 U/día e insulina rápida, con requerimientos de hasta 65 U/día. Recibía además semaglutida subcutánea 1 mg/semana y dapagliflozina. En seguimiento desde Atención Primaria se plantea reevaluar la intensidad terapéutica ante un control glucémico progresivamente más estricto.

Desde mayo de 2026 presentó HbA1c sucesivamente <6%. La monitorización continua de glucosa (MCG) identificó episodios recurrentes de hipoglucemia, motivando una desintensificación progresiva. Se redujo inicialmente la insulina basal y se retiraron progresivamente los bolos prandiales. Tras cada ajuste, la MCG permitió comprobar la estabilidad del control y continuar el descenso hasta retirar también la basal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al mes de la retirada mantenía un perfil glucémico adecuado, sin hiperglucemias significativas, y había perdido 5 kg. Posteriormente: glucemia 88 mg/dL, HbA1c 5,3% (34 mmol/mol), glucosa media en MCG 106 mg/dL, péptido C 6,07, creatinina 2,07 mg/dL y FGe 34 mL/min/1,73 m^2 (ERC G3b), sin deterioro renal respecto a su situación basal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La hipoglucemia detectada por MCG en un paciente tratado con dosis elevadas de insulina orientó a sobreinsulinización respecto a sus necesidades actuales. La ausencia de empeoramiento glucémico tras cada reducción permitió continuar la desintensificación hasta la retirada completa, manteniendo posteriormente un perfil adecuado.

La estabilidad renal hace improbable que el descenso de requerimientos se explique exclusivamente por cambios en el aclaramiento de insulina. Se consideró probablemente multifactorial, en relación con semaglutida, pérdida ponderal, mejoría de la sensibilidad a la insulina y secreción endógena conservada.

El péptido C debe interpretarse con cautela por la ERC.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron cambios en función renal, inmunosupresión o tratamiento glucocorticoideo, ingesta, peso, medicación y procesos intercurrentes como posibles modificadores de los requerimientos. La estabilidad renal y el mantenimiento del control tras retirar insulina apoyaron la sobreinsulinización como explicación principal. La retirada no implica resolución de la diabetes, sino menor requerimiento actual, susceptible de modificación futura.

CONCLUSIONES, RESALTANDO LA ENSEÑANZA DEL CASO

La insulinoterapia en la diabetes postrasplante debe reevaluarse periódicamente. En Atención Primaria, la MCG permitió detectar hipoglucemias, identificar una posible sobreinsulinización y guiar una desintensificación desde hasta 65 U/día hasta la retirada completa, manteniendo un excelente control glucémico. La principal enseñanza es que la aparición de hipoglucemias debe activar una revisión de la intensidad terapéutica y no únicamente el tratamiento puntual del episodio.

CC-070

CUANDO LA GLUCEMIA ENGAÑA: SOSPECHA Y MANEJO INICIAL DE UNA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA POR iSGLT2 CON LOS RECURSOS DEL CENTRO DE SALUD

María Isabel Pérez Martín[1], Guadalupe Espinosa Villoria[1], Alejandro Miranda Mateos[1]

[1] *C.S. Puerta Nueva*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 64 años con diabetes mellitus tipo 2 de 9 años de evolución, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica estadio G3a, en tratamiento con metformina 1.000 mg cada 12 horas y dapagliflozina 10 mg al día, añadida cuatro meses antes por mal control glucémico. Consulta por náuseas, vómitos y dolor abdominal difuso de dos días de evolución, con astenia. Refiere que en los últimos tres días apenas había comido, a dieta antes de un viaje. Aporta controles de casa, con glucemias entre 130 y 180 mg/dL, que considera buenas. Esa normalidad glucémica, en una paciente que toma un iSGLT2, es lo que hace sospechar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión arterial 102/64 mmHg, frecuencia cardiaca 108 lpm, taquipnea, mucosas secas y signo del pliegue positivo. Abdomen doloroso de forma difusa, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Consciente y orientada. Glucemia capilar 178 mg/dL, cifra que por sí sola podría hacer descartar cetoacidosis. Cetonemia capilar: 5,8 mmol/l, muy por encima de lo normal (menos de 0,6 mmol/l). La tira de orina confirma cetonuria intensa y glucosuria leve. En el centro no hay gasometría venosa, así que la decisión de derivar con carácter urgente se apoya en estos cuatro datos: historia clínica, exploración, glucemia y cetonemia capilar.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La clínica digestiva y respiratoria, el tratamiento con iSGLT2 y una cetonemia elevada con glucemia no especialmente alta apuntan a cetoacidosis diabética euglucémica. Los criterios de la ADA ya no exigen glucemias por encima de 250 mg/dL para este diagnóstico, lo que apoya la decisión tomada. No hace falta esperar a una gasometría para derivarla: la cetonemia capilar es suficiente como prueba de cribado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gastroenteritis aguda con deshidratación, con cetonemia esperable más discreta; cetosis de ayuno simple y acidosis láctica por metformina, favorecida por su función renal reducida. La ausencia de defensa abdominal hace menos probable un abdomen agudo quirúrgico.

CONCLUSIONES

Una glucemia normal no descarta una cetoacidosis en pacientes con iSGLT2, algo que va en contra de lo que solemos dar por hecho en consulta. El centro de salud, con lo que tiene a mano, es capaz de detectar este cuadro: la historia clínica, la exploración y la cetonemia capilar bastaron para derivar sin esperar a una gasometría, lo que sitúa al médico de familia como primer eslabón real en el diagnóstico, no solo como puerta de entrada al hospital. El tratamiento posterior requiere inicio rápido, similar al de la cetoacidosis clásica: monitorización de constantes, iones y gasometría, rehidratación e insulinoterapia, con sueros glucosados al 5% hasta corregir la acidosis. Sería razonable que más centros contaran con tiras de cetonemia capilar y que desde Atención Primaria se

CC-099

¿ES LA EDAD UNA BARRERA PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Román Jiménez[1], Sergio Vaya Arboledas[1], María José Tomillo Lucas[1]

[1] *C. S. Nuestra Señora del Pilar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años con diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de evolución, hipertensión arterial y dislipemia. Es viuda, vive

sola y presenta estudios primarios, siendo independiente para las actividades de la vida diaria. En tratamiento con metformina desde el diagnóstico e insulinoterapia desde hace cuatro años: insulina glargina U-300 44 UI cada 24 h y lispro 7 UI antes del desayuno. Presenta mal control glucémico persistente, con HbA1c de 11,2%. Refiere episodios de mareo, sudoración, cansancio y debilidad, que inicialmente no relaciona con hipoglucemias. Se plantea monitorización continua de glucosa, existiendo dudas iniciales sobre su capacidad para manejar la tecnología por edad avanzada, nivel educativo y ausencia de apoyo convivencial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 75 kg, talla 1,59 m e IMC 29,7 kg/m^2. Se inicia monitorización mediante smartphone junto a un programa grupal de educación diabetológica liderado por Enfermería, compuesto por tres sesiones sobre alimentación, ejercicio físico, manejo de hipoglucemia, interpretación de datos, manejo de alarmas y competencias digitales. Posteriormente se realiza refuerzo individual en consulta de Enfermería. La paciente utiliza el sistema de forma autónoma y sin apoyo familiar.

Al mes, presenta tiempo en rango (TIR) del 45%, tiempo alto 42%, muy alto 11% y bajo 2%, con GMI 10,7%, objetivándose hipoglucemias de hasta 59-60 mg/dL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 con control metabólico deficiente, caracterizado por hiperglucemias mantenidas y episodios de hipoglucemia asociados a insulinoterapia, inicialmente no identificados. La monitorización continua de glucosa permitió identificar patrones glucémicos, relacionar síntomas con hipoglucemias y facilitar el ajuste progresivo de la insulinoterapia y de las conductas de autocuidado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante el mal control metabólico se consideraron como posibles factores contribuyentes la adherencia insuficiente, dificultades en el manejo de la insulinoterapia, conocimientos diabetológicos limitados, hábitos dietéticos inadecuados, escasa actividad física y problemas para interpretar las señales de alarma glucémica. La monitorización permitió identificar de forma objetiva los patrones de hiperglucemia e hipoglucemia y orientar intervenciones dirigidas a cada uno de estos factores.

CONCLUSIONES

En tres meses, la HbA1c disminuyó a 9,8%, con pérdida de 1,3 kg e incorporación progresiva de caminatas y mayor atención a la información nutricional. A los seis meses, HbA1c 8,1%, TIR 75%, tiempo alto 24%, muy alto 1%, bajo 0% y coeficiente de variabilidad 32,3%. La dosis total de insulina basal se redujo de 44 a 32 UI/día (25,5%). La paciente identifica las hipoglucemias, comprende las alarmas y realiza su manejo de forma autónoma. La edad avanzada, el nivel educativo básico y la ausencia de apoyo convivencial no deben considerarse barreras absolutas para su uso. La educación terapéutica estructurada desde Atención Primaria puede favorecer la alfabetización diabetológica y digital, mejorar el control glucémico y aumentar la autonomía de las personas mayores con DM2.

CC-118

GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE CON DM2 EN TRATAMIENTO CON INHIBIDOR SGLT2: RETOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sofía Castro Waardenburg[1], Yerena Ruiz González[1], Eduardo Herrera Hernández[1]

[1] *C.S. Puerto del Rosario*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 58 años con DM2 de 10 años de evolución, hipertensión, obesidad (IMC 32), insuficiencia renal crónica estadio 2 y antecedentes de infecciones urinarias recurrentes. Control glucémico aceptable (HbA1c 7,2%) en tratamiento con metformina y dapagliflozina desde hace 9 meses.

Consulta por dolor intenso, tumefacción y eritema en región perineal, fiebre y malestar general. Refiere disuria y secreción purulenta desde hace 48 horas, con empeoramiento progresivo. En las últimas horas, presenta deterioro del

estado general y confusión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- TA 100/60 mmHg, FC 112, fiebre 39ºC
- Inspección: edema y eritema perineal, crepitación subcutánea, zonas de necrosis y exudado fétido.
- Palpación: dolor intenso y extensión de la lesión hacia escroto y periné.
- Analítica: leucocitosis (18.000), PCR 24 mg/dL, glucemia 240 mg/dL, creatinina 1,6 mg/dL
- Cultivo de exudado perineal: crecimiento polimicrobiano (E. coli, Streptococcus spp., Bacteroides spp.)
- Hemocultivo positivo E. coli
- Ecografía perineal: gas en tejidos blandos, afectación del escroto y base del pene.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Se suspende dapagliflozina y se deriva a urgencias hospitalarias.

En el hospital, se realiza desbridamiento quirúrgico urgente y antibioterapia IV de amplio espectro (carbapenémico + clindamicina).

El paciente desarrolla shock séptico y requiere ingreso en UCI.

Tras varias intervenciones quirúrgicas, mejora progresivamente, aunque queda con secuelas funcionales y requiere rehabilitación.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Gangrena de Fournier secundaria a infección polimicrobiana en paciente con DM2, obesidad, insuficiencia renal y tratamiento con iSGLT2.

La evolución tórpida y la afectación sistémica complican el manejo y aumentan el riesgo de mortalidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Celulitis perineal grave

Absceso perineal

Sepsis de origen urinario

Necrosis cutánea por vasculopatía diabética

CONCLUSIONES (ENSEÑANZA DEL CASO)

Este caso pone de manifiesto el riesgo de infecciones graves asociadas a iSGLT2, especialmente en pacientes con DM2 y otros factores de riesgo (obesidad, insuficiencia renal, antecedentes de infecciones urinarias). La detección precoz, suspensión inmediata del fármaco y abordaje multidisciplinar son fundamentales para reducir la mortalidad y las secuelas. El seguimiento activo de efectos adversos y la valoración individualizada del tratamiento antidiabético en Atención Primaria son esenciales para la seguridad del paciente.

CC-173

MAL CONTROL GLUCÉMICO PESE A INSULINIZACIÓN INTENSIVA: MIRAR ANTES DE AUMENTAR

María Ester Montes Belloso[1], Raquel Dorado Pujante[1], Raquel López Zarza[1]

[1] *C.S. Isabel II (Parla, Madrid)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años con diabetes mellitus tipo 2 de 17 años de evolución, sin complicaciones microvasculares ni macrovasculares conocidas. Como antecedentes presenta dislipemia, en tratamiento con atorvastatina y ácidos grasos

omega-3, y cuadro ansioso-depresivo tratado con fluoxetina. Se encuentra en tratamiento con metformina/sitagliptina 1000/50 mg cada 12 horas, canagliflozina 300 mg/día e insulinoterapia basal-bolo con insulina glargina U300 49 UI/día e insulina lispro correctora.

Portador de monitorización continua de glucosa, consulta por mal control metabólico. Coincidiendo con problemas de salud en su entorno familiar presenta importante labilidad emocional, alimentación irregular y dificultad para mantener un adecuado autocuidado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Inicialmente, el informe de monitorización muestra tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dL) del 39%, tiempo por encima de rango del 61%, glucosa media de 203 mg/dL y coeficiente de variación (CV) del 30%. Se revisan alimentación, hábitos y administración de insulina, detectándose transgresiones dietéticas, sobre las que se realiza intervención educativa.

Un mes después persiste el mal control: TIR 36%, tiempo por encima de rango 64%, glucosa media 219 mg/dL y CV 37,9%.

En una segunda revisión se exploran específicamente las zonas de inyección, objetivándose lipohipertrofias asociadas a una rotación inadecuada. Se recomienda evitar las áreas afectadas y realizar una rotación sistemática de los puntos de inyección.

Tras la intervención, la glucosa media disminuye a 163 mg/dL, el TIR aumenta al 68% y el tiempo por encima de rango desciende al 30%, con CV del 36,6%.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Mal control glucémico multifactorial en paciente con DM2 insulinizado, condicionado por hábitos dietéticos inadecuados, situación emocional desfavorable y alteración de la absorción de insulina secundaria a lipohipertrofia por técnica de inyección incorrecta.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se planteó falta de adherencia terapéutica, técnica incorrecta de administración, insuficiente dosificación de insulina, transgresiones dietéticas, factores psicosociales y causas intercurrentes de descompensación metabólica.

CONCLUSIONES

Ante un paciente insulinizado con mal control glucémico, antes de intensificar el tratamiento es fundamental revisar sistemáticamente la adherencia, los hábitos, la técnica de inyección y las zonas de punción. La lipodistrofia puede alterar la absorción de insulina y favorecer la variabilidad glucémica. Su identificación y la educación sobre una correcta rotación de las zonas de inyección pueden producir una mejoría clínicamente relevante del control metabólico.

PÓSTERES
5º CONGRESO NACIONAL DE LA FUNDACIÓN REDGDPS.

P-001

APLICACIÓN DEL MONITOREO CONTINUO DE LA GLUCOSA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA RURAL: IMPACTO, BENEFICIOS Y RETOS EN LA GESTIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Maria Aura Barlabé[1], Magda Vidal Cambra[2]

[1] *EAP Tremp*
[2] *EAP Pallars Sobira*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema creciente de salud pública. El control glucémico tradicional presenta ciertas limitaciones: realiza mediciones puntuales (glucemia capilar, HbA1c), no detecta la variabilidad glucémica ni tampoco las hipoglucemias ocultas. En el año 2022 se inició en Cataluña la financiación del monitoreo continuo de la glucosa (MCG) para la población con DM2 con terapia intensiva de insulina y seis o más punciones capilares al día. El MCG permite obtener datos en tiempo real, realizar un control más preciso y permite tomar decisiones clínicas más acertadas. Aun así, su implantación en la atención primaria rural supone un gran reto para los profesionales y para el sistema sanitario.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la utilidad del MCG en pacientes con DM2, identificando los beneficios, barreras y oportunidades que ofrece esta tecnología en el ámbito de la atención primaria rural. Se pretende evaluar cómo el MCG puede mejorar el control glucémico, reducir complicaciones y favorecer un modelo de atención más personalizado y equitativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo en base a una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed. Se utilizaron palabras clave relacionadas con la monitorización continua de la glucosa, la DM2 y la atención primaria rural. Se seleccionaron cinco artículos relevantes, principalmente revisiones sistemáticas y estudios de intervención, que analizan la eficacia, aceptación y barreras del MCG.

Key words: Continuous Glucose Monitoring, Type 2 Diabetes Mellitus, Rural Health, Barriers/Opportunities

RESULTADOS

Los estudios revisados muestran una reducción media de HbA1c entre 0,5% y 1%, con mejoras en la adherencia terapéutica y la satisfacción de los pacientes. En nuestro ámbito se evidenció una disminución de la HbA1c del 8,2% al 7,1% en tres meses, una reducción de las hipoglucemias y una mejor comprensión de la enfermedad y la terapéutica aplicada. Como factores clave destacan la educación sanitaria proporcionada al paciente, el apoyo profesional y la integración del dispositivo en la atención primaria rural con muy buena satisfacción por parte de los pacientes. Los principales beneficios giran sobre un control glucémico más preciso, la detección de patrones ocultos, la atención más personalizada y el empoderamiento del paciente. Las principales barreras detectadas fueron la carencia de formación profesional, la cobertura sanitaria limitada y la brecha digital y los problemas de conectividad, especialmente en el ámbito rural.

CONCLUSIONES

El MCG representa una herramienta efectiva y viable para el control de la DM2 en la atención primaria rural, lo que permite un seguimiento más personalizado, proactivo y eficiente. A pesar de sus beneficios clínicos y su buena aceptación, es esencial abordar las desigualdades digitales, garantizar la formación de los profesionales y establecer políticas de financiación que aseguren la equidad en el acceso. Esta tecnología puede ser clave para avanzar hacia un modelo

asistencial más integrado, digital y centrado en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

•Azhar A, Gillani SW, Mohiuddin G, Majeed RA. A systematic review on clinical implication of continuous glucose monitoring in diabetes management [Internet]. J Pharm Bioallied Sci. 2020 [fecha de acceso 28/09/2025]; 12(2):102–111. Disponible a: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32742108/

•Barchiesi MA, Calabrese A, Costa R, Di Pillo F, D'Uffizi A, Tiburzi L, Zahid E. Continuous glucose monitoring in type 2 diabetes: a systematic review of barriers and opportunities for care improvement [Internet]. Int J Qual Health Care. 2025 [fecha de acceso 26/09/2025]; 37(3): mzaf046. Disponible a: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12249211/

•Eer ASY, et al. Feasibility and acceptability of the use of flash glucose monitoring encountered by Indigenous Australians with type 2 diabetes mellitus: initial experiences from a pilot study [Internet]. BMC Health Serv Res. 2023 [fecha de acceso 27/09/2025]; 23(1):1377. Disponible a: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10704698/

•Ejel BALA, Sattar S, Fatima SB, Khan HN, Ali H, Iftikhar A, Sarwer MA, Mushtaq M. Digital Diabetes Management Technologies for Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Home-Based Care Interventions [Internet]. Cureus. 2025 [fecha de acceso 27/09/2025]; 17(5):e84177. Disponible a: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12168703/

•Flint KL, Fiore M, Justice A, Carney J, Colling CA, Li JH, Putman MS. Expanding access to continuous glucose monitoring through empowering primary care: a joint endocrinology-primary care quality improvement project [Internet]. J Gen Intern Med. 2025 [fecha de acceso 30/09/2025]; 40(10):2337-2345. Disponible a: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40032724/

P-002

¿ES REALMENTE UNA DIABETES TIPO 2? EL VALOR DEL FENOTIPADO EN UNA MUJER JOVEN CON OBESIDAD MÓRBIDA Y AUTOINMUNIDAD PANCREÁTICA

Nuria Hernández Rojas[1], Jennifer Domínguez González[1], Odalys Almarales Álvarez[1]

[1] *Centro de Salud Ofra-Miramar*

Mujer de 24 años que consulta en Atención Primaria por irregularidad menstrual. La asociación con obesidad mórbida e hiperandrogenismo orientó inicialmente hacia síndrome ovárico poliendocrino metabólico (PMOS), iniciándose estudio etiológico y valoración integral. Medicina de Familia y Enfermería realizaron conjuntamente la evaluación clínica, analítica y cardiovascular, identificándose además síntomas sugestivos de apnea obstructiva del sueño.

En la exploración presentaba IMC de 46 kg/m², perímetro abdominal de 141 cm, presión arterial de 150/110 mmHg e hirsutismo facial y torácico. El electrocardiograma fue normal.

La analítica mostró glucemia basal de 178 mg/dL, HbA1c del 8,1%, colesterol LDL de 188 mg/dL y testosterona elevada, objetivándose un perfil cardiometabólico de alto riesgo asociado a diabetes de nuevo diagnóstico. La ecografía abdominal evidenció esteatosis hepática.

Ante la edad y el contexto clínico, se amplió el estudio con autoinmunidad pancreática y reserva funcional de células β, detectándose anticuerpos anti-GAD positivos con péptido C conservado. Asimismo, se objetivó elevación de metanefrinas plasmáticas, actualmente en estudio por Atención Hospitalaria.

Inicialmente, el contexto sugería PMOS y diabetes compatible con insulinorresistencia. Sin embargo, la positividad de los anticuerpos anti-GAD y la conservación del péptido C obligaron a reconsiderar esta interpretación y ampliar el fenotipado clínico y biológico de la diabetes, manteniendo abierto el diagnóstico etiológico.

Desde Atención Primaria se inició tratamiento con metformina, ramipril, amlodipino y atorvastatina, incorporándose posteriormente semaglutida por Endocrinología. Medicina de Familia y Enfermería desarrollaron un seguimiento conjunto basado en educación diabetológica, intervención nutricional, actividad física, control de presión arterial, peso y perímetro abdominal, valoración del pie diabético, retinografía, adherencia terapéutica y coordinación con Atención Hospitalaria.

El diagnóstico diferencial incluyó diabetes mellitus tipo 2 asociada a insulinorresistencia, diabetes autoinmune de evolución lenta (LADA), diabetes tipo 1 de inicio en el adulto y otros fenotipos intermedios o mixtos. La presencia de anticuerpos anti-GAD con reserva pancreática conservada justificó mantener abiertas estas posibilidades. La elevación de metanefrinas plasmáticas motivó además la continuación del estudio especializado.

La diabetes diagnosticada en una mujer joven con obesidad mórbida no debe clasificarse automáticamente como

diabetes mellitus tipo 2.

Este caso muestra que el fenotipado de la diabetes comienza en Atención Primaria, integrando datos clínicos, metabólicos y autoinmunes para orientar el diagnóstico e individualizar el tratamiento antes de disponer de una clasificación etiológica definitiva.

La coordinación entre Medicina de Familia y Enfermería permitió identificar un perfil cardiometabólico de alto riesgo, iniciar precozmente el tratamiento de los factores modificables y garantizar la continuidad asistencial durante el estudio especializado.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S27-S49.
2. Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D. Management of latent autoimmune diabetes in adults: a consensus statement from an international expert panel. *Diabetes*. 2020;69(10):2037-2047.

P-003

CUANDO LA ANALÍTICA ES NORMAL: UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOGLUCEMIA POSTBARIÁTRICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Jennifer Domínguez González[1], Odalys Almarales Álvarez[1], Margarita Méndez Monge[2]

[1] *Centro de salud Ofra-Miramar*
[2] *Centro de salud Doctor Guigou*

Mujer de 28 años, con antecedente de obesidad mórbida tratada mediante bypass gástrico en Y de Roux en 2018, con pérdida ponderal de 136 a 73 kg (IMC actual: 24,4 kg/m²). Consultó en Atención Primaria por episodios de varios años de evolución, incapacitantes, caracterizados por malestar general, cansancio, bostezos, sudoración, palpitaciones, mareo y pérdidas ocasionales de conciencia. Los síntomas aparecían entre 20 minutos y 2 horas después de las comidas, tras ingestas ricas en hidratos de carbono o grasas, con frecuencia casi diaria y mejoría al tumbarse.

La exploración física, las constantes vitales y el electrocardiograma fueron normales. La analítica mostró glucemia basal, HbA1c, insulina basal y función tiroidea dentro de la normalidad, identificándose únicamente anemia ferropénica y déficit de vitamina D, insuficientes para explicar la intensidad y el patrón temporal de la clínica.

Ante la persistencia de los síntomas y el antecedente de cirugía bariátrica, se indicó monitorización continua de glucosa (MCG) con finalidad diagnóstica desde Atención Primaria. El perfil ambulatorio mostró un tiempo activo del 93%, glucosa media de 82 mg/dL, tiempo en rango del 77%, tiempo por debajo de 70 mg/dL del 20% y tiempo por debajo de 54 mg/dL del 3%. Se objetivaron múltiples episodios de hipoglucemia predominantemente posprandiales, concordantes temporalmente con la clínica.

La integración del antecedente de bypass gástrico, la sintomatología característica y los hallazgos de la MCG permitió establecer una sospecha fundada de hipoglucemia postbariátrica. Desde Atención Primaria se iniciaron recomendaciones dietéticas específicas y tratamiento de la ferropenia, realizando derivación a Endocrinología y Nutrición para completar el estudio etiológico y establecer el tratamiento definitivo.

Entre las posibilidades diagnósticas se consideraron el síndrome de dumping tardío, insulinoma, hipoglucemias reactivas no relacionadas con cirugía bariátrica, insuficiencia suprarrenal y otras endocrinopatías. La ausencia de alteraciones analíticas basales y la asociación entre bypass gástrico, síntomas tras las comidas y episodios repetidos de hipoglucemia posprandial objetivados mediante MCG orientaron hacia una hipoglucemia postbariátrica.

La hipoglucemia postbariátrica debe considerarse ante episodios autonómicos o neuroglucopénicos recurrentes después de un bypass gástrico, incluso con analítica basal normal. La sospecha clínica constituye el punto de partida, mientras que la MCG puede aportar información sobre la relación entre síntomas e hipoglucemia y facilitar la priorización del estudio especializado. Este caso muestra cómo su utilización desde Atención Primaria permitió objetivar una alteración glucémica que no se evidenciaba en las determinaciones habituales, posibilitando una intervención precoz y una deriva-

ción especializada. La tecnología complementó, pero no sustituyó, el razonamiento clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capristo E, Marini P, De Gaetano A, et al. Postprandial hypoglycemia after gastric bypass: clinical presentation and management. *Nutrients*. 2023;15(18):3992.
2. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. ASMBS position statement on postprandial hyperinsulinemic hypoglycemia after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2017;13(3):371-378.

P-004

¿HUBIÉRAMOS INTENSIFICADO ERRÓNEAMENTE LA INSULINOTERAPIA SI SOLO HUBIÉRAMOS CONSIDERADO LA HBA1C?

Isabel María Peral Martínez[1], Jose Fausto Franco Pineda[1], Ramona Duran Ramírez[1]

[1] *C.S. Puerto Lumbreras*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 73 años con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en 2001, dislipidemia y tabaquismo activo, tratado con metformina/canagliflozina e insulinoterapia basal-bolo. Desde 2022 realiza seguimiento mediante monitorización continua de glucosa (MCG).

Durante tres años presentó cifras persistentes de HbA1c entre el 8,0 y el 8,2%, lo que sugería un control glucémico insuficiente y podría haber motivado sucesivas intensificaciones de la insulinoterapia. Sin embargo, el seguimiento mediante MCG mostró de forma mantenida un adecuado control glucémico, permitiendo adaptar el tratamiento según los patrones glucémicos reales y evitando modificaciones terapéuticas basadas exclusivamente en la HbA1c.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las sucesivas descargas del análisis ambulatorio del perfil glucémico mostraron glucosa media entre 136 y 156 mg/dL, GMI entre 6,6% y 7,0%, coeficiente de variación inferior al 32% y tiempo en rango entre el 72% y el 87%, con ausencia de hipoglucemias clínicamente significativas.

El análisis del AGP permitió identificar hiperglucemias posprandiales aisladas y episodios de hipoglucemia relacionados con la actividad física, realizándose únicamente pequeños ajustes dirigidos de la insulinoterapia (incrementos puntuales de una unidad de insulina rápida y posterior reducción de la insulina basal).

En la última revisión, pese a una HbA1c del 8,2%, la MCG mostraba un GMI del 6,6%, un TIR del 82% y una variabilidad glucémica del 31,5%, motivo por el que no se intensificó el tratamiento y el paciente fue dado de alta para seguimiento en Atención Primaria.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Discordancia persistente entre la HbA1c y las métricas derivadas de la MCG.

La interpretación aislada de la HbA1c habría conducido previsiblemente a una intensificación progresiva de la insulinoterapia. Sin embargo, la integración del GMI, el TIR, la variabilidad glucémica y el análisis del AGP permitió concluir que el paciente presentaba un adecuado control metabólico, individualizar el tratamiento y evitar una escalada terapéutica potencialmente innecesaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se valoraron posibles causas de discordancia entre HbA1c y MCG, incluyendo alteraciones de la supervivencia eritrocitaria, ferropenia, enfermedad renal crónica, hemoglobinopatías y las limitaciones inherentes de la HbA1c como biomarcador indirecto de exposición glucémica.

CONCLUSIONES

La HbA1c continúa siendo un indicador esencial del control glucémico, pero su interpretación aislada puede conducir a decisiones terapéuticas inapropiadas. Este caso muestra cómo la monitorización continua de glucosa permitió

interpretar adecuadamente la exposición glucémica, identificar patrones específicos de hiperglucemia e hipoglucemia, individualizar la insulinoterapia y evitar una intensificación potencialmente innecesaria del tratamiento. En personas con diabetes tipo 2 tratadas con insulina, la integración sistemática del análisis ambulatorio del perfil glucémico, el tiempo en rango, el GMI y la variabilidad glucémica aporta información clínica complementaria a la HbA1c y mejora la toma de decisiones en Atención Primaria.

P-005

DE LA DESCOMPENSACIÓN AL CONTROL: EL IMPACTO DEL SEGUIMIENTO INTENSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Emilia Salmerón Arjona[1], Pedro García Franco[1], Irene López Caballero[1]

[1] *Centro de Salud Bº del Carmen*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de más de 20 años de evolución, inicialmente tratado con antidiabéticos orales y posteriormente con sucesivas intensificaciones terapéuticas por deterioro del control glucémico. En 2017, a los 58 años, presentaba retinopatía diabética proliferativa tratada mediante panfotocoagulación y una úlcera en el talón izquierdo, sin enfermedad macrovascular. Refería baja adherencia a las recomendaciones dietéticas, sedentarismo y factores psicosociales relevantes tras el fallecimiento de su madre. Fue derivado a Endocrinología, donde se instauró insulinoterapia bolo-basal, junto con educación diabetológica y consejo para el abandono del tabaquismo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Durante el seguimiento presentó una evolución desfavorable. En 2024, con 64 años, había precisado amputación infracondílea de la extremidad inferior derecha y presentaba nefropatía diabética con enfermedad renal crónica estadio 3. La monitorización continua de glucosa (MCG) mostró una HbA1c del 9,4% y un tiempo en rango (TIR) del 16%, que posteriormente empeoró hasta una HbA1c del 12,9%, asociado a omisión frecuente de dosis de insulina y errores en la técnica de administración. En junio de 2025 persistía un mal control (HbA1c 10,8%; TIR 19%) pese a la intensificación farmacológica y a repetidas intervenciones educativas, por lo que fue derivado a Atención Primaria.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se consideró que el mal control metabólico estaba condicionado principalmente por baja adherencia terapéutica, técnica incorrecta de administración de insulina y factores conductuales y psicosociales, más que por un fracaso farmacológico. Desde Atención Primaria se realizó un seguimiento intensivo durante un año mediante consultas periódicas de Medicina y Enfermería, con revisión sistemática de la MCG. La intervención incluyó educación diabetológica sobre alimentación, recuento de hidratos de carbono, interpretación de perfiles glucémicos, optimización de la técnica y rotación de las zonas de inyección, además del refuerzo de la adherencia y un programa de deshabituación tabáquica con terapia cognitivo-conductual y citisiniclina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se planteó el diagnóstico diferencial entre progresión de la DM2 con insulinopenia avanzada, resistencia a la insulina, mala adherencia terapéutica, errores en la administración de insulina y factores psicosociales que limitaban el autocuidado. La revisión clínica y de los registros de MCG permitió identificar como principales responsables del mal control la baja adherencia y la técnica inadecuada de insulinoterapia.

CONCLUSIONES

Tras un año de intervención, el TIR aumentó del 19% al 62% y la HbA1c descendió del 10,8% al 7,8%, reflejando una mejoría clínicamente relevante del control glucémico. Este caso demuestra que, incluso en pacientes con DM2 avanzada y complicaciones establecidas, una intervención estructurada e individualizada desde Atención Primaria, basada en educación terapéutica, monitorización continua de glucosa, apoyo conductual y seguimiento estrecho, puede mejorar significativamente la adherencia, el autocuidado y el control metabólico. Asimismo, refuerza el papel fundamental de Atención Primaria en el manejo integral y continuado de la diabetes.

P-007

CUANDO LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA CAMBIA LA DECISIÓN CLÍNICA: INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN UNA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DISCORDANCIA HBA1C-GMI

Odalys Almarales Álvarez[1], Jennifer Domínguez González[1], María Candelaria González Canino[1]

[1] *Centro de Salud Ofra-Miramar*

Mujer de 73 años con diabetes mellitus tipo 2 de más de 20 años de evolución, en tratamiento con pauta bolo-basal desde 2018, semaglutida y dapagliflozina. Presentaba hipertensión arterial, dislipemia, retinopatía diabética leve y enfermedad aterosclerótica carotídea bilateral. Ante cifras persistentemente elevadas de HbA1c (12,3%, 9,5% y 12,3%), se planteó intensificar la insulinoterapia. Sin embargo, antes de modificar el tratamiento se decidió iniciar monitorización continua de glucosa (MCG) desde Atención Primaria para caracterizar el patrón glucémico.

La MCG evidenció inicialmente hipoglucemias nocturnas repetidas, por lo que se redujo la insulina basal de 52 a 46 UI. Tras el ajuste, el perfil ambulatorio de glucosa (AGP) descartó hiperglucemia nocturna y mostró un patrón repetitivo de hiperglucemia entre las 09:00 y las 12:00 horas, sin datos que justificaran incrementar la insulina basal.

La revisión conjunta del AGP y la entrevista clínica permitió identificar un doble desayuno separado aproximadamente una hora, horarios irregulares de administración de la insulina basal y aspectos mejorables de la educación diabetológica. Se interpretó que el mal control estaba condicionado fundamentalmente por factores modificables y una cobertura insuficiente del desayuno, y no por un déficit de insulina basal.

Medicina de Familia y Enfermería realizaron una intervención conjunta basada en educación terapéutica, mejora de la adherencia, reorganización de las ingestas, participación familiar y ajuste exclusivo de la insulina prandial del desayuno. De este modo, se evitó una intensificación innecesaria de la insulina basal y se redujo el riesgo de nuevas hipoglucemias.

Durante el seguimiento se observó una marcada discordancia entre HbA1c (12,3%) y GMI (7,0%). Se valoraron posibles causas, incluyendo alteraciones del metabolismo eritrocitario, hemoglobinopatías, enfermedad renal, interferencias analíticas y mejoría reciente del control glucémico. Tras descartar las principales causas secundarias, la discrepancia se consideró probablemente relacionada con la mejoría reciente del control y una posible variabilidad biológica individual.

Este caso pone de manifiesto que la MCG no sustituye al juicio clínico, sino que lo complementa. La interpretación del AGP permitió detectar hipoglucemias inadvertidas, identificar el verdadero patrón de hiperglucemia y orientar una intervención dirigida, evitando intensificar de forma inapropiada la insulina basal. La integración de los datos de MCG con la entrevista clínica y el trabajo coordinado entre Medicina de Familia y Enfermería permitió individualizar el tratamiento y transformar la información proporcionada por la tecnología en decisiones centradas en la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S146-S166.
2. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the international consensus on time in range. *Diabetes Care*. 2019;42(8):1593-1603.

P-008

GRANULOMA FACIAL: UN RETO DIAGNÓSTICO EN UN PACIENTE CON DIABETES TIPO 2

Carmen Álvarez García[1], Lidia Miro Segura[2], Nuria González Alonso[3]

[1] *CS Cerro del Aire, Majadahonda (MFyC) R4*
[2] *CS Cerro del Aire, Majadahonda (MFyC) R1*
[3] *CS Cerro del Aire, Majadahonda (MFyC) Adj*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 73 años: acude a consulta con MAP por presentar lesiones faciales en placas, eritematosas, de largo tiempo de evolución (2024). Refiere que desde hace dos meses prurito importante en cara, brazos y cuero cabelludo. Se han pautado corticoides tópicos y orales, y antihistamínicos sin mejoría. Se remiten fotografías a e-Consulta de Dermato-

logía donde citan en Consulta.

Antecedentes personales: No RAMC, DM, herpes zóster en hemicara izquierda, faquectomía bilateral.

Tratamiento habitual: Lantus 20 UI 0-0-1

EXPLORACIÓN FÍSICA

Lesiones cutáneas induradas, nodulares y en placas en zona malar, punta nariz, mentón y frente, eritemato-violáceas, descamativas. Facies leonina.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el centro de salud:

-Ecografía cutánea donde se observa engrosamiento dérmico.

-Analítica sanguínea: eosinófilos 0,8 x 10E3/MicroL (0,0-0,4), IgG4 118,6 mg/dL (4,0-86,0), HbA1c 8,1% (4,5-6,4%). Hb1Ac: 15.5.

-Rx tórax: sin hallazgos.

Hospitalarias:

-Serologías: VHB, sífilis, sarampión, Toxoplasma, fasciolosis, toxocariasis, Trypanosoma cruzi (Chagas), Entamoeba histolytica negativos. Anticoagulante lúpico y anticuerpos antifosfolípidos negativos.

-Biopsia de piel: compatible con un granuloma facial. Se descarta lepra.

-PET-TAC: captaciones cutáneas en región facial relacionadas con la afectación inflamatoria ya conocida.

Evolución médica: Valorado por Dermatología. No cumple criterios ACR/EULAR 2019 para enfermedad relacionada con IgG4, pero se solicita valoración por Medicina Interna. Se realizan biopsias cutáneas e inicia tratamiento con prednisona en pauta descendente, asociando Diprogenta y posteriormente tacrolimus (Protopic)/pimecrolimus (Elidel) facial, así como Elocom e hidratación corporal. Presenta mejoría clínica cutánea, iniciándose tratamiento con dapsona 50 mg/día tras firma de consentimiento informado por uso fuera de ficha técnica. Actualmente continúa con dapsona y tacrolimus tópico nocturno.

Tras estudio sistémico e histopatológico por Medicina Interna se descarta enfermedad relacionada con IgG4 por eosinofilia.

En Atención Primaria, ante el mal control glucémico, se añade empagliflozina (Jardiance) 25 mg/día.

JUICIO DIAGNÓSTICO

- Granuloma facial con características AP IgG4 pero sin criterios de clasificación por eosinofilia

- Diabetes mellitus 2 con mal control.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Lepra

-Granuloma anular

-Necrobiosis lipoídica

-Sarcoidosis cutánea

-Lupus vulgar

-Tuberculosis cutánea

-Leishmaniasis cutánea

-Infecciones por bacterias no tuberculosas

-Micosis profundas

-Rosácea granulomatosa

-Granulomatosis con poliangeítis

-Lupus miliar diseminado facial (Acne agminata)

-Granuloma del adulto

COMENTARIO FINAL

En un paciente con diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, la presencia de una lesión granulomatosa facial requiere un abordaje diagnóstico amplio. Aunque la diabetes no constituye una causa directa de granuloma facial, favorece la aparición de infecciones cutáneas y otras dermatosis que pueden simular este patrón clínico. Por ello, es fundamental realizar una biopsia cutánea con estudio histopatológico y, cuando esté indicado, microbiológico, para establecer el diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento adecuado. Asimismo, optimizar el control glucémico es un componente esencial del manejo, ya que contribuye a mejorar la respuesta terapéutica y disminuir el riesgo de complicaciones.

P-009

NO TODA DIABETES DE INICIO EN EL ADULTO ES UNA DIABETES MELLITUS TIPO 2: DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO

Noelia Vigal García[1], Lucía Fernández González[2], Raquel Huerta Menéndez[3]

[1] *Centro de Salud Miribilla. Bilbao (Vizcaya)*
[2] *Centro de Salud Pumarín. Oviedo (Asturias)*
[3] *Centro de Salud Siero-Sariego. Pola de Siero (Asturias)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 46 años en el que se detecta en analítica de rutina hiperglucemia con cifras de 312 mg/dL, siendo las glucemias previas registradas de menos de 90 mg/dL. El paciente corrobora analítica en ayunas. Al realizar la anamnesis refiere en las últimas dos semanas sintomatología de polidipsia, polifagia y poliuria. Niega cuadro vírico previo, fiebre, vómitos, alteraciones del ritmo intestinal o disuria. No pérdida ponderal u otra sintomatología.

Hábitos tóxicos: exfumador desde hace 2 años. OH muy ocasional. No antecedentes personales de diabetes, hipertensión arterial ni enfermedad cardiovascular conocida. Hipertrigliceridemia leve en analítica previa. No intervenciones quirúrgicas ni tratamiento crónico. Ejercicio físico 2 veces por semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 136/83. FC 87 lpm. Afebril. SO2 98%, no taquipnea. Normocoloreado y normohidratado.

Peso: 74 kg. Talla 178 cm. IMC 23,4.

Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias. Ruidos presentes.

Exploración neurológica: consciente y orientado en tiempo y espacio. Glasgow Coma Score (GCS) 15. Lenguaje fluido, nómina, comprende y repite. No signos de focalidad neurológica.

Se realiza glucemia capilar con resultado "HIGH" y cetonemia capilar de 1,4 mmol/L. Se inicia insulina rápida y sueroterapia intensiva y se decide derivación hospitalaria para monitorización y tratamiento.

En Urgencias se confirma glucemia plasmática de 616 mg/dL, glucosuria intensa y cetonuria, sin acidosis metabólica en gasometría venosa. Ionograma, hemograma, coagulación y función renal normales.

Dado que el paciente mantiene glucemias capilares elevadas, se inicia perfusión continua de insulina rápida, consiguiendo reducirse la glucemia <200 mg/dL. Se realiza TAC abdominal sin alteraciones.

Se inicia pauta bolo-basal de insulina subcutánea y en el contexto de debut de diabetes mellitus con cuadro de

hiperglucemia sin cetoacidosis se da de alta al paciente.

Al día siguiente, desde Atención Primaria, se amplía el estudio etiológico, objetivándose HbA1c 9,9%, anticuerpos anti-GAD positivos (>30 U/mL), péptido C disminuido (0,4 ng/mL), Lp(a) 70, función tiroidea normal y perfil lipídico sin cambios respecto a controles previos.

Ante los hallazgos se decide realizar interconsulta no presencial a Endocrinología, que continúa seguimiento e instaura monitorización continua de glucosa (MCG).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Debut diabético con hiperglucemia grave y cetosis. La ausencia de un fenotipo típico de resistencia insulínica, la instauración rápida de la clínica, la necesidad precoz de insulinoterapia y la positividad de anticuerpos anti-GAD junto con un péptido C disminuido permitieron establecer el diagnóstico de **diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA)**. Se inició tratamiento con pauta bolo-basal de insulina y educación diabetológica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante una hiperglucemia grave en un adulto, el principal diagnóstico diferencial debe establecerse entre diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA), diabetes mellitus tipo 1 de inicio tardío y otras formas de diabetes secundaria. La edad del paciente podría orientar inicialmente hacia una diabetes tipo 2; sin embargo, la rápida instauración de la clínica cardinal, la ausencia de un fenotipo característico de resistencia a la insulina y la presencia de cetosis desde el debut hicieron sospechar un déficit significativo de secreción insulínica. Asimismo, se descartaron otras causas de diabetes secundaria, como enfermedad pancreática exocrina, endocrinopatías y fármacos hiperglucemiantes. La positividad de los anticuerpos anti-GAD junto con un péptido C disminuido confirmó el origen autoinmune de la enfermedad, siendo el diagnóstico final compatible con una diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA).

CONCLUSIONES

La forma más frecuente de diabetes en el adulto es la tipo 2; sin embargo, la diabetes autoinmune, también conocida como LADA (diabetes autoinmune latente del adulto), representa entre el 5 y el 10% de todos los casos de diabetes en personas adultas. Se estima que en aproximadamente un 9% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticados en la edad adulta se corresponden en realidad con una diabetes autoinmune.

Ante un debut diabético de rápida evolución, especialmente en pacientes sin un fenotipo característico de diabetes mellitus tipo 2, es fundamental incluir la diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA) en el diagnóstico diferencial.

La Atención Primaria desempeña un papel esencial en la sospecha diagnóstica inicial, siendo capaz de identificar precozmente signos de alarma, iniciar las primeras medidas terapéuticas y reconocer aquellos casos con riesgo de urgencia metabólica que requieren derivación hospitalaria, sin que ello suponga retrasar el inicio del tratamiento.

Asimismo, la instauración precoz de insulinoterapia cuando está indicada, la educación diabetológica y la solicitud de pruebas complementarias dirigidas, como la determinación de autoanticuerpos pancreáticos y del péptido C, permiten establecer un diagnóstico etiológico correcto y evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos, optimizando el pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D, et al. Management of latent autoimmune diabetes in adults: a consensus statement from an international expert panel. *Diabetes*. 2020;69:2037-2047.

Mauricio D, Franch J, Hernández M. **Diabetes autoinmune latente del adulto**. *Diabetes. Tratamientos*. 2025 Abr;(92):2-4.

P-010

DIABETES TIPO 3C: CUANDO EL RETO NO ES BAJAR LA HBA1C, SINO EVITAR LAS HIPOGLUCEMIAS

Isabel María Peral Martínez[1], Jose Fausto Franco Pineda[1], Ramona Duran Ramírez[1]

[1] *C.S. Puerto Lumbreras*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 61 años que cambia de médico de familia y acude a consulta de Atención Primaria para continuidad asistencial por mal control glucémico persistente. Como antecedentes destacaban diabetes mellitus tipo 3c secundaria a duodenopancreatectomía con esplenectomía por pseudomasa inflamatoria pancreática (2013), insuficiencia pancreática exocrina y gastroparesia mixta.

En la valoración inicial presentaba una diabetes de elevada complejidad, con importantes oscilaciones glucémicas, episodios repetidos de hipoglucemia, pérdida ponderal, ingresos digestivos frecuentes y horarios de alimentación muy irregulares por su actividad laboral en hostelería. Además, se objetivaron dificultades en la técnica de administración de insulina y en la utilización del sistema de monitorización continua de glucosa.

Desde Atención Primaria se inició un seguimiento longitudinal coordinado con Enfermería de Diabetes, Digestivo y Endocrinología, centrado en la educación terapéutica y la individualización del tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La revisión sistemática del perfil glucémico ambulatorio mostró inicialmente una elevada exposición a hipoglucemias (tiempo bajo rango del 19%), junto con una marcada variabilidad glucémica (coeficiente de variación 48,6%) y un tiempo en rango del 60%.

La HbA1c presentó importantes oscilaciones durante el seguimiento (13,7%-6,9%-9,7%-8,3%), sin reflejar adecuadamente la complejidad clínica ni el riesgo de hipoglucemia.

Durante las sucesivas consultas en Atención Primaria se identificaron múltiples factores potencialmente modificables: ausencia de tiempo de espera tras la administración de insulina rápida, utilización incompleta de la monitorización continua de glucosa, escasa rotación de las zonas de inyección, falta de autoajuste de las dosis y dificultades derivadas de la gastroparesia y de los horarios laborales.

Se reforzó la educación diabetológica, se revisó periódicamente el perfil glucémico ambulatorio junto con la enfermera referente en diabetes, se adaptaron los algoritmos de corrección de insulina y se individualizó el tratamiento según la composición de las comidas, la actividad física y la evolución digestiva.

Tras la intervención, el tiempo bajo rango se redujo y se mantuvo habitualmente entre el 2% y el 6%, con disminución de las hipoglucemias clínicamente relevantes pese a persistir una diabetes pancreatógena de elevada complejidad.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes mellitus tipo 3c secundaria a duodenopancreatectomía, asociada a insuficiencia pancreática exocrina y gastroparesia.

La reevaluación integral realizada desde Atención Primaria permitió identificar que el principal problema clínico no era únicamente una HbA1c elevada, sino la coexistencia de una gran variabilidad glucémica y un elevado riesgo de hipoglucemias favorecido por la fisiopatología de la enfermedad y por múltiples factores modificables.

Las decisiones terapéuticas se orientaron prioritariamente a mejorar la seguridad glucémica, utilizando el perfil glucémico ambulatorio como herramienta para individualizar el tratamiento y minimizar las hipoglucemias antes que perseguir una reducción aislada de la HbA1c.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron como factores responsables del mal control glucémico la diabetes pancreatógena, la gastroparesia diabética y posquirúrgica, la insuficiencia pancreática exocrina, la variabilidad en la absorción intestinal, la irregularidad de la ingesta por motivos laborales, los errores en la técnica de administración de insulina y el uso inadecuado de la

monitorización continua de glucosa.

CONCLUSIONES

La diabetes tipo 3c constituye uno de los mayores retos asistenciales para Atención Primaria por la coexistencia de insulinopenia, insuficiencia pancreática exocrina, gastroparesia, riesgo nutricional y elevada variabilidad glucémica.

Este caso demuestra que la reevaluación sistemática realizada desde Atención Primaria permitió detectar factores potencialmente modificables que condicionaban el riesgo de hipoglucemias. La educación terapéutica, el análisis seriado del perfil glucémico ambulatorio, la optimización de la técnica de insulinización y la coordinación con Enfermería de Diabetes y Atención Hospitalaria hicieron posible individualizar el tratamiento y reducir de forma mantenida la exposición a hipoglucemias.

La principal enseñanza es que, en la diabetes tipo 3c, el éxito terapéutico debe valorarse priorizando la seguridad glucémica, la reducción de la variabilidad y la preservación del estado nutricional, más que por la consecución aislada de una cifra de HbA1c.

P-012

CETOACIDOSIS DIABÉTICA POR iSGLT2 EN DEBUT DIABÉTICO NO FILIADO

Sebastián González Amaya[1], Muñoz Muriel María De Los Angeles[1], Castro Sosa Vanesa[1]

[1] *UGC Centro Salud Algeciras Norte*

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) se emplean cada vez más en el manejo de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria por sus beneficios cardiorrenales y en ocasiones ya desde el inicio del diagnóstico. Sin embargo, se asocian a un riesgo poco frecuente pero potencialmente grave de cetoacidosis diabética (CAD), siendo el debut diabético el escenario de máximo riesgo: reserva insulínica mínima o nula, a menudo con cetosis ya presente en el momento del diagnóstico. Añadir un iSGLT2 en esta fase suma un fármaco que favorece la cetogénesis justo cuando el paciente tiene menor capacidad de suprimirla con insulina endógena. El objetivo terapéutico en el debut debe ser titular insulina exógena y filiar el tipo de diabetes antes de introducir cualquier coadyuvante, dado que en diabetes tipo 1 estos fármacos están contraindicados precisamente por este riesgo potencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años, obesa, sin antecedentes personales ni familiares de diabetes, que acude a urgencias hospitalarias por malestar general, astenia, polidipsia y pérdida de peso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 80 kg, talla 161, índice de masa corporal 31. Analítica inicial: glucemia 413 mg/dL sin cetonuria, HbA1c 8,3%, microalbuminuria negativa. Se inicia insulinización basal (glargina) y metformina, derivándose a Medicina Interna y Atención Primaria para estudio y seguimiento.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

En consulta privada de Medicina Interna se añade dapagliflozina a la espera de anticuerpos para filiar el tipo de diabetes. La paciente empeora progresivamente: mialgias, dispepsia y vómitos de repetición, con mayor pérdida de peso y múltiples visitas a urgencias. Valorada en Atención Primaria, se deriva de forma urgente al hospital, donde ingresa con diagnóstico de cetoacidosis diabética y se retira el fármaco glucosúrico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El debut hiperglucémico sin cetonuria inicial planteaba diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico, diabetes tipo 1 de inicio insidioso, diabetes tipo LADA o diabetes secundaria.

La introducción de un iSGLT2 sin filiación previa contribuyó a enmascarar y precipitar la CAD, retrasando el diagnóstico hasta la determinación de autoinmunidad: Ac anti-GAD positivo (34,05 U/ml) y Ac anti-IA2 positivo

(13,84 U/ml), con Ac anti-insulina, antitiroglobulina y antiperoxidasa negativos, confirmando diabetes tipo 1 autoinmune.

CONCLUSIONES

Ante un debut diabético debe confirmarse el tipo de diabetes antes de introducir un fármaco iSGLT2 como coadyuvante, dado el riesgo de cetoacidosis. Es labor de Atención Primaria mantener un alto índice de sospecha de CAD en pacientes en tratamiento con estos fármacos, especialmente en el debut de la enfermedad o ante ayuno prolongado, dieta hipocalórica, cirugía o enfermedad intercurrente, situaciones en las que la clínica puede aparecer con glucemias no marcadamente elevadas.

P-013

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

Rosa Isabel Cristóbal Martínez[1]

[1] *Hospital La Inmaculada*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 42 años con diabetes mellitus tipo 1 (debut a los 8 años), en tratamiento con insulina bolo-basal y monitorización continua de glucosa (MCG), que presenta ansiedad severa. La situación inicial estaba caracterizada por glucemias muy variables con hiperglucemias persistentes, variabilidad glucémica del 43% y HbA1c del 10,82%. La paciente refería sensación de desbordamiento emocional, ansiedad generalizada, conductas de evitación, aumento de la ingesta e ideas de abandono del tratamiento. Presentaba dificultades para realizar ajustes de insulina y tendencia a la sobrecorrección de las hiperglucemias, condicionando episodios de hipoglucemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La paciente presentaba buen estado general, sin hallazgos patológicos relevantes. La descarga de la MCG mostró variabilidad glucémica elevada, predominio de hiperglucemias persistentes, tiempo por encima de rango (TAR) elevado y episodios de hipoglucemia por sobrecorrección, con aumento del tiempo por debajo de rango (TBR). La valoración psicológica evidenció ansiedad elevada relacionada con la diabetes, conductas evitativas, sentimientos de fracaso ante los resultados glucémicos y riesgo de abandono terapéutico. Además, se objetivaron dificultades en la toma de decisiones y en el ajuste de insulina.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes mellitus tipo 1 de larga evolución con mal control glucémico crónico, elevada variabilidad glucémica secundaria a dificultades en el autocuidado y en el ajuste de insulina, y distrés diabético grave asociado a trastorno de ansiedad generalizada, con riesgo de abandono terapéutico. El juicio clínico fue: paciente con DM1 de 34 años de evolución y muy mal control metabólico, en la que la afectación emocional condicionaba dificultades en el autocuidado, peor adherencia terapéutica, conductas de evitación y problemas en el manejo de la insulinoterapia. Se objetivó un círculo vicioso: hiperglucemia -> ansiedad y sensación de fracaso -> sobrecorrección -> hipoglucemias y aumento de la variabilidad glucémica -> empeoramiento de la percepción de control y mayor ansiedad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno de ansiedad generalizada asociado a enfermedad crónica.

CONCLUSIONES

Tras seis meses de intervención combinada entre enfermería de práctica avanzada (EPA) y salud mental, basada en técnicas de gestión del estrés, reestructuración de pensamientos, regulación emocional, trabajo de la culpa, objetivos realistas y educación terapéutica diabetológica, se observó un descenso de la glucosa media de 266 a 140 mg/dL, aumento del tiempo en rango del 22% al 69%, reducción del TAR del 75% al 22%, disminución de la GMI del 9,7% al 6,7% y una mejoría emocional, con motivación, independencia. Este caso pone de manifiesto la relación bidireccional entre salud mental y control metabólico en la DM1. La principal enseñanza es que la ansiedad puede convertirse en una importante

barrera para el autocuidado. La combinación de profesionales de salud mental y EPA de Diabetes resulta fundamental para mejorar los resultados clínicos y el bienestar emocional de los pacientes.

P-014

UN AÑO CON EL SENSOR: EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y NECESIDADES EDUCATIVAS DETECTADAS DURANTE EL SEGUIMIENTO ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

María Minerva Figueras Alfonso[1], Daniel Montero Candelaria[1], Carla Betancor Pérez[1]

[1] *Centro de Salud de San Bartolomé*

INTRODUCCIÓN

La Instrucción n.º 12/23 del Servicio Canario de la Salud incorporó la monitorización continua de glucosa (MCG) a la cartera de servicios de Atención Primaria para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento con insulinoterapia compleja. Su implantación requiere formación específica de los profesionales y educación diabetológica de los pacientes para favorecer un uso seguro y eficiente de esta tecnología.

La MCG ofrece nuevas posibilidades para el seguimiento del control glucémico y la toma de decisiones terapéuticas, pero también plantea retos relacionados con la adaptación al dispositivo, las incidencias técnicas, la brecha digital y la modificación de estilos de vida.

Objetivo: Evaluar, tras un año de seguimiento, la evolución de los parámetros glucométricos, la frecuentación asistencial y la experiencia de pacientes con DM2 usuarios de MCG en Atención Primaria, identificando necesidades educativas y oportunidades de mejora.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal de una serie de 7 pacientes con DM2, tratados con insulina y fármacos orales, seguidos durante 12 meses tras la implantación de MCG en Atención Primaria. Se analizaron datos de la historia clínica y de la plataforma AGP: HbA1c, indicador de gestión de glucosa (GMI), coeficiente de variación (%CV), tiempo en rango (TIR) y frecuentación asistencial. Se registraron las consultas presenciales y telefónicas de Enfermería. La experiencia del paciente se evaluó mediante un cuestionario anónimo autoadministrado de 35 ítems sobre adaptación al dispositivo, alimentación, ejercicio físico, apoyo de Enfermería y gestión de incidencias técnicas.

Resultados: Tras 12 meses, la HbA1c media disminuyó de 8,03% a 6,86% y el TIR aumentó de 61,29% a 71,50%. El GMI medio pasó de 7,40% a 7,00%, mientras que el %CV permaneció prácticamente estable (29,23% frente a 29,18%). La evolución individual fue heterogénea, con pacientes que presentaron mejoría de los parámetros glucométricos y otros con evolución desfavorable en alguna variable.

Durante el seguimiento se registró una media de 8,29 consultas telefónicas y 12,29 consultas presenciales de Enfermería por paciente, con una frecuentación total media de 20,57 consultas por paciente/año.

La adaptación al dispositivo fue favorable: el 57,1% de los pacientes se adaptó en menos de una semana y el 100% consideró llevar el sensor "muy cómodo" o con molestias mínimas. El 85,7% refirió modificaciones en sus hábitos alimentarios, incluyendo cambios dirigidos a evitar picos glucémicos. El apoyo global de Enfermería fue valorado positivamente por el 100% de los participantes (71,4% excelente y 28,6% bueno). La satisfacción global media fue de 8,57/10; el 100% manifestó querer continuar utilizando la MCG y recomendaría su uso.

El 100% presentó alguna incidencia técnica; el 71,4% contactó directamente con el soporte del fabricante. La resolución fue rápida en el 85,7% de los casos y el soporte técnico recibió valoraciones positivas en el 100%.

En relación con el ejercicio físico, 4 de los 7 pacientes (57,1%) refirieron que el sensor no les ayudaba a realizar ejercicio o que no realizaban actividad física regular. De este grupo, 3 eran mujeres (75%), lo que representa al 100% de las mujeres incluidas en la muestra. Por último, se identificó una brecha digital inicial en pacientes con menor competencia tecnológica, especialmente en edades más avanzadas, que precisaron en algunos casos apoyo familiar para vincular las aplicaciones móviles y manejar el sistema.

CONCLUSIONES

La implantación de la MCG en esta serie de pacientes con DM2 en Atención Primaria fue factible y bien aceptada, observándose tras 12 meses una evolución favorable de los principales parámetros glucométricos y una elevada satisfacción.

El seguimiento enfermero tuvo un papel relevante en la educación diabetológica, la adaptación al dispositivo y la resolución de incidencias, contribuyendo a mantener la adherencia. La experiencia permitió identificar necesidades educativas que van más allá del control glucémico, especialmente sobre ejercicio físico y brecha digital.

En el abordaje del ejercicio será necesario profundizar en barreras individuales, diferenciando entre sedentarismo, temor a la hipoglucemia y dificultades al interpretar flechas de tendencia. La implicación familiar y materiales sencillos pueden facilitar una implantación más equitativa en pacientes con menor competencia digital.

Los resultados deben interpretarse con cautela por el pequeño tamaño muestral (n=7), el diseño observacional y la ausencia de grupo control, no permitiendo establecer causalidad. No obstante, esta experiencia real aporta información útil para optimizar el seguimiento de personas con DM2 usuarias de MCG desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Canario de la Salud. Instrucción n.º 12/23 sobre sistemas de monitorización continua de glucosa e infusión continua de insulina. 2023.
2. Battelino T, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation. *Diabetes Care*. 2019;42:1593-1603.
3. Natale P, et al. Patient experiences of continuous glucose monitoring: systematic review of qualitative studies. *J Diabetes*. 2023;15:1048-1069.
4. Tan YY, et al. Effectiveness of continuous glucose monitoring in type 2 diabetes: umbrella review. *Arch Public Health*. 2024;82:231.

P-015

¿SABÍAN LOS PACIENTES LO QUE LES PODÍA PASAR? RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE ADAPTADA SOBRE LA HBA1C EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Concepción Navarro Navarro[1], Alfredo Jesús Reche Mañas[1]

[1] *CS Alcantarilla-Sangonera*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El control de la HbA1c es fundamental para prevenir complicaciones crónicas en la DM2. Sin embargo, frecuentemente los pacientes desconocen las consecuencias sistémicas de un mal control más allá de la hiperglucemia. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención educativa breve con ejemplo dinámico-ilustrativo, realizada por enfermería en atención primaria, sobre el nivel de conocimiento de los pacientes con DM2 acerca de las complicaciones asociadas a la HbA1c elevada.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio cuasiexperimental, con medición pre y postintervención, desarrollado durante 4 meses en una consulta de enfermería de Atención Primaria en Murcia. Participaron 76 pacientes con DM2, mayores de 18 años, con al menos una determinación de HbA1c en los últimos 3 meses. Se excluyó a pacientes con deterioro cognitivo, déficit visual, barrera idiomática o embarazo. Se aplicó un cuestionario de 7 preguntas sobre la relación del mal control de la HbA1c con daño en distintos órganos. Tras el pretest, los enfermeros realizaron una intervención educativa breve, utilizando un tríptico informativo y un ejemplo dinámico-visual que mostraba el cambio morfológico de los glóbulos rojos según los niveles de HbA1c. Se pasó el mismo cuestionario a los 3 meses.

RESULTADOS

3 meses tras la intervención, el porcentaje de aciertos aumentó en todas las preguntas evaluadas. Hubo una mejora global significativa a destacar en las preguntas sobre daño cardíaco (+46,06% de aciertos), riñón (+31,48%) y vasos sanguíneos (+44,73%). La mejora en preguntas relacionadas con la vista y heridas fue moderada (entre +11% y +22%). Estos datos aumentan la importancia de reforzar la educación diabetológica en consulta, adaptada al nivel sociocultural, incidiendo especialmente en las complicaciones macro y microvasculares (corazón, riñón, vasos y cicatrización de

heridas), que son menos conocidas por los pacientes. Por otro lado, los pacientes calificaron como muy útil y esclarecedor el ejemplo usado.

CONCLUSIONES

Los pacientes con DM2 presentan un conocimiento deficiente sobre las complicaciones vasculares, renales y de cicatrización derivadas de un mal control de la HbA1c, a pesar de conocer el concepto analítico. Una intervención educativa breve, con soporte visual y lenguaje adaptado, administrada por enfermería mejora significativamente ese conocimiento. La cicatrización de heridas, el daño renal y el vascular se identifican como los "puntos ciegos" educativos que deben priorizarse en futuras estrategias. Este estudio refuerza el papel de la enfermera de atención primaria como agente clave en la alfabetización en salud y respalda la integración de la educación para la salud estructurada como parte del cuidado habitual para prevenir complicaciones crónicas y fomentar la adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Juárez Marín PA, Lugos Castillo J, Galicia Rodríguez L, Lescas Hernández MMI, Villarreal Ríos E, Elizarrarás Rivas J. Efectividad de un programa educativo para el control de la hemoglobina glucosilada en el paciente con diabetes. Horiz Med (Lima). 2025;25(2):e3032. doi:10.24265/horizmed.2025.v25n2.04.

Wang M, Hng TM. HbA1c: More than just a number. Aust J Gen Pract. 2021;50(9):628-632.

Hsieh MH, Chen YC, Ho CH, Lin CY. Validation of Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ) in the Taiwanese population: concurrent validity with Diabetes-Specific Quality of Life Questionnaire Module. Diabetes Metab Syndr Obes. 2022;15:2391-2403. doi:10.2147/DMSO.S369552.

Duran Vera D, Lagos ME, Luengo Machuca L. Perfil sociodemográfico, automanejo, autoeficacia y resultados clínicos en personas con diabetes tipo 2. Rev Chil Cardiol. 2025;44(3):198-207. doi:10.4067/S0718-85602025000300198.

P-016

DIABETES MELLITUS II COMO DIAGNÓSTICO FINAL

Ana María Sánchez Reche[1], Estrella Cristina Mohíno Laguna[2], Beatriz Jiménez Gómez Del Pulgar[3]

[1] *Centro de Salud La Solana (Ciudad Real)*
[2] *Centro de Salud Valdepeñas I (Ciudad Real)*
[3] *Centro de Salud Manzanares II (Ciudad Real)*

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años, sin antecedentes médicos ni hábitos tóxicos de interés, que acude a la consulta de Atención Primaria por lesión persistente en base de 1º dedo pie derecho, sin dolor asociado. No refiere antecedente traumático, no fiebre, no disminución de movilidad, no pérdida de fuerza ni sensibilidad. No otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 128/76 mmHg FC 72 lpm Tº 36ºC Sat. O2 98% basal. Buen estado general. Consciente y orientado. AC: rítmico, sin soplos. AR: MVC, sin ruidos sobreañadidos. ABD: RHA+, blando, sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral negativa. MMII: pie derecho con piel seca, edematosa, movilidad conservada, no rigidez, no deformidad, lesión ulcerada de coloración negruzca en base de 1º dedo, no visualización de planos profundos, disminución de sensibilidad táctil, vibratoria y termoalgésica respecto a contralateral a la exploración con monofilamento de Semmes-Weinstein y diapasón de 128 Hz, no soplos, reflejos osteotendinosos conservados, presencia de pulsos femoral, poplíteo y tibial posterior bilaterales, pulso pedio débil en pie derecho. No otras lesiones dérmicas.

ECG: ritmo sinusal, a 78 lpm, BIRDHH, no datos de isquemia ni repolarización precoz.

Rx pie derecho: arco plantar conservado, no signos de osteomielitis.

Índice tobillo-brazo: 0,95.

Analítica: Glucosa 280 mg/dL HbA1c 9,8% Colesterol 260 mg/dL (LDL 210 mg/dL, HDL 50 mg/dL) Cr 0,78 mg/dL, FG > 60 mL/min/1,73 m². Hemograma, función hepática e iones normales. No microalbuminuria. No cetoacidosis.

Juicio clínico: Debut de diabetes mellitus II con polineuropatía asociada y pie diabético.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Úlcera angiopática, osteomielitis.

CONCLUSIONES

La polineuropatía es una complicación frecuente de la diabetes mellitus. Puede aparecer en al menos un 20% de los pacientes. El diagnóstico precoz, tras una correcta anamnesis y una exhaustiva exploración física, valorando riesgo cardiovascular global del paciente, es importante porque puede ser asintomática. Se recomienda realizar una exploración del pie anualmente, junto con curas locales diarias con desbridamiento y antibioterapia sistémica en el caso de úlceras e infecciones para evitar amputaciones.

P-018

CUANDO LA DORSALGIA ESCONDE UNA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: MENOPAUSIA, PREDIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Begoña Cano Valles[1], Celia Pardo Puyo[1], Gema Garcia Chivato[2]

[1] *C.S. Mutilva*

[2] *C.S. Algete*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años, menopáusica desde hacía 18 meses, fumadora (18 paquetes-año), con dislipemia, obesidad grado I y prediabetes (HbA1c 5,8%). Desde hacía ocho meses presentaba dorsalgia urente desencadenada exclusivamente por el esfuerzo, con irradiación centrotorácica y ocasionalmente a ambos brazos, disnea y malestar nauseoso, que cedía completamente con el reposo. Progresivamente aparecía con esfuerzos de menor intensidad. Había sido valorada previamente por diferentes profesionales, orientándose como dolor musculoesquelético, con tratamiento farmacológico y rehabilitación sin mejoría. Tras finalizar rehabilitación fue valorada por su nueva médica de familia. La persistencia de los síntomas y su relación reproducible con el esfuerzo motivaron una reevaluación diagnóstica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Encontrándose asintomática en reposo y ante la sospecha de origen isquémico, se realizó deambulación controlada. Tras aproximadamente 200 metros reapareció su sintomatología habitual. El ECG durante el dolor mostró infradesnivelación del ST en DII y V4-V6, ausente en un ECG previo. Se indicó traslado hospitalario urgente. En Urgencias, ya asintomática, el ECG no mostró alteraciones agudas y la troponina I presentó elevación seriada (40-110-160 pg/mL). El cateterismo confirmó enfermedad coronaria grave de dos vasos: lesión suboclusiva de circunfleja proximal y lesión significativa de coronaria derecha proximal-media, tratadas mediante angioplastia e implante de stents farmacoactivos. Función sistólica ventricular izquierda conservada.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

IAMSEST no complicado por enfermedad coronaria de dos vasos en una mujer con elevado riesgo cardiometabólico: tabaquismo, dislipemia, obesidad, prediabetes y menopausia reciente. Tras el evento se instauró prevención secundaria intensiva con tratamiento hipolipemiante, incluido evolocumab, rehabilitación cardíaca y semaglutida, iniciada a 0,25 mg/semana y titulada hasta 1,7 mg/semana. A los cuatro meses: peso 95→85 kg, perímetro abdominal 116→108 cm, HbA1c 5,8→5,6% y capacidad funcional 8,44→10,20 METS, con excelente adherencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dolor musculoesquelético/radiculopatía dorsal, patología gastroesofágica, enfermedad pulmonar y cardiopatía isquémica.

COMENTARIO FINAL/CONCLUSIONES

La enfermedad coronaria en la mujer puede presentar manifestaciones menos reconocidas inicialmente como isquémi-

cas. La coexistencia de menopausia reciente, prediabetes y otros factores cardiometabólicos debe incrementar la sospecha cardiovascular. Este caso destaca el valor de la longitudinalidad y la reevaluación en Atención Primaria: reconsiderar el diagnóstico y obtener un ECG durante los síntomas permitió identificar la isquemia y realizar una derivación urgente. Tras un evento coronario, el abordaje debe ser intensivo y multifactorial. En pacientes con enfermedad cardiovascular establecida y obesidad sin diabetes, semaglutida dispone de evidencia de beneficio cardiovascular más allá de la pérdida ponderal.

P-021

CUANDO LA HBA1C NO LO ES TODO: DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Yolanda Martin Blazquez[1], Luis María Fernandez-pacheco Corchado[1]

[1] *Centro de Salud Ensanche de Vallecas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 62 años con **diabetes mellitus tipo 2 de 8 años de evolución**, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad. Exfumador. En tratamiento con metformina 850 mg/12 h, enalapril 20 mg/día y atorvastatina 40 mg/día. Acude a revisión programada en Atención Primaria. Refiere buen cumplimiento, sin síntomas de hiperglucemia ni episodios de hipoglucemia, aunque presenta sedentarismo y dificultades para mantener las recomendaciones dietéticas.

La HbA1c ha aumentado progresivamente de 6,9% a 7,7% durante los últimos dos años. No presenta antecedentes cardiovasculares conocidos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC 30,8 kg/m² y presión arterial 146/86 mmHg. Exploración cardiovascular y de pies sin alteraciones; monofilamento normal.

Analítica: glucemia 148 mg/dL, HbA1c 7,7%, creatinina 1,18 mg/dL, FGe 68 mL/min/1,73 m², LDL 89 mg/dL y triglicéridos 176 mg/dL. El **cociente albúmina/creatinina urinaria es de 186 mg/g**, confirmado posteriormente en una segunda determinación. Fondo de ojo sin retinopatía diabética.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se establece el diagnóstico de **enfermedad renal crónica probablemente secundaria a diabetes mellitus tipo 2, estadio G2-A2**, asociada a control glucémico y tensional subóptimos.

Aunque el filtrado glomerular está relativamente conservado, la albuminuria persistente constituye un marcador precoz de daño renal y de incremento del riesgo cardiovascular.

Se realiza un abordaje integral desde Atención Primaria: refuerzo de medidas higiénico-dietéticas, revisión de adherencia y optimización del tratamiento antihipertensivo. Por la presencia de DM2 y enfermedad renal crónica, se plantea incorporar un **inhibidor SGLT2 con beneficio cardiorrenal demostrado**, manteniendo metformina y realizando seguimiento de función renal, albuminuria, presión arterial, peso y HbA1c.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Enfermedad renal diabética**, diagnóstico más probable.
- Nefropatía hipertensiva.
- Enfermedad renal crónica de otra etiología.
- Albuminuria transitoria, descartada mediante confirmación de la alteración.

CONCLUSIONES

El caso muestra que **el seguimiento de la diabetes en Atención Primaria no debe centrarse exclusivamente en la HbA1c**. La determinación periódica del cociente albúmina/creatinina y del filtrado glomerular permite detectar precoz-

mente enfermedad renal incluso con función renal aparentemente conservada.

La identificación de albuminuria modificó la **estratificación del riesgo y la estrategia terapéutica**, pasando de un enfoque exclusivamente glucémico a uno **multifactorial y cardiorrenal**.

P-022

INSULINA: SALVAVIDAS EN EL PASADO, ¿NECESARIA EN EL PRESENTE?

M.ª Luisa De Santiago Hernando[1], Cristina Domínguez Tena[1], Natalia García Ibarguchi[1]

[1] *Centro de Salud Valle de la Oliva, Majadahonda (Madrid)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 49 años que en agosto de 2020 presenta debut diabético asintomático con detección de glucemia de 339 mg/dL, en la analítica previa al ingreso por neumonía COVID-19; donde además recibe corticoterapia y por tanto insulinización, inicialmente planteada como transitoria, además de metformina. Endocrinología confirma posteriormente diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y añade repaglinida. Tras asistencias irregulares a especializada, Atención Primaria asume progresivamente el seguimiento, con buenos controles hasta 2023, donde la HbA1c 8%, se intensifica educación alimentaria, metformina y se añade dapagliflozina, alcanzando HbA1c 6,6%. En 2024 vuelve a descompensarse, se intentan ajustar hiperglucemias intensificando la insulina y se pierde el seguimiento debido a que el diagnóstico de cáncer de su esposa modificó profundamente la dinámica familiar, reduciendo su disponibilidad para el autocuidado y la organización de las comidas. En febrero de 2026, coincidiendo con el alta de su mujer, decide retomar sus cuidados de salud, planteándose una estrategia de simplificación terapéutica adaptada a su disposición y posibilidades reales para el cambio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En febrero de 2026, presenta HbA1c (8,4%) e IMC (28,9 kg/m^2), con glucemia basal de 189 mg/dL, triglicéridos 173 mg/dL y ALT 56 U/L. Refería glucemias basales cercanas a 195 mg/dL y posprandiales habitualmente >200 mg/dL, en tratamiento con insulina glargina 30 UI/día, metformina y dapagliflozina, además de estatina. Tras la intervención, en julio de 2026 alcanza HbA1c 7,1% e IMC 25,99 kg/m^2, sin necesidad de insulina.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 con control glucémico insuficiente, sobrepeso, en un contexto psicosocial que había condicionado discontinuidad asistencial. Se inicia semaglutida con titulación progresiva, educación diabetológica intensiva, ejercicio pactado, refuerzo positivo y seguimiento frecuente según necesidad de estímulo. La insulina basal se reduce progresivamente hasta 8 UI y posteriormente se retira. Se mantienen metformina, dapagliflozina y semaglutida 1 mg por vía subcutánea semanal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el estudio etiológico inicial se consideró diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). El estudio de autoinmunidad pancreática resultó negativo y la evolución clínica posterior apoyó el diagnóstico de DM2.

CONCLUSIONES

La deprescripción no debe entenderse como una simple retirada farmacológica, sino como un proceso dinámico, individualizado y compartido. En Atención Primaria, los tiempos terapéuticos deben adaptarse a las creencias, prioridades, acontecimientos vitales y posibilidades reales del paciente. La educación diabetológica práctica, con especial énfasis en la alimentación, el refuerzo positivo y un seguimiento flexible y frecuente según las necesidades de estímulo pueden transformar un periodo de abandono en una oportunidad de autocuidado sostenido y simplificación segura del tratamiento.

P-023

EL ADENOCARCINOMA DE COLON QUE PROVOCABA HIPOGLUCEMIAS POR BAJADA DE PESO SEVERA

Luis María Fernández Pacheco Corchado[1], Yolanda Martin Blazquez[1], Rodríguez Castillo[2]

[1] *CS Ensanche de Vallecas*
[2] *Abraham*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 79 años. Antecedentes personales: obesidad, hipertensión y diabetes mellitus de larga evolución.

Hace 18 meses HbA1c 8,8. Por fobia a las agujas en vez de insulinizar se decide intensificar el tratamiento oral previo de su diabetes: empagliflozina/metformina 5/1000 cada 12 horas, semaglutida 9 mg cada 24 horas y repaglinida 2 mg 1 cada 8 horas. Aumentamos la repaglinida a 4 mg cada 8 horas.

Control semestral con evolución lenta alcanzando hace 6 meses glicada de 8,6. En analítica se evidencia hemoglobina de 7,8 con cifras previas 6 meses de Hb 11,5. Se remite a Urgencias para estudio de anemia. Se confirma anemia y se realiza colonoscopia diagnóstica tras transfusión donde se visualiza adenocarcinoma de colon en sigma estadio III.

La paciente es intervenida de adenocarcinoma de colon con sigmoidectomía y colocación de estoma. A las 24 horas presenta disnea con signos de insuficiencia cardiaca con diagnóstico de fibrilación auricular instaurando tratamiento con furosemida, apixabán con mejoría clínica del cuadro.

Durante ingreso de 2 semanas pérdida de peso de 13 kilogramos.

Los últimos días de ingreso refiere la hija episodios de sudoración profusa de madrugada que le indican puede ser debido a síntomas postquirúrgicos. Al alta se añade al tratamiento bisoprolol 5 mg cada 24 horas y control de ingesta hídrica y diuresis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tras alta avisan a domicilio. La paciente está con debilidad y la noche anterior tuvo un episodio de sudoración profusa y confusión. Presenta tras la cena nuevo episodio de sudoración y disminución de su estado de alerta previo.

Afebril. Tensión arterial 120/60 mmHg, saturación de oxígeno 96%, frecuencia cardiaca 72 lpm. Glucemia de 41 mg/dL. Se administra agua azucarada. A los 10 minutos glucemia: 38 mg/dL. Tras administrar yogurt con azúcar a los 30 minutos glucemia 53.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA/JUICIO CLÍNICO

Se diagnostica de episodios de hipoglucemias en paciente diabética con gran pérdida de peso. Se decide retirar la repaglinida.

Tras su retirada presenta glucemias de 95-130 mg/dL sin nuevas hipoglucemias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre hipoglucemia anciano diabético, infección urinaria oculta, uso de fármacos en paciente geriátrico (antidepresivos, opioides), cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos de larga evolución.

COMENTARIO FINAL

La hipoglucemia es una emergencia en los pacientes diabéticos. Debemos prestar mayor atención en pacientes que experimenten bajada de peso importante. Al igual que prescribimos tratamiento con malos controles debemos ser dinámicos también en la deprescripción para evitar las hipoglucemias, considerando la fragilidad del paciente y los objetivos de control glucémico personalizados.

BIBLIOGRAFÍA

Deng Z, Thompson W, Korenvain C, Lega IC, Farrell B, Lochnan H, et al. Benefits and Harms of Deprescribing Antihyperglycemics for Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review. Can J Diabetes. 2022 Jul;46(5):473–9.

P-024

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA Y DESINTENSIFICACIÓN DE LA INSULINOTERAPIA EN UN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ELEVADA COMPLEJIDAD CLÍNICA

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

[1] *CSI San Fermín*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 81 años con DM2 (2010), obesidad (IMC 30,1 kg/m^2), HTA, dislipemia, ERC, polineuropatía axonal, cardiopatía isquémica, ICC y EPOC moderado. Presentaba alta complejidad clínica y dependencia parcial, conviviendo con su esposa (cuidadora principal). En tratamiento con dapagliflozina e insulinoterapia basal con degludec (58 UI nocturnas) asociada a insulina rápida prandial en pauta variable. Mostraba un control glucémico subóptimo (HbA1c 7,9%), glucemia basal de 154 mg/dL, elevada variabilidad glucémica, ingresos frecuentes por descompensación e hipoglucemias por un uso inadecuado de dosis fijas prandiales. Ante la inestabilidad metabólica, se inició monitorización continua de glucosa (MCG) FreeStyle Libre 2.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se instauró un programa de educación diabetológica individualizada. Tras un apoyo inicial domiciliario por parte de Enfermería debido a limitaciones funcionales, el paciente y su cuidadora lograron autonomía en el manejo del sensor, interpretación de flechas de tendencia y prevención de hipoglucemias. El informe AGP mostró una notable mejoría del perfil glucémico: tiempo en rango (TIR) del 73%, tiempo por encima del rango (TAR) del 26%, tiempo por debajo del rango (TBR) del 1%, GMI del 7,2% y coeficiente de variación (CV) del 25,6%.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 insulinizada con elevada variabilidad glucémica, condicionada por el uso incorrecto de la insulina prandial y las limitaciones del autocontrol capilar. La MCG permitió identificar patrones de glucemia, individualizar el tratamiento y sustituir la pauta prandial por pautas de corrección adaptadas a sus necesidades reales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se descartaron procesos infecciosos, deterioro renal agudo, interacciones farmacológicas o errores de administración/conservación de la insulina. Los episodios de hipoglucemia correspondieron a falsas hipoglucemias por presión sobre el sensor, confirmadas mediante glucemia capilar.

CONCLUSIONES

La MCG, integrada con educación terapéutica desde Atención Primaria, redujo la variabilidad glucémica, optimizó la pauta de insulina, disminuyó las dosis rápidas y análisis capilares, y mejoró la seguridad y autonomía. En ancianos pluripatológicos, es una herramienta clave para individualizar el tratamiento y reducir la carga terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

De la Fuente Coria, María del Carmen; Santi Cano, María José. Incorporación/Uso de las tecnologías (monitorización flash de glucosa) en el seguimiento del paciente adulto complejo con diabetes. Paraninfo Digital. 2025; (42): e42047p. https://ciberindex.com/c/pd/e42047p

Martínez-Royert, J. C., Franco Mejía, V. P., Mendoza Lubo, A. M., & Redondo Orozco, S. M. (2025). Efectividad del uso de la tecnología en el cuidado de enfermería: Revisión integrativa: Effectiveness of technology used in nursing care: An integrative review. Gaceta Médica De Caracas, 133(3), 947–958. Recuperado a partir de https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/31294

P-027

LA INSULINIZACIÓN NO ES UN CAMINO DE NO RETORNO. DESPRESCRIPCIÓN GUIADA POR PÉPTIDO C Y SEGURIDAD INCRETÍNICA EN BOCIO FAMILIAR

Silvia María González Carranza[1]

[1] *Eibar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 56 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de más de 15 años de evolución. En su historial destaca el descarte previo de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) debido a cuadros de infección genital de repetición. Debido a la evolución de su enfermedad, la paciente fue insulinizada en enero de 2024, encontrándose bajo una pauta de insulinización bolo-basal con insulina Toujeo (8-9 UI) e insulina rápida Fiasp (5-5-0), complementada con metformina 850 mg (1-0-1). Por comorbilidad de sobrepeso (peso de 63 kg, Talla: 150 cm e IMC de 28 kg/m^2 en mayo de 2025), se inició en abril de 2025 el coagonista GIP/GLP-1 tirzepatida (Mounjaro) 5 mg/semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración Física: Tensión arterial controlada en domicilio (120/55-80 mmHg). Peso actual de 56,5 kg (IMC: 25,1 kg/m^2 tras la pérdida ponderal sostenida). Realiza gimnasia y caminatas de forma habitual.
- Exploración Tiroidea de Imagen: Bocio micronodular controlado mediante ecografía de tiroides (última realizada en noviembre de 2025, indicándose próximo control evolutivo en 3-5 años).
- Monitoreo Continuo de Glucosa (FSL): Datos de excelente control metabólico con un sensor activo del 85%:
  - Tiempo en Rango (TIR): 87%.
  - Tiempo por Encima del Rango (TAR): 12% (11+1%).
  - Tiempo por Debajo del Rango (TBR): 1%.
  - Coeficiente de Variación (CV): 29,4% (estabilidad glucémica óptima).
  - GMI (Indicador de Gestión de Glucosa): 6,4%.
  - Perfil AGP: Evidencia pico hiperglucémico postprandial tras el desayuno y cifras de glucemia justas inmediatamente posteriores a dicha ingesta.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

- Diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución (>15 años): Excelente control glucémico actual (HbA1c 6,2%, TIR 87%) bajo insulinización bolo-basal metformina, coagonista.
- Reserva pancreática preservada confirmada (péptido C 1,88 ng/mL): Base fisiopatológica que permite planificar la desprescripción glucocéntrica de insulina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución versus diabetes autoinmune latente del adulto (LADA)

2. Diabetes mellitus tipo 2 versus diabetes pancreatógena (DM tipo 3c)

3. Hiperglucemia secundaria a agotamiento funcional beta irreversible versus fracaso terapéutico relativo reversible

4. Bocio multinodular benigno versus carcinoma medular de tiroides (CMT) versus neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2)

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

1. Superación de la inercia terapéutica en sentido inverso (desprescripción de insulina): La insulinización en DM2 no debe considerarse un camino de no retorno. Ante un paciente excelente en rango metabólico (HbA1c 6,2%, TIR 87%)

con dosis bajas de insulina y con una reserva insulínica preservada demostrada por péptido C (1,88 ng/mL), es clínica y éticamente aconsejable la desprescripción programada de insulinas (tanto rápidas como basales) para simplificar el tratamiento, evitar la ganancia ponderal y minimizar el riesgo de hipoglucemias.

2. Personalización de incretinas frente a alertas de seguridad familiar

BIBLIOGRAFÍA

Pérez de Arenaza Pozo V, Cárdenas Salas J, Vázquez Martínez C. Potential of insulin deprescription adding a GLP-1 receptor agonist as a therapeutic strategy to improve the metabolic profiles of patients with type 2 diabetes mellitus. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2024;71(9):405-407. doi:10.1016/j.endien.2024.11.007. PMID: 39608966.

P-028

NOVEDADES EN LA NEUROPATÍA DIABÉTICA DOLOROSA (NDD)

Jorge Arias Costas[1], Claudia Itabira De Benito Rodriguez[1], Patricia Perez Castro[2]

[1] *Lavadores*

[2] *Centro Hospitalario Vigo. Servicio de Endocrinología*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 53 años con diabetes mellitus (DM) insulinodependiente secundaria a pancreatitis grave necrotizante, origen etílico, exfumador e hipertenso.

Consulta por cuadro de varios meses de evolución de dolor plantar, alodinia e hiperalgesia, condicionando el descanso nocturno. La intensidad del dolor es grave: puntuación inicial de 8/10 en la Escala Visual Analógica (EVA).

Ante sospecha de NDD se realiza una valoración clínica dirigida desde Atención Primaria (AP).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración de ambos pies no presenta úlceras ni lesiones cutáneas. Conserva reflejo plantar y el aquíleo está levemente disminuido.

Valoración específica del dolor y de sensibilidad:

- **EVA:** 8/10, compatible con dolor de intensidad grave.
- **Cuestionario de dolor neuropático 4 (DN4):** 7/10, confirma perfil neuropático.
- **Monofilamento:** positivo, confirmando afectación sensitiva.
- Cuestionario de calidad de vida **EuroQoL-5: 0,17 (0-1)**.

Se inicia tratamiento analgésico oral, se suspende por efectos adversos gastrointestinales. Ante persistencia de sintomatología se realiza prueba terapéutica con **parche de capsaicina al 8%**.

A los 60 días, presenta mejoría clínica y se repite la aplicación a los 90 días. Posteriormente, refiere menor sensación de acorchamiento, desaparición de alodinia mecánica y mejoría del descanso nocturno.

Reevaluando se objetiva mejoría en los parámetros:

- **EVA 4/10**.
- **DN4 4/10**.
- **EuroQoL-5: 0,36**.
- Control glucémico mediante monitorización continua de glucosa (MCG): mejoría perfil nocturno, descenso de glucemia media estimada **(GMI) (8,3% al 7,9%)** y aumento del **tiempo en rango al 45%**.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La presencia de dolor plantar con alodinia e hiperalgesia, junto con una puntuación DN4 de 7/10, la alteración de la

sensibilidad objetivada mediante monofilamento y la disminución del reflejo aquíleo, en un paciente con DM, orienta hacia el diagnóstico de NDD.

La intolerancia al tratamiento analgésico oral condicionó la estrategia terapéutica y motivó la alternativa tópica con capsaicina al 8%, con respuesta clínica favorable.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante una NDD deben valorarse posibles causas:

- Neuropatías periféricas: tóxicas, metabólicas, por atrapamiento o carenciales.
- Enfermedad arterial periférica.
- Patología musculoesquelética del pie.
- Lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES

La NDD constituye una complicación que repercute significativamente sobre el descanso, la funcionalidad y la calidad de vida. Su identificación desde AP permite orientar precozmente el diagnóstico.

El **parche de capsaicina es una alternativa terapéutica en NDD** con reducción/control clínicamente relevante del dolor y de la alodinia mecánica y mejoría del descanso y la calidad de vida.

La principal enseñanza del caso es la necesidad de **individualizar el tratamiento del dolor neuropático** y realizar un seguimiento multidimensional que no se limite a la intensidad del dolor, sino que incorpore síntomas neuropáticos, descanso y calidad de vida.

P-029

MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: DISCORDANCIA ENTRE HBA1C Y CONTROL GLUCÉMICO EN UNA PACIENTE CON DM TIPO 2

Maria Victoria La Civita[1], Natalia Fernández Gamo[2], Julia Timoner Aguilera[1]

[1] *Centro de Salud José Marvá, Madrid*
[2] *Centro de Salud Doctor Tamames Coslada, Madrid*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años con diabetes mellitus tipo 2 de 12 años de evolución, hipertensión, dislipemia y enfermedad renal crónica (ERC) G3aA2. En tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas y gliclazida 60 mg/día, ramipril 10 mg/día y atorvastatina 40 mg/día.

Consulta por episodios recurrentes de mareo y sudoración, especialmente durante la mañana, sin pérdida de conciencia. Presenta obesidad grado I, escasa actividad física y no realiza autocontroles sistemáticos de glucemia capilar.

La HbA1c era de 7,1%, próxima al objetivo individualizado. Sin embargo, los síntomas compatibles con hipoglucemia planteaban la posibilidad de que este parámetro no reflejara adecuadamente el perfil glucémico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión arterial: 132/76 mmHg; Peso: 78 kg; índice de masa corporal (IMC): 31,2 kg/m^2. Analítica: glucemia basal 126 mg/dL, HbA1c 7,1%, FGe 54 mL/min/1,73 m^2, cociente albúmina/creatinina 86 mg/g, LDL-colesterol 71 mg/dL y triglicéridos 168 mg/dL.

Ante la discordancia entre HbA1c y clínica, se indicó monitorización continua de glucosa para caracterizar el perfil glucémico.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La monitorización evidenció hipoglucemias nocturnas y matutinas, alternando con hiperglucemia posprandial y

elevada variabilidad glucémica. Se objetivó un tiempo en rango (TIR) de 62%, tiempo por debajo de rango (TBR) <70 mg/dL del 5% (nivel 1), TBR <54 mg/dL del 1% (nivel 2), tiempo por encima de rango (TAR) >180 mg/dL del 40% (nivel 1), TAR >250 del 8% (nivel 2) y coeficiente de variación (CV) del 38%.

La combinación de síntomas, hipoglucemias registradas y tratamiento con sulfonilurea apoyó el diagnóstico de hipoglucemia farmacológica, probablemente favorecida por la ERC. También se consideraron ingesta irregular o insuficiente y actividad física no habitual.

Se individualizó el objetivo glucémico considerando edad, comorbilidades, ERC y riesgo de hipoglucemia. Se retiró la gliclazida como medida de desintensificación y se inició empagliflozina 10 mg/día, por su bajo riesgo de hipoglucemia y beneficio cardiorrenal, manteniendo metformina según función renal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hipoglucemia secundaria a sulfonilurea, favorecida por ERC.
- Ingesta irregular o insuficiente.
- Actividad física no habitual.

La correlación entre clínica y monitorización apoyó una relación causal probable con el tratamiento de sulfonilurea.

CONCLUSIONES

La HbA1c es una herramienta fundamental, pero refleja principalmente la exposición glucémica media y puede ocultar variabilidad y episodios de hipoglucemia. Una HbA1c de 7,1% no excluye un control glucémico inseguro.

La monitorización continua permite valorar TIR, TBR, TAR y variabilidad, identificando hipoglucemias nocturnas inadvertidas. En pacientes con ERC y tratamiento con sulfonilureas, estos datos pueden justificar una revisión terapéutica, aunque la HbA1c parezca adecuada.

La valoración de la diabetes debe ir más allá de la HbA1c. La detección activa de hipoglucemias y el uso de monitorización permiten individualizar objetivos y realizar una desintensificación segura, priorizando la prevención de hipoglucemias y el beneficio cardiorrenal.

P-030
CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Natalia Fernández Gamo[1], María Victoria La Civita[2]

[1] *CS Doctor Tamames*
[2] *CS José Marvá*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 40 años que acude a consulta con analítica de sangre (AS) de salud laboral con glucemia basal de 334 mg/dL asociando pérdida de peso de semanas de evolución. HbA1c 11,5% y cuerpos cetónicos en orina negativos. Niega otra sintomatología en la anamnesis.

Antecedentes personales de psoriasis (2024). Sin antecedentes familiares (AF) de enfermedades autoinmunes o diabetes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 103 kg, altura 188 cm, perímetro abdominal 108 cm. IMC 29,1. Cintura/altura (C/A) 0,57. Sin datos de deshidratación.

AS de Atención Primaria: Glucemia 277 mg/dL, HbA1c 11,2%. Péptido C 2,28 ng/mL, colesterol total 277 mg/dL, triglicéridos 192 mg/dL, HDL 36 mg/dL, LDL 153 mg/dL. Filtrado glomerular CKD-EPI 79 mL/min/1,73 m^2, Cr 1,15 mg/dL, albúmina/creatinina <30. Anti-GAD, anti-IA2 y anti-IAA negativos.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

El paciente cumple criterios diagnósticos de diabetes mellitus (DM) con clínica catabólica, por lo que, dada su edad, se decide descartar un componente autoinmune.

Al tener más de 35 años, la calculadora para DM MODY no está validada para este perfil. No obstante, la ausencia de AF de DM y el fenotipo reducen la probabilidad de este diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM (tipo 2 vs autoinmune (tipo 1/LADA) vs MODY)

Tratamiento y evolución: Inicialmente, debido a los síntomas catabólicos y ante la sospecha de componente autoinmune, se inició insulinización con glargina U100 junto con educación diabetológica.

Una vez obtenidos un péptido C conservado y anticuerpos negativos, se inició tratamiento combinado con metformina y empagliflozina. Debido a un índice C/A en rango de adiposidad central aumentada, se inició semaglutida inyectable (hasta 0,5 mg), lo que permitió retirar la insulina, perder 8 kg y alcanzar una HbA1c de 5,1% en 8 meses.

JC final: DM tipo 2

CONCLUSIONES

No debemos suponer que todo paciente adulto, solo por su edad, tiene una DM tipo 2; es importante fenotipar la enfermedad de nuestros pacientes.

La edad del paciente, sobre todo en menores de 35 años, puede orientarnos hacia una mayor probabilidad de origen autoinmune o genético. En todos los <35 años con diagnóstico de DM debemos filiar un origen autoinmune con anticuerpos (GAD65, anti-IA-2, anti-ZnT8 y anti-IAA) y péptido C.

Si estos son negativos, deberemos descartar una DM tipo MODY, con ayuda de calculadoras, especialmente en pacientes con historia generacional de DM, ausencia de sobrepeso/obesidad o HbA1c <7,1% al diagnóstico.

Un péptido C <0,6 ng/mL asociado a anticuerpos positivos sugiere DM1. Si es ≥1,8 ng/mL en adultos >35 años, sugiere DM tipo 2. Valores entre 0,6-1,8 ng/mL pueden ser compatibles con DM autoinmune o MODY.

En conclusión, el fenotipado de la DM es fundamental para ofrecer el mejor tratamiento a nuestros pacientes.

P-031

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO O EMPEORAMIENTO DE DM2 EN MUJERES TRATADAS CON TAMOXIFENO

Enrique Carretero Anibarro[1], Liliana Bilbie Lupchan[2], Ane Urbina Juez[3]

[1] *M Familia Puente Genil 1, Córdoba*
[2] *M Familia CS Barrio Jesús. Zaragoza*
[3] *M Familia UAP de Sopela. Bizkaia*

OBJETIVOS

1. Evaluar el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el deterioro del control glucémico en DM2 en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama tratadas con tamoxifeno.
2. Analizar el impacto de las alteraciones glucémicas (DM2, hiperglucemia basal o prediabetes) en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama tratadas con tamoxifeno.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño: Estudio observacional descriptivo y longitudinal.
- Población de estudio: Mujeres premenopáusicas adscritas a los Centros de Salud de Puente Genil, Córdoba, diagnosticadas de cáncer de mama de bajo riesgo en tratamiento con tamoxifeno.
- Periodo de captación: 2 años (2019-2021).

- Periodo de seguimiento previsto por protocolo: 5 años.
- Variables analizadas: Desarrollo de DM2, estado glucémico previo al fármaco (normoglucemia, glucemia basal alterada (GBA)/prediabetes o DM2 preexistente), control metabólico durante el tratamiento, adherencia terapéutica a tamoxifeno y tasa de recaída del cáncer de mama. Criterios Prediabetes / GBA: 100-125 mg/dL, o hemoglobina glicosilada (HbA1c): 5,7%-6,4%. Criterios empeoramiento glucémico: Ascenso HbA1c >0,5% o necesidad de escalada terapéutica.

RESULTADOS

- Muestra: 148 mujeres premenopáusicas con ca de mama (0,97% de las 15.225 mujeres de la población), edad media 45,8 ± 4,2 años.
- Incidencia de DM2 y estado glucémico previo:
  - 53 mujeres (42,4%) desarrollaron DM2 de novo durante un seguimiento medio de 4,8 años.
  - El 100% de las pacientes que desarrollaron DM2 presentaban alteraciones glucémicas previas antes del tratamiento con tamoxifeno.
  - Ninguna de las pacientes con glucemias previas normales desarrolló DM2.
- Efecto en DM2 preexistente:
  - 23 mujeres presentaban diagnóstico previo de DM2 al inicio de la terapia hormonal. El 100% presentó un empeoramiento glucémico (incremento medio de HbA1c +1,8% ± 0,3).
- Resultados oncológicos y adherencia:
  - Adherencia al tamoxifeno: 100%.
  - Tasa de recaída oncológica: no se registró ninguna recaída por cáncer.

CONCLUSIONES

1. El tamoxifeno en la prevención secundaria en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama de bajo riesgo logra buena adherencia y ausencia de recaídas.
2. El tamoxifeno se asocia con la aparición de DM2 de novo en pacientes con alteraciones glucémicas previas, y empeoramiento del control metabólico en mujeres con DM2 previa.
3. Se recomienda cribado y seguimiento glucémico desde Atención Primaria en mujeres tratadas con tamoxifeno, intensificando la vigilancia e intervención sobre el estilo de vida o tratamiento metabólico especialmente en aquellas con alteración glucémica previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sun LM, Chen HJ, Liang JA, Kao CH. *Association of tamoxifen use and increased risk of diabetes mellitus in patients with breast cancer.* EClinicalMedicine (Lancet). 2020;28:100588.
2. Klipstein-Grobusch K, Grobbee DE, Kester AD, et al. *Tamoxifen use and risk of type 2 diabetes mellitus in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis.* Breast Cancer Research and Treatment. 2021;186(2):295-305.
3. García-Sánchez A, Ramos-Pérez M, López-Fernández J, et al. *Metabolic side effects of endocrine therapy in early breast cancer: Focus on insulin resistance and dysglycemia.* Maturitas. 2022;158:45-52.

P-034

BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Irene De Castro López[1], Blanca Riquelme Gallego[2], Isabel María Socias Buades[3], Miquel Colom Roselló[2], Miquel Bennasar Veny[2], Aina M. Yáñez Juan[2]

[1] *CS Platja de Palma - Gerencia de Atención Primaria de Mallorca*
[2] *Universitat de les Illes Balears*
[3] *CS Sa Torre (Manacor) - Gerencia de Atención Primaria de Mallorca*

INTRODUCCIÓN

El pie diabético (PD) constituye una de las complicaciones más frecuentes y graves de la diabetes, con importantes consecuencias clínicas, sociales y económicas. A pesar de que la mayoría de los casos son prevenibles mediante el cribado sistemático, la estratificación del riesgo y la educación sanitaria en el autocuidado de los pies (1), la aplicación de estas recomendaciones continúa siendo irregular en la práctica clínica (2).

En nuestra Comunidad Autónoma se dispone de un protocolo estandarizado de prevención del PD en Atención Primaria (AP) basado en la evidencia (3); sin embargo, su implementación es desigual y las tasas de exploración registradas son limitadas.

Este estudio forma parte del proyecto iMplanta (NCT07004179). Corresponde a la primera tarea de Implementation Mapping (4), una metodología para identificar los determinantes que influyen en la implementación de una intervención y guiar el desarrollo de estrategias adaptadas al contexto local. Su objetivo fue identificar las barreras y facilitadores para la implementación de un programa de prevención del PD en AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo descriptivo, corresponde a la fase de evaluación de necesidades (Task 1) de Implementation Mapping.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales en centros de salud de nuestro contexto.

Se utilizó muestreo intencional incluyendo participantes de distintos ámbitos (rural/urbano). Participaron 45 profesionales: 41 enfermeras, 1 médico de familia, 2 podólogos y 1 profesional de gestión de la Gerencia de AP. Se priorizó la participación de enfermeras dado su papel predominante en la realización del protocolo de prevención del PD. El reclutamiento continuó hasta alcanzar saturación temática.

Los datos se recogieron mediante un guion basado en el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR 2.0) (5). Se realizó un análisis temático híbrido, identificando códigos y temas de forma inductiva y, posteriormente, mapeando deductivamente los determinantes identificados a los constructos de CFIR 2.0. Se clasificaron como barreras y facilitadores. Dos investigadores realizaron la codificación y las discrepancias se resolvieron por consenso con un tercero. Se empleó el programa de análisis Atlas.ti.

RESULTADOS

Los principales determinantes se concentraron en los dominios de Entorno Interno (Inner Setting) y Características Individuales (Individuals). El Entorno Interno se definió como los centros de salud donde se desarrolla el protocolo y los factores organizativos que condicionan su aplicación. El Entorno Externo (Outer Setting) incluyó las estructuras y actores externos, como el Servicio de Salud, la Gerencia de AP, las unidades de podología y otros servicios de atención especializada.

Infraestructura tecnológica (Inner Setting). La ausencia de alertas automatizadas y la limitada funcionalidad de la historia clínica electrónica fueron señaladas como barreras relevantes para realizar un seguimiento sistemático.

Infraestructura de trabajo (Inner Setting). La sobrecarga asistencial, el tiempo limitado de consulta y la coexistencia de múltiples prioridades clínicas dificultaban la realización del cribado de PD.

Prioridad relativa (Inner Setting). Aunque los profesionales reconocían su importancia, la prevención del PD era frecuentemente desplazada por otras necesidades asistenciales, como la educación en estilos de vida, el control

glucémico o el manejo de complicaciones agudas.

Capacidad profesional (Individuals). Se identificaron carencias en los conocimientos y habilidades necesarios para la exploración, estratificación del riesgo y toma de decisiones clínicas.

Coordinación entre niveles asistenciales (Outer Setting). Destacaron dificultades en los circuitos de derivación, retrasos en la atención especializada y escasa retroalimentación desde los servicios hospitalarios.

CONCLUSIONES

La implementación efectiva de programas de prevención del PD en AP está condicionada por diversos determinantes.

Las principales necesidades identificadas incluyen la mejora de los sistemas de información, el refuerzo de la capacitación profesional, la optimización de los circuitos de derivación y la priorización de la prevención del PD tanto a nivel institucional como de los profesionales.

Estos hallazgos servirán para diseñar estrategias de implementación adaptadas al contexto local en el proyecto iMplanta, orientadas a mejorar la adopción del Protocolo de Asistencia a la Persona con Pie Diabético en AP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bus SA, et al. A shift in priority in diabetic foot care and research: 75% of foot ulcers are preventable. Diabetes Metab Res Rev. 2016.

2. Ministerio de Sanidad. Abordaje del pie diabético. Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud. 2022.

3. Alavés Bufom M et al. Protocol d'assistència a la persona amb peu diabètic del Servei de Salut de les Illes Balears.2022.

4. Fernandez ME et al. Implementation Mapping: Using Intervention Mapping to Develop Implementation Strategies. Front Public Health.2019.18;7.

5. Damschroder LJ et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implement. Sci, 17(1), 75.

P-035

AZUL POR FUERA, VASCULAR POR DENTRO: EMBOLIZACIÓN DE CRISTALES DE COLESTEROL

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

[1] *CAP La Salut*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 62 años, con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en 2005, en tratamiento con insulina glargina 40 UI, dapagliflozina 10 mg y metformina/sitagliptina. Dislipemia en tratamiento con atorvastatina 40 mg. Déficit de vitamina B12.

Presenta un buen control metabólico, con HbA1c de 7,5%.

Consulta por presentar cambio de coloración en los dedos del pie derecho, de tres semanas de evolución, con coloración violácea. Refiere dolor únicamente en el pulpejo del segundo dedo. No presenta clínica de claudicación intermitente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA: 139/74 mmHg.
- FC: 91 lpm.
- Tª axilar: 36,6 °C.
- $SatO_2$: 97%.

Abdomen blando y depresible, sin masas palpables.

Extremidades inferiores: pulsos femorales, poplíteos y distales presentes. Subcianosis del segundo y quinto dedos del pie derecho.

No se observan lesiones ni heridas. Movilidad y sensibilidad conservadas. Temperatura normal y simétrica en ambas

extremidades.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Radiografía de pie: sin imágenes sugestivas de osteítis.

Ecografía arterial: arterias poplíteas permeables, sin ateromatosis ni lesiones significativas. Diámetro máximo de 0,8 cm bilateral.

Ecografía abdominal: aorta infrarrenal permeable, con un diámetro máximo de 1,8 cm.

Angio-TC toracoabdominal: eje aortoilíaco permeable y de calibre conservado, con ateromatosis calcificada de grado muy leve, sin otras alteraciones significativas. Colelitiasis de 39 mm, asociada a cierto engrosamiento de la pared vesicular, sin otras alteraciones, a valorar clínicamente. Vía biliar de calibre normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Síndrome del dedo azul.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fenómeno de Raynaud.
- Isquemia digital.
- Acrocianosis.
- Microembolización por cristales de colesterol.

CONCLUSIONES

Dados los antecedentes patológicos del paciente, y al tratarse de una diabetes mellitus de larga evolución, la primera opción diagnóstica considerada fue una isquemia digital. Sin embargo, el dolor leve que presentaba el paciente y la ausencia de alteraciones en la temperatura y de afectación de los pulsos distales hicieron plantear la posibilidad de una microembolización por cristales de colesterol.

Aunque no se evidenciaron alteraciones significativas a nivel arterial distal, ante un cuadro compatible con síndrome del dedo azul es importante descartar la presencia de una fuente embólica proximal, especialmente de origen ateromatoso, con el objetivo de establecer el tratamiento adecuado y prevenir posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Quiñones A, Saric M. The Cholesterol Emboli Syndrome in Atherosclerosis. Curr Atheroscler Rep. 2013;15(4):313.

Sattar N. Atherosclerotic Cardiovascular Risk Before and After Type 2 Diabetes Onset and the Roles of Ectopic Fat and Ethnic Variation: The 2025 Edwin Bierman Award Lecture. Diabetes. 2025;74(12):2223–2230

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.

P-039

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN ALIMENTACIÓN MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO EN EL ENTORNO RURAL

Gregoria Manso Fernández[1], Carmen Melero Sacristán[1], María De La Calle Del Barrio[1], María Florentina Zurdo Martín[1], María Aránzazu Álvarez Collado[1], Ana Belén Molina Velasco[1], María Elisa Megía Fernández[1]

[1] *CS Segovia Rural*

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 (DM2) requiere un abordaje integral. La evidencia científica, incluyendo estudios como PREDIMED, respalda que la adherencia a la dieta mediterránea y el entrenamiento combinado (aeróbico y de fuerza) optimizan el control glucémico y cardiometabólico.

Factores como la dispersión geográfica y el acceso limitado a programas estructurados de ejercicio o nutrición dificultan aplicar intervenciones validadas en medio urbano. Este proyecto surge de la necesidad de evaluar una intervención adaptada a los recursos locales de un centro de salud rural, optimizando la eficiencia del formato grupal y la reproducibilidad en entornos con pocos recursos.

OBJETIVOS

Principal: Evaluar el cambio en adherencia a dieta mediterránea y HbA1c.

Secundarios: Monitorizar cambios en actividad física, funcionalidad, parámetros antropométricos y calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado 1:1, de grupos paralelos y abierto en pacientes con DM2 de 40-80 años. Se excluyen aquellos con deterioro cognitivo moderado-grave, contraindicación al ejercicio, limitación funcional severa o cambios recientes en tratamiento hipoglucemiante.

Se requieren 246 pacientes (123/grupo) para detectar diferencia de 0,4% en HbA1c (potencia 80%, α=0,05), contemplando 20% de pérdidas. La aleatorización se generará por sistema informático con bloques variables, el análisis estadístico y procesamiento de muestras de laboratorio de forma ciega.

La intervención, de 6 meses, consta de 3 sesiones grupales presenciales de 90 minutos sobre dieta mediterránea y técnica de ejercicio, con objetivo de incremento de pasos diarios progresivo y programa domiciliario de ejercicios de fuerza; seguimiento mediante contactos telefónicos mensuales o consultas programadas para resolver dudas y mantener la motivación. Para garantizar la seguridad y correcta ejecución, se entregará material visual y se supervisará la técnica en las sesiones presenciales.

Variables medidas basalmente y a los 6 meses: adherencia a dieta mediterránea (MEDAS), HbA1c, pasos diarios (podómetro o APP), fuerza muscular (SPPB), antropometría (IMC, perímetro abdominal) y calidad de vida (SF-12). Se registrarán cambios farmacológicos, eventos adversos y adherencia mediante diario autocumplimentado.

Análisis por intención de tratar mediante ANCOVA, ajustando por valor basal, con análisis de sensibilidad para evaluar el impacto de pérdidas de seguimiento.

Resultados esperados: Se espera mayor adherencia a la dieta y reducción superior de HbA1c en el grupo de intervención frente al control, con mejoras en capacidad funcional, perfil antropométrico y calidad de vida percibida.

CONCLUSIONES

Este proyecto pretende demostrar que una intervención grupal de bajo coste es eficiente y aplicable en el entorno rural, superando barreras de acceso. Limitaciones: Diseño abierto, con posible efecto Hawthorne sobre hábitos declarados. Contará con aprobación ética y consentimiento informado, ofreciendo diarios y materiales en papel para garantizar equidad ante la brecha digital.

P-044

NO TODO ES DIABETES MELLITUS TIPO 2

Raquel Bravo Andrés[1], Paula Ortega Poza[1], Jeimy Katherin Cubillos Ayala[1]

[1] *Cuarte de Huerva*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 51 años sin antecedentes de interés ni FRCV. Sin antecedentes familiares de diabetes. Acude a consulta por astenia intensa y debilidad muscular, polidipsia, poliuria y pérdida de 7 kg de peso desde hace un mes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente consciente y orientado. TA: 120/70. SatO2%: 98%. Talla: 184 cm. Peso: 84 kg. IMC: 24,8 kg/m^2. Exploración anodina.

Glucemia capilar ambulatoria: 356 mg/dL. Tira de orina: glucosa > 2000 mg/dL, cuerpos cetónicos +++.

Analítica sanguínea: glucemia: 243 mg/dL, HbA1c: 10,7%, insulina: 4,38. Anticuerpos anti-GAD: 323,92.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Ante la clínica del paciente, se deriva a Urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias y valoración de ingreso hospitalario para control de debut diabético. Tras ser valorado, es dado de alta con diagnóstico de DM tipo 2 iniciando tratamiento con metformina 1000 mg cada 24 horas.

Ante la presentación abrupta de la sintomatología, la ausencia de síndrome metabólico ni de antecedentes familiares de diabetes, se pone en duda el diagnóstico de DM tipo 2 solicitando analítica ambulatoria, siendo los anticuerpos anti-GAD positivos. Ante el diagnóstico principal de diabetes tipo LADA, iniciamos insulinización con insulina glargina 16 UI/24 h y derivamos a consultas de endocrinología.

El seguimiento del paciente se ha realizado de forma multidisciplinar entre endocrinología y el equipo de Atención Primaria. Desde Primaria se ha profundizado en conocimientos básicos: autocontrol, mejora de hábitos y prevención de riesgos. Además, el paciente fue incorporado a la cuenta de LibreView del centro, lo que ha permitido un seguimiento más estricto así como una mejor comprensión del control glucémico. El paciente ha aceptado la enfermedad, adaptándose a su nueva rutina y con disposición para mejorar en el manejo de su diabetes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM tipo 2, DM tipo 1, diabetes MODY, diabetes pancreatogénica.

CONCLUSIONES

La diabetes tipo LADA representa un desafío diagnóstico frecuente, siendo habitualmente catalogada de forma errónea como diabetes tipo 2. Ante un paciente con normopeso, clínica cardinal franca y ausencia de síndrome metabólico, es imprescindible sospechar un origen autoinmune y solicitar anticuerpos específicos (Anti-GAD). Un diagnóstico correcto evita el fallo secundario al tratamiento con antidiabéticos orales y permite la pronta instauración de insulinización basal, preservando la función insular residual y garantizando un óptimo control metabólico a largo plazo. A esto se suma una correcta educación terapéutica profundizando en el contaje de raciones de HC, controles y seguimientos del paciente por parte de enfermería y herramientas de control glucémico (FSI, IG, informes MCG...).

BIBLIOGRAFÍA

Sociedad Española de Diabetes. Manejo de la diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Revista Clínica Española, 222(4), 215-224. 2022

American Diabetes Association. Diabetes Technology: standards of care in diabetes. Diabetes Care, 47 (Suppl.1), S145-S157. 2024

P-045

DETECCIÓN OPORTUNISTA DEL RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 MEDIANTE FINDRISC EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROTOCOLO DE UN ESTUDIO CON INTERVENCIÓN EDUCATIVA TRAS EL DIAGNÓSTICO

Roger Gabriel Vera Gómez[1], Marilenny Montilla Mesa[1], Alicia María Murcia Bielsa[1], María Concepción Aranda Parras[1], Irene Huertas García[1], Emmanuel García Casillas[1], Nirva Poisson[1]

[1] *CS Alcázar de San Juan*

OBJETIVOS

Estimar la proporción de personas de 40 años o más con riesgo aumentado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2), definido mediante una puntuación FINDRISC ≥12, mediante una estrategia de detección oportunista en Atención Primaria. Como objetivos secundarios, determinar la frecuencia de alteraciones del metabolismo glucémico y de nuevos diagnósticos de DM2 entre las personas con riesgo aumentado, y explorar los cambios a los 3 meses de una intervención educativa individualizada en aquellas con nuevo diagnóstico de DM2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo en dos fases. Se realizará un reclutamiento oportunista y consecutivo de personas ≥40 años sin diagnóstico previo conocido de DM2 ni prediabetes. En la primera fase se administrará el cuestionario FINDRISC y se realizará valoración antropométrica. Los participantes con puntuación ≥12 puntos serán sometidos a determinación de glucemia plasmática en ayunas y hemoglobina glucosilada (HbA1c), estableciéndose la clasificación metabólica y la confirmación diagnóstica cuando proceda. Las personas con nuevo diagnóstico confirmado de DM2 podrán incorporarse a una segunda fase prospectiva, consistente en una intervención educativa individualizada y seguimiento durante 3 meses. Se evaluarán HbA1c, glucemia plasmática en ayunas, peso, índice de masa corporal, perímetro de cintura, actividad física mediante IPAQ-SF, adherencia a dieta mediterránea mediante MEDAS y conocimientos sobre DM2. En quienes inicien tratamiento farmacológico se evaluará adicionalmente la adherencia terapéutica mediante un cuestionario ad hoc. Se prevé incluir 213 participantes en la fase de cribado, según el cálculo muestral realizado para estimar la proporción de individuos con FINDRISC ≥12. El tamaño de la fase de intervención dependerá del número de nuevos diagnósticos identificados. Se realizará análisis descriptivo y comparación de variables basal y a los 3 meses en los participantes incluidos en la intervención.

RESULTADOS

Se espera estimar la proporción de personas con riesgo aumentado de DM2 mediante FINDRISC y determinar la frecuencia de alteraciones glucémicas y nuevos diagnósticos entre quienes presenten una puntuación ≥12. En los participantes con nuevo diagnóstico incluidos en la segunda fase se explorarán los cambios a los 3 meses en conocimientos, hábitos de vida, adherencia terapéutica, parámetros antropométricos y control glucémico.

CONCLUSIONES

Una estrategia oportunista basada en FINDRISC puede facilitar la identificación de personas con riesgo aumentado de DM2 y orientar la realización dirigida de pruebas bioquímicas en Atención Primaria. La incorporación de una intervención educativa individualizada tras el diagnóstico permitirá explorar su evolución a corto plazo sobre conocimientos, autocuidado, hábitos de vida y parámetros metabólicos, aportando información sobre la viabilidad de integrar ambas actuaciones en la práctica clínica habitual.

P-046

NO TODO EN PRIMARIA ES DIABETES TIPO 2, AUNQUE LO PAREZCA

Francisco Agustín Giaroli[1], Belen Benito Badorrey[1], Candela Honrubia Montoliu[1]

[1] *ABS Raval Sud*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años, origen bengalí, fumadora, obesidad grado I (IMC 30,4 kg/m^2) y antecedente familiar de diabetes tipo 2 (DM2) y personal de diabetes gestacional. En 2021 se diagnostica un carcinoma de mama derecha cT3N1M0, estadio IIIA (RE 99%, RP 50%, HER2 2+, Ki67 15%) y un carcinoma lobulillar in situ contralateral. Tras criopreservación de ovocitos (triptorelina, folitropina alfa y cetrorelix), recibe neoadyuvancia con doxorrubicina, ciclofosfamida y paclitaxel, mastectomía derecha con linfadenectomía axilar y, desde octubre de 2022, hormonoterapia adyuvante con goserelina y exemestano, que mantiene. Presenta una situación social desfavorable (matrimonio forzado, violencia de género, madre soltera, vivienda precaria, escaso soporte familiar), clínica depresiva, consumo de riesgo de alcohol (10 UBE/día), alimentación desordenada y sedentarismo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el seguimiento en Atención Primaria destaca hipertensión de difícil control, que precisa triple terapia (IECA + tiazida + calcioantagonista), y glucemias basales alteradas repetidas sin criterios de diabetes, por lo que se refuerzan las medidas higiénico-dietéticas. En abril consulta por síntomas cardinales (poliuria, polidipsia, astenia, mareo) con glucemia capilar de 440 mg/dL y se inicia insulinización. El estudio muestra HbA1c 11,6%, anticuerpos anti-GAD positivos y péptido C disminuido.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

El fenotipo inicial (obesidad, diabetes gestacional previa y fármacos hiperglucemiantes, antecedente familiar de DM) orientaba a una DM2. La positividad de anti-GAD junto a la reserva insulínica disminuida permite clasificarla como diabetes autoinmune de inicio en el adulto. Los criterios clásicos de LADA exigen edad mayor de 30 años, autoinmunidad positiva y ausencia de requerimiento insulínico en los primeros seis meses, aunque la gravedad de la descompensación obligó a insulinizar desde el inicio, lo que ilustra el continuum de la diabetes autoinmune del adulto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Incluyó DM2 con insulinopenia, diabetes secundaria a fármacos (análogos de GnRH, inhibidores de aromatasa, corticoides) y diabetes pancreatogénica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se consensúa mantener insulinoterapia y se inicia MCG para reforzar el uso correcto de la insulina, con mejoría progresiva del control glucémico. De forma simultánea se aborda el consumo de alcohol, la sintomatología depresiva y los determinantes sociales, en coordinación con trabajo social, salud mental y oncología.

CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD

Una tipificación correcta en el debut condiciona el tratamiento, el pronóstico y el riesgo de complicaciones y daño de órgano diana. El fenotipo no basta: ante un debut atípico —descompensación intensa, obesidad con requerimiento insulínico precoz o antecedentes de autoinmunidad— la determinación de autoanticuerpos y péptido C resulta determinante y está al alcance de la Atención Primaria. Muchos pacientes tienen diabetes, pero cada paciente tiene su propia diabetes: el tratamiento más eficaz es el que se individualiza.

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 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.
2. Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D, Pietropaolo M, Zhou Z, Pozzilli P, et al. Management of latent autoimmune diabetes in adults: a consensus statement from an international expert panel. Diabetes Care. 2020;43(10):2037-2047. doi:10.2337/dci20-0017.
3. Fourlanos S, Dotta F, Greenbaum CJ, Palmer JP, Rolandsson O, Colman PG, et al. Latent autoimmune diabetes in adults (LADA) should be less latent. Diabetologia. 2005;48(11):2206-2212. doi:10.1007/s00125-005-1960-7.
4. Hawa MI, Kolb H, Schloot N, Beyan H, Paschou SA, Buzzetti R, et al. Adult-onset autoimmune diabetes in Europe is prevalent with a broad clinical phenotype: Action LADA 7. Diabetes Care. 2013;36(4):908-913. doi:10.2337/dc12-0931.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S150-S172. doi:10.2337/dc26-S007.

P-047

INTEGRACIÓN ENTRE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y GLUCEMIA CAPILAR EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Anna Julia Jaén Sosa[1], Estela Escobar Sánchez[1], Cristina Dolado Martin[1]

[1] *EAP Vía Roma*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La incorporación de sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está transformando el seguimiento en Atención Primaria (AP). Sin embargo, persisten dudas sobre el papel que debe mantener la glucemia capilar en pacientes usuarios de sensores, especialmente en situaciones de seguridad clínica, confirmación de valores y toma de decisiones terapéuticas.

El objetivo de este trabajo fue describir la percepción de profesionales de enfermería de AP sobre la convivencia entre

MCG y glucemia capilar en pacientes con DM2, así como identificar los perfiles de pacientes considerados candidatos a sensor y las principales incidencias detectadas en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis secundario de una encuesta cuantitativa online con metodología entrevista web asistida por ordenador (CAWI) dirigida a profesionales de enfermería de AP de diferentes comunidades autónomas españolas. La muestra estuvo compuesta por 305 profesionales.

El cuestionario, de aproximadamente 6 minutos de duración, incluía preguntas sobre experiencia en recomendación de sensores, mantenimiento de glucemias capilares en pacientes con sensor, situaciones clínicas en las que se consideran necesarias, número mínimo de tiras reactivas recomendadas, perfiles de pacientes candidatos a MCG e incidencias comunicadas por los pacientes.

RESULTADOS

La mayoría de los profesionales (82,3%) había recomendado sensores a pacientes con DM2, mientras que el 17,7% no lo había hecho.

El 83,9% consideró necesario mantener glucemias capilares en pacientes con sensor. Las principales situaciones en las que recomendarían continuar con controles capilares fueron: valores no concordantes con el sensor (82,8%), sospecha de hipoglucemia (66,0%), dosificación de insulina (29,7%), periodo de calentamiento del sensor (18,8%) y mal control glucémico (14,5%).

La recomendación media fue de 8,4 tiras reactivas por semana, aproximadamente una glucemia capilar diaria como complemento de la monitorización continua.

Respecto al perfil de paciente candidato a sensor, el 58,0% lo recomendaría principalmente a pacientes con múltiples dosis de insulina, el 19,7% a pacientes con insulina basal, el 19,0% a pacientes tratados con antidiabéticos orales y solo el 2,6% a todos los pacientes con DM2 independientemente del tratamiento.

Las circunstancias consideradas más importantes para prescribir un sensor fueron la capacidad del paciente para manejar la tecnología (64,9%), la habilidad para utilizar correctamente el sensor (51,0%), la presencia de hipoglucemias recurrentes o inadvertidas (33,9%) y el mal control glucémico (27,5%).

Entre las incidencias más frecuentes comunicadas por los pacientes destacaron el despegue o caída del sensor (55,0%) y las diferencias entre los valores del sensor y del glucómetro capilar (43,0%). Un 39,8% de los profesionales refirió que algún paciente había rechazado el uso del sensor y había preferido continuar con glucemias capilares.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería de Atención Primaria muestra una actitud favorable pero prudente hacia la implementación de los sensores de glucosa en la DM2, abogando por un uso selectivo.

Predomina un modelo de integración entre monitorización continua y glucemia capilar, más que una sustitución completa del control capilar. Las glucemias capilares se mantienen fundamentalmente por motivos de seguridad clínica y para confirmar valores potencialmente críticos o discordantes.

La complejidad terapéutica y la capacidad tecnológica del paciente son los principales factores que condicionan la recomendación de sensores.

Estos resultados refuerzan el papel de la educación terapéutica de enfermería y la necesidad de protocolos claros sobre cuándo mantener controles capilares en personas con DM2 usuarias de monitorización continua.

BIBLIOGRAFÍA

• American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).

• International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: IDF; 2025.

• Gómez-Peralta F, et al. Continuous glucose monitoring in type 2 diabetes: clinical benefits and practical considerations. Diabetes Ther. 2024;15:1123-1136.

• Fundación redGDPS. Recomendaciones para el uso de monitorización de glucosa en diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Madrid: redGDPS;

2025.

• Polonsky WH, Hessler D. Patient perspectives on continuous glucose monitoring and self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. J Diabetes Sci Technol. 2023;17(4):1021-1028.

P-049

CUANDO LA GLUCEMIA NO CUENTA TODA LA HISTORIA: CETOACIDOSIS DIABÉTICA ASOCIADA A iSGLT2

Albert Canudas Ventura[1], Claudia Garolera Bonamusa[1], Cristina Del Pino Astorga[1]

[1] *EAP Granollers Sud*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) diagnosticada en 2005, hipertensión arterial y dislipemia. Presentaba regular control metabólico mantenido (HbA1c 7,4-8,4%; última HbA1c 7,7%) y ausencia de complicaciones crónicas conocidas. Tras tratamiento prolongado con metformina asociada a gliclazida, 3-4 meses antes del episodio se modificó el tratamiento a metformina/canagliflozina 850/50 mg cada 12 horas para optimizar el grado de control.

Los familiares nos llaman de urgencia y nos comentan que encontraron a la paciente en el suelo, donde había permanecido aproximadamente cuatro horas, y que llevaba tres días de vómitos repetidos, inicialmente alimentarios y, posteriormente, biliosos, sin fiebre, diarrea ni dolor abdominal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Acudimos al domicilio y en la valoración inicial la paciente se encontraba consciente y orientada, con Glasgow 15, destacando hipotermia (33 °C) con palidez cutánea y sequedad de mucosas. Presentaba TA 119/68 mmHg, FC 91 lpm, FR 18 rpm, $SatO_2$ 97% y glucemia capilar de 261 mg/dL, cetonemia de 6 mmol/L. Ante el cuadro clínico y el antecedente de vómitos persistentes, se decidió traslado a urgencias hospitalarias.

Ya en urgencias se le realizó una analítica que mostró glucosa 345 mg/dL, creatinina 1,42 mg/dL (FG 38,5 mL/min/1,73 m^2), potasio 6,09 mmol/L y leucocitosis de 21.010/µL, sin elevación significativa de reactantes inflamatorios. La gasometría evidenció acidosis metabólica grave, con pH <7, bicarbonato inicialmente incalculable e hiperventilación compensatoria marcada; lactato inicial 1,5 mmol/L.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La cetonemia elevada, la acidosis metabólica grave y el tratamiento con iSGLT2 apoyaron el diagnóstico de cetoacidosis diabética asociada a los iSGLT2, precipitada por una enfermedad gastrointestinal aguda con vómitos y depleción de volumen.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se plantearon otras causas de acidosis metabólica grave: acidosis láctica, sepsis, insuficiencia renal y cetosis por ayuno.

CONCLUSIONES, RESALTANDO LA ENSEÑANZA DEL CASO

Los iSGLT2 presentan importantes beneficios cardiorrenales, pero pueden asociarse a cetoacidosis diabética (CAD), especialmente ante reducción de la ingesta, ayuno o depleción de volumen secundaria a pérdidas gastrointestinales. Aunque infrecuente en DM2 (0,6-4,9 episodios/1.000 pacientes-año), la CAD asociada a iSGLT2 puede cursar sin hiperglucemia marcada, describiéndose glucemias <200 mg/dL hasta en un tercio de los casos. La ficha técnica de canagliflozina advierte de presentaciones atípicas con elevaciones moderadas de glucemia y recomienda interrumpir el tratamiento ante sospecha o diagnóstico de CAD. El caso resalta el papel de Atención Primaria en la educación sobre el manejo de enfermedades agudas intercurrentes, especialmente aquellas con vómitos, reducción de la ingesta o riesgo de depleción de volumen, incluyendo la suspensión temporal del iSGLT2 y la identificación precoz de síntomas de alarma.

P-050

GRANULOMA ANULAR DISEMINADO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Patricia Dolores Pérez Rodríguez[1], Paula Cañal Martínez[1], Omega Mora Vargas[1]

[1] *CS Alcalde Bartolomé González*

INTRODUCCIÓN

El granuloma anular es una dermatosis benigna de etiología incierta cuya forma diseminada se asocia fuertemente a trastornos endocrinológicos, como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Suele presentar una escasa respuesta a los corticoides tópicos, requiriendo un abordaje sistémico y el despistaje de alteraciones metabólicas subyacentes desde Atención Primaria (AP).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

- **Descripción del caso:**

Mujer de 69 años con sobrepeso y colitis ulcerosa en tratamiento con mesalazina tópica. Antecedentes familiares de psoriasis (padre). Acude a consulta de AP por lesiones no pruriginosas de 2 semanas de evolución, inicialmente en dorso de manos, que posteriormente se extendieron a cuello y tronco. Refiere un episodio similar un año antes, en época estival.

- **Exploración física:** Buen estado general. Placas anulares eritematovioláceas con centro normocrómico/atrófico, indoloras y no pruriginosas en dorso de manos, así como en cuello y tronco.
- **Pruebas complementarias:** Ante la refractariedad y diseminación del cuadro, desde Atención Primaria se solicitó analítica para despistaje sistémico:
  Glucemia basal: 148 mg/dL. **HbA1c:** 6,6%.
  Serología, estudio autoinmune: negativos.
- **Evolución y manejo inicial:** Se pautó clobetasol tópico sin respuesta clínica e incluso progresión de lesiones a cuello y tronco. Se solicitó analítica completa para descartar alteraciones metabólicas y se derivó a Dermatología, donde iniciaron tratamiento con tacrolimus tópico a diario, hidroxicloroquina 200 mg/día y helioterapia.
- **Juicio clínico:** Granuloma anular diseminado secundario a debut de DM2.
  Diagnóstico diferencial: tiña corporis, psoriasis anular y liquen plano.
- **Tratamiento y evolución posterior:** Con el diagnóstico asociado de DM2, se indicaron modificaciones en estilo de vida, así como control de peso e inicio de metformina/iSGLT2. Actualmente está en seguimiento de control metabólico junto con el tratamiento dermatológico.

CONCLUSIONES

- El granuloma anular diseminado suele ser refractario a corticoide tópico, precisando frecuentemente terapias de segunda línea (tacrolimus, hidroxicloroquina o fototerapia).
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico, diferenciándose de otras entidades en que no hay cambios en la superficie de la piel como descamación o vesículas.
- La refractariedad de dermatosis anulares debe hacernos sospechar y motivar un **despistaje sistemático de DM2** mediante glucemia y HbA1c desde Atención Primaria, dada su asociación.
- Ante antecedentes familiares de psoriasis, como en este caso, puede dificultarse el diagnóstico diferencial, precisando valoración por parte de Dermatología.
- El pilar fundamental para la resolución completa de las lesiones radica en lograr un **óptimo control metabólico y glucémico,** siendo preciso el abordaje precoz y sistémico desde AP.

P-051

MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN MEDIANTE SENSOR EN LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN UNA RESIDENCIA

Isabel Dolz Güerri[1], Mª Pilar Baró Roselló[1], Jesús Campos Fernández[2], Susana Rosa Serrano[1], Laia Ribelles Moreno[1], Iñigo Lorente Doria[1], M. Cruz Sanz Martínez[3]

[1] *CAP Primer de Maig (Lleida)*
[2] *CAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere (Lleida)*
[3] *CAP Rambla Ferran (Lleida)*

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la introducción de la monitorización de glucosa mediante sensor en personas con diabetes mellitus institucionalizadas, valorando los cambios en el control glucémico, la detección de hipoglucemias y la individualización del tratamiento antidiabético.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de una experiencia asistencial desarrollada en una residencia de personas mayores asignada a un centro de salud urbano. Previamente a la implantación de los sensores, el control glucémico se realizaba mediante glucemias capilares preprandiales y posprandiales, antes del desayuno, comida y cena. Se seleccionaron seis residentes con diabetes mellitus a los que se realizó una analítica sanguínea previa a la introducción del sensor y seguimiento posterior mediante monitorización de glucosa. Se analizaron edad, función renal, hemoglobina glucosilada (HbA1c), tiempo de actividad del sensor y porcentaje de tiempo en hipoglucemia. El tratamiento antidiabético fue individualizado y modificado en función de la información obtenida mediante la monitorización.

RESULTADOS

Se incluyeron seis mujeres con una edad media de 79,8 años. Antes de la introducción del sensor, la HbA1c media era del 7,9%, con valores individuales entre el 7,2% y el 9,0%. Todas realizaban controles capilares pre y posprandiales (6 veces al día).

Durante el primer periodo de utilización del sensor, la HbA1c media fue del 7,0%, observándose una reducción respecto al valor basal. El tiempo de actividad del sensor osciló entre el 50% y el 100%. El porcentaje de tiempo en hipoglucemia fue del 0-14%, con una media del 4,5%. En el seguimiento posterior, el tiempo de actividad aumentó en la mayoría de las pacientes, situándose entre el 77% y el 100%, mientras que el porcentaje de tiempo en hipoglucemia osciló entre el 0% y el 14% (media 4,7%).

Destacó una paciente con HbA1c de 6,3-6,5% que presentó un 14% del tiempo en hipoglucemia, poniendo de manifiesto la existencia de un riesgo hipoglucémico no evidenciable mediante la HbA1c aislada. Otra paciente presentó inicialmente un 8% de tiempo en hipoglucemia, que posteriormente se redujo al 3%.

La información obtenida mediante el sensor permitió realizar modificaciones individualizadas del tratamiento antidiabético en función del perfil glucémico observado, especialmente ante la presencia de hipoglucemias.

CONCLUSIONES

La introducción de la monitorización mediante sensor en personas con diabetes institucionalizadas aportó información adicional a los controles capilares preprandiales y a la HbA1c, permitiendo identificar episodios de hipoglucemia y orientar modificaciones individualizadas del tratamiento. En nuestra experiencia, el sensor permitió detectar una importante variabilidad glucémica, incluyendo hipoglucemias en pacientes con cifras de HbA1c aparentemente adecuadas. La monitorización mediante sensor podría constituir una herramienta útil para mejorar la seguridad y la individualización del tratamiento de la diabetes en personas mayores institucionalizadas.

P-052

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA (MCG) EN CENTROS RESIDENCIALES

Jesús Campos Fernández[1], Mª Pilar Baró Roselló[2], Isabel Dolz Güerri[2], Susana Rosa Serrano[2], Laia Ribelles Moreno[2]

[1] *CAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere (Lleida)*
[2] *CAP Primer de Maig (Lleida)*

INTRODUCCIÓN

Tras la resolución de 07/04/2022 sobre la cobertura pública de la monitorización continua de glucosa (MCG) en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y siguiendo el modelo organizativo de 2023 del CatSalut, se inició la implementación del MCG en dos centros residenciales con la colaboración de la gestora de residencias del centro de salud.

Se seleccionó un sensor de monitorización flash que permite la monitorización de la glucosa intersticial y la detección de episodios de hipoglucemia e hiperglucemia a través de alarmas y modelos de predicción.

OBJETIVOS

- Formar al personal sanitario en el uso del dispositivo.
- Facilitar la interpretación del perfil de glucosa ambulatoria (AGP).
- Evaluar los principales indicadores de control glucémico en población frágil: tiempo activo sensor, TIR, TBR, TAR, CV y GMI.

METODOLOGÍA

Se seleccionaron usuarios con DM2 tratados con **≥3 dosis diarias de insulina** y que realizaban **>6 controles de glucemia capilar al día**.

Se coordinó la prescripción con la referente de Endocrinología del CAP y se estableció la infraestructura informática necesaria para visualizar los datos en ambos centros. Posteriormente, se realizó una formación al personal sobre la colocación del sensor, el acceso a la plataforma, la descarga de datos y la interpretación del AGP.

RESULTADOS

Periodo analizado desde el inicio de la implantación 25/03/2026 hasta el 31/07/2026.

Se incluyeron 10 usuarios (9 mujeres y 1 hombre) de un total de 17, con una edad media de 83 años.

En la primera descarga, solo en el **10**% de los usuarios, se alcanzó el objetivo para una interpretación fiable de los datos. Tras reforzar la educación sobre el uso del dispositivo y la necesidad de realizar los escaneos periódicamente (cada 8 horas mínimo), se llegó a:

- Tiempo activo >70% durante 14 días: **90%**
- TIR (glucosa entre 70-180 >50%): **90%**
- CV (variabilidad de curva <36%): **60%**
- TBR (hipoglucemias <70% <2%): **80%**
- TAR (hiperglucemias >180 <60%): **0%**
- GMI (glicada 7,5-8,5 mg/dL): **100%** con hemoglobinas glicosiladas <7,5

CONCLUSIONES

La educación sanitaria permitió mejorar notablemente la interpretación de los datos.

El MCG facilitó la detección de **hipoglucemias nocturnas** en usuarios con buen control metabólico, así como identificar la **variabilidad glucémica**, aportando información que podía pasar desapercibida con los controles capilares

convencionales.

La experiencia demuestra que el MCG es una herramienta útil para mejorar la monitorización y el control glucémico y detectar variables que se asocian a las complicaciones en personas con DM2 residentes en centros geriátricos.

P-053

PERCEPCIONES SOBRE EL MANEJO DEL PESO EN PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD Y DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL ESTUDIO NOTION-S

Ana Cebrián[1], Itxaso Aguirregabiria[2], Silvia Díaz-Cerezo[2], Irene Romera[2], Clara Pérez-Rambla[3], Natalia Duque[2]

[1] *Cartagena Casco Antiguo Primary Care Center, Murcia, Spain*
[2] *Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA*
[3] *Outcomes'10 (a ProductLife Group Company), Castellón de la Plana, Spain*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sobrepeso y la obesidad afectan al 80-90% de las personas con diabetes tipo 2 (DM2) y su abordaje constituye un pilar de su manejo. Hay escasa evidencia sobre en qué medida los pacientes son conscientes de esta relación. El objetivo principal del estudio fue evaluar el grado de concienciación sobre la importancia del control del peso en pacientes con sobrepeso (IMC ≥27 kg/m²) u obesidad (IMC ≥30 kg/m²) y DM2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal multicéntrico, con recogida retrospectiva de datos, en 10 centros de atención primaria españoles. Se incluyeron adultos de 18-65 años con sobrepeso u obesidad y DM2 diagnosticada en los últimos 5 años. En una única visita cumplimentaron dos cuestionarios ad hoc (concienciación y perspectivas sobre el peso) y se registraron variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. La concienciación se evaluó mediante un cuestionario de 8 ítems (Likert de 5 puntos): las puntuaciones se sumaron y se expresaron como porcentaje del máximo posible (rango 20-100; a mayor valor, mayor concienciación), y se dicotomizaron en ≥80% para definir concienciación alta. Se realizaron análisis descriptivos.

RESULTADOS

Se incluyeron 151 pacientes (Tabla 1). La concienciación fue alta: puntuación media (DE) 89,2 (10,1) y un 82,8% presentó concienciación alta. La mayoría (92,7%) manifestó interés en perder peso y un 77,5% lo había intentado en los últimos 5 años. Sin embargo, todos mantenían sobrepeso u obesidad y su peso apenas se había modificado desde el diagnóstico; solo un 29,8% (36/121 con datos de evolución) alcanzó una pérdida >5%. Al 82,1% su médico le había explicado cómo la pérdida de peso mejora el control de la DM2, pero en más de la mitad de ellos (54,0%) no se había acordado un objetivo de pérdida de peso. Entre quienes recibieron apoyo (69,5%), las intervenciones fueron predominantemente sobre el estilo de vida (dieta 87,6% (92/105) y actividad física 85,7% (90/105)), y solo al 35,2% (37/105) se le ofreció tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

Pese a una elevada concienciación sobre la importancia del control del peso y una alta motivación para perderlo, el establecimiento de objetivos y el uso de tratamiento farmacológico fueron limitados en esta cohorte de atención primaria con sobrepeso u obesidad y DM2 de reciente diagnóstico. Reducir la distancia entre concienciación y acción clínica es una oportunidad de mejora.

P-057

ABORDAJE INTEGRAL EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONTROL METABÓLICO, AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN TRES ESCENARIOS CLÍNICOS

Anna Castells Gasia[1]

[1] *CAP de Piera*

OBJETIVOS

Describir la evolución clínica y metabólica de tres pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) complejos tras una intervención intensiva en Atención Primaria (AP), basada en educación terapéutica y ajuste farmacológico.

Evaluar el autocuidado y la calidad de vida percibida mediante los cuestionarios validados SDSCA-Sp (Summary of Diabetes Self-Care Activities, versión española) y EsDQOL (cuestionario específico de calidad de vida en diabetes).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de tres casos clínicos atendidos en AP, seleccionados por su complejidad clínica y seguimiento continuado. Se analizaron los seis primeros meses de seguimiento desde la primera visita enfermera de diabetes. Se realizaron ocho visitas enfermeras, además de las médicas y de nutricionista, en períodos cortos e individualizados.

La intervención incluyó entrevista motivacional para identificar antecedentes, hábitos, adherencia y barreras, estableciendo objetivos individualizados. Se promovieron al menos treinta minutos diarios de actividad física y una alimentación equilibrada limitando ultraprocesados, azúcares simples y bebidas energéticas, y aumentando verduras, fruta y alimentos ricos en fibra. Se proporcionó educación nutricional sobre almidón resistente e índice glicémico.

Se registraron al inicio y a los 6 meses parámetros analíticos, antropométricos y modificaciones del tratamiento. En el paciente que lo precisó se inició monitorización continua de glucosa (MCG), valorando TIR (tiempo dentro de rango), TBR (tiempo bajo de rango) y glucosa media.

Los cuestionarios SDSCA-Sp y EsDQOL se administraron en una evaluación posterior al finalizar la intervención: a los 5 meses en el caso 1, a los 2 años en el caso 2 y a los 3 meses en el caso 3. Para este análisis se consideró adecuada una frecuencia de autocuidado ≥4 días/semana.

RESULTADOS

Los tres pacientes, varones de 60, 54 y 50 años, presentaron una evolución clínica y metabólica favorable durante el seguimiento.

Caso 1. Debut grave con glucotoxicidad: HbA1c inicial de 13,3% y glucemia de 288 mg/dL. Tras la intervención y el ajuste terapéutico, se redujo y retiró progresivamente la insulinoterapia inicial (glargina 40 UI más bolos), manteniendo metformina/iSGLT2. A los 6 meses, la HbA1c descendió a 5,3% (−8 puntos porcentuales), la glucemia de 288 a 76 mg/dL y el peso de 105 a 98 kg (−7 kg).

Caso 2. DM2 de larga evolución y tratamiento complejo: paciente pluripatológico con más de 12 años de evolución, en tratamiento bolo-basal asociado a arGLP-1/iSGLT2. Se inició MCG junto con educación terapéutica y revisión del tratamiento. A los 6 meses, la HbA1c descendió de 7,4% a 6,9%, el TIR aumentó del 79% al 88% y la glucosa media disminuyó de 149 a 122 mg/dL. La MCG detectó glucemias por debajo de rango previamente inadvertidas, con un TBR del 7%, motivando la revisión de las dosis de insulina rápida. Peso final 98 kg, no se registró peso inicial.

Caso 3. Debut descompensado con comorbilidad psiquiátrica: HbA1c inicial de 11,6%, obesidad, triglicéridos de 601 mg/dL, TDAH y depresión. La intervención incidió especialmente en los hábitos de riesgo, junto con la optimización del tratamiento con iSGLT2/metformina, estatina y antihipertensivo, además de ejercicio físico. A los 6 meses, la HbA1c descendió a 7,0% (−4,6 puntos), la glucemia de 222 a 97 mg/dL, los triglicéridos a 92,75 mg/dL, la presión arterial de 144/95 a 124/78 mmHg y la GGT de 220 a 33 U/L, y el peso de 85,5 a 80 kg (−5,5 kg).

En el SDSCA-Sp, los tres pacientes alcanzaron una adherencia ≥4 días/semana en los tres ítems de alimentación. En actividad física, los casos 1 y 3 alcanzaron ≥4 días/semana en ambos ítems, mientras que el caso 2 presentó 4 y 0

días/semana, respectivamente. En los dos ítems de autocontrol glucémico, los casos 2 y 3 presentaron 7 días/semana; el caso 1 presentó 1 día/semana en ambos, acorde con la pauta profesional. En el EsDQOL, las puntuaciones fueron 44, 91 y 43 puntos en los casos 1, 2 y 3, respectivamente; el caso 2 presentó la puntuación más elevada y, por tanto, mayor carga percibida relativa dentro de la serie.

Los pacientes atribuyeron su mejoría al acompañamiento, la educación terapéutica y los cambios realizados; el caso 2 destacó además la utilidad de la MCG.

CONCLUSIONES

Los tres casos mostraron una evolución clínica y metabólica favorable coincidiendo con una intervención individualizada basada en educación terapéutica, acompañamiento enfermero y optimización farmacológica desde AP. La MCG permitió identificar un TBR del 7% en el paciente con tratamiento complejo y orientar ajustes para mejorar la seguridad.

El SDSCA-Sp y EsDQOL permitieron describir el autocuidado y la calidad de vida percibida en diferentes momentos posteriores a la intervención. La ausencia de mediciones basales y la heterogeneidad temporal impiden valorar su evolución.

El reducido número de casos y el diseño retrospectivo no permiten establecer causalidad ni generalizar resultados, aunque ilustran el potencial de un abordaje coordinado, continuado e individualizado desde AP. Estos hallazgos justifican estudiar muestras más amplias comparada con la atención habitual.

P-058

MANEJO METABÓLICO E INTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA ESCALONADA EN UN PACIENTE CON DM2 Y TERAPIA DE PRIVACIÓN ANDROGÉNICA POR ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

Maria Rosario Fuster Benet[1], Maria Castellote[1]

[1] *CSA Fernando el Católico*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 65 años con diagnóstico de **adenocarcinoma de próstata localizado** (Gleason 3+4, ISUP 2) realizado hace seis meses, actualmente en seguimiento. Presenta antecedentes de **hipertensión arterial** y **dislipemia**, en tratamiento con enalapril 20 mg/día y atorvastatina 10 mg/día. Se encuentra en **terapia de privación androgénica (TPA)** mediante agonista de GnRH, que ha inducido un **hipogonadismo iatrogénico** con aumento de peso, reducción de masa magra, adiposidad visceral y mayor resistencia a la insulina, elevando su riesgo cardiovascular. El paciente está **asintomático** desde el punto de vista glucémico, sin poliuria ni polidipsia, y solo refiere astenia leve.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS

- Exploración física inicial: Peso: 82 kg, Talla: 1,70 m, IMC: 28,4 kg/m² (sobrepeso), PA: 132/80 mmHg.

- Analítica inicial: HbA1c: 7,8%, Glucemia basal: 162 mg/dL, Creatinina: 1,0 mg/dL, FGe: 78 mL/min/1,73 m², Cociente albúmina/creatinina: normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

El paciente presenta **diabetes mellitus tipo 2** en el contexto de **resistencia a la insulina inducida por TPA**. Dado el buen pronóstico oncológico y su estado funcional, se establece un **objetivo de HbA1c <7,0%**.

La progresión terapéutica responde a la necesidad de contrarrestar los efectos metabólicos del hipogonadismo iatrogénico y reducir el riesgo cardiovascular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Diabetes mellitus tipo 2 secundaria a TPA
- Intolerancia a hidratos de carbono sin criterios de diabetes

- Síndrome metabólico
- Hiperglucemia de estrés (menos probable por estabilidad clínica).

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

Este caso ejemplifica cómo la **terapia de privación androgénica** puede desencadenar alteraciones metabólicas significativas, especialmente **resistencia a la insulina** y ganancia ponderal. La estrategia terapéutica escalonada con **metformina + iSGLT2 + arGLP-1** demuestra ser eficaz para optimizar el control glucémico y mejorar el perfil cardiometabólico en pacientes oncológicos sometidos a TPA.

La enseñanza clave es la importancia de un **control glucémico individualizado**, considerando el contexto oncológico y los efectos endocrinos del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grossmann M, Zajac JD. Androgen deprivation therapy and metabolic complications. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2011;74(3):301-9.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care.* 2024;47(Suppl 1):S1-S321.
3. Nead KT, et al. Androgen deprivation therapy and diabetes risk. *J Clin Oncol.* 2015;33(11):1243-50.
4. Zinman B, et al. Empagliflozin and cardiovascular outcomes. *N Engl J Med.* 2015;373:2117-28.

P-059

DEBUT DIABÉTICO ATÍPICO CON HIPERGLUCEMIA GRAVE: PAPEL DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Irene Martin Andrés[1], David García Franco[1]

[1] *Centro de Salud Silvano*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 51 años con hipertensión arterial, dislipemia y trastorno de ansiedad. Antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 2 de debut tardío en su madre. No fumador, sin consumo de alcohol ni antecedentes de tratamiento con corticoides o inmunoterapia. Realizaba actividad física reglada tres días por semana. En mayo de 2026, en una analítica rutinaria, se objetivó glucemia basal >300 mg/dL, asociada a poliuria, polidipsia y pérdida ponderal de aproximadamente 10 kg. Persistieron glucemias capilares >300 mg/dL y HbA1c del 11%. En Atención Primaria se confirmaron glucemias basales de 250-285 mg/dL. Se inició tratamiento con un inhibidor SGLT2, con respuesta parcial. En junio, ante HbA1c del 12,7%, se inició insulina glargina 6 UI/día y monitorización continua de glucosa (MCG).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 91,5 kg, talla 189,5 cm, IMC 25,48 kg/m² y perímetro abdominal 94 cm. Sin acantosis nigricans ni signos de hipercortisolismo. Exploración de miembros inferiores normal, con pulsos conservados. Función renal conservada y ausencia de microalbuminuria. Péptido C de 2,14 ng/mL, compatible con reserva pancreática conservada. Ecografía abdominal sin alteraciones pancreáticas relevantes y estudio oftalmológico normal. En julio, glucemia 108 mg/dL y HbA1c 10,7%. La MCG durante 14 días mostró glucemia media de 116 mg/dL, GMI 6,1%, coeficiente de variación 24,6% y 96% de tiempo en rango, sin hipoglucemias.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se planteó un debut diabético de difícil clasificación, con hiperglucemia grave, síntomas cardinales, pérdida ponderal y ausencia de obesidad significativa, pero con reserva pancreática conservada. Se consideró inicialmente una diabetes mellitus tipo 2 de presentación atípica, manteniéndose la posibilidad de diabetes autoinmune del adulto de evolución lenta (LADA). El estudio de autoanticuerpos pancreáticos permanecía pendiente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron diabetes mellitus tipo 2 de presentación atípica, LADA y diabetes secundaria. Esta última se consideró

improbable ante la ausencia de fármacos diabetógenos, signos clínicos de hipercortisolismo o alteraciones pancreáticas estructurales. El péptido C conservado apoyó la existencia de reserva insulínica.

CONCLUSIONES

La MCG permitió valorar de forma precoz y continuada la respuesta a la insulinización, facilitando la individualización terapéutica y objetivando un excelente control glucémico sin hipoglucemias. La educación terapéutica estructurada con Enfermería, inicialmente semanal y posteriormente quincenal, favoreció la adherencia, la técnica de insulinización, el autocuidado y la interpretación de la MCG. El uso de herramientas de inteligencia artificial como recurso complementario permitió reforzar conocimientos y participación del paciente en su autocuidado, integrado en el seguimiento clínico de Atención Primaria. El caso destaca el valor de un abordaje multidisciplinar y tecnológico desde Atención Primaria ante un debut diabético atípico mientras se completa su clasificación etiológica.

P-060

OBESIDAD EN LA VIDA REAL: EFECTIVIDAD DE LOS AGONISTAS GLP-1 Y GIP/GLP-1 Y FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carolina Serrano Torrecilla[1], Cristina Martínez San Román[2], Adrián Úbeda Leal[3], Julia Eseverri Cardona[4], Elena Fernández López[4]

[1] *CS Cea Bermúdez*
[2] *Hospital Universitario Infanta Leonor*
[3] *CS Los Yébenes*
[4] *CS Goya*

OBJETIVOS

Los agonistas del receptor GLP-1 y los agonistas duales GIP/GLP-1 han ampliado las opciones terapéuticas de la obesidad. Sin embargo, su efectividad en condiciones de práctica clínica habitual puede diferir de la observada en ensayos clínicos. El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de estos tratamientos en personas con obesidad con y sin DM2 atendidas en Atención Primaria y explorar factores asociados a la respuesta ponderal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo realizado en cuatro centros de salud urbanos de la Comunidad de Madrid. Se realizó un muestreo aleatorio y se incluyeron personas ≥18 años con obesidad (IMC ≥30) a las que se prescribió semaglutida o tirzepatida entre enero y junio de 2025. Se definió éxito terapéutico como una pérdida ≥5% del peso corporal inicial a los seis meses de alcanzar la dosis máxima recomendada o tolerada. Se realizó análisis descriptivo y bivariante mediante χ^2 o test exacto de Fisher, considerando significación estadística $p<0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 144 pacientes, con una edad media de 56,4 ± 11,6 años; el 57,6% eran mujeres. El 29,2% presentaba DM2 y el 8,3% enfermedad cardiovascular (ACV, IAM, EAP).

El 69,4% (IC95%: 61,5–76,4) alcanzó una pérdida ≥5% del peso inicial. La tasa de éxito fue del 57,7% con semaglutida y del 44,4% con tirzepatida. Estas diferencias deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño de algunos subgrupos y a los cambios de tratamiento durante el seguimiento.

El 13,19% iniciaron tratamiento con semaglutida oral. Un 21% de ellos pasó en algún momento del seguimiento a semaglutida subcutánea. Se pasó a tirzepatida en el 10,5% de los casos.

El tratamiento inicial fue con tirzepatida en el 21,5% de los casos. De los pacientes tratados inicialmente con tirzepatida, se cambió a semaglutida en el 3,2%. Se observaron diferencias en la tasa de éxito entre centros, siendo el menor de 56,6% y el 81,2% el de mayor tasa de éxito (p=0,046). Los pacientes con diabetes mellitus presentaron una menor tasa de éxito que aquellos sin diabetes (54,8% frente a 75,5%; p=0,024). No se observaron diferencias significativas según la presencia de enfermedad cardiovascular ni según el estado ponderal basal.

Variable	Categoría	Éxito (%)	p
Centro de salud	General Fanjul	66,7	0,046
	Goya	81,2	
	Lucero	56,6	
	Yébenes	77,3	
Diabetes mellitus y obesidad	No	75,5	0,024
	Sí	54,8	
Patología cardiovascular y obesidad	No	70,2	0,514*
	Sí	58,3	
Estado ponderal	Obesidad	69,7	0,519*

CONCLUSIONES

De los pacientes que presentan obesidad y son tratados en Atención Primaria en condiciones de práctica clínica real, aproximadamente 7 de cada 10 pacientes alcanzaron una pérdida ponderal ≥5% con agonistas GLP-1/GIP-GLP-1. La respuesta fue heterogénea, con menor tasa de éxito en las personas con diabetes y diferencias relevantes entre centros.

Estos resultados sugieren que la efectividad del tratamiento farmacológico de la obesidad puede estar condicionada por factores clínicos y asistenciales, y ponen en valor el seguimiento estructurado e individualizado desde Atención Primaria.

P-064

DISPONIBILIDAD DE PARÁMETROS DE EVALUACIÓN RENAL EN PACIENTES CON DIABETES DERIVADOS A CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Cristina María García Martínez[1], Daniel Sánchez Fenollar[2]

[1] *Hospital General Universitario Santa María del Rosell*
[2] *Centro de Salud Cartagena / Los Dolores*

OBJETIVO

Describir si los pacientes con diabetes derivados desde Atención Primaria a Endocrinología disponían de una valoración renal completa reciente mediante la determinación conjunta del filtrado glomerular estimado (FG) en sangre y del cociente albúmina/creatinina urinario (CaCo) y cuántos de estos pacientes disponen de ella.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo compuesto por 136 pacientes con diabetes derivados durante los meses de mayo a agosto del 2026 al Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Santa María del Rosell. La muestra incluyó 75 hombres (55,1%) y 61 mujeres (44,9%), con una edad media de 57,2 años. Respecto al tipo de diabetes, 20 pacientes (14,7%) presentaban diabetes mellitus tipo 1 (DM1), 114 (83,8%) diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 1 (0,7%) diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) y 1 (0,7%) diabetes tipo MODY.

Se revisaron las analíticas solicitadas desde Atención Primaria durante los seis meses anteriores a la fecha de la interconsulta. Una determinación se consideró disponible y se clasificó como "Sí" exclusivamente cuando constaba un valor de FG o CaCo obtenido dentro de ese periodo. Los resultados anteriores a seis meses no se consideraron válidos. Se definió como valoración renal completa la disponibilidad simultánea de FG y CaCo, e incompleta cuando faltaba una o ambas determinaciones. Se calcularon frecuencias y porcentajes. La disponibilidad de FG y CaCo se comparó mediante la prueba exacta de McNemar.

RESULTADOS

De los 136 pacientes, 94 (69,1%) disponían de un FG reciente y 75 (55,1%) de CaCo. Solamente 73 pacientes (53,7%)

presentaban ambas determinaciones realizadas durante los seis meses previos.

Un total de 63 pacientes (46,3%) fueron derivados sin una valoración renal completa. Cuarenta de ellos (29,4% del total) no disponían de ninguna determinación, 21 (15,4%) tenían únicamente FG y 2 (1,5%) únicamente CaCo. Entre las 23 parejas discordantes, 21 correspondían a pacientes con FG, pero sin CaCo y 2 a pacientes con CaCo, pero sin FG. La prueba exacta de McNemar mostró una menor disponibilidad del CaCo respecto al FG ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Casi la mitad de los pacientes con diabetes fueron derivados a Endocrinología sin una valoración renal completa efectuada durante los seis meses anteriores. La principal carencia fue la ausencia del CaCo, incluso entre pacientes con FG reciente. La solicitud sistemática y conjunta de ambas determinaciones antes de la derivación permitiría mejorar la detección del daño renal, la estratificación del riesgo, la coordinación asistencial y la eficiencia de la primera consulta especializada.

P-065

¿LO MÁS NUEVO ES SIEMPRE LO MEJOR? UN CASO DE INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES TIPO 2

Almudena Castaño Reguillo[1], Francisco Andrés Martínez Ortiz[1], Juan Manuel Cervera Centenero[1]

[1] *CS Los Ángeles*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 71 años, normopeso, con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde 2001, hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL), sin enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica ni albuminuria. En tratamiento con metformina/sitagliptina y gliclazida, presentaba buen control metabólico (HbA1c 7,1%), sin hipoglucemias clínicamente relevantes conocidas.

Desde Atención Primaria (AP) se sustituyó gliclazida por dapagliflozina, fundamentalmente para reducir el riesgo potencial de hipoglucemia asociado a sulfonilureas. Tras el cambio comenzó a registrar glucemias capilares superiores a sus valores habituales, asociando poliuria, polidipsia, aumento de la ingesta hídrica, sudoración y malestar general. Presentó además diarrea, modificándose la formulación de metformina/sitagliptina para mejorar la tolerancia digestiva. Ante la persistencia de la clínica se sustituyó dapagliflozina por empagliflozina, sin mejoría. Finalmente se suspendió el iSGLT2 y se reintrodujo gliclazida, desapareciendo la sintomatología y recuperándose las glucemias habituales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente normopeso, sin complicaciones cardiorrenales conocidas. HbA1c basal 7,1%. Durante el tratamiento con ambos iSGLT2 registró reiteradamente glucemias en ayunas superiores a las previas. Cuatro meses después del inicio de los cambios terapéuticos, incluyendo la reintroducción de gliclazida, la HbA1c fue 7,3%.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se consideró deterioro clínico y glucémico temporalmente relacionado con la sustitución de gliclazida por iSGLT2. La glucosuria y diuresis osmótica propias de estos fármacos podían contribuir a la poliuria y polidipsia. Simultáneamente, la retirada del efecto insulinosecretor de gliclazida pudo favorecer el incremento de las glucemias en una DM2 de larga evolución. La persistencia con dos iSGLT2 y la resolución tras reintroducir gliclazida apoyaron esta relación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron descompensación por proceso intercurrente, intolerancia farmacológica, efecto de clase de los iSGLT2 y deterioro progresivo de la función beta-pancreática. Esta última constituye una hipótesis, al no disponer de péptido C.

CONCLUSIONES

La longitudinalidad de AP permite valorar el impacto real de las modificaciones terapéuticas. En un paciente de 71 años sin enfermedad cardiorrenal, una HbA1c de 7,1% podía encontrarse ya dentro de un objetivo individualizado adecuado.

Aunque debe minimizarse el riesgo de hipoglucemia asociado a sulfonilureas, su sustitución no garantiza un mejor resultado individual. Se ha descrito previamente deterioro glucémico en algunos pacientes al retirar completamente una sulfonilurea al introducir un iSGLT2.

Antes de modificar un tratamiento eficaz y bien tolerado debemos establecer qué beneficio clínico perseguimos y reevaluar eficacia, tolerabilidad y calidad de vida. **La innovación amplía nuestras opciones, pero no sustituye a la individualización: cambiar el tratamiento no siempre significa mejorarlo.**

P-067

MANEJO ENFERMERO DE LA HIPERGLUCEMIA INDUCIDA POR CORTICOTERAPIA EN UN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía Pérez Silva[1], Juana María Rodríguez Carretero[2]

[1] *C.S. Villafranca de los Barros*
[2] *C.S. Talavera la Real*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 66 años con cáncer de pulmón metastásico en tratamiento paliativo con quimioterapia y dexametasona. Presenta síndrome de Cushing iatrogénico y descompensación de diabetes mellitus tipo 2, con glucemias basales cercanas a 300 mg/dL que precisaron terapia con insulina. Tras el alta hospitalaria carecía de los conocimientos básicos y de pauta de insulina rápida, lo que ocasionaba frecuentes consultas a urgencias por hiperglucemia. La valoración enfermera identifica déficit de conocimientos sobre diabetes e insulinoterapia, así como dependencia de familiares para los autocuidados.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una valoración integral mediante análisis DAFO-CAME, detectándose déficit de conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento, hiperglucemia secundaria al tratamiento con corticoides y frecuentes descompensaciones glucémicas. Se efectúa seguimiento de perfiles glucémicos y un programa de educación diabetológica dirigido al paciente y sus familiares, abordando el uso del glucómetro, el manejo de la insulinoterapia, el reconocimiento de signos de hipoglucemia e hiperglucemia y las recomendaciones dietéticas.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes mellitus tipo 2 descompensada por corticoides en paciente con cáncer de pulmón avanzado, asociada a un déficit de conocimientos y dificultades para el manejo autónomo de la insulinoterapia. Se considera prioritaria la intervención enfermera para optimizar el control glucémico, mejorar la adherencia terapéutica y fomentar la participación activa en los autocuidados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hiperglucemia inducida por corticoterapia, progresión de la diabetes mellitus tipo 2, falta de adherencia al tratamiento y errores en la administración de insulina derivados del desconocimiento de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

La educación diabetológica y el seguimiento enfermero continuado mejoraron los conocimientos del paciente y sus cuidadoras sobre diabetes e insulinoterapia, favoreciendo la adherencia terapéutica y la participación en los autocuidados. Como resultado, se observó una reducción de las cifras de glucemia basal y posprandial, así como una disminución de las consultas a urgencias por descompensaciones glucémicas. Este caso pone de manifiesto la importancia de la educación sanitaria y del acompañamiento enfermero en el control de la diabetes descompensada secundaria al tratamiento con corticoides en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Diabetes (SED). Programa estructurado de educación terapéutica. Primera edición. España: Movet; 2020.

2. Fundación redGDPS. Abordaje integral del paciente con DM2 en enfermería y medicina. Primera edición. España: BelloyMartinez.com; 2021.

Navarro J. Insulinización: Situaciones especiales. Consenso para la insulinización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS. Suplemento nº4-2017; (17-19).

P-068

CRIBADO DE DIABETES TIPO 1 PRESINTOMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Celia López Cleries[1], Sonia Navarro Sánchez[2]

[1] *Centro de Salud Gil y Morte*
[2] *Centro de Salud Gil y Morte*

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años que solicita analítica de control. AF: Hermana DM1 LADA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

GADA+, IAA+, IA-2A-, ZnT8A-, glucemia plasmática 76 mg/dL, HbA1c 5,4%.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Si se confirma la positividad de los dos anticuerpos en otra analítica, se diagnostica de fase presintomática de DM1. Se recomienda seguimiento periódico y derivación a endocrinología si aparece disglicemia o progresión hacia estadio 2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Riesgo de DM1, pre-estadio 1: 1 anticuerpo + con normoglucemia.
2. DM1 estadio 1: 2 o más anticuerpos + con normoglucemia + asintomático.
3. DM1 estadio 2: 2 o más anticuerpos + con disglicemia sin criterios de diabetes.
4. DM1 estadio 3: criterios de diabetes con al menos 1 anticuerpo positivo.

CONCLUSIONES

Los antecedentes familiares de primer grado permiten identificar a pacientes con mayor riesgo de DM1. Además, la identificación de pacientes con DM1 estadio 2 permite valorar el inicio de teplizumab para retrasar su progresión.

P-071

REGISTRO DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA: OPORTUNIDADES DE MEJORA

Óscar Sanz Jerónimo[1]

[1] *CS Son Gotleu*

OBJETIVOS

Evaluar la presencia y calidad del registro de información clínicamente relevante sobre monitorización continua de glucosa en historias clínicas de personas con diabetes atendidas en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes con diabetes usuarios de monitorización continua de glucosa. Se identificaron 49 pacientes, excluyéndose uno por encontrarse en proceso paliativo activo, al considerarse que sus objetivos de control y seguimiento no eran comparables con el resto de la muestra. La muestra final fue de 48 pacientes.

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas y clínicas: tipo de diabetes, años de evolución de la diabetes, tratamiento actual, última HbA1c, seguimiento por endocrinología y variables relacionadas con el registro de MCG: registro del sensor en historia clínica, tipo de sensor registrado, revisión de datos del sensor, revisión de informe AGP/LibreView, tiempo en rango, tiempo en hipoglucemia, tiempo en hiperglucemia, variabilidad glucémica, GMI, educación terapéutica sobre sensores, ajuste terapéutico y plan de actuación.

Se elaboró un índice de calidad de registro de 0 a 10 puntos. Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Se analizaron 48 pacientes, con edad media de 53,5 años. El 52,1% eran hombres y el 47,9% mujeres. El 47,9% presentaban diabetes tipo 1 y el 52,1% diabetes tipo 2. La evolución media de la diabetes fue de 19,4 años y la HbA1c media disponible fue de 8,35%. El 89,6% tenía seguimiento por endocrinología.

El uso de sensor constaba en historia clínica en el 93,8% de los casos, así como el tipo de sensor. Sin embargo, el registro de variables clínicas específicas fue menor: revisión de datos del sensor en el 18,8%, AGP/LibreView en el 8,3%, tiempo en rango en el 18,8%, tiempo bajo rango en el 10,4%, tiempo alto rango en el 10,4%, variabilidad glucémica en el 6,2% y GMI en el 4,2%. La educación terapéutica específica sobre sensor constaba en el 14,6%, el ajuste de tratamiento basado en MCG en el 12,5% y el plan de actuación registrado en el 8,3%.

La puntuación media del índice de calidad del registro fue de 2,69 sobre 10. El 77,1% de las historias presentaron una calidad de registro ausente o muy baja (0-2 puntos), el 12,5% presentaron una calidad baja (3-4 puntos), el 2,1% presentaron una calidad intermedia (5-6 puntos) y solo el 8,3% presentaron una calidad alta (7-10 puntos).

CONCLUSIONES

Aunque el uso de monitorización continua de glucosa consta en la mayoría de historias clínicas revisadas, el registro de la información clínicamente útil que aporta esta tecnología es limitado y heterogéneo. Variables como revisión del informe AGP, tiempo en rango, tiempo en hipoglucemia, tiempo en hiperglucemia, variabilidad glucémica, GMI o educación terapéutica aparecen poco reflejadas en la historia clínica de Atención Primaria.

Estos resultados muestran un margen claro de mejora y apoyan la necesidad de establecer criterios de registro estructurado, circuitos de revisión de datos de MCG y formación específica para profesionales de Atención Primaria.

P-072

CUANDO LA OBESIDAD ENGAÑA: DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO INICIALMENTE CLASIFICADA COMO DIABETES TIPO 2

Laura Maria De Ana Lobato[1], Cristina Roca Cornejo[1]

[1] *C.S. Los Gallos*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años, con obesidad grado I e hipertensión arterial, que consulta por poliuria, polidipsia y astenia. Presentaba glucemia basal de 196 mg/dL, HbA1c de 8,4% e IMC de 31,2 kg/m^2. Se orientó inicialmente como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y se inició intervención sobre estilo de vida y metformina hasta 1 g/12 h.

En los meses siguientes perdió 4 kg, pero la HbA1c aumentó a 9,3%, por lo que se añadió empagliflozina. Casi dos meses después consultó por náuseas y nueva pérdida ponderal de 3 kg, con glucemia capilar de 214 mg/dL. La evolución parecía poco compatible con una DM2 de reciente diagnóstico, por lo que revisamos el diagnóstico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presentaba tensión arterial 126/78 mmHg, frecuencia cardiaca 92 lpm e IMC 29,4 kg/m^2. La tira de orina mostró glucosuria y cetonuria. Se suspendió empagliflozina y se derivó a Urgencias. Gasometría: pH 7,38, bicarbonato 23 mmol/l y cetonemia 1,7 mmol/l, sin criterios de cetoacidosis.

Posteriormente se objetivaron glucemia de 228 mg/dL y HbA1c de 10,1%, con función renal, hepática y TSH normales. Ante la rápida progresión y la escasa respuesta al tratamiento no insulínico se solicitaron autoanticuerpos pancreáticos, con anti-GAD y anti-IA2 positivos. El péptido C fue de 0,18 nmol/l, compatible con reserva beta pancreática disminuida.

JUICIO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Se diagnosticó diabetes autoinmune de inicio en la edad adulta. Se consideraron como alternativas DM2 de rápida evolución, diabetes pancreatogénica y diabetes monogénica. Se inició pauta basal-bolo de insulina y educación sobre hipoglucemia, cetosis y manejo en enfermedades intercurrentes, con seguimiento coordinado entre Endocrinología y Atención Primaria.

CONCLUSIONES

En adultos con aparente DM2, la pérdida de peso, el deterioro glucémico rápido, la mala respuesta a fármacos no insulínicos o la cetosis deben hacer reconsiderar el diagnóstico y valorar autoinmunidad pancreática. En este caso, la cetosis tras iniciar un iSGLT2 fue el punto de inflexión. La longitudinalidad de Atención Primaria permitió identificar una evolución discordante y corregir precozmente la clasificación y el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S27-S49.
2. Wright EE Jr, Low Wang CC, Novak LM, et al. Misclassification of type 1 diabetes as type 2 diabetes in adults. *Postgrad Med*. 2026;138(4):396-407.

P-077

ACLARACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

María Asunción Catalán Montero[1], Helena Campos Rodríguez[2], Noelia Villafranca Ortega[3]

[1] *CS El Naranjo*
[2] *CS Las Matas*
[3] *CS Las Américas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 58 años, que acude a la consulta de Atención Primaria para control analítico. Presenta como principal antecedente de interés varias glucemias basales en anteriores analíticas en torno a 100-120 mg/dL, con HbA1c en torno a 6,3%, motivo por el que se siguen realizando los controles anuales. No es fumadora, ni hipertensa, no tiene tratamiento farmacológico habitual. Es de origen extremeño, realiza deporte habitual y dieta mediterránea. Madre con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. La paciente se encuentra asintomática.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración es anodina con tensión arterial de 111/75 mmHg, FC 75 lpm, IMC 24,5. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal, no lesiones en piel, exploración de miembros inferiores sin alteraciones con pulsos pedios positivos y simétricos. En la analítica actual destaca una glucemia basal 127 mg/dL con una HbA1c de 6,5%, resto de parámetros sin hallazgos relevantes con colesterol total de 175 mg/dL, con un LDL < 100 y HDL 65. Perfil hepático no alterado. Orina normal con cociente albúmina/creatinina sin alteraciones. Electrocardiograma normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Prediabetes, hiperglucemia transitoria, diabetes mellitus tipo 2.

CONCLUSIONES

Desde el 2019 la guía ADA (American Diabetes Association) considera que puede establecerse el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 cuando una misma muestra plasmática presenta simultáneamente criterios diagnósticos de glucemia en ayunas GBA ≥126 mg/dL y de HbA1c >6,5%.

Cuando los dos criterios usados para confirmar el diagnóstico discrepan (por ejemplo, GBA ≥126 mg/dL pero HbA1c

<6,5%), la guía ADA 2026 recomienda repetir el criterio que superó el umbral. Si la discordancia persiste, debe investigarse activamente la causa: posibles interferencias analíticas con la HbA1c, variabilidad en la extracción o patología subyacente. En estos casos, la sobrecarga oral de glucosa puede utilizarse como prueba complementaria para confirmar el diagnóstico.

Por lo tanto, en el caso clínico expuesto, se puede diagnosticar a la paciente de diabetes mellitus tipo 2 en el momento de la consulta, sin necesidad de confirmar los valores. Esto aclara un punto clave para evitar retrasos y las consecuencias de la inercia terapéutica, permitiendo iniciar el abordaje clínico cuanto antes.

P-078

CUIDADO CON EL GOLD STANDARD: RIESGO DE CETOACIDOSIS

María Ballesteros Sánchez[1], Carmen Rodado Delgado[1], Cristina Dominguez Tena[1]

[1] *CS Valle de la Oliva*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 37 años con diabetes mellitus tipo 2 de 1,5 años de evolución. Diez días antes, ante mal control metabólico (HbA1c 12,6%), se intensifica tratamiento, aumentando metformina de 850 a 1700 mg/día y añadiendo vildagliptina 100 mg/día y empagliflozina 25 mg/día. Se encontraba además en tratamiento con fenoximetilpenicilina potásica por reciente faringoamigdalitis estreptocócica. Acude a Urgencias por malestar general de 24 horas, sensación distérmica, mareo y dos vómitos, asociando polidipsia e hiporexia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se encontraba hemodinámicamente estable y afebril. La exploración fue anodina salvo taquipnea (25 rpm), perfusión periférica irregular y sudoración. Analíticamente destacaban glucemia 195 mg/dL, filtrado glomerular 54 mL/min, pH 6,96, pCO_2 31,3 mmHg, bicarbonato 7,1 mmol/L, lactato 3,9 mmol/L y cetonemia 6,8 mmol/L. Presentaba leucocitosis de 14,34 $\times 10^3/\mu L$ sin elevación de PCR. En orina destacaban cetonuria de 80 mg/dL y glucosuria de 2000 mg/dL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Ante la presencia de acidosis metabólica grave y cetonemia elevada se diagnosticó cetoacidosis diabética euglucémica. La introducción reciente de empagliflozina, junto con la infección intercurrente, hiporexia y vómitos, se consideraron posibles factores precipitantes. Se planteó como diagnóstico diferencial la cetosis por ayuno o disminución de la ingesta y la cetoacidosis alcohólica.

MANEJO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento con insulina intravenosa, fluidoterapia y bicarbonato, con resolución de la cetoacidosis tras 24 horas. Tras estabilización en UCI y posterior estancia en planta de Medicina Interna, se suspendió la empagliflozina al alta, aumentando metformina a 2000 mg/día y manteniendo vildagliptina 100 mg/día. Se amplió el estudio con péptido C y autoinmunidad pancreática para descartar un posible componente de diabetes mellitus tipo 1, con seguimiento en Endocrinología.

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética puede presentarse en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tratados con inhibidores de SGLT2 sin hiperglucemia marcada. Ante síntomas compatibles con cetosis, especialmente en presencia de infección, disminución de la ingesta o vómitos, debe realizarse una valoración precoz de cuerpos cetónicos y equilibrio ácido-base. El reconocimiento de esta entidad en Atención Primaria puede favorecer la derivación y tratamiento precoz, evitando retrasos diagnósticos derivados de la ausencia de hiperglucemia significativa.

P-080

DIABETES MONOGÉNICA (MODY) CON AUTOINMUNIDAD POSITIVA (ANTI-GAD65): UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Maria Rosario Fuster Benet[1], Maria Castellote[1]

[1] *CSA Fernando el Católico*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 28 años, IMC 22,3 kg/m², derivada desde Atención Primaria tras el hallazgo casual de una glucemia de 184 mg/dL. Presentaba una **historia familiar de diabetes en tres generaciones**, con inicio temprano y patrón compatible con **herencia autosómica dominante**. En la analítica inicial destacó una **HbA1c de 7,8%**, **péptido C conservado** (1,9 ng/mL) y **cetonemia negativa**. El estudio inmunológico mostró **anticuerpos anti-GAD65 positivos a títulos bajos (24 UI/mL)**, con IA2, ZnT8 y anti-insulina negativos. Con estos hallazgos se estableció un diagnóstico preliminar de **diabetes autoinmune LADA**, iniciándose **insulinoterapia basal**.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La paciente mantuvo durante dos años una **baja necesidad insulínica** (0,15 UI/kg/día), sin episodios de cetosis y con **péptido C persistentemente conservado**, lo que sugería una producción endógena de insulina mantenida. La fuerte agregación familiar y la discordancia entre la evolución clínica y el diagnóstico inicial motivaron la solicitud de un **panel genético de diabetes monogénica mediante NGS**. El estudio identificó una **mutación en heterocigosis en *HNF1A*** (c.788G>A / p.Arg263Gln), confirmando **diabetes monogénica MODY 3**.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La presencia de anticuerpos anti-GAD65 a títulos bajos orientó inicialmente hacia LADA; sin embargo, la **persistencia de la secreción endógena**, la **baja necesidad insulínica**, la **ausencia de cetosis** y la **fuerte historia familiar** reforzaron la sospecha de MODY. El estudio genético permitió establecer el diagnóstico definitivo de **MODY 3 (HNF1A)**, lo que justificó la suspensión de la insulina y el inicio de **gliclazida 30 mg/día.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Diabetes autoinmune LADA.
- Diabetes tipo 2.
- Diabetes monogénica MODY.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

Este caso demuestra que la **positividad de anti-GAD65 a títulos bajos no excluye el diagnóstico de MODY**, especialmente cuando existe una **alta sospecha clínica y familiar**. La **persistencia del péptido C** es clave para reevaluar diagnósticos de LADA en pacientes jóvenes con fenotipo atípico. El **estudio genético** resulta decisivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Fajans SS, Bell GI. MODY: history, genetics, pathophysiology, and clinical decision making. *Diabetes Care.* 2011;34(8):1878-84.
- Shields BM, Hicks S, Shepherd MH, et al. Maturity-onset diabetes of the young (MODY): how many cases are we missing? *Diabetologia.* 2010;53:2504-8.
- Buzzetti R, Zampetti S, Maddaloni E. Adult-onset autoimmune diabetes: current knowledge and implications for management. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(11):674-86.
- Hattersley AT, Patel KA. Precision diabetes: learning from monogenic diabetes. *Diabetologia.* 2017;60:769-77.
- Owen KR. Monogenic diabetes: old and new approaches to diagnosis. *Clin Med.* 2020;20(4):371-5.

P-082

PÉRDIDA VISUAL SÚBITA ASOCIADA A SEMAGLUTIDA EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Estrella Cristina Mohíno Laguna[1], Beatriz Jiménez Gómez Del Pulgar[2], Ana María Sánchez Reche[3]

[1] *CS Valdepeñas I*
[2] *CS Manzanares II*
[3] *CS La Solana*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 69 años de edad con hipertensión esencial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 10 años de evolución. No hábitos tóxicos. No presenta antecedentes oftalmológicos de interés. IMC 32 kg/m^2. En tratamiento con dapagliflozina/metformina 5/1000 mg/12 horas, atorvastatina 40 mg/24 horas y valsartán 160 mg/24 horas. Dado que en analítica se objetiva hemoglobina glicosilada (HbA1c) 8,6%, se decide añadir semaglutida 0,25 mg/semana con subida progresiva hasta 1 mg/semana. A los 6 meses presenta IMC 27 kg/m^2 con una HbA1c de 6,8%. 2 meses más tarde acude sin cita a consulta de atención primaria porque refiere que se ha levantado con pérdida visual brusca en el ojo izquierdo sin otra clínica reseñable. Se deriva a hospital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración por oftalmología, presenta discromatopsia leve en ojo izquierdo. Agudeza visual (AV) por ojo derecho 1, en ojo izquierdo 0,3. En fondo de ojo, edema de papila en ojo izquierdo con hemorragias peripapilares puntiformes.

Analítica: Hemograma, VSG y PCR normales. ANA y ANCA negativos.

Tomografía de coherencia óptica (OCT): edema de la capa de fibras nerviosas de la retina de ojo izquierdo.

Campimetría: defecto altitudinal inferior de ojo izquierdo.

Resonancia magnética cerebral y orbitaria: sin lesiones.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Retinopatía diabética, oclusión vascular retiniana, arteritis de células gigantes.

CONCLUSIONES

La cronología, el cuadro clínico y la ausencia de otra causa identificable hacen sospechar una posible relación con semaglutida. Por esto, se retiró semaglutida. A los 3 meses, presentaba AV 0,4 por ojo izquierdo y persistencia del defecto campimétrico. Sin embargo, el edema de papila estaba resuelto y la HbA1c en 7,1%. La NOIANA es actualmente un efecto adverso muy raro de semaglutida; sin embargo, es clínicamente relevante porque puede producir pérdida visual permanente. Este caso pone de manifiesto que no toda clínica oftalmológica en el paciente con diabetes mellitus debe atribuirse a la retinopatía diabética, debiendo considerar otras etiologías en el diagnóstico diferencial.

P-083

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y FENOTIPADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN MUJER JOVEN INSULINOTRATADA CON DIABETES DE TIPO INCIERTO Y BARRERA IDIOMÁTICA

Sana Maadi Ahmed[1], Mercedes Diaz Galera[1], Fadoua Ait Sliman El Asri[2]

[1] *CS Ejido Sur*
[2] *ABS Malgrat de Mar*

Mujer de 35 años con 11 años de evolución de diabetes diagnosticada en Marruecos. Refiere tratamiento con insulina desde el debut, pero desconoce si se trató de DM1 o DM2 y no aporta informes. Presenta una barrera idiomática relevante, lo que condiciona una anamnesis inicialmente incompleta y dificulta el seguimiento longitudinal en Atención

Primaria (AP).

En una primera valoración en AP, con HbA1c 8,5% y glucemia basal 250 mg/dL, se prescribe metformina y empagliflozina, asumiendo fenotipo de DM2. Posteriormente, en una segunda valoración por otro médico de familia, se retira empagliflozina e inicia insulinoterapia a dosis no efectivas, persistiendo hiperglucemias y sin aclararse el fenotipo.

En una tercera atención, una médica de AP agente bicultural (árabe-español) elimina la barrera lingüística y reconstruye una cronología clínica y terapéutica más fiable: insulinización desde el diagnóstico, ausencia de periodos sin insulina, falta de documentación y persistencia de incertidumbre diagnóstica. La entrevista ampliada reorienta el caso hacia necesidad de fenotipado para descartar diabetes autoinmune o insulinopenia grave. Por prudencia, se decide retirar temporalmente empagliflozina hasta confirmar reserva beta pancreática y mantener metformina. Se deriva a Endocrinología mediante teleconsulta aportando historia clínica estructurada y plan de seguimiento.

Tras esta intervención, la paciente manifiesta mayor confianza, se adhiere al cupo y mejora la continuidad asistencial.

Se solicita estudio de clasificación con péptido C aleatorio con glucosa concomitante y autoanticuerpos de islote. Los resultados muestran péptido C 0,06 nmol/L (60 pmol/L) con glucosa concomitante 240 mg/dL, compatible con insulinopenia grave; anti-GAD65 negativo, anti-IA-2 negativo y anti-ZnT8 negativo. Se orienta como diabetes insulinopénica grave en adulta joven, compatible con probable DM1 en adulto seronegativa o fenotipo no clásico, pendiente de encuadre definitivo por Endocrinología.

En el seguimiento a 3–6 meses, como indicadores de seguridad tras retirada del inhibidor SGLT2, no se registran episodios de cetoacidosis, eventos de depleción de volumen, infección genitourinaria complicada, lesión renal aguda ni necesidad de atención urgente u hospitalización por estos motivos.

El diagnóstico diferencial incluye DM1 adulta seronegativa/LADA seronegativa, DM2 con insulinopenia marcada por evolución y diabetes monogénica u otras secundarias (menos probables según el fenotipo disponible).

El caso subraya que la continuidad asistencial en AP y la eliminación de barreras idiomáticas permiten completar la historia clínica, orientar pruebas dirigidas (péptido C/autoanticuerpos) y reconducir decisiones terapéuticas hacia un plan más seguro.

P-087

DIABETES LADA: CUANDO EL FENOTIPO CUESTIONA EL DIAGNÓSTICO INICIAL

Ana María Solís Muñoz[1], Helena Campos Rodríguez[1], Ciara Celeste Castillo Núñez[1]

[1] *Consultorio local Las Matas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 50 años que consulta en Atención Primaria (AP) por polidipsia y poliuria de una semana de evolución, sin pérdida ponderal inicial. Como antecedentes familiares, madre y hermano diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Disponía de glucómetro familiar y había detectado cifras elevadas de glucemia capilar preprandial. Sin antecedentes personales de diabetes ni tratamiento farmacológico habitual. Se solicita estudio analítico para confirmar el diagnóstico y valorar factores de riesgo cardiovascular y posibles complicaciones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 71,5 kg, talla 171 cm, IMC 24,5 kg/m^2 y presión arterial 120/70 mmHg. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos relevantes. Extremidades inferiores sin edemas, con pulsos pedios conservados bilateralmente.

Analítica inicial: glucemia 169 mg/dL, HbA1c 10,1%, creatinina 1,02 mg/dL, FG estimado 86 mL/min/1,73 m^2, colesterol total 217 mg/dL, HDL 42 mg/dL y LDL 158 mg/dL. Glucosuria positiva, cetonuria negativa y cociente albúmina/creatinina 3,4. Fondo de ojo sin alteraciones.

Se inicia metformina 850 mg/día, aumentando posteriormente a 850 mg/12 h ante la persistencia de glucemias preprandiales >180 mg/dL. A los tres meses presenta marcada mejoría metabólica, con glucemia 96 mg/dL y HbA1c 5,9%. Sin embargo, durante el seguimiento se objetiva pérdida ponderal de aproximadamente 3 kg, alcanzando 68,5 kg.

Ante el fenotipo normopeso y la pérdida de peso se deriva a Endocrinología para estudio de diabetes autoinmune. Se detectan anticuerpos anti-GAD positivos (161 UI/mL), IA-2 <7,5 y anticuerpos antiislotes (ICA) negativos. Péptido C 1,83 ng/mL con glucemia basal simultánea de 132 mg/dL, compatible con secreción endógena de insulina conservada.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Inicialmente se orienta como DM2 por la edad de presentación y los antecedentes familiares. La posterior pérdida ponderal, el normopeso y la ausencia de un fenotipo característico de insulinorresistencia plantean una posible etiología autoinmune. La positividad de anti-GAD, junto con la reserva insulínica conservada y la ausencia inicial de insulinoterapia, orienta hacia diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Se mantiene inicialmente el tratamiento dada la buena respuesta metabólica, con seguimiento evolutivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El principal diagnóstico diferencial se establece entre DM2 y LADA. Edad y antecedentes familiares favorecían inicialmente DM2; sin embargo, normopeso, pérdida ponderal y autoinmunidad positiva apoyan LADA. Otras formas específicas de diabetes se consideran menos probables ante la ausencia de datos clínicos sugestivos.

CONCLUSIONES

No toda diabetes de inicio en el adulto debe clasificarse automáticamente como DM2. Una respuesta favorable al tratamiento oral no excluye LADA. Este caso resalta el papel de AP en la reevaluación diagnóstica ante un fenotipo o evolución discordantes. La sospecha clínica y el estudio de autoinmunidad y reserva pancreática permiten una clasificación más precisa y anticipar la posible progresión hacia insulinopenia, facilitando un seguimiento y tratamiento individualizados.

P-088

CRIBAR PARA DETECTAR: NECROBIOSIS LIPOÍDICA, UNA PISTA PARA DETECTAR DM2

Olga Sala Bros[1], Laura Alejandra Graterol Ramirez[2], Irene Valle Gonzalez[1]

[1] *Centro de Salud de Mos*

[2] *Centro de Salud de Teis*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 42 años sin antecedentes de interés, sin tratamientos. G0A0P0.

AF: padre diabético tipo II, HTA.

Fumadora 20 c/d. Sin controles de salud recientes.

Motivo de consulta: Erupción cutánea en pierna derecha, más de 6 meses de evolución, pruriginosa, tratada con clobetasol sin mejoría. No relacionado con ningún agente causal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Placas eritematosas en área pretibial derecha de consistencia dura y bordes netos y sobreelevados, con centro atrófico amarillento claro. Lesiones de rascado. El resto de la exploración, anodina.

Se realiza teleconsulta a dermatología: sospecha de sarcoidosis vs dermatofibroma. Citan presencialmente para la biopsia. Se trata con: Polaramine, ebastina, pentoxifilina, clobetasol.

Biopsia cutánea: Alteraciones histopatológicas compatibles con necrobiosis lipoídica (NL).

Pruebas en atención primaria (AP): Analítica: glucemia >120, HbA1c 7%. Resto en rango.

AMPA: HTA.

Se inicia tratamiento con fármacos hipoglucemiantes, antihipertensivos y cambios a hábitos saludables.

Mala evolución aumentando el número de lesiones y apareciendo lesiones de forma bilateral. Tratamiento: infiltraciones con corticoides periódicas con buena respuesta y escasa actividad en el momento actual.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

NL, debut DM2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma anular, morfea, sarcoidosis cutánea, liquen escleroso y dermatitis de estasis.

CONCLUSIONES

La necrobiosis lipoídica (NL) es una enfermedad granulomatosa cutánea crónica de etiología desconocida, asociada a diabetes mellitus y enfermedades sistémicas y autoinmunes (artritis reumatoide, Crohn, colitis ulcerosa y sarcoidosis).

La identificación en Atención Primaria debe llevar a una valoración integral del paciente, incluyendo el estudio de alteraciones del metabolismo y la búsqueda dirigida de comorbilidades autoinmunes (5,1).

Su etiología es desconocida, existen diferentes teorías relacionadas con un trastorno metabólico o autoinmune, hipoperfusión tisular, hipoxia secundaria, trastorno en la fabricación del colágeno y respuesta inflamatoria granulomatosa (1). La NL puede complicarse con ulceración y, raramente, carcinoma epidermoide (5).

La NL es una entidad infrecuente en los pacientes con DM (0,3–1,2%), pero un 11–65% de los pacientes diagnosticados de NL tiene diabetes (4). (estudio JAMA Dermatology: el 58,5% de los pacientes con NL tenía DM, de los cuales 56,5% DM2) (3). Su diagnóstico puede preceder al inicio diabético o aparecer en el curso de la enfermedad y la relación de su gravedad con el control glucémico y las complicaciones es dudosa (2).

La necrobiosis lipoídica puede constituir una pista clínica para detectar alteraciones del metabolismo glucídico. La ausencia de controles de salud periódicos puede favorecer la pérdida de oportunidades diagnósticas; la identificación de una NL permitió detectar una DM2 no conocida en una paciente con factores de riesgo cardiometabólico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Erfurt-Berge C, Renner R, Peckruhn M, Tittelbach J, Terhorst-Molawi D, Kauer F, et al. S1-Guideline for diagnosis and therapy of necrobiosis lipoidica. J Dtsch Dermatol Ges. 2026;24(3):429-436. doi:10.1111/ddg.15943.
2. Nishimura M, et al. A systematic review of the relationship between glycemic control and necrobiosis lipoidica diabeticorum in patients with diabetes mellitus. Int J Dermatol. 2017;56(12):e245-e252.
3. Hashemi DA, Brown-Joel ZO, Tkachenko E, Nelson CA, Noe MH, Imadojemu S, et al. Clinical features and comorbidities of patients with necrobiosis lipoidica with or without diabetes. JAMA Dermatol. 2019;155(4):455-459. doi:10.1001/jamadermatol.2018.5635.
4. A case series and literature review of necrobiosis lipoidica. J Med Case Rep. 2022;16:273. doi:10.1186/s13256-022-03484-9.
5. Duarte I, Pacheco T, Cardoso J, et al. Squamous cell carcinoma superimposed on necrobiosis lipoidica: a rare complication. An Bras Dermatol. 2020;95(6):777-779. doi:10.1016/j.abd.2020.05.004.

P-090

DISFUNCIÓN ERÉCTIL COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Laura Alejandra Graterol Ramirez[1], Olga Sala Bros[2], Gabriela Romero Fresco[3]

[1] *Centro de Salud de Teis (Vigo)*
[2] *Centro de Salud de Mos*
[3] *Centro de Salud de Teis (Vigo)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón, 61 años, que consulta por polaquiuria, nicturia y DE de 1 mes de evolución.

Antecedentes personales: obesidad grado I, enfermedad hepática metabólica, hipotiroidismo, exfumador, sedentarismo, sin otros FRCV. No consumo de tóxicos. Tto Eutirox.

Exploración física y pruebas complementarias: Sin hallazgos relevantes, cálculo SCORE (<5%), REGICOR 2%, CAREME estadio 1. Analítica y citología normal, PSA en rango.

Remitido a Urología con estudio complementario con analítica hormonal y ecografía normales y se diagnostica de DE e

hipertrofia benigna de próstata (HBP) indicándose tadalafilo 10 mg/día y dutasterida/tamsulosina 0,5 mg/0,4 mg.

En controles evolutivos no presenta ECV; sin embargo, desarrolla progresivamente obesidad grado II, hipertensión arterial (HTA), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y ERC G1A2. La revaluación a los 68 años muestra un incremento del riesgo CV SCORE 2: 7%, REGICOR 4%, CAREME estadio 2.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Disfunción eréctil de origen orgánico de origen vascular. A valorar el marcador de riesgo cardiovascular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Disfunción eréctil de origen psicógeno o hormonal.

CONCLUSIONES

La Sociedad Española de Cardiología (2026) reconoce la disfunción eréctil (DE) como un marcador temprano de enfermedad cardiovascular (ECV), señalando que los hombres con DE presentan un riesgo 1,5 veces mayor de eventos cardiovasculares (CV), y que la DE debe motivar cribado cardiometabólico sistemático. Según el estudio SIMETAP-ED: la prevalencia de DE es del 18,9% en >40 años con aumento del 10% a los 70 años y una marcada asociación con enfermedad renal crónica (ERC), factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y ECV (1). Por ello, una detección en atención primaria (AP) debe motivar una valoración cardiometabólica integral.

Desde el punto de vista cardiovascular, se objetiva aumento del riesgo en un plazo de 7 años, pasando de un riesgo bajo a moderado, según REGICOR con edad vascular mayor de 74 años, riesgo relativo de IAM de 1,33 mayor que la población de la misma edad y género (4).

En España la prevalencia de DE en mayores de 60 años es en torno a un 12-19% y se asocia de forma consistente con FRCV y enfermedad metabólica (2,5), lo que obliga a un abordaje no solo desde la esfera sexual sino como un marcador cardiovascular (2). Existe una correlación entre DE y la enfermedad cardiovascular, explicada por mecanismos fisiopatológicos compartidos como la disfunción endotelial, que puede manifestarse antes en la circulación peneana que en otros territorios (3).

El caso ilustra cómo la DE no debería abordarse de forma exclusiva como un problema de la esfera sexual, ya que su diagnóstico constituye una oportunidad para intervenir precozmente desde AP. En conclusión, la DE puede actuar como un marcador temprano de riesgo cardiometabólico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, Cabrera-Vélez R, Palacios-Martínez D, Rivera-Teijido M, García-Álvarez JC, et al. Prevalence of erectile dysfunction in Spanish primary care setting and its association with cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases. SIMETAP-ED study. Clin Investig Arterioscler [Internet]. 2019;31(3):101–10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2019.01.002
2. Jaiswal R, Devi N, Chauhan L, Ahmad S, Pandey S, Tiwari K, et al. Erectile dysfunction as an early biomarker of cardiovascular toxicity: Mechanisms and clinical implications. Microvasc Res [Internet]. 2026;166(104953):104953. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.mvr.2026.104953
3. Virag R, Sussman H. Erectile dysfunction: A public health issue? The need for consistent treatment. Vasc Dis (Paris) [Internet]. 2025;50(3–4):120–6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.vasdi.2025.05.003
4. REGICOR [Internet]. Regicor. [citado el 7 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://regicor.cat/es/aplicaciones/regicor/

P-091

EDUCACIÓN GRUPAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Silvia Anastasia Calvo Campos[1], Isabel Guillen Santos[1], Carmen Domingo Nogueras[1], Ana María Brun Izquierdo[1], Ana Julián Martínez[1], Lucia Salesa Navarro[1], María Pilar Yuste Plumed[1]

[1] *Centro de salud Teruel Centro*

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye un importante problema de salud por su elevada prevalencia, carácter crónico y asociación con múltiples factores de riesgo cardiovascular y complicaciones.

La educación terapéutica y el apoyo al autocuidado son elementos fundamentales de su abordaje.

Ante la detección de déficits de conocimientos y autocuidado en personas con DM2, se diseñó e implantó un programa estructurado de educación grupal en Atención Primaria.

OBJETIVOS

Generales:

- Favorecer el control metabólico.

- Prevenir la aparición de complicaciones asociadas a la diabetes.

Específicos: mejorar los conocimientos sobre DM2 y el autocuidado relacionado con alimentación, ejercicio, tratamiento, hipoglucemias y cuidado de los pies.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una intervención educativa grupal dirigida a pacientes adultos con DM2, previamente atendidos mediante educación individual. Se constituyeron tres grupos entre noviembre de 2023 y septiembre de 2024.

El programa constó de tres sesiones de 90-120 minutos, impartidas por profesionales de medicina y enfermería mediante metodología participativa, talleres prácticos y simulación de situaciones cotidianas. Se abordaron conceptos generales de DM2, tratamiento farmacológico, alimentación, ejercicio, hipoglucemias, pie diabético y prevención de complicaciones.

La evaluación incluyó asistencia, cuestionario de conocimientos ECODI pre-post intervención, encuesta de satisfacción, cambios en autocuidados y evolución de HbA1c a los seis meses.

RESULTADOS

Participaron 27 pacientes, de los cuales veintitrés completaron las tres sesiones.

La evaluación de conocimientos mostró que un 78% de participantes habían mejorado el n.º de respuestas correctas tras la intervención. El 87% de participantes se mostró muy satisfecho.

En las consultas posteriores, el 87% realizó algún cambio relacionado con el autocuidado, principalmente en alimentación, control de factores de riesgo cardiovascular y cuidado de los pies.

De los 20 pacientes con determinación de HbA1c a los seis meses, 6 (30%) consiguieron una reducción >0,5 puntos. Doce presentaban buen control metabólico basal, por lo que la reducción de HbA1c no constituía el principal objetivo individual.

CONCLUSIONES

La educación grupal en pacientes con DM2 constituye una estrategia eficiente que complementa la educación individual y favorece la optimización de los recursos disponibles. La interacción y el intercambio de experiencias entre los participantes contribuyeron a reforzar conocimientos, motivación y autocuidado.

En pacientes con adecuado control metabólico basal, la reducción de HbA1c no constituía el principal objetivo; sin embargo, se objetivaron cambios favorables en hábitos de vida, especialmente alimentación y actividad física.

La intervención permitió identificar áreas de conocimiento y autocuidado aparentemente consolidadas tras la educación individual, pero insuficientemente comprendidas o integradas en la práctica cotidiana. La experiencia pone de manifiesto el valor añadido de la educación grupal para promover cambios conductuales y detectar necesidades educativas no identificadas previamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). Diabetes Metab Res Rev. 2024;40(3):e3657. doi:10.1002/dmrr.3657.

- Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. Manual de educación grupal: diabetes mellitus tipo 2. Profesionales de Atención Primaria. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2018.

- Bestué Cardiel M, Martínez Borobio G, Turón Alcaine JM, et al. Plan de Atención Integral a Personas con Diabetes Mellitus en Aragón. Actualización 2021. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2021.

- Bobé Molina I, Bundó Vidiella M, Gimbert Ràfols RM, Llussà Arboix J, Martínez A, Prats P, Serra Laguarta M. Algoritmo de prevención y tratamiento de la patología del pie relacionada con la diabetes [Internet]. Fundación redGDPS; 2023 [citado 14 Sep 2026]. Disponible en: redGDPS – Algoritmo de pie diabético

- Fundación redGDPS. Algoritmo de tratamiento no farmacológico de las personas con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Algoritmo 2025. Fundación redGDPS; 2024 [citado 14 Sep 2026].

P-092

OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA Y DE ESTILOS DE VIDA DE LA DIABETES MELLITUS

Beatriz Jiménez Gómez Del Pulgar[1], Estrella Cristina Mohíno Laguna[2], Ana María Sánchez Reche[3]

[1] *Cs Manzanares II*
[2] *Cs Valdepeñas 1*
[3] *Cs La Solana*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 54 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus en tratamiento con metformina 1000 mg cada 12 horas con buen control hasta ese momento y con sobrepeso, en revisión programada de hipertensión arterial y diabetes, refiere que en 5 meses ha aumentado 7 kilogramos (kg) por aumento de apetito y sedentarismo.

Se realiza revisión según protocolo y se objetiva obesidad tipo 1, mal control glucémico con HbA1c 7,8% y aparición de hiperlipidemia.

Tras la mala evolución se realiza revisión de hábitos dietéticos, inicio de ejercicio físico, evaluación de resto de factores de riesgo cardiovascular, revisión de tratamiento y calendario vacunal. Se programa control en 3 meses tras modificación de medidas higiénico-dietéticas con poca mejoría y atracones de comida continuos.

Se añade al tratamiento semaglutida inyectable semanal y se instruye sobre uso conjuntamente con enfermería, al mes subida de dosis de semaglutida y a los tres meses control médico con mejoría de niveles perfil glucémico y lipídico, disminución peso y menor ansiedad. Nuevo control a los seis meses con disminución de peso volviendo a niveles de sobrepeso, HbA1c en rango óptimo y lípidos dentro de la normalidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Exploración física inicial sin alteraciones. TA 123/76 mmHg, IMC 32, índice cintura-altura 0,55.

-Analítica inicial: hemograma normal, glucosa 176 mg/dL, HbA1c 7,8%, CT 197 mg/dL, HDL 34 mg/dL, LDL 134 mg/dL, triglicéridos 148 mg/dL. Creatinina 0,73 mg/dL. Orina normal.

- ECG sin alteraciones.

- Última analítica: glucosa 112 mg/dL, HbA1c 6,4%, CT 164 mg/dL, HDL 47 mg/dL, LDL 92 mg/dL, triglicéridos 124 mg/dL. Creatinina 0,70 mg/dL. Orina normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Paciente con buen control diabético e hipertensivo que tras aumento de peso se objetiva mal control glucémico y aparición de dislipemia que se resuelve tras modificación de estilos de vida y reajuste en el tratamiento en función de comorbilidades y enfermedades de la paciente consiguiendo niveles óptimos de HbA1c y lípidos y disminución de peso.

Diagnóstico diferencial: diabetes mellitus, obesidad, síndrome de Cushing.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus es una patología multidisciplinar con un abordaje conjunto entre enfermería y medicina. Precisa revisiones periódicas de medidas higiénico-dietéticas, abordaje psicosocial, revisión de factores de riesgo, prevención de complicaciones y aplicación de tratamientos óptimos en función de comorbilidades y perfil del paciente de forma

individualizada.

El cumplimiento de protocolos y revisiones establecidas permite hacer las modificaciones precisas de forma precoz para evitar la aparición de complicaciones a largo plazo. En este caso clínico, tras una descompensación, se modifica el tratamiento antidiabético y estilos de vida consiguiendo revertir la hiperlipidemia sin añadir fármacos hipolipemiantes, disminución de peso y optimización de niveles glucémicos, además de la mejoría del estado anímico y de ansiedad de la paciente.

P-093

EXPERIENCIA EN LA CAPTACIÓN, EDUCACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Ascensión Celina García Morin[1], Ruth Rodríguez Padilla[1], Rocío Anabel Salinas Remetich[2]

[1] *CS Güímar*
[2] *CS Güímar UDMFYC 1*

Los sistemas de monitorización de glucosa (SMG) constituyen una herramienta adicional para facilitar el conocimiento del perfil glucémico y favorecer el autocuidado y la toma de decisiones en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Su incorporación requiere identificar pacientes candidatos, formar a los profesionales, proporcionar educación terapéutica y seguimiento estructurado.

En el Sistema Nacional de Salud, la Resolución de 7 de abril de 2022 estableció la incorporación progresiva de los SMG en personas con DM2 en tratamiento intensivo con insulina. En Canarias, la Instrucción nº 12/2023 regula su prescripción, dispensación, seguimiento y control, incluyendo la necesidad de educación terapéutica estructurada previa al inicio.

El objetivo fue describir la experiencia de una Zona Básica de Salud (ZBS) en la organización de un circuito asistencial para la captación, valoración, educación e implementación de SMG en personas con DM2 candidatas a esta prestación durante 16 meses.

Se estableció una Unidad de Atención Familiar (UAF), integrada por un médico prescriptor y una enfermera educadora-dispensadora de sensores, ambos con formación específica. Se realizó formación intraequipo dirigida a los profesionales de la ZBS para facilitar la identificación y derivación de personas con DM2 candidatas a SMG.

Se realizó captación activa desde la ZBS. Los pacientes derivados fueron valorados en la UAF según los criterios establecidos y, cuando procedía, se realizó la prescripción e inicio del SMG. La intervención enfermera incluyó educación terapéutica estructurada, entrenamiento en el manejo del dispositivo, dispensación, inicio de la monitorización y seguimiento mediante una consulta virtual, tres presenciales y un seguimiento telefónico.

En una población de 3.219 pacientes con DM2 (2.109 del centro base y 1.119 de siete consultorios periféricos), se captaron 31 potenciales candidatos: 10 mujeres y 21 hombres, con edad media de 71,6 ± 10,5 años (mediana 72; rango 39–93). Veintitrés procedían del centro de salud base y ocho de consultorios periféricos. Tres pacientes realizaron seguimiento domiciliario. Se registraron dos pérdidas durante la implementación: un éxitus y un usuario que no llegó a recoger el SMG. El sistema de lectura fue mediante lector en 17 personas (58,6%) y teléfono móvil en 12 (41,4%). La incorporación de los SMG resultó viable desde Atención Primaria mediante un circuito asistencial estructurado y coordinado, basado en la formación de los profesionales, la captación activa y el seguimiento continuo. La enfermera educadora acompañó al paciente facilitando la adquisición de conocimientos y habilidades, destacando que la edad avanzada no constituyó un impedimento para utilizar esta tecnología. Los usuarios mostraron una valoración positiva, realizando un uso adecuado del sensor y manifestando mayor confianza y autonomía en el manejo de su enfermedad y, en algunos casos, percepción de mejora en su vida cotidiana. Esta experiencia pone de manifiesto que la incorporación de los SMG desde Atención Primaria puede favorecer la accesibilidad a esta prestación, situando a la persona con diabetes en el centro de la atención.

P-094

CUANDO LA HBA1C NO ES FIABLE

José Antonio Brioso Rodríguez[1], María Grech Blanco[2], Sara Peral Garrido[3]

[1] *Puebla de Sanabria*
[2] *Santa Elena*
[3] *Virgen de la Concha*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 69 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 desde 2012, fibrilación auricular e hipotiroidismo. Sin alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento con metformina/sitagliptina 1000/50, empagliflozina 10, dabigatrán 150, bisoprolol 2,5, furosemida 40, omeprazol 20, levotiroxina 75.

Antecedentes de hematuria tras inicio de anticoagulación por fibrilación auricular. En un principio se pautó Sintrom. Posteriormente fue sustituido por persistencia del sangrado, cambiando a edoxabán y finalmente a dabigatrán. Revisado por Urología, con cistoscopia y TAC normales.

Acude a nuestra consulta refiriendo astenia intensa de instauración progresiva. No dolor torácico. Disnea grado III NYHA. No ortopnea ni disnea paroxística nocturna.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión arterial 130/70 mmHg, frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97%. Peso 77 kg, talla 1,63 m. Índice de masa corporal 28,98 kg/m^2.

Tórax: arrítmico sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Extremidades inferiores: sin edemas.

ECG: fibrilación auricular a 85 lpm, eje del QRS a +60°, sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización.

Analítica:

Hemograma: **Hb 7,1 g/dL**, **VCM 72,4**, **HCM 19,2 pg**, leucocitos 6.440.000 con fórmula normal. Plaquetas 206.000.

Bioquímica: **glucosa 233 mg/dL**, urea 56 mg/dL, colesterol 115 mg/dL, HDL 40, LDL 44, proBNP 1292 pg/mL, **hierro 17 µg/ml**, **ferritina 13 µg/l**, **transferrina 374 mg/dL**, **IST 3,53%**, **HbA1c 9,8%**, filtrado glomerular 65 mL/min/1,73 m^2, TSH 4,36 mUI/l.

Orina: **hematuria**. Cociente albúmina/creatinina 88,4 mg/g.

Se contacta con la Unidad de Continuidad Asistencial para infusión de hierro intravenoso. Se consulta el caso con Hematología, que considera continuar con anticoagulación y ferroterapia.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Anemia ferropénica de causa urológica.

Fibrilación auricular con CHA_2DS_2-VA de 2 puntos. Precisa anticoagulación.

Diabetes mellitus de más de diez años de evolución con mal control glucémico.

Paciente de alto riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un paciente con alto riesgo cardiovascular, cifras de LDL en rango (<70 mg/dL), pero con glucemia por encima de objetivos (basal de 233 con HbA1c de 9,8%). Puesto que actualmente está con triple terapia no insulínica (metformina + iDPP-4 + iSGLT2), se comienza con insulinización basal, con 10 unidades por la mañana, hasta conseguir glucemias basales menores de 130, lo cual se logra finalmente con 12 unidades.

Por otra parte, hay que recordar que en pacientes con anemia ferropénica se produce un aumento de HbA1c independientemente de los niveles de glucosa plasmática debido al alargamiento de la vida útil de los eritrocitos, por lo que los valores de HbA1c no se pueden utilizar ni en el diagnóstico ni en el seguimiento de la diabetes, siendo la

glucemia basal en estos casos el marcador más fiable.

P-095

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN REGISTRADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

Ana María Cebrián Cuenca[1], Joan Francesc Barrot De La Puente[2], Juan Carlos Romero Vigara[3], Igotz Aranbarri Osoro[4], Beatriz Arauzo Gimeno[5], Belen Pimentel De Francisco[5], Alberto García López[5]

[1] *Cartagena Casco Antiguo*
[2] *Dr. Jordi Nadal*
[3] *Alfajarín*
[4] *Landako*
[5] *AstraZeneca*

OBJETIVOS

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la hipertensión arterial (HTA) constituyen dos de las enfermedades crónicas más frecuentes en España y se asocian a un mayor riesgo cardiovascular, renal y de insuficiencia cardíaca. La Atención Primaria (AP) desempeña un papel clave en su detección, registro y seguimiento, permitiendo monitorizar su carga asistencial a través de los sistemas de información sanitaria. Se plantea analizar la evolución de la prevalencia registrada de DM2 y HTA en Atención Primaria en España entre 2014 y 2024 utilizando datos del Sistema Nacional de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron datos públicos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Ministerio de Sanidad: https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/, datos obtenidos mediante muestras aleatorias representativas de las comunidades autónomas (acceso: junio de 2026).

Se analizaron los registros nacionales de Atención Primaria correspondientes al periodo entre 2014 y 2024, identificando los casos de DM2 (CIAP-2: T90) y HTA (CIAP-2: K86-K87). Se estimó la prevalencia anual de ambas condiciones a nivel nacional.

RESULTADOS

Entre 2014 y 2024, la prevalencia registrada en AP mostró una tendencia creciente para ambas patologías. La DM2 aumentó del 6,16% al 7,50%, lo que supone un incremento relativo del 22,0%, mientras que la de HTA pasó del 16,15% al 18,94%, con un aumento relativo del 17,3%. Aunque se observaron ligeras fluctuaciones interanuales, especialmente en 2020, la tendencia global fue ascendente. La prevalencia de la HTA se mantuvo consistentemente superior a la DM2 durante todo el periodo analizado. En 2024, la prevalencia de DM2 fue del 7,5% (n=3.567.693; 54,2% hombres) y la de HTA del 18,9% (n=9.006.047; 51,6% mujeres) (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia (%) de DM2 y HTA registradas en AP en España en 2014-2024.

Año	Prevalencia de DM2 (%)	Prevalencia de HTA (%)
2014	6,16	16,15
2015	6,50	16,46
2016	6,44	16,53
2017	6,61	16,77
2018	6,62	16,75
2019	6,94	17,87
2020	6,90	17,71
2021	7,20	18,45
2022	7,26	18,48

2023	7,37	18,70
2024	7,50	18,94

CONCLUSIONES

La prevalencia registrada de DM2 y HTA en Atención Primaria en España aumentó de forma sostenida entre 2014 y 2024, con incrementos relativos del 22,0% y 17,3% respectivamente. La HTA mantuvo una prevalencia superior a la DM2 durante todo el periodo analizado. Estos resultados ponen de manifiesto la creciente carga de ambas enfermedades crónicas en Atención Primaria y la importancia de disponer de registros homogéneos que permitan monitorizar su evolución y orientar estrategias de prevención y manejo integral del riesgo cardiovascular, renal y de la insuficiencia cardíaca.

P-097

DE LA PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO A LA RECUPERACIÓN DEL CONTROL: UNA OPORTUNIDAD PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Saray Mercedes Armas Robayna[1], Carla Betancor Pérez[2], Aurora Cabrera Arencibia[1]

[1] *Centro de Salud de Tías*

[2] *Centro de Salud de San Bartolomé*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde 2010 y retinopatía diabética.

En agosto de 2025, acude por pérdida de agudeza visual. Además, no está en tratamiento ni seguimiento para la diabetes desde 2017. Refiere pérdida ponderal de 4 kg, polidipsia y nicturia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza un dextrostix y una tira de orina, objetivándose hiperglucemia severa no cetonémica. Se administran 12 UI de insulina subcutánea y abandona el centro sin aviso. Tras intentos de localización, se retoma el contacto. La analítica revela desorden metabólico: HbA1c 15%, glucosa basal 395 mg/dL, triglicéridos 265 mg/dL, colesterol total 231 mg/dL, LDL 136,4 mg/dL, ferritina 88 ng/mL, vitamina B12 996 pg/mL y cociente albúmina/creatinina 139,4 mg/g.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Por sospecha de retinopatía diabética en paciente con DM2 de larga evolución gravemente descompensada, se hace indispensable la coordinación entre Atención Primaria y Oftalmología dado que la intensificación del control glucémico conlleva un riesgo de empeoramiento agudo de la retinopatía.

Tras interconsulta con Oftalmología se diagnostica de retinopatía diabética proliferativa severa y maculopatía bilateral avanzada. Se trata con fotocoagulación láser y con inyecciones intravítreas de ranibizumab, logrando estabilización de las lesiones.

Paralelamente, inicia tratamiento con metformina y ajuste del tratamiento con insulina. Por intolerancia digestiva a metformina, se cambia esta por Metsunix, con buena tolerancia. Se inició empagliflozina por microalbuminuria. Ante candidiasis vulvovaginal yatrogénica, se trató con fenticonazol y Laurimic, evitando el abandono del iSGLT2.

Se objetiva una mejoría del control glucémico, con descenso de la HbA1c desde el 15% inicial hasta el 8,8% en diciembre de 2025 y, posteriormente, hasta el 7,9% en abril de 2026. El cociente albúmina/creatinina descendió a 33,5 mg/g en tres meses y a 30,1 mg/g en abril de 2026. Se estabilizaron la ferritina y vitamina B12, así como las lesiones oftalmológicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se plantea con la oclusión venosa retiniana, el desprendimiento de retina y el glaucoma de ángulo abierto.

CONCLUSIONES RESALTANDO LA ENSEÑANZA DEL CASO

La Atención Primaria desempeña un papel en el diagnóstico y la detección de complicaciones de la DM2, mediante un seguimiento longitudinal que permita identificar cambios clínicos y factores de riesgo, antes de que aparezca un daño irreversible.

El abordaje del paciente con DM2 debe ser integral e individualizado, considerando no solo el control metabólico, sino también la adherencia, los efectos adversos, la comprensión de la enfermedad y las barreras psicológicas y sociales que condicionan el seguimiento.

Este caso pone de manifiesto que un abordaje longitudinal, proactivo y multidisciplinar desde Atención Primaria, en coordinación con otras especialidades, puede modificar la evolución de pacientes con DM2, reforzando el papel de Atención Primaria como eje coordinador de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 12. Retinopathy, neuropathy, and foot care: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S261-S276. doi:10.2337/dc26-S012.

2. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetic retinopathy: management and monitoring. NICE guideline NG242. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2024.

3. Akil H, Burgess J, Nevitt S, Harding SP, Alam U, Burgess PI. Early worsening of retinopathy in type 1 and type 2 diabetes after rapid improvement in glycaemic control: a systematic review. Diabetes Ther. 2022;13:1-23. doi:10.1007/s13300-021-01190-z

P-098

BARRERA IDIOMÁTICA Y DM2: UN RETO PARA LA SEGURIDAD Y LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Sergio Vaya Arboledas[1], Carmen Román Jiménez[1], Irene Moro Fernández[1]

[1] *C. S. Nuestra Señora del Pilar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 42 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) diagnosticada hace tres años, en seguimiento en consulta de Enfermería de Atención Primaria por control glucémico inadecuado y dificultades de autocuidado. Independiente para actividades de la vida diaria, convivencia familiar. Se objetiva una barrera idiomática absoluta, al no hablar castellano, que condiciona la anamnesis, identificación de síntomas y comunicación sanitaria.

Se identifica su idioma de preferencia y se prioriza el uso de intérprete profesional, evitando familiares como mediadores. La intervención incorpora lenguaje simplificado, pictogramas, material educativo traducido y técnica teach-back para verificar la comprensión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se objetiva presión arterial de 140/85 mmHg e IMC de 31,6 kg/m^2. HbA1c de 8,8%, compatible con control metabólico inadecuado.

Mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon se exploran conocimientos y competencias sobre enfermedad, tratamiento, alimentación, actividad física y autocontrol glucémico. La barrera idiomática condiciona la alfabetización diabetológica y obliga a individualizar el proceso educativo.

Se plantea monitorización continua de glucosa, realizándose educación estructurada sobre colocación y funcionamiento del dispositivo, interpretación de tendencias mediante código de colores, manejo de alarmas y actuación ante alteraciones glucémicas. La formación se adapta al contexto lingüístico y se verifica mediante teach-back.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

El juicio clínico enfermero identifica dificultades para el autocuidado y adquisición de competencias diabetológicas secundarias a una barrera de comunicación sanitaria. Se establecen objetivos individualizados y un plan de educación terapéutica centrado en la persona, con refuerzo y seguimiento estrecho desde Atención Primaria.

El abordaje persigue mejorar la alfabetización diabetológica, favorecer la autonomía y posibilitar un uso seguro y

efectivo de la monitorización continua de glucosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante el control glucémico inadecuado se valoran dificultades de comprensión del régimen terapéutico, problemas de adherencia, errores en la administración del tratamiento, hábitos dietéticos inadecuados, sedentarismo y progresión de la enfermedad. La valoración identifica la barrera idiomática como factor relevante que puede interferir transversalmente en la adquisición y ejecución de conductas de autocuidado.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

La barrera idiomática absoluta puede comprometer la accesibilidad efectiva a la educación diabetológica y dificultar el uso de tecnologías de autocuidado. La utilización de intérprete profesional, comunicación adaptada, recursos visuales y teach-back permite individualizar la educación terapéutica. Se prioriza una comunicación segura y accesible, minimizando el riesgo de errores derivados de la incomprensión y favoreciendo la participación del paciente en la toma de decisiones.

La intervención posibilitó iniciar la monitorización continua de glucosa pese a la ausencia de competencia lingüística en castellano. El caso pone de manifiesto que la equidad en diabetes no implica únicamente ofrecer herramientas, sino garantizar los recursos necesarios para utilizarlas de forma segura y autónoma.

- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
- Grupo de Trabajo de Tecnologías Aplicadas a la Diabetes. Guía de uso de sistemas de monitorización continua de glucosa 2026 [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Diabetes; 2026 [citado 18 sep 2026]. Disponible en: https://www.sediabetes.org/wp-content/uploads/GTTAD_GUIA_MCG_2026_vF.pdf
- Fernández-Rubio E, Ares Blanco J, Guerrero Casanova L, Peral Martínez IM, Granados Pérez M, Sáez Torralba ME, et al. Documento de consenso SED-SEEN-SEMERGEN-SEMFyC-SEMG sobre el uso de la monitorización continua de glucosa en personas con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina basal. Endocrinol Diabetes Nutr. 2026;501829. doi:10.1016/j.endinu.2026.501829.
- García Soidán FJ, Artola Menéndez S, Ávila Lachica L, Baró Pato O, Casado Pradas N, Hernández Teixidó C, et al. Actualización algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 redGDPS 2026. Diabetes Práctica. 2025;16(4):111-121. doi:10.52102/diabet/pract.2025.2.art3.

P-101
LA IMPORTANCIA DEL FENOTIPO

Maria José Maseda Armesto[1]

[1] *C.S. Zuazo*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 49 años con mal control metabólico en analítica semestral (hemoglobina glicada 10) con IMC (índice de masa corporal) 22,46. En 2018 (41 años) se le diagnosticó de diabetes mellitus (DM) tipo 2, IMC 27,8, glucemia basal 138 mg/dL y glicada 6,6. Se inició tratamiento con metformina con buen control los primeros 2 años, después se fueron añadiendo otros antidiabéticos orales por mal control. Por todo ello le remitimos al servicio de endocrinología para que soliciten pruebas de autoinmunidad y valoren posible fenotipo insulinodependiente. Antecedentes personales: normotenso, normopeso, no hábitos tóxicos, dislipemia en tratamiento. Antecedentes familiares: padre DM secundario a pancreatopatía, ambas abuelas DM en edad avanzada, no enfermedades autoinmunes familiares. Tratamiento farmacológico: dapagliflozina/metformina, linagliptina, gliclazida, atorvastatina.

EXPLORACIÓN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AntiGAD +, nivel de péptido C normal y es portador del haplotipo DR4/DR4 que tiene riesgo muy alto de

susceptibilidad para DMID (DM insulinodependiente); también se detecta hipotiroidismo autoinmune, Ac TPO elevados.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA/JUICIO CLÍNICO

DMID, la DM es una enfermedad metabólica compleja con múltiples mecanismos patogénicos; tradicionalmente se clasificaba como tipo 1 (DM1, por destrucción autoinmune de las células b pancreáticas) y tipo 2 (DM2, resistencia a insulina y deterioro de la secreción de insulina), que no explica la heterogeneidad de la enfermedad. Recientes estudios (Ahlqvist et al., 2018) han propuesto una clasificación basada en 5 subtipos fenotípicos que permitan una personalización del tratamiento y se definen en base a una serie de variables: 1) presencia de Ac anti-GAD (GADA), miden el nivel de disfunción de las células b, asociado a DM1, no aparecen en DM2; 2) edad al diagnóstico; 3) IMC; 4) niveles de hemoglobina glicada; 5) péptido C, que estima células b y resistencia a la insulina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diabetes con Autoinmunidad Severa (SAID), Diabetes con Deficiencia Severa de Insulina (SIDD), Diabetes con Resistencia Grave a la Insulina (SIRD), Diabetes Leve Relacionada con la Obesidad (MOD) y Diabetes Leve relacionada con la Edad (MARD) con diferencias en patogenia, complicaciones y respuesta al tratamiento.

CONCLUSIONES

El fenotipo de un individuo está determinado por la expresión del genotipo y su interacción con el medio ambiente. Estos fenotipos son dinámicos y pueden experimentar cambios continuos a lo largo de la vida, sobre todo con el envejecimiento; la clasificación por fenotipos mejora la predicción de complicaciones y optimiza la elección terapéutica, con manejo individualizado para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Ahlqvist E, Storm P, Karajamaki A, Martinelli M, Dorkhan M, Carlsson A. Novel subgroups of adult onset diabetes and their association with outcomes: a data driven cluster analysis of six variables. Lancet Diabetes Endocrinolo. 2018 May: 6(6): 361-9; Garcia Solans J.R. Clasificación fenotípica de la diabetes: un enfoque personalizado para la práctica farmacéutica. Farmacéuticos comunitarios 2025: vol 17, 3

P-102

MÁS ALLÁ DEL PESO EN LA DIABETES: RETO DIAGNÓSTICO EN JOVEN NORMOPESO

Helena Campos Rodríguez[1], Ana María Solís Muñoz[1], María Asunción Catalán Montero[2]

[1] *Centro de Salud Las Matas*
[2] *Centro de Salud El Naranjo*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 38 años (ascendencia asiática y caucásica), bailarín e informático, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consulta en Atención Primaria (AP) por herpes zóster. Su última analítica es de hace 6 años (sin alteraciones), por lo que se indica realizarla. En la analítica solicitada destaca hiperglucemia y hemoglobina glicada elevada. Reinterrogado, refiere poliuria y polidipsia de años de evolución, pérdida de 5 kg en el último mes (que había atribuido a ejercicio), cefaleas frecuentes y diarrea episódica de larga data (2-3 episodios semanales).

Ante clínica cardinal y cifras glucémicas, se inicia insulinoterapia basal (glargina 10 UI/día) y pauta de corrección con insulina aspart, asociando educación diabetológica y monitorización continua de glucosa con sensor (MCG). Por presentarse en un paciente joven normopeso, se realiza a Endocrinología una e-consulta con sospecha de DM1/LADA y citan para estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC 23,8 kg/m². TA 127/84 mmHg. FC 71 lpm.

-Analítica AP: glucosa 226 mg/dL, HbA1c 10,2%, GOT 49 U/L, GPT 141 U/L, GGT 162 U/L, índice de fibrosis hepática normal, colesterol total 285 mg/dL, triglicéridos 422 mg/dL, hemoglobina 18 g/dL, ferritina 605 ng/mL (IST normal).

-Revisión en consulta de AP: tira reactiva de orina: sin cetonuria ni proteinuria. Glucemia capilar posprandial: 376 mg/dL.

-Analítica Endocrinología: glucosa 258 mg/dL, HbA1c 9,7%, GPT 92 U/L, GGT 133 U/L, ferritina 787 ng/mL (IST normal), insulina basal 38,19 µUI/mL, péptido C 4,03 ng/mL. Autoinmunidad negativa: anti-GAD65, anti-IA2, anti-insulina y anti-ZnT8 negativos.

-MCG (2 meses): tiempo en rango objetivo (70-180 mg/dL): 89%, variabilidad de la glucosa: 29%, GMI: 6,3%, promedio de glucosa 126 mg/dL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Probable diabetes mellitus tipo 2 debutando con clínica cardinal asociada a dislipemia y sospecha de esteatosis hepática metabólica (MASLD) en paciente joven con normopeso.

Podría tratarse de fenotipo TOFI (Thin Outside, Fat Inside) o susceptibilidad étnica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Diabetes autoinmune (DM1/LADA).

-Diabetes monogénica (MODY).

-Hemocromatosis hereditaria.

-Lipodistrofia parcial o diabetes secundaria a endocrinopatías.

CONCLUSIONES

Ante hiperglucemia sintomática o descompensada, la insulinoterapia precoz es la pauta de elección (al menos de inicio), pudiendo asociar antidiabéticos orales según el perfil del paciente y sospecha clínica. No debemos esperar en este tipo de casos a la etiología para iniciar tratamiento. Es importante descartar cetonuria en casos con hiperglucemias altas.

El normopeso y la actividad física no descartan resistencia insulínica debida a adiposidad visceral o susceptibilidad genética/étnica.

La determinación de péptido C e inmunidad pancreática resulta imprescindible para evitar diagnósticos etiológicos erróneos en presentaciones atípicas.

Se deben valorar otras causas menos frecuentes en casos atípicos como la hemocromatosis o síndromes endocrinológicos.

La monitorización continua de glucosa aporta un gran valor en el ajuste ambulatorio y control del riesgo de hipoglucemia.

P-104

NO SIEMPRE FALTA INSULINA: LIPOHIPERTROFIA COMO CAUSA DE DESCONTROL GLUCÉMICO

Cristina Roca Cornejo[1], Laura De Ana Lobato[1], Pablo Amador Soto[2]

[1] *CS Chiclana Costa Los Gallos*
[2] *CS El Lugar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años con diabetes mellitus tipo 2 de 16 años de evolución. Presentaba hipertensión, obesidad grado I y retinopatía diabética leve. Tratamiento con metformina, semaglutida e insulina glargina 42 UI nocturnas.

Durante los últimos meses había presentado un empeoramiento progresivo del control glucémico. La HbA1c había aumentado de 7,4% a 9,1%. Se habían realizado varios ajustes de insulina basal sin conseguir mejoría.

La paciente refería glucemias muy variables. Algunos días presentaba valores en ayunas superiores a 250 mg/dL y, de forma ocasional, hipoglucemias nocturnas sin una causa clara.

Durante una revisión programada en Atención Primaria se decidió comprobar directamente cómo administraba la insulina. Reconoció utilizar casi siempre la misma zona abdominal porque "ahí no le dolía".

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC 31,2 kg/m^2. En la exploración abdominal se apreciaron dos áreas de engrosamiento subcutáneo, blandas y poco dolorosas, compatibles con lipohipertrofia.

La paciente reutilizaba las agujas durante varios días y no seguía una pauta sistemática de rotación de los puntos de inyección.

HbA1c: 9,1%. FG: 72 mL/min/1,73 m^2. Cociente albúmina/creatinina normal.

Se colocó un sensor de monitorización continua durante 14 días. Mostró marcada variabilidad glucémica, con hiperglucemia mantenida y episodios nocturnos de hipoglucemia.

Se indicó evitar las zonas de lipohipertrofia, rotar sistemáticamente los puntos de inyección y utilizar agujas de 4 mm sin reutilizarlas. Al cambiar a tejido sano se redujo inicialmente la dosis de insulina para disminuir el riesgo de hipoglucemia.

Tres meses después, la HbA1c había descendido a 7,7%, con menor variabilidad glucémica y reducción de la insulina basal a 32 UI/día.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Descontrol glucémico y variabilidad secundaria a lipohipertrofia inducida por inyecciones repetidas de insulina.

La absorción de insulina en estas zonas es impredecible. Esto puede explicar la coexistencia de hiperglucemias e hipoglucemias aparentemente inexplicables.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mala adherencia terapéutica, errores dietéticos, dosis insuficiente de insulina, infección intercurrente, corticoterapia y deterioro progresivo de la función beta-pancreática.

CONCLUSIONES

Antes de intensificar un tratamiento con insulina conviene comprobar cómo y dónde se administra.

La exploración de los lugares de inyección es sencilla y puede realizarse en cualquier consulta de Atención Primaria. La ADA recomienda revisar periódicamente la técnica y buscar zonas de lipohipertrofia en las personas tratadas con insulina.

En este caso, una intervención educativa evitó seguir aumentando la dosis de insulina y consiguió mejorar el control glucémico. La tecnología ayudó a demostrar el problema, pero la clave diagnóstica estuvo en una exploración física básica.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).

2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S150-S165.

P-105

DE LA CONSULTA A LA COMUNIDAD: CREANDO ALIANZAS PARA PREVENIR LA DIABETES TIPO 2 EN POBLACIÓN VULNERABLE

Anna Estafanell Celma[1], Albert Canudas Ventura[2], Gemma Falcó Faydella[2], Petru Chicu Chicu[2], Adriana Cristina Gutiérrez Rivero[2], Brigitte Banessa Galagarza Teran[2], Claudia Garolera Bonamusa[2]

[1] *EAP Granollers Sud*
[2] *EAP Granollers Sud*

OBJETIVOS

Explorar y establecer vías de colaboración entre Atención Primaria y una entidad comunitaria que atiende a población en situación de vulnerabilidad social, identificando necesidades y oportunidades para desarrollar intervenciones dirigidas a mejorar los hábitos de vida y contribuir a la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Como objetivo secundario, aproximar a residentes y tutores de Medicina Familiar y Comunitaria a los determinantes sociales que condicionan la prevención de la DM2 desde una perspectiva comunitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló una experiencia comunitaria de carácter docente y exploratorio en el marco de una jornada formativa de un centro de Atención Primaria, dirigida a residentes y tutores de Medicina Familiar y Comunitaria. La actividad consistió en una visita estructurada a una fundación sin ánimo de lucro dedicada a la atención y acompañamiento de personas y familias en situación de vulnerabilidad social.

La jornada se estructuró en tres fases. En una primera fase, profesionales y voluntarios de la entidad presentaron su funcionamiento, los programas sociales desarrollados y los recursos disponibles, incluyendo el comedor social y otros espacios de acompañamiento comunitario. Mediante el intercambio directo se abordaron las principales necesidades de la población atendida y las barreras sociales y económicas que pueden condicionar el acceso a una alimentación adecuada, la práctica de actividad física y el mantenimiento de otros hábitos de vida saludables.

En una segunda fase se realizó una comida compartida con usuarios y voluntarios de la entidad, favoreciendo el acercamiento a su realidad cotidiana y al contexto social en el que se desarrollan las intervenciones comunitarias.

Finalmente, se llevó a cabo un espacio de intercambio entre el equipo docente y los responsables y voluntarios de la entidad, orientado a identificar necesidades y posibles líneas de colaboración con Atención Primaria en promoción de la salud, mejora de los hábitos de vida, prevención de la obesidad y reducción de factores de riesgo relacionados con la DM2.

RESULTADOS

La experiencia permitió conocer de forma directa los recursos comunitarios disponibles e identificar condicionantes relacionados con la vulnerabilidad social que pueden dificultar el seguimiento de las recomendaciones habituales sobre alimentación saludable y actividad física.

El intercambio entre profesionales sanitarios, voluntarios y responsables de la entidad permitió identificar el recurso comunitario como un potencial entorno para desarrollar actuaciones preventivas adaptadas a esta población. Se plantearon futuras actividades de promoción de la salud centradas en alimentación saludable, actividad física, prevención de la obesidad y factores de riesgo de DM2, dirigidas a usuarios y voluntarios de la entidad.

Como resultado de la jornada, se estableció el compromiso de reforzar la coordinación entre el centro de Atención Primaria y la entidad comunitaria, facilitando el acceso a sus recursos de aquellas personas en situación de vulnerabilidad social identificadas desde el centro de salud. Esta colaboración pretende complementar las recomendaciones sanitarias mediante recursos comunitarios que permitan abordar barreras relacionadas con la alimentación, los hábitos de vida y otros determinantes sociales relevantes para la prevención de la DM2.

Asimismo, la actividad favoreció entre residentes y tutores la reflexión sobre la necesidad de incorporar los determinantes sociales y los activos comunitarios al abordaje preventivo de la DM2 desde Atención Primaria.

CONCLUSIONES

La prevención de la DM2 en población en situación de vulnerabilidad requiere considerar los determinantes sociales que condicionan la capacidad real de adoptar y mantener estilos de vida saludables. La precariedad económica y la inseguridad alimentaria pueden limitar el acceso regular a alimentos saludables y favorecer dietas de menor calidad nutricional, comidas irregulares, restricción involuntaria de la ingesta o incluso periodos de ayuno por falta de recursos. En este contexto, las recomendaciones convencionales sobre alimentación saludable, control del peso y actividad física pueden resultar difíciles de implementar si no se adaptan a las circunstancias socioeconómicas de cada persona.

La inseguridad alimentaria y las dificultades para mantener hábitos de vida saludables constituyen aspectos relevantes en

la prevención de la obesidad, la DM2 y el riesgo cardiometabólico y pueden contribuir a perpetuar las desigualdades en salud. Por ello, las estrategias preventivas no deberían centrarse únicamente en recomendaciones individuales, sino incorporar el contexto social y las barreras que condicionan su aplicación.

Las entidades comunitarias pueden constituir aliados estratégicos de Atención Primaria para trasladar esta perspectiva a la práctica. Establecer mecanismos de coordinación que faciliten el acceso de personas vulnerables identificadas desde el centro de salud a los recursos comunitarios permite complementar la intervención sanitaria con actuaciones dirigidas a algunos de sus condicionantes sociales.

Esta experiencia ha permitido avanzar desde el conocimiento mutuo hacia una propuesta concreta de colaboración entre Atención Primaria y el recurso comunitario, abriendo una línea de trabajo orientada al desarrollo y evaluación futura de intervenciones sobre hábitos de vida, obesidad y prevención de la DM2 en población vulnerable.

P-106
MÁS ALLÁ DEL CONTROL GLUCÉMICO: EXPERIENCIA CON iSGLT2 EN MEDICINA DE FAMILIA

Yolanda Mora Coll[1], David Ruiz Padullés[1], Natàlia Riera Nadal[1], Clara Riera Nadal[1], Enric Rosas Advíncula[1], Mar Canyelles Lladó[1], Gemma Férriz Villanueva[1]

[1] *CAP Sagrada Familia*

OBJETIVOS

Evaluar la prescripción de iSGLT2 en pacientes diabéticos en un centro de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: estudio observacional descriptivo.

Población diana: 537 pacientes en tratamiento con iSGLT2.

Variables de estudio: edad, sexo, diagnóstico y fecha inicio tratamiento con iSGLT2, diagnóstico de diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardíaca (IC), insuficiencia renal crónica (IRC), hipertensión arterial (HTA), presión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), variables pre-post inicio iSGLT2: HbA1c, filtrado glomerular (FG), albuminuria; No fármacos antihipertensivos, diuréticos y antidiabéticos; y variables de potenciales efectos adversos a iSGLT2: hipotensión, infecciones genitourinarias e incontinencia urinaria.

Análisis estadístico: porcentaje, intervalo de confianza, media y desviación estándar. Análisis antes-después: t-Student para datos apareados.

RESULTADOS

372 pacientes con diagnóstico de DM (69,2% de pacientes con prescripción iSGLT2). Edad media 71,39 años (± 11,59 años). 64% (238) ≥70 años. 60,48% (225) hombres.

265 pacientes (71,2%) iniciaron tratamiento con iSGLT2 por diagnóstico de DM y 24 pacientes (6,45%) por DM asociada a ICC y/o IRC. A los 83 pacientes diabéticos restantes se inicia iSGLT2 por ICC (58 (15,5%)) o IRC (25 (6,7%)).

El 28,5% (106) tienen diagnóstico de ICC, 33,33% (124) IRC, 76% (283) HTA. Porcentajes superiores en ≥70 años (38,6% ICC; 45,38% IRC; 84,9% HTA). La TAS media 127,22 mmHg (± 12,43), TAD 73,96 mmHg (± 8,66).

Por fragilidad, el 42,39% (158) son frágiles (26% inicial, 9,94% intermedia, 6,45% avanzada). En ≥70 años el 64,3% (153) son frágiles (38,7% inicial, 15,5% intermedia, 10% avanzada).

Se observa una reducción p<0,05 de HbA1c 7,44% (± 1,267) a 6,98% (± 1,16) y FG 69,7 mg/ml (± 19,35) a 64,68 mg/ml (± 21,57) p<0,05, y aumento albuminuria 13,62 mg/L (± 194,99) previo a 13,80 mg/L (± 142,96) p<0,05.

En ≥70 años hay reducción p<0,05 en los tres indicadores: HbA1c 7,39% (± 1,225) a 6,90% (± 0,99), FG 62,8 mg/ml (± 20,18) a 57,10 mg/ml (± 21,84), albuminuria 16,71 mg/L (± 234,72) a 15,33 mg/L (± 168,73).

≥70 años tienen prescritos una media de 1,9 (± 1,21) fármacos antihipertensivos, 2,45 (± 1,3) de antidiabéticos y el

51,2% (121) tiene prescrito ≥1 diurético.

Del total de efectos adversos 22,3% (83) experimentan incontinencia urinaria; 14,8% (55) infecciones genitourinarias; 9,4% (35) hipotensión y 7,2% (27) descompensaciones (25 con ICC), siendo ligeramente superiores en ≥70años: 27,7% (66) incontinencia urinaria, 14,7% (35) infecciones genitourinarias, 10,9% (26) hipotensión, 10% (24) descompensaciones ICC.

CONCLUSIONES

Los iSGLT2 muestran en nuestra práctica clínica un adecuado control glucémico, con valores medios de HbA1c dentro de los objetivos terapéuticos; resaltando que más de la mitad de pacientes ≥70 años tienen HbA1c ≤6,8%. Además, la reducción de la albuminuria y el posible beneficio sobre la evolución del filtrado glomerular sugieren un efecto cardiorrenal relevante. Sin embargo, la limitada evidencia disponible en mayores de 70 años, habitualmente infrarrepresentados en los ensayos clínicos, y el ligero incremento de efectos adversos observado hacen necesarios estudios comparativos con pacientes diabéticos ≥70 años sin iSGLT2 que permitan confirmar estos beneficios y valorar adecuadamente su seguridad.

P-107

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2 (DM2) Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) DIAGNOSTICADA Y NO DIAGNOSTICADA EN LA POBLACIÓN MADRILEÑA

Gema García Sacristán[1], Óscar Baro Pato[2], Domingo Orozco Beltrán[3]

[1] *Consultorio Local Fuentidueña de Tajo (Madrid)*
[2] *Centro de Salud Galapagar (Madrid)*
[3] *Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández (Alicante)*

OBJETIVOS

1. Analizar la prevalencia de ERC tanto conocida como no diagnosticada en la población con DM2.
2. Conocer las características de las personas con DM2 que presentan o no ERC.
3. Valorar los tratamientos más prescritos en cada grupo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un subanálisis del Estudio DIAMOND2 correspondiente a la población madrileña con DM2 en relación con la presencia de ERC diagnosticada o no. Nuestra muestra consta de 1584 adultos con DM2 pertenecientes a 9 Centros de Salud de diversos municipios de la Comunidad de Madrid.

Son datos recogidos retrospectivamente de las historias clínicas electrónicas y analizados en 2023.

Hemos considerado diagnóstico de ERC según criterios de la guía KDIGO 2024, clasificando a los pacientes en tres grupos diferenciados: ERC diagnosticada, ERC no diagnosticada (posiblemente reúne criterios, pero no se ha diagnosticado), sin ERC.

RESULTADOS

La prevalencia de ERC diagnosticada entre las personas con DM2 en la Comunidad de Madrid es de 32%, frente al 52,4% de ERC no diagnosticada.

La presencia de comorbilidades de la esfera cardiovascular es mayor entre las personas con diagnóstico de ERC (HTA casi 90%, dislipemia más del 87% y evento cardiovascular previo 45%) frente a las que tienen criterios pero no diagnóstico (81%, 75,8% y 26,5% respectivamente).

El control metabólico es más insuficiente entre las personas con ERC (47%) frente a las que tienen ERC no diagnosticada 45% y las que no tienen ERC 37%.

El estadio de ERC más representado en nuestra muestra es G2 A1 con casi 44% seguido del G2A2 con 10,9%.

Entre las personas con ERC el fármaco más recetado es metformina, aunque en menor porcentaje que en los otros dos grupos. El segundo grupo farmacológico son los iSGLT2, siendo, por el contrario, prescrito con mayor frecuencia que en los demás grupos de la muestra.

CONCLUSIONES

La muestra madrileña representa casi un tercio (31,6%) del total de la muestra incluida en el estudio.

Los resultados de diversas variables son muy similares entre la muestra autonómica y la nacional.

La prevalencia de ERC diagnosticada es 32% y la de no diagnosticada 52,4% en Madrid frente a 32% y 54% respectivamente. Los datos perdidos son mayores: 15% frente al 6%.

Respecto a características sociodemográficas: los hombres representan poco más de la mitad de la muestra (55% versus 56%).

Las comorbilidades vasculares son más frecuentes entre las personas diagnosticadas de ERC que entre las que no lo han sido aún y las que no lo tienen, justo al contrario que lo es el buen control metabólico.

El estadio de ERC más representado es G2 A1 44%, en el nacional 38%.

El grupo farmacológico más prescrito en ambos casos en ERC es la metformina, seguida por iSGLT2 e iDPP-4 (62,8% vs 59,8%, 48,4% vs 45,2%, 41,5% vs 37,9%).

P-108
NECROBIOSIS LIPOÍDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Clara Riera Nadal[1], Natalia Riera Nadal[1], Brenda Manzanares Calvo[1]

[1] *CAP Sagrada Familia*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente diabética con lesión pretibial crónica de evolución insidiosa, cuyo interés clínico radica en el diagnóstico de una patología poco frecuente.

Mujer de 81 años con hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución con adecuado control metabólico, en tratamiento con metformina, atorvastatina y lisinopril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consulta por placa pretibial izquierda única, de tres años de evolución y 10 cm de diámetro, eritematosa, con centro atrófico, bordes definidos, telangiectasia ramificada y prurito leve. Había recibido ciclos cortos de corticoterapia tópica, con mejoría sintomática parcial pero persistencia lesional. En los días previos presentó tres úlceras intraplaca de evolución tórpida pese a curas domiciliarias, motivo por el que consultó en Atención Primaria (imagen 1).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Ante la sospecha de necrobiosis lipoídica, se derivó a dermatología y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico. Se inició corticoterapia tópica de alta potencia, con resolución de las úlceras, aunque con persistencia de la placa residual, atribuible al tiempo de evolución (imagen 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial es amplio e incluye el granuloma anular, el xantogranuloma necrobiótico, la dermopatía diabética y la lipodermatoesclerosis; por ello, el diagnóstico definitivo se basa en una correcta correlación clínica e histológica.

CONCLUSIONES

La necrobiosis lipoídica es una dermatosis granulomatosa crónica infrecuente, asociada sobre todo a diabetes mellitus, aunque su prevalencia en esta población es baja. Afecta típicamente a la región pretibial y se manifiesta como placas eritemato-amarillentas con centro atrófico, borde sobreelevado y patrón vascular arboriforme. Puede cursar con

prurito, dolor o alteraciones sensitivas, y complicarse con ulceración crónica o, excepcionalmente, carcinoma escamoso.

Puede preceder al diagnóstico de diabetes o aparecer durante su evolución, sin correlación consistente con el control glucémico. También se ha asociado a patología tiroidea, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide y sarcoidosis.

El tratamiento precoz busca limitar la progresión y prevenir complicaciones. Los corticoides tópicos potentes o intralesionales son la primera línea; en casos refractarios pueden emplearse inhibidores de la calcineurina, retinoides tópicos, fototerapia, terapia fotodinámica, antiagregantes o anti-TNF.

Este caso subraya la necesidad de tener una alta sospecha clínica delante de este tipo de lesiones crónicas e indoloras, ya que el diagnóstico y tratamiento precoces son clave para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones.

P-109

CISTITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTES TRATADAS CON DAPAGLIFLOZINA: DOS CASOS, DOS DESENLACES Y UNA REFLEXIÓN SOBRE LA INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA

Lianna Tarquini Rodríguez[1], Ana Insua López[2], Smilitsa Stoycheva Hristova[3]

[1] *CS Polanco*
[2] *CS Saja Cabuérniga, Cabezón de la Sal*
[3] *Hospital Sierrallana*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos dos mujeres con diabetes mellitus tipo 2 tratadas con dapagliflozina que desarrollaron cistitis enfisematosa, con presentaciones y desenlaces diferentes.
Caso 1: mujer de 67 años, con diabetes mellitus tipo 2 de mal control, hipertensión, dislipemia e insuficiencia cardiaca, que consultó por disnea progresiva, hematuria y mal estado general.

Caso 2: mujer de 82 años, con diabetes mellitus tipo 2, deterioro cognitivo, polifarmacia y antecedentes urológicos. Tras retirar metformina durante el seguimiento de crónicos por mantener cifras de HbA1c aceptables, permaneció en tratamiento con dapagliflozina. Consultó por dolor lumbar y en fosa renal derecha de varias semanas y hematuria macroscópica, sin fiebre ni síntomas urinarios irritativos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el primer caso presentaba hipotensión (81/42 mmHg), hipotermia (34,3 °C) e hipoperfusión periférica. Analíticamente: glucosa 37 mg/dL, creatinina 4,64 mg/dL, FGe 9 mL/min/1,73 m², leucocitos 17,2 ×10³/µl, pH 7,10, bicarbonato 3,7 mmol/l, lactato 16,1 mmol/l e INR 4,54. La TC mostró gas en la pared vesical y burbujas extraluminales, compatibles con cistitis enfisematosa grave. Urocultivo: Klebsiella pneumoniae. En el segundo, el sedimento mostró glucosuria ++++, hematuria, piuria y bacteriuria, con leucocitos 5,3 ×10³/µl y PCR 0,6 mg/dL. La TC evidenció abundante gas intramural e intravesical, sin afectación renal. Urocultivo: Escherichia coli sensible a cefalosporinas. El control radiológico mostró resolución y pequeño cálculo vesical de 3 mm.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

En ambos casos se diagnosticó cistitis enfisematosa. El primero evolucionó a sepsis urinaria, fracaso multiorgánico y exitus pese a tratamiento intensivo. El segundo recibió ceftriaxona, posteriormente cefuroxima durante 14 días, drenaje vesical y evolucionó favorablemente. La dapagliflozina fue suspendida durante el ingreso y posteriormente retirada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron pielonefritis enfisematosa, obstrucción/litiasis urinaria, perforación vesical y otras causas de hematuria. La imagen permitió localizar el proceso en la vejiga y descartar afectación renal.

CONCLUSIONES

La cistitis enfisematosa es una infección urinaria infrecuente y potencialmente grave, especialmente en personas con diabetes y comorbilidad. Estos casos no permiten establecer causalidad con dapagliflozina. La evidencia reciente no

demuestra un aumento significativo de infecciones urinarias graves con los iSGLT2. Sin cuestionar sus beneficios cardiorrenales, la aparición de una complicación infrecuente invita a revisar individualmente el balance beneficio-riesgo. En Atención Primaria, la prescripción debe ser dinámica, considerando vulnerabilidad, factores urológicos, polifarmacia y capacidad de seguimiento, y reevaluándose cuando cambia el contexto clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matteucci A, Di Fusco SA, Bonanni M, Castello L, Aquilani S, Fedele S, Nardi F, Colivicchi F. Are SGLT2 inhibitors really associated with increased urinary tract infection risk? A trial-level meta-analysis across type 2 diabetes, heart failure, and chronic kidney disease. Daru. 2026;34(2):56. doi:10.1007/s40199-026-00637-7.
2. Thomas AA, Lane BR, Thomas AZ, Remer EM, Campbell SC, Shoskes DA. Emphysematous cystitis: a review of 135 cases. BJU Int. 2007;100(1):17-20. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.06930.x.

P-110

DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN UNA ADOLESCENTE CON VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL TRABAJO EN RED

Sandra Curto Sancho[1]

[1] *ABS la Granja (Molins de Rei)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Adolescente de 14 años con padres separados, bajo custodia paterna y con la abuela como principal apoyo familiar. En los meses previos al debut de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), el padre había sufrido una disección aórtica con ingreso prolongado en UCI, acontecimiento que condicionó cambios importantes en la dinámica familiar. En octubre de 2025 se objetivaron angustia, miedos, rechazo a acudir al instituto, disminución del rendimiento escolar y episodios de autolesión referidos por el padre. Desde Atención Primaria (AP) se realizó contención emocional y se derivó a Salud Mental.

En noviembre de 2025 presentó debut de DM1 con cetoacidosis diabética y pancreatitis aguda, requiriendo ingreso hospitalario. Posteriormente persistieron dificultades de adaptación, conductas impulsivas y afectación escolar, llegando a repetir 3.º de ESO. Actualmente presenta mejor evolución emocional, sin autolesiones, con mayor apoyo familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 53,3 kg, talla 156 cm, IMC 21,9 kg/m^2 y presión arterial 105/59 mmHg. Tratamiento actual con insulina glargina (Abasaglar) e insulina aspart (NovoRapid) mediante plumas y monitorización continua de glucosa mediante sensor.

Presenta variabilidad glucémica y ausencia de síntomas reconocibles ante las hipoglucemias, detectadas mediante sensor y alarmas. HbA1c actual: 9,2%. Seguimiento por Endocrinología en Hospital Sant Joan de Déu (HSJD), Psicología y Psiquiatría. Se encuentra en estudio un posible TDAH, todavía sin diagnóstico.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM1 en adolescente con control glucémico subóptimo y elevada variabilidad glucémica, en el contexto de vulnerabilidad psicosocial y dificultades de adaptación familiar y escolar. Desde AP se realizó educación diabetológica, seguimiento estrecho de Enfermería, soporte emocional y coordinación con HSJD, educadora social, Psicología, Psiquiatría y programa Salut i Escola, incluyendo coordinación con el centro educativo y profesorado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante el debut con pancreatitis se consideraron otras etiologías de diabetes secundaria/pancreatogénica. En el ámbito psicosocial se valoraron problemas adaptativos y emocionales, así como posible TDAH actualmente en estudio.

CONCLUSIONES

El debut de una enfermedad crónica durante la adolescencia puede coincidir con situaciones de elevada vulnerabilidad emocional, familiar y escolar. La Atención Primaria, por su accesibilidad y continuidad, desempeña un papel fundamental en la detección precoz de señales de alarma, la educación diabetológica, el soporte emocional y la coordina-

ción entre familia, escuela, Salud Mental y atención especializada. El abordaje multidisciplinar permitió una evolución psicosocial favorable, aunque persisten necesidades de optimización del control metabólico y seguimiento integral.

P-112

CASO CLÍNICO: NO TODA DIABETES TIPO 2 ES LO QUE PARECE

Claudia Garolera Bonamusa[1], Albert Canudas Ventura[1], Cristina Del Pino Astorga[1]

[1] *CAP Sant Miquel*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 48 años consulta en Atención Primaria por presentar valores analíticos alterados en una revisión anual. Se encuentra asintomático.

Fue diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) a los 46 años, tras presentar una glucemia en ayunas de 262 mg/dL y HbA1c 8,2%. Se inició tratamiento con cambios en el estilo de vida y metformina.

Durante los años posteriores mantuvo un buen control glucémico, con glucemias cercanas a 100 mg/dL y HbA1c 5,7%. Sin embargo, en una analítica reciente se objetivó un empeoramiento progresivo del control metabólico, pese a mantener una adecuada adherencia al tratamiento y sin cambios importantes en su alimentación o actividad física.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física presenta normopeso y tensión arterial dentro de la normalidad, sin signos clínicos de complicaciones microvasculares.

La analítica muestra glucemia en ayunas de 249 mg/dL, HbA1c de 9,9%, creatinina de 0,86 mg/dL y filtrado glomerular >90 mL/min/1,73 m^2. Perfil lipídico sin alteraciones.

Ante el empeoramiento clínico, se reconsidera el diagnóstico de DM2 y se solicitan anticuerpos anti-GAD: positivos y C-péptido basal de 0,6 ng/mL, inferior a lo esperado.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Inicialmente, el paciente fue clasificado como diabético tipo 2 debido a su edad y los antecedentes familiares. Sin embargo, la progresión rápida de la hiperglucemia y la escasa respuesta al tratamiento habitual hacen cuestionar el diagnóstico inicial.

La positividad de los anticuerpos anti-GAD, junto con la disminución del C-péptido, apoya el diagnóstico de diabetes autoinmune de aparición en el adulto o LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La DM2 constituye el principal diagnóstico diferencial; no obstante, la presencia de autoanticuerpos y la reducción de la reserva funcional de las células beta pancreáticas hacen menos probable esta etiología aislada. La diabetes mellitus tipo 1 clásica resulta asimismo menos compatible por la edad de presentación y la ausencia de una insulinopenia grave o de una presentación inicial con cetoacidosis.

El conjunto de hallazgos clínicos y bioquímicos es, por tanto, compatible con diabetes LADA, entidad caracterizada por una destrucción autoinmune progresiva de las células beta pancreáticas que permite conservar inicialmente cierta secreción endógena de insulina.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

Este caso pone de manifiesto la importancia de reconsiderar la clasificación de la diabetes ante una evolución clínica discordante con el diagnóstico inicial. La LADA puede simular inicialmente una DM2 y presentar una respuesta transitoria al tratamiento convencional, retrasando su identificación.

La determinación de autoanticuerpos pancreáticos, especialmente anti-GAD, y la valoración de la función beta pancreática mediante C-péptido son herramientas fundamentales para establecer el diagnóstico etiológico y optimizar la

estrategia terapéutica.

La edad adulta al diagnóstico no excluye una etiología autoinmune de la diabetes.

PALABRAS CLAVE: Diabetes autoinmune, anticuerpos GAD

P-113

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y METABÓLICA TRAS INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRAS INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA CARE4DIABETES EN ARAGÓN: ANÁLISIS LONGITUDINAL A 6 Y 12 MESES, RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA COHORTE REAL

María Elena Blasco González[1], Maria Isabel Blasco Gonzalez[2], Lucia Lasilla Fernandez[3], Cruz Bartolome Moreno[4], Isabel Monreal Aliaga[5], Rosa Magallón Botalla[6]

[1] *Enfermera educadora Servicio de Endocrinología-Hospital de Barbastro*
[2] *Médica de Atención Primaria-EAP Monzón Urbano Huesca*
[3] *Médica de Atención Primaria-SALUD Aragón*
[4] *Médica de Atención Primaria-SALUD Aragón*
[5] *Médica de Atención Primaria-SALUD Aragón*
[6] *Catedrática de Medicina de Familia-Facultad de Medicina-Universidad de Zaragoza*

OBJETIVOS

Analizar la evolución de variables clínicas, antropométricas y metabólicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 participantes en el programa CARE4DIABETES, en las cuatro esferas del estudio: dieta, ejercicio, sueño y estrés, además de explorar la significación estadística de los cambios observados durante el seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal en una cohorte de 20 personas con diabetes mellitus tipo 2. Se utilizaron para ello en la cohorte de Aragón las nuevas tecnologías con métodos de telemedicina síncrona donde se reunían por medios telemáticos los pacientes junto con el equipo C4D-Aragón y se hacía seguimiento de las cuatro esferas de análisis del estudio, así como el control y seguimiento de las variables analíticas.

Se analizaron variables antropométricas, presión arterial, HbA1c y perfil lipídico al inicio y a los 6 y 12 meses. Los cambios intrapersonales se evaluaron mediante pruebas para datos apareados (t de Student o Wilcoxon según distribución). Se estimaron diferencias medias e intervalos de confianza del 95%. El número de observaciones disponibles fue 16 a los 6 meses y 12 a los 12 meses para las principales variables clínicas.

RESULTADOS

La presión arterial sistólica disminuyó de forma significativa, con una reducción media de 11,4 mmHg a los 6 meses (IC95% −21,4 a −1,3; p=0,029) y de 12,8 mmHg a los 12 meses (IC95% −22,4 a −3,1; p=0,014). El perímetro abdominal se redujo 2,4 cm a los 6 meses (IC95% −4,3 a −0,6; p=0,016) y 3,8 cm a los 12 meses (IC95% −5,9 a −1,8; p=0,002). El peso disminuyó 1,8 kg a los 6 meses (p=0,113) y 1,7 kg a los 12 meses (p=0,114), sin significación estadística.

CONCLUSIONES

En esta pequeña cohorte se observaron cambios favorables principalmente en la presión arterial sistólica y el perímetro abdominal durante el seguimiento. No se demostró una mejoría estadísticamente significativa del control glucémico ni del LDL. El tamaño muestral, la pérdida de datos y la ausencia de grupo control limitan la interpretación causal de los resultados.

P-114

CUANDO LA DISNEA ES LA PUNTA DEL ICEBERG: SÍNDROME AUTOINMUNE MÚLTIPLE TIPO 3 CON DIABETES LADA, CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y TIROIDITIS AUTOINMUNE

Eduardo Herrera Hernández[1], Sofía Castro Waardenburg[1], Yerena Ruiz González[1]

[1] *C.S. Puerto del Rosario*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 65 años, sedentario, con obesidad grado I (IMC 31 kg/m^2), fibrilación auricular (FA) paroxística y cirrosis biliar primaria (CBP) en estudio, que consulta en Atención Primaria por disnea progresiva de esfuerzo de tres meses de evolución sin ortopnea ni edemas, astenia, pérdida ponderal de 5 kg en 2 meses y palpitaciones intermitentes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PA: 148/82 mmHg. FC: 98 lpm, irregular. SatO_2: 96% basal

Cuello: bocio difuso leve, indoloro

Auscultación cardiopulmonar: arrítmica, sin soplos; murmullo vesicular conservado

Abdomen: hepatomegalia discreta, sin ascitis

Piel: ictericia leve, xantelasmas palpebrales bilaterales

Manos: limitación a la extensión de los dedos

Espirometría: patrón restrictivo

Rx de tórax: normal

ECG: FA con respuesta ventricular controlada (85 lpm)

Ecocardiograma: FEVI 55%, sin valvulopatías, presión pulmonar normal

Analítica: TSH < 0,01 µUI/mL, T4 libre 3,2 ng/dL, anticuerpos tiroideos anti-TPO y anti-tiroglobulina positivos, ANA positivo (patrón moteado), AMA positivos, FA 320 U/L, GGT 245 U/L, bilirrubina total 2,1 mg/dL, glucemia basal 168 mg/dL, HbA1c: 7,8%, anti-GAD: > 200 UI/mL, ICA positivos

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

El conjunto de hallazgos es compatible con un síndrome autoinmune múltiple tipo 3 con asociación de tiroiditis autoinmune, cirrosis biliar primaria y diabetes autoinmune del adulto. La FA probablemente se encuentra favorecida por el hipertiroidismo. El patrón restrictivo con radiografía normal orientó hacia una causa extrapulmonar, considerándose la obesidad y quiroartropatía diabética como posibles contribuyentes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Insuficiencia cardiaca

Enfermedad pulmonar intersticial

Derrame pleural

Patología pulmonar restrictiva secundaria a causas extrapulmonares

CONCLUSIONES

El síndrome poliglandular autoinmune tipo 3 se caracteriza por la presencia de enfermedad tiroidea autoinmune junto a otros trastornos autoinmunes, excluyendo la insuficiencia suprarrenal.

Este caso pone en valor la necesidad de una evaluación clínica global y de un enfoque interdisciplinar en pacientes con enfermedades autoinmunes superpuestas. El diagnóstico precoz permite anticipar complicaciones, adaptar el seguimiento y personalizar el tratamiento, especialmente en pacientes con riesgo de desarrollar nuevas endocrinopatías.

Por otro lado, la asociación de diabetes, hipertiroidismo, fibrilación auricular, obesidad y enfermedad hepática

configura un perfil de alto riesgo cardiovascular que exige un abordaje integral desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

Nagarajan, D. R., Mani Jacob, D., & Ottu Para, N. K. (2025). Autoimmune polyglandular syndrome type 3 and overlapping autoimmune endocrinopathies: A case report. *Cureus*, *17*(7), e88574. https://doi.org/10.7759/cureus.88574

P-115

MÁS ALLÁ DEL INDICADOR: INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Noelia Fernández Brufal[1], Paula Gassó Beneito[1], Nelia Hernández Argumanez[1]

[1] *CS San Fermín, Elche*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), los indicadores de gestión permiten transformar la actividad asistencial en resultados medibles, facilitan la evaluación de la calidad de la atención e identificar oportunidades de mejora. Sin embargo, los objetivos que se marca el clínico en una persona con DM2 pueden hacer que no se cumplan estos indicadores, vara de medir de las instituciones.

Objetivo: Analizar los indicadores de gestión y los resultados clínicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a un cupo de Atención Primaria, con el fin de identificar áreas de mejora e implementar estrategias de intervención personalizadas que optimicen la calidad asistencial y el abordaje integral de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan dos de los indicadores de DM2 que hacen referencia al control de diabetes en un cupo médico; 12 meses-70 años: 72,43% (media de la Comunidad 57,12%) y 12 meses-65 años: 73,71% (media de la Comunidad 58,95%). Se realiza una búsqueda activa de los pacientes sin valor de glicada en últimos 12 meses (6 pacientes) y cuyo valor de la glicada sea superior a 8% (4 pacientes).

Diagnóstico diferencial: inercia terapéutica, hiperglucemia persistente, baja alfabetización en diabetes.

RESULTADOS

Se realizan llamadas telefónicas para solicitar analítica a los pacientes sin datos de glicada: dos de ellos no contestan (más de un año sin datos en historia); uno se encuentra en el extranjero y no ha podido realizar control (sí admite saber que ha de hacerlo); dos habían realizado analíticas para atención especializada donde no se incluía perfil de dm2. Los cuatro pacientes con valores superiores tenían una glicada: 8,5; 9; 10,5 y 11%. El paciente con valor 8,5% tenía 69 años, tratado con cuatro fármacos (incluida terapia insulina), IMC 32. Las personas con valores superiores: 9% (83 años, tres fármacos, IMC 26), 10,5% (86 años, 2 fármacos (insulina basal), deterioro cognitivo, IMC 25), 11% (84 años, tres fármacos incluida terapia insulina bolo-basal, no frágil, independiente ABVD, IMC 27).

Se identifican barreras en la consulta y se establecen medidas de optimización: agrupar peticiones de analíticas (primaria-especializada), recordatorios telefónicos... Se evalúa técnica de insulinización y prevención de hipoglucemias en pacientes mayores. Se individualizan los objetivos de control y se registran en historia clínica.

CONCLUSIONES

La evaluación sistemática de los indicadores permite identificar áreas de mejora e implementar estrategias de optimización en la atención a las personas con DM2. Pero existe una discrepancia entre la administración y la realidad clínica de los equipos de atención primaria, especialmente en pacientes de edad avanzada, pluripatológicos o con objetivos terapéuticos individualizados.

El análisis de los datos debe complementarse con una valoración clínica individual, manteniendo un abordaje integral centrado en la persona, contemplando sus características funcionales, cognitivas y sociales, y optimizar tanto los resultados clínicos como el uso de los recursos sanitarios, poniendo en valor el trabajo conjunto de medicina-enfermería.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care.

2026;49(1):1-320.

Urbina O, Marcuello C, et al. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? Aten Primaria. 1997;20:191-4.

P-116

LA VARIABILIDAD DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO 2: PROTOCOLO DE MODELIZACIÓN DINÁMICA CON DATOS DE VIDA REAL

Elena Navas Méndez[1], Berta Fernández Camins[2], Bogdan Vlacho[3], Carolina Lapena Estella[1], Helena Hernandez Boluda[4], Emilio Ortega Martínez De Victoria[5], Rosa Abellana[6]

[1] *IDIAP Jordi Gol*
[2] *Hospital Sagrat Cor - Barcelona*
[3] *CIBERDEM*
[4] *EAP Besos - Barcelona*
[5] *Hospital Clinic - Barcelona*
[6] *Universitat de Barcelona - Facultat Medicina*

OBJETIVOS

Los modelos convencionales de riesgo cardiovascular se apoyan fundamentalmente en valores medios y suelen tratar la variabilidad longitudinal como ruido. El objetivo es determinar si la inestabilidad visita a visita de la HbA1c, la presión arterial sistólica (PAS), el colesterol LDL y el índice de masa corporal (IMC) constituye un fenotipo pronóstico independiente de enfermedad cardiovascular en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Secundariamente, se comparará el valor de distintas métricas de variabilidad, su interdependencia y su aportación incremental a la predicción dinámica del riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal basado en datos de práctica clínica real de una gran base poblacional de Atención Primaria vinculada a registros hospitalarios, con seguimiento entre 2011 y 2026. Se incluirán personas con DM2 identificada por diagnóstico registrado, HbA1c ≥6,5% o tratamiento antidiabético, excluyendo otros tipos de diabetes. Se requerirán al menos dos determinaciones válidas por biomarcador y un seguimiento mínimo de 12 meses. Para HbA1c, PAS, LDL e IMC se estimarán seis métricas de variabilidad intraindividual: desviación estándar, coeficiente de variación, rango, variabilidad independiente de la media (VIM), variabilidad real media (ARV) y puntuación de variabilidad clínicamente relevante (HVS). El desenlace será el primer evento macrovascular (cardiopatía isquémica/infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus o arteriopatía periférica), considerando la mortalidad por cualquier causa como riesgo competitivo. El análisis combinará modelos de Fine-Gray con modelos de efectos mixtos de localización y escala y modelización conjunta multivariante longitudinal-supervivencia bajo un enfoque bayesiano. Las covariables de ajuste se seleccionarán mediante un gráfico acíclico dirigido y el rendimiento predictivo se comparará mediante AUC dependiente del tiempo, índice de concordancia y Brier Score.

RESULTADOS

Por tratarse de un proyecto de investigación, no se presentan resultados definitivos. El estudio está diseñado para identificar qué dimensiones de la variabilidad aportan mayor información pronóstica, establecer si existe una inestabilidad metabólico-hemodinámica sistémica y cuantificar cuánto mejora la predicción cardiovascular al incorporar trayectorias longitudinales libres del error de medida frente a los enfoques estáticos convencionales.

CONCLUSIONES

Este proyecto plantea un cambio conceptual: pasar del valor medio aislado a la trayectoria del paciente. Si la variabilidad multivariante demuestra valor pronóstico incremental, las mediciones que ya se generan de forma rutinaria en Atención Primaria podrían transformarse en una señal dinámica de riesgo cardiovascular, sin añadir nuevas pruebas y favoreciendo una estratificación más precisa, actualizable y clínicamente útil en personas con DM2.

P-117

USO INADECUADO DE SULFONILUREAS EN PACIENTE ANCIANO CON DM2 Y FRAGILIDAD: COMPLICACIONES Y DEPRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Yerena Ruiz González[1], Sofía Castro Waardenburg[1], Eduardo Herrera Hernández[1]

[1] *C.S. Puerto del Rosario*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 87 años, DM2 desde hace 20 años, hipertensión, insuficiencia cardíaca, deterioro cognitivo leve y fragilidad (pérdida de peso, sarcopenia, movilidad limitada). Vive en residencia, con apoyo para actividades básicas.

Tratamiento: metformina 850 mg/12 h, glibenclamida 5 mg/día, enalapril, furosemida, atorvastatina.

Consulta por varios episodios de hipoglucemia (glucemia <60 mg/dL) en el último mes, caídas, confusión y deterioro funcional. HbA1c 6,4%. Glucemia capilar variable, con valores bajos frecuentes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- TA 115/70 mmHg, peso 58 kg, IMC 21.

- Analítica: HbA1c 6,4%, glucosa basal 90 mg/dL, función renal ligeramente reducida (FG 48 mL/min), perfil lipídico normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Paciente anciano y frágil, con DM2 sobretratada y riesgo elevado de hipoglucemias, especialmente por uso de glibenclamida (sulfonilurea de acción prolongada y alto riesgo de hipoglucemia).

Las sulfonilureas están desaconsejadas en ancianos por su perfil de seguridad y complicaciones.

Se decide deprescribir glibenclamida, manteniendo solo metformina en dosis ajustada. Esta decisión se consensúa con el equipo de residencia y familiares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Deterioro cognitivo
- Fragilidad asociada a polifarmacia
- Polineuropatía diabética
- **Hiponatremia secundaria a diuréticos (furosemida)**

CONCLUSIONES (ENSEÑANZA DEL CASO)

El uso de sulfonilureas en pacientes ancianos es una práctica obsoleta y peligrosa, asociada a hipoglucemias, caídas, deterioro cognitivo y mayor mortalidad. La deprescripción de estos fármacos y la revisión periódica del tratamiento son fundamentales para la seguridad y calidad de vida en este grupo. Los objetivos de HbA1c deben ser menos estrictos (7,5-8,5%) y el control debe adaptarse a la situación funcional del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association. (2021). 12. Older adults: Standards of Medical Care in diabetes-2021. *Diabetes Care*, *44*(Suppl 1), S168–S179. https://doi.org/10.2337/dc21-S012

P-119

INTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA CON iSGLT2 EN PERSONAS CON DM TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSENSO DELPHI MULTIDISCIPLINAR

Sònia Miravet[1], Francisco Adán Gil[2], Juan José Gorgojo Martínez[3], Albert Lecube Torelló[4], Jorge Francisco Gómez Cerezo[5], Rocío Villar Taibo[6], Nuria Muñoz Rivas[7]

[1] *EAP Martorell Urbà*
[2] *EAP Épila*
[3] *Hospital Fundación Alcorcón*
[4] *Hospital Vall d'Hebrón*
[5] *Hospital Infanta Sofía*
[6] *Hospital Complejo de León*
[7] *Hospital Infanta Leonor*

El algoritmo redGDPS 2026 incorpora la intensificación a canagliflozina (CANA) 300 mg, destacando su mayor potencia en la reducción de HbA1c y peso. Ante esta recomendación, resulta relevante conocer su aplicabilidad y grado de respaldo en la práctica clínica. Este estudio Delphi multidisciplinar tuvo como **objetivo** evaluar el papel clínico de la escalada de CANA de 100 a 300 mg en personas con diabetes tipo 2 y establecer recomendaciones prácticas para facilitar la intensificación terapéutica en pacientes seleccionados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio tipo Delphi realizado entre diciembre de 2025 y abril de 2026. Tras una revisión estructurada de la literatura, un comité científico multidisciplinar elaboró 40 afirmaciones sobre el abordaje actual de la DM2, los beneficios cardiorrenales de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), la intensificación terapéutica, el posicionamiento clínico de CANA y su seguridad. Participaron 30 especialistas expertos españoles: 10 endocrinólogos, 10 internistas y 10 médicos de familia. Las afirmaciones se valoraron mediante una escala Likert de 1 a 9. Se definió consenso a priori cuando más del 66,6% de las respuestas se situaban en el tercil que contenía la mediana. Las afirmaciones sin consenso se reformularon y reevaluaron en una segunda ronda.

RESULTADOS

Los 30 expertos completaron ambas rondas (participación: 100%). En la primera ronda alcanzaron consenso 39 de las 40 afirmaciones (97,5%); tras reformular y reevaluar la única afirmación discrepante, se obtuvo consenso en las 40. El panel apoyó la individualización terapéutica según el perfil cardiorrenal, el uso temprano de iSGLT2 y la prevención de la inercia terapéutica. En la siguiente tabla exponemos los resultados principales.

RESULTADO PRINCIPAL	ACUERDO
Escalada a 300 mg si no se alcanza el objetivo glucémico y el FGe es ≥60 mL/min/1,73 m²	**96,6%**
Comprobar adherencia, tolerabilidad y función renal antes de escalar	**93,3%**
Considerar la escalada frente a añadir inmediatamente otro hipoglucemiante	**93,3%**
La escalada puede retrasar la insulinización en pacientes seleccionados	**96,7%**
Escalar solo con FGe ≥60, tolerancia a 100 mg y objetivo no alcanzado	**100%**

CONCLUSIONES

El consenso respalda la escalada de CANA de 100 a 300 mg como estrategia de intensificación en personas con DM2 cuando no alcanzan su objetivo glucémico individualizado, FGe ≥60 mL/min/1,73 m² y buena tolerabilidad. Esta opción, precedida de la evaluación de la adherencia y del perfil clínico, puede mejorar el control glucémico y aplazar la incorporación de otros tratamientos en pacientes seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

García Soidán FJ, Artola Menéndez S, Ávila Lachica L, Baró Pato O, Casado Pradas N, Hernández Teixidó C, et al. Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS 2026. Diabetes Práctica. 2025;16(4) | ADA Professional Practice Committee. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S183-S215 | Gorgojo-Martínez JJ, Ferreira-Ocampo PJ,

Galdón Sanz-Pastor A, Cárdenas-Salas J, Antón-Bravo T, Brito-Sanfiel M, et al. Effectiveness and tolerability of the intensification of canagliflozin dose from 100 mg to 300 mg daily in patients with type 2 diabetes in real life: the INTENSIFY study. J Clin Med. 2023;12(13):4248.

P-120

CUANDO MENOS ES MÁS: DESINTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Eva María Trillo Díaz[1], Guillermo García Santos[2], Dionisia Silva Molina[3]

[1] *Centro de Salud Nerja*
[2] *Consultorio Rinconcillo*
[3] *Centro Salud Nerja*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años con DM2 de 9 años de evolución, obesidad, HTA, dislipemia y tabaquismo activo.

Tratamiento inicial: metformina 850 mg/12 h, gliclazida 60 mg/24 h y enalapril 20 mg/día.

Ante un control glucémico y metabólico subóptimo (HbA1c 8,4%), se intensifica el tratamiento, suspendiendo gliclazida, pautándose empagliflozina 10 mg/24 h, aumentando metformina a 1g/12h e iniciando atorvastatina 40 mg/24 h. Se refuerzan las medidas de alimentación saludable y ejercicio.

A los 6 meses, pese a la intervención realizada, presenta HbA1c 7,8%, por lo que se añade semaglutida subcutánea, con escalado progresivo hasta 1 mg/semana.

Seis meses después, alcanza HbA1c 6,4%, acompañada de importante mejoría ponderal y metabólica. La paciente ha modificado de forma significativa sus hábitos de vida, realizando ejercicio diario en piscina y mejorando su alimentación, y abandona hábito tabáquico.

Sin embargo, acude porque refiere náuseas ocasionales, saciedad marcada y dificultad para realizar algunas comidas, manifestando preocupación por la pérdida ponderal continua.

EXPLORACIÓN, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC 31,2 kg/m^2.

En la valoración inicial presenta glucemia 250 mg/dL, HbA1c 8,4%, LDL 180 mg/dL, HDL 32 mg/dL, FG 80 mL/min/1,73 m^2 y ausencia de albuminuria.

A los 6 meses, presenta HbA1c 7,8% tras la intensificación terapéutica.

Se inicia semaglutida sc semanal. Seis meses después, la HbA1c es 6,4%. La paciente ha realizado cambios importantes en su estilo de vida, incorporando ejercicio diario y mejorando sus hábitos alimentarios. Presenta una pérdida ponderal de aprox. 20 kg, con normalización del IMC a 24 kg/m^2, abandono del hábito tabáquico y mejoría de los factores de riesgo cardiovascular.

Ante la buena respuesta metabólica y aparición de efectos adversos, se decide reducir la dosis de semaglutida a 0,5 mg/semana, manteniendo metformina y empagliflozina. Se establece un objetivo glucémico individualizado de HbA1c aproximadamente 6,5-7%.

A los 3 meses, presenta HbA1c 6,7%, peso estable y desaparición de las náuseas, con mejor tolerancia alimentaria. Mantiene la actividad física y los cambios en el estilo de vida.

Al año, permanece estable, con IMC 24 kg/m^2 y HbA1c 6,8%.

En este contexto se plantea una nueva revisión del tratamiento: ¿debemos mantener indefinidamente la misma estrategia terapéutica o es el momento de plantear una nueva desintensificación?

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 inicialmente no controlada en paciente con obesidad y elevado riesgo cardiovascular, con respuesta favorable a la intensificación farmacológica y a la modificación de los hábitos de vida.

Efectos adversos con dosis altas de análogos GLP-1.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dispepsia, infección Helicobacter pylori.

CONCLUSIONES

El abordaje de la DM2 debe ser dinámico e individualizado, reevaluando periódicamente la eficacia, tolerabilidad y carga del tratamiento.

En nuestra paciente, la buena respuesta mantenida tras reducir semaglutida plantea una nueva oportunidad para revisar el tratamiento y valorar si es posible una mayor simplificación terapéutica.

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):183-215.

P-121

DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN UNA ADOLESCENTE CON VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL TRABAJO EN RED

Sandra Curto Sancho[1]

[1] *CAP Molins de Rei i Papiol*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Adolescente de 14 años con padres separados, bajo custodia paterna y con la abuela como principal apoyo familiar. En los meses previos al debut de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), el padre había sufrido una disección aórtica con ingreso prolongado en UCI, acontecimiento que condicionó cambios importantes en la dinámica familiar. En octubre de 2025 se objetivaron angustia, miedos, rechazo a acudir al instituto, disminución del rendimiento escolar y episodios de autolesión referidos por el padre. Desde Atención Primaria (AP) se realizó contención emocional y se derivó a Salud Mental.

En noviembre de 2025 presentó debut de DM1 con cetoacidosis diabética y pancreatitis aguda, requiriendo ingreso hospitalario. Posteriormente persistieron dificultades de adaptación, conductas impulsivas y afectación escolar, llegando a repetir 3.º de ESO. Actualmente presenta mejor evolución emocional, sin autolesiones, con mayor apoyo familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 53,3 kg, talla 156 cm, IMC 21,9 kg/m^2 y presión arterial 105/59 mmHg. Tratamiento actual con insulina glargina (Abasaglar) e insulina aspart (NovoRapid) mediante plumas y monitorización continua de glucosa mediante sensor. Presenta variabilidad glucémica y ausencia de síntomas reconocibles ante las hipoglucemias, detectadas mediante sensor y alarmas. HbA1c actual: 9,2%. Seguimiento por Endocrinología en Hospital Sant Joan de Déu (HSJD), Psicología y Psiquiatría. Se encuentra en estudio un posible TDAH, todavía sin diagnóstico.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM1 en adolescente con control glucémico subóptimo y elevada variabilidad glucémica, en el contexto de vulnerabilidad psicosocial y dificultades de adaptación familiar y escolar. Desde AP se realizó educación diabetológica, seguimiento estrecho de Enfermería, soporte emocional y coordinación con HSJD, educadora social, Psicología, Psiquiatría y programa Salut i Escola, incluyendo coordinación con el centro educativo y profesorado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante el debut con pancreatitis se consideraron otras etiologías de diabetes secundaria/pancreatogénica. En el ámbito psicosocial se valoraron problemas adaptativos y emocionales, así como posible TDAH actualmente en estudio.

CONCLUSIONES

El debut de una enfermedad crónica durante la adolescencia puede coincidir con situaciones de elevada vulnerabilidad emocional, familiar y escolar. La Atención Primaria, por su accesibilidad y continuidad, desempeña un papel fundamental en la detección precoz de señales de alarma, la educación diabetológica, el soporte emocional y la coordina-

ción entre familia, escuela, Salud Mental y atención especializada. El abordaje multidisciplinar permitió una evolución psicosocial favorable, aunque persisten necesidades de optimización del control metabólico y seguimiento integral.

P-123

RUTA CRM-AP 360º: PROGRAMA DE CRIBADO PROACTIVO, ESTRATIFICACIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME CARDIORRENAL-METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Daniel Puente López[1], Raquel Flores Santos[1]

[1] *C.S. La Palomera - León II. León*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome cardio-renal-metabólico (CRM) describe un continuo de riesgo que integra adiposidad disfuncional, factores de riesgo metabólicos, enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad cardiovascular (ECV), con un pronóstico claramente peor que cada patología abordada de forma aislada. En este contexto, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye uno de los núcleos principales del CRM, al asociarse con obesidad visceral, resistencia a la insulina, inflamación crónica y activación de sistemas neurohormonales que potencian el daño cardiovascular y renal. Sin embargo, en Atención Primaria el abordaje sigue siendo fragmentado y se infrautilizan herramientas clave para la población diabética, como el cribado sistemático de albuminuria mediante cociente albúmina/creatinina (CACo) y la optimización de fármacos cardiorrenoprotectores (iSGLT2, agonistas GLP-1 o finerenona).

Ruta CRM-AP 360º nace para transformar este modelo reactivo en un enfoque proactivo, estructurado y tecnológico, centrado en la persona con diabetes dentro del continuo CRM. Sus objetivos principales son: aumentar hasta al menos el 80% la determinación anual de CACo y tasa de filtrado glomerular (TFGe) en pacientes con DM2 y/o hipertensión arterial (HTA); registrar el estadio CRM (0-4) en al menos el 70% de la población diana de 40 a 89 años con factores de riesgo; y elevar en un 30% relativo el uso de iSGLT2, aGLP-1 y finerenona en pacientes diabéticos y/o con ERC en estadios CRM 2-4 con indicación según guías. Además, persigue implantar un circuito de interconsulta virtual CRM con Cardiología, Nefrología y Endocrinología, logrando que al menos el 70% de las derivaciones de pacientes en estadios CRM 3-4 se realicen siguiendo un protocolo consensuado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un programa de implementación organizativa en Atención Primaria con horizonte temporal de 24 meses. La población diana incluye pacientes de 40-89 años con IMC ≥ 27 kg/m² y/o perímetro de cintura elevado, así como personas con DM2, HTA, dislipemia o ECV. El proyecto se estructura en cuatro fases: diseño y adaptación local; formación y puesta en marcha del cribado; pilotaje intensivo y ajuste; y extensión, consolidación y evaluación final.

El núcleo metodológico es el cribado proactivo del cupo mediante listados de riesgo generados desde la historia clínica electrónica. Los pacientes identificados son citados para medición de perímetro de cintura, peso y presión arterial, junto con solicitud protocolizada de analítica con TFGe, CACo, perfil lipídico y HbA1c, incorporando NT-proBNP en función del riesgo. Se diseña una plantilla específica en la historia clínica, con campos para datos biométricos y analíticos, estadio CRM y tratamiento cardioprotector, así como reglas de decisión integradas para indicar diferentes posibilidades de tratamiento. Enfermería asume el rol de gestión, realizando consultas programadas de cribado y seguimiento según estadio CRM, con énfasis en educación en dieta mediterránea, actividad física y adherencia terapéutica. Paralelamente, se establece un circuito de interconsultas CRM consensuado con Cardiología, Nefrología y Endocrinología, incorporando estadio CRM, biomarcadores cardiorrenales y optimización terapéutica.

RESULTADOS

Los resultados se medirán mediante indicadores de proceso y de resultado extraídos periódicamente de la historia clínica electrónica. Se prevé aumentar de forma significativa la proporción de pacientes con DM2 y/o HTA con CACo y TFGe registrados, el porcentaje de personas con diabetes estratificadas por estadio CRM y el uso efectivo de iSGLT2, aGLP-1 y finerenona. Se espera que la combinación de cribado sistemático, junto con la intensificación del tratamiento, se traduzca en una detección más precoz de ERC y daño vascular, mejor control de factores de riesgo y reducción de hospitalizaciones y eventos mayores en pacientes con diabetes.

CONCLUSIONES

Ruta CRM-AP 360 propone un cambio profundo en el modelo asistencial de AP, pasando de una atención fragmentada a una visión integrada del continuo CRM, donde la diabetes se aborda como parte de un eje cardio-renal-metabólico con riesgo multiplicativo. La adopción explícita del paradigma CRM por estadios, el cribado proactivo basado en adiposidad y daño renal temprano, y la creación de plantillas estructuradas con reglas de decisión facilitan un manejo más temprano y preciso del paciente diabético, reforzando el uso de terapias cardioprotectoras con evidencia robusta.

El papel de enfermería como gestora CRM y la implantación de circuitos de teleconsulta multidisciplinar aportan continuidad asistencial, disminuyen la variabilidad clínica y mejoran la coordinación funcional Atención Primaria - Hospitalaria, generando un lenguaje común. Ruta CRM-AP 360 ofrece una oportunidad de alto impacto para mejorar la detección precoz, la estratificación de riesgo y el manejo integral de la persona con diabetes en Atención Primaria, contribuyendo a reducir morbimortalidad cardiovascular y renal en este grupo de pacientes.

P-124

LA OBESIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MASH EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN CASO CLÍNICO

Isabel Rodríguez Pérez[1], Rosa María Requena Ferrer[1], Ana María Sicilia Fabregat[2]

[1] *Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo*
[2] *Centro de Salud Los Barreros*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 52 años con obesidad (IMC 36,2 kg/m^2), hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 4 años y dislipemia. Acude a consulta de Atención Primaria para revisión periódica sin síntomas específicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presenta HbA1c de 7,3%, GPT 58 U/L, GOT 42 U/L y GGT 74 U/L, previamente atribuidas a "hígado graso". El consumo de alcohol es inferior al umbral de riesgo y se descartan otras causas de hepatopatía.

Ante la coexistencia de obesidad y diabetes se realiza cribado estructurado de fibrosis hepática. El índice FIB-4 resulta de 1,65, por lo que se solicita elastografía de transición, que evidencia rigidez hepática de 10,2 kPa, compatible con fibrosis significativa. La valoración por Hepatología confirma el diagnóstico de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) con alta sospecha de esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH).

Se instaura un abordaje multidisciplinar con intervención intensiva sobre el estilo de vida, optimización del tratamiento cardiometabólico mediante un agonista del receptor GLP-1 y seguimiento conjunto entre Atención Primaria y Hepatología.

Tras nueve meses de seguimiento, la paciente consigue una pérdida ponderal del 12%, descenso de HbA1c hasta 6,4%, normalización de transaminasas y reducción de la rigidez hepática a 7,8 kPa.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) con alta sospecha de esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

MASLD/MASH, hepatitis víricas, hepatotoxicidad por fármacos o suplementos, hepatopatía alcohólica, hepatitis autoinmune, hemocromatosis, enfermedades colestásicas y déficit de alfa-1-antitripsina, entre otras patologías menos probables.

CONCLUSIONES, RESALTANDO LA ENSEÑANZA DEL CASO

La obesidad es una enfermedad crónica que constituye la base de múltiples complicaciones cardiometabólicas, entre ellas la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD). Un subgrupo de estos pacientes

desarrolla esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH), fibrosis progresiva y cirrosis, aunque la mayoría permanece sin diagnosticar debido a la ausencia de síntomas. Atención Primaria desempeña un papel esencial en el cribado mediante herramientas sencillas y accesibles.

Este caso pone de manifiesto que la elevación persistente de transaminasas en personas con obesidad y diabetes no debe atribuirse de forma inespecífica a "hígado graso". La utilización sistemática de algoritmos de estratificación del riesgo basados en FIB-4 permite identificar precozmente a los pacientes con riesgo de fibrosis avanzada y derivarlos para confirmación diagnóstica. El tratamiento precoz e integral de la obesidad puede modificar favorablemente la evolución de la enfermedad hepática y reducir el riesgo cardiometabólico global.

BIBLIOGRAFÍA

Cusi K, Abdelmalek MF, Apovian CM, Balapattabi K, Bannuru RR, Barb D, et al. Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) in people with diabetes: The need for screening and early intervention. A consensus report of the American diabetes association. Diabetes Care. 2025;48(7):1057–82. http://dx.doi.org/10.2337/dci24-0094

P-125

DISLIPEMIA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ARAGÓN (ESPAÑA): SITUACIÓN REAL VS GUÍAS CLÍNICAS (2023-2026)

Elisa Pilar Salazar González[1], Isabel Blasco González[2], Liliana Bilbie Lupchian[1], Ignacio González Lillo[3], Rafael Gómez Navarro[4], Sira Telmo Hueso[5], Pardo Escribano[6]

[1] *CS Barrio Jesús*
[2] *C.S Monzón Urbano*
[3] *C.S Parque Goya*
[4] *C.S Teruel Centro*
[5] *C.S Alcañiz*
[6] *C.S Oliver*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de dislipemia registrada en adultos con diabetes tipo 2 (DM2) en Aragón,

caracterizar su perfil de comorbilidad cardiorrenal, analizar los patrones de prescripción hipolipemiante y evaluar el grado de consecución de las metas de c-LDL fijadas por las guías ESC 2025 y ADA 2026 (<70 y <55 mg/dL).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y de base poblacional a fecha de corte 31/12/2024 utilizando la plataforma regional BIGAN (historias clínicas de atención primaria y hospitalaria de Aragón). Se evaluó la cohorte completa de adultos con DM2 (N=85.102), identificando a aquellos con dislipemia registrada (n=55.112). Se analizaron datos demográficos, comorbilidades, función renal, perfil lipídico, fármacos activos y riesgo SCORE2-DM mediante software R.

RESULTADOS

La dislipemia afectó al 64,76% (n=55.112) de la cohorte con DM2. Este subgrupo presentó una edad media de 71,1 ± 11,7 años y 55,05% de varones, con elevada comorbilidad: hipertensión (70,59%), obesidad (26,56%) y enfermedad renal crónica (FGe <60 mL/min/1,73 m^2) en el 24,4% de los analizados. El SCORE2-DM medio fue del 10,1 ± 4,4% (calculable solo en el 23,0% por falta de registro). A pesar de una tasa de tratamiento activo del 88,23% (n=48.628), el control del c-LDL fue críticamente deficiente: solo el 26,0% alcanzó c-LDL <70 mg/dL y únicamente el 13,0% logró c-LDL <55 mg/dL. Predominó la monoterapia con estatinas (61,55%), frente a un modesto uso de terapia combinada (24,95%). El registro de Lp(a) y ApoB estuvo ausente en el 98% de la cohorte.

CONCLUSIONES

Existe una severa brecha de implementación entre las guías internacionales y la práctica real en Aragón: aunque el 88,23% está tratado, solo el 13% alcanza la meta de muy alto riesgo (c-LDL <55 mg/dL). La inercia terapéutica ligada a la monoterapia con estatinas y la falta de estratificación sistemática en Atención Primaria condicionan este bajo control,

siendo urgente implementar auditorías automáticas de c-LDL e intensificación combinada precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS CLAVE

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455.

2. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44(39):4043-4140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192.

3. SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. Eur Heart J. 2023;44(28):2544-2556. doi:10.1093/eurheartj/ehad260.

4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S1-S350.

5. Arrobas Velilla T, et al. Documento de consenso para la determinación y el informe del perfil lipídico en los laboratorios clínicos españoles: ¿qué parámetros debe incluir un perfil lipídico básico? Nefrologia. 2023;43(4):474-483. doi:10.1016/j.nefro.2023.02.002.

P-127

CUANDO EL DIAGNÓSTICO ESTÁ EN LA MEDICACIÓN: PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A LINAGLIPTINA

Marilenny Montilla Mesa[1], Roger Gabriel Vera Gómez[1], Juan Manuel Orriach González[2]

[1] *Centro de Salud Alcázar 1*
[2] *Centro de Salud Mota del Cuervo*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 92 años, exfumadora, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, obesidad y síndrome de apneas-hipopneas del sueño grave, en tratamiento con CPAP con buena adherencia. Su tratamiento habitual incluía omeprazol, losartán/hidroclorotiazida, atorvastatina, dutasterida/tamsulosina, insulina glargina, metformina/linagliptina y trazodona.

Consulta por la aparición de lesiones exudativas, eritematosas y muy pruriginosas, con lesiones de rascado asociadas, localizadas inicialmente en región inguinal, hipogastrio y región submamaria. Se orientó como intertrigo candidiásico sobreinfectado y se instauró tratamiento tópico con betametasona 0,5 mg/g y gentamicina 1 mg/g.

Dos semanas después, consulta nuevamente por la aparición de vesículas y ampollas sobre las lesiones previas, en diferentes estadios evolutivos. Ante la progresión del cuadro, se realiza interconsulta con Dermatología, que recomienda la retirada de linagliptina ante la posibilidad de que actúe como desencadenante, y deriva a Urgencias hospitalarias para valoración. La paciente ingresa posteriormente a cargo de Medicina Interna.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A su llegada presenta TA 111/52 mmHg, FC 100 lpm, saturación de oxígeno basal del 94% y temperatura de 36,8°C. Se encuentra en buen estado general, con palidez cutánea. En la exploración dermatológica se observan lesiones ampollosas a tensión, en diferentes estadios evolutivos, localizadas en espalda, abdomen, miembros inferiores y antebrazo izquierdo.

En la analítica destaca hemoglobina de 9,7 g/dL, leucocitos 9.200/µL, con 78,9% de neutrófilos, VSG 18 mm/h, TP 66%, creatinina 1,39 mg/dL, hierro sérico 46 µg/dL y PCR 9,4 mg/dL. Los Ac anticelulares IFI negativos.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Penfigoide ampolloso farmacológico en relación con el tratamiento con linagliptina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatitis herpetiforme, epidermólisis ampollosa adquirida y dermatosis ampollosa por IgA lineal.

CONCLUSIONES

El penfigoide ampolloso asociado a inhibidores de la DPP-4 constituye una reacción adversa farmacológica relevante, especialmente en pacientes de edad avanzada tratados con gliptinas. Su presentación inicial puede simular enfermedades

dermatológicas frecuentes, como el intertrigo candidiásico, dificultando el diagnóstico.

Este caso pone de manifiesto la importancia de revisar de forma sistemática la medicación ante una dermatosis de aparición reciente, progresiva o refractaria al tratamiento habitual. La coordinación entre Atención Primaria, Dermatología y Medicina Interna resulta fundamental para establecer el diagnóstico, identificar y retirar el fármaco potencialmente implicado y realizar el seguimiento posterior.

BIBLIOGRAFÍA

-Van Beek N, Krüger S, Fuhrmann T, Lemcke S, Goletz S, Probst C, et al. Multicenter prospective study on multivariant diagnostics of autoimmune bullous dermatoses using the BIOCHIP technology. Journal of the American Academy of Dermatology. noviembre de 2020;83(5):1315-22. doi:10.1016/j.jaad.2020.01.049

-Borradori L, Van Beek N, Feliciani C, Tedbirt B, Antiga E, Bergman R, et al. Updated S2 K guidelines for the management of bullous pemphigoid initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). Acad Dermatol Venereol. octubre de 2022;36(10):1689-704. doi:10.1111/jdv.18220

P-129

EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES Y AMPUTACIONES

Ana Julián Martínez[1], Ana M. Brun Izquierdo[1], Silvia Anastasia Calvo Campos[1], Carmen Domingo Nogueras[1], Lucia Sales Navarro[1]

[1] *C. Salud Teruel Centro*

INTRODUCCIÓN

El pie diabético constituye una de las complicaciones más relevantes de la diabetes y es consecuencia de las alteraciones neuropáticas, vasculares y los factores mecánicos. La identificación precoz de neuropatía, la enfermedad arterial periférica, las deformidades y los antecedentes de ulceración permite reconocer a las personas con mayor riesgo y establecer medidas preventivas y un seguimiento adaptado.
La exploración sistemática del pie en AP, junto con la educación para el autocuidado, desempeña un papel fundamental en la prevención de lesiones, úlceras y amputaciones. Las recomendaciones IWGDF 2023 establecen una estratificación del riesgo que permite individualizar el seguimiento.

OBJETIVOS

Actualizar y estructurar la exploración del pie diabético en AP, facilitando una valoración sencilla, sistemática y reproducible orientada a la prevención de lesiones.

Identificar los principales signos de neuropatía y enfermedad arterial periférica.

Revisar las principales técnicas de exploración neurológica y vascular.

Facilitar la estratificación del riesgo según las recomendaciones IWGDF 2023.

Reforzar las medidas de educación sanitaria y autocuidado del pie diabético.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los contenidos sobre prevención y exploración del pie diabético, tomando como referencia las recomendaciones internacionales IWGDF 2023 y las herramientas de prevención y manejo disponibles en la redGDPS.

Se estructuró un protocolo práctico de valoración que incluye:

Inspección de pie, uñas, callosidades y deformidades.

Valoración de la sensibilidad mediante monofilamento de 10 g y de la sensibilidad vibratoria mediante diapasón de 128 Hz.

Valoración de pulsos periféricos y signos clínicos de enfermedad arterial periférica, así como la realización del ITB cuando esté indicada.

Identificación de antecedentes de úlcera o amputación.

Clasificación del riesgo según el sistema IWGDF 2023.

Educación sobre higiene, hidratación, calzado adecuado, inspección diaria, visita al podólogo y actuación precoz ante lesiones.

La clasificación IWGDF establece cuatro categorías de riesgo, 0-3, con intervalos de seguimiento más estrechos según la presencia de neuropatía, enfermedad arterial periférica y antecedentes de ulceración, amputación o enfermedad renal terminal.

RESULTADOS

La revisión permitió elaborar una herramienta visual y práctica para la exploración del pie diabético en AP, integrando en un único esquema la valoración neurológica, vascular, estructural y cutánea.

Todo ello nos facilita la identificación de pacientes con pie de riesgo, así como su estratificación y poder obtener un seguimiento individualizado.

Se incorporaron recomendaciones de educación sanitaria dirigidas a favorecer el autocuidado y la detección precoz de lesiones.

CONCLUSIONES

La exploración sistemática del pie diabético en AP constituye una actuación fundamental para detectar precozmente los factores de riesgo de ulceración.
La valoración conjunta de la sensibilidad protectora, el estado vascular, las deformidades y los antecedentes de lesiones, para la estratificación del riesgo, permite establecer un seguimiento

P-130

NO TODO EN EL OJO DIABÉTICO ES RETINOPATÍA

María Yolanda Valpuesta Martín[1], Arianna Del Carmen Salcedo Hernández[1], María Isabel López Galvez[2]

[1] *Centro de Salud Peñafiel (Valladolid)*
[2] *Hospital Clínico Universitario (Valladolid)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 58 años con hiperlipemia, gran fumador y bebedor social.

Acudió a consulta por síntomas sugerentes de diabetes mellitus de un mes de evolución. En la analítica presentaba una glucemia basal de 294 mg/100 ml, con glicosilada de 11,9%; un colesterol total de 298, con 26 de HDL, 272 de noHDL y 821 de triglicéridos, con un índice de riesgo lipídico de 11,7 y una ferritina de 783.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizaron EKG y retinografía, que resultaron normales, y se instauró tratamiento con 850 mg/12 h de metformina y 40 mg diarios de atorvastatina; una vez comprobada tolerancia a la metformina, se añadieron 10 mg diarios de dapagliflozina.

A los 15 días de inicio del tratamiento acudió a consulta refiriendo visión borrosa de instauración progresiva, pasando de ver la unidad con ambos ojos a 0,4 con el ojo derecho (ganando a 0,9 con estenopeico) y 0,5 con el izquierdo (0,7 con estenopeico). La visión mejoraba cuando utilizaba las gafas de presbicia para la visión lejana.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se derivó a urgencias para valoración por oftalmólogo y se diagnosticó de defecto refractivo por cambios bruscos en la glucemia.

Se le hicieron perfiles de seguimiento y al mes del inicio del tratamiento ya tenía las glucemias controladas. En la analítica realizada tres meses después tenía una glicosilada de 5,9%, por lo que se le retiró la dapagliflozina. El metabolismo

lipídico y la ferritina también se habían normalizado.

Se le revisó la agudeza visual cada 15 días, mostrando una mejoría muy lenta hasta la recuperación completa cuatro meses después.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La diabetes mellitus supone un factor de riesgo para la aparición de patologías oculares diferentes de la retinopatía diabética. A nivel del cristalino, duplica el riesgo de desarrollar catarata y, en los pacientes de entre 45 y 54 años, lo multiplica por 5. En cuanto a los trastornos de la refracción, la hiperglucemia intensa mantenida ocasiona miopía por aumento de la osmolaridad del humor acuoso y deshidratación del cristalino, mientras que la normalización muy rápida de la hiperglucemia provoca hipermetropía.

CONCLUSIONES

Está demostrado, por el efecto legado o de memoria metabólica, que un buen control glucémico desde el inicio de la enfermedad protege de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo (DCCT y UKPDS). Las sociedades científicas recomiendan considerar terapias combinadas desde el inicio para alcanzar rápidamente los objetivos glucémicos.

Este caso nos plantea interrogantes para la reflexión: ¿ha sido adecuada la intervención terapéutica intensiva precoz en este paciente? ¿Hubiéramos evitado esta complicación ocular con un tratamiento inicial más conservador?

BIBLIOGRAFÍA

Feldman-Billarda S, Dupas B. Eye disorders other than diabetic retinopathy in patients with diabetes. Diabetes & Metabolism 47 (2021) 101279. https://doi.org/10.1016/j.diabet.2021.101279

P-131

DIABETES EN PACIENTE FALCÉMICO

Martha Magdalena Zabala Mariñez[1], Lucía Narvaez Gómez[2], Victor Alfonso Mairena Fernández[3]

[1] *Algeciras Sur*
[2] *Algeciras Centro*
[3] *Hospital de la Línea de la Concepción*

INTRODUCCIÓN

La anemia falciforme se debe a la hemoglobina S (HbS). La diabetes es cada vez más frecuente en estos pacientes: en una cohorte de 439 adultos con drepanocitosis afectaba al 9,3% (1). En la forma homocigota (HbSS) no existe hemoglobina A y la hemólisis acorta la vida del hematíe, por lo que la hemoglobina glucosilada (HbA1c) no es válida para el diagnóstico ni el control (2,3). La diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) podría explicar entre el 4% y el 14% de las diabetes diagnosticadas como tipo 2, y los anticuerpos anti-GAD aparecen en torno al 90% de los casos (4).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes y anamnesis: varón de 49 años procedente de Costa de Marfil, falcemia HbSS seguida por Hematología, crisis vasooclusivas recurrentes, alergia a la quinina e intolerancia a la hidroxicarbamida. Consulta por astenia de dos meses, sin otra sintomatología.

Exploración física: sin hallazgos.

Pruebas complementarias: glucemias plasmáticas en ayunas de 354 y 314 mg/dL. El laboratorio no emitió resultado de HbA1c. Anticuerpos anti-GAD positivos y péptido C indetectable. Resto sin hallazgos.

Juicio clínico: LADA.

Diagnóstico diferencial: DM1, DM2, LADA

Tratamiento y evolución: pauta basal-bolo con insulina glargina e insulina rápida a dosis bajas y titulación progresiva, educación terapéutica, alimentación, ejercicio y seguimiento con Enfermería, hasta alcanzar glucemias basales inferiores

a 130 mg/dL. Se derivó a Endocrinología para seguimiento y monitorización flash de glucosa.

DISCUSIÓN

El diagnóstico se estableció solo con glucemia plasmática, como recomiendan la American Diabetes Association y Carrithers et al., que desaconsejan con este fin la HbA1c y la fructosamina (2,3). El péptido C indetectable se aleja de la LADA típica, en la que suele estar conservado al diagnóstico; por debajo de 0,3 nmol/l está indicada la insulina (4), lo que justificó la pauta basal-bolo desde el inicio.

El seguimiento es el punto crítico. Una revisión sistemática de 2025 propone la fructosamina como alternativa (5), pero en la cohorte de Sun et al. no se correlacionó con la glucemia media (rs = 0,02), mientras que la HbA1c lo hizo de forma modesta (rs = 0,36) y disminuía al aumentar la hemólisis (1). La glucemia basal aislada no detecta hiperglucemias posprandiales ni hipoglucemias. La monitorización continua no depende de la hemoglobina y aporta glucemia media, tiempo en rango y variabilidad (6).

CONCLUSIÓN

En pacientes con hemoglobinopatía, la diabetes se diagnostica con glucemia plasmática y se controla con monitorización continua de glucosa. Ante un adulto con hiperglucemia marcada y presentación atípica conviene solicitar anti-GAD y péptido C. El médico de familia es clave en la sospecha diagnóstica y la insulinización inicial.

Palabras clave: Anemia Falciforme, Diabetes Mellitus Tipo 1, LADA

P-132

MENOS PUEDE SER MÁS: HIPOGLUCEMIAS RECURRENTES EN UNA PERSONA MAYOR CON DIABETES TIPO 2

Javier Muñoz Martínez[1], Teresa Mahave Carcelén[2], Esther Cobo Fernández[3]

[1] *CS San José Centro*
[2] *CS Fuentes Norte*
[3] *CS Rebolería*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 79 años con DM2 de 20 años de evolución, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Tratamiento con metformina 850 mg/12 h, gliclazida 60 mg/día e insulina glargina 24 UI nocturnas. Acude a Atención Primaria acompañado por su esposa por episodios repetidos de mareo, sudoración, temblor y debilidad, principalmente antes del desayuno. En las últimas semanas presenta menor apetito y pérdida ponderal de 4 kg. La familia refiere una caída nocturna sin consecuencias graves.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 128/72 mmHg, IMC 24,1 kg/m². Sin hallazgos relevantes en la exploración. Analítica: HbA1c 6,1%, glucemia basal 68 mg/dL, filtrado glomerular estimado 42 mL/min/1,73 m². Los controles capilares domiciliarios muestran varios valores entre 48-65 mg/dL, predominantemente nocturnos y en ayunas.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Hipoglucemias recurrentes secundarias a sobretratamiento de la DM2, favorecidas por edad, reducción de la ingesta, pérdida ponderal y enfermedad renal crónica. Se individualiza el objetivo glucémico y se procede a simplificación terapéutica, retirando gliclazida y reduciendo progresivamente la dosis de insulina basal, con seguimiento estrecho desde Atención Primaria.

En controles posteriores desaparecen las hipoglucemias, manteniéndose un control glucémico adecuado y mejorando la percepción de seguridad del paciente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipotensión ortostática, arritmia, alteraciones hidroelectrolíticas, efectos adversos farmacológicos y patología neuro-

lógica.

CONCLUSIONES

En personas mayores con DM2, una HbA1c baja no siempre representa un control óptimo. La edad, comorbilidades, función renal, riesgo de caídas y tratamiento deben considerarse al individualizar los objetivos. La revisión periódica de la medicación desde Atención Primaria permite detectar sobretratamiento y reducir hipoglucemias mediante estrategias de desintensificación. El objetivo terapéutico debe centrarse no solo en alcanzar una cifra de HbA1c, sino también en minimizar riesgos y preservar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. Fundación redGDPS. Algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS 2026. Madrid: Fundación redGDPS; 2026.

P-133

CUANDO LA GLUCEMIA ENGAÑA: CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA ASOCIADA A iSGLT2

Javier Muñoz Martínez[1], Esther Cobo Fernández[2], Teresa Mahave Carcelén[3]

[1] *CS San José Centro*
[2] *CS Rebolería*
[3] *CS Fuentes Norte*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 11 años de evolución, hipertensión arterial y obesidad grado I. En tratamiento con metformina 1.000 mg/12 h y empagliflozina 10 mg/día. Consulta en Atención Primaria por náuseas, astenia, dolor abdominal difuso y escasa ingesta de 48 horas de evolución, coincidiendo con cuadro gastrointestinal autolimitado. Había mantenido su tratamiento habitual pese a la reducción de la ingesta. Niega fiebre, diarrea activa o dolor torácico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 105/68 mmHg, FC 102 lpm, temperatura 36,4°C y $SatO_2$ 98%. Mucosas secas, abdomen blando con discreta molestia difusa, sin signos de irritación peritoneal. Glucemia capilar: 184 mg/dL. Ante la afectación general desproporcionada respecto a la glucemia y el tratamiento con iSGLT2 se determinan cetonas capilares: 4,1 mmol/l.

Se deriva a Urgencias, objetivándose pH 7,26, bicarbonato 15 mmol/l, anión gap elevado y glucemia 192 mg/dL, confirmándose acidosis metabólica con cetosis.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Cetoacidosis diabética euglucémica asociada a iSGLT2, precipitada por disminución de la ingesta y deshidratación. Se suspende empagliflozina y se inicia tratamiento hospitalario con fluidoterapia, insulina intravenosa y reposición electrolítica, con evolución favorable.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gastroenteritis aguda, pancreatitis, acidosis láctica asociada a metformina, cetosis por ayuno y abdomen agudo.

CONCLUSIONES

Los iSGLT2 aportan importantes beneficios cardiorrenales en la DM2, pero pueden asociarse infrecuentemente a cetoacidosis con cifras de glucemia inferiores a las clásicamente esperadas. Una glucemia moderadamente elevada no debe excluir este diagnóstico ante clínica compatible. Atención Primaria desempeña un papel esencial en su sospecha precoz y en la educación sobre la suspensión temporal de determinados fármacos durante procesos agudos con ayuno, vómitos o deshidratación.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. Fundación redGDPS. Algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS 2026. Madrid: Fundación redGDPS; 2026.

P-135

¿SABEMOS LO QUE CALZAN LAS PERSONAS CON DIABETES? DEL CONSEJO EN AP A LA REALIDAD DEL CALZADO UTILIZADO POR LAS PERSONAS CON DIABETES

Maria Ester Zamarrón Fraile[1], Soledad Perez Cea[2], Sonia Guinaldo Martin[1], Ana Hontoria Carrión[2]

[1] *C.S. Baviera*

[2] *C.S. Canterac*

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es la primera causa de amputación no traumática en países desarrollados.

El uso de calzado inadecuado y caminar descalzo son factores desencadenantes de traumatismo mecánico y ulceración en el pie diabético. Las guías internacionales (IWGDF)[1] y nacionales (redGDPS)[2] recomiendan la educación estructurada en salud del pie y sobre el uso de calzado protector con sujeción adaptable para prevenir complicaciones.

Existen estudios que evalúan las características, ajuste y adherencia al calzado terapéutico; sin embargo, son escasos los estudios que exploran el calzado que utilizan realmente en su vida cotidiana.[3,4]

OBJETIVOS

Observar el calzado utilizado por las personas con diabetes atendidas en consulta de AP y conocer la información que tienen en cuenta para su elección.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal en dos centros de salud urbanos (Valladolid y Madrid).

Participaron personas con diabetes mayores de 18 años que acudieron a consulta durante una semana de septiembre de 2026 y aceptaron participar en el estudio.

Se recogieron variables sociodemográficas, como la edad y el sexo, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre el recuerdo de la educación sanitaria recibida, los criterios utilizados para comprar calzado, así como sobre la costumbre de andar descalzo en el domicilio.

También se realizó una evaluación observacional del calzado que llevaban, que se documentó mediante una fotografía, tomada tras obtener el consentimiento informado del participante.

Los datos se registraron de forma anonimizada mediante un código alfanumérico. Las fotografías no incluyeron el rostro ni otros elementos identificativos y se utilizaron exclusivamente para este fin.

RESULTADOS

El número de personas con diabetes que aceptó participar en el estudio fue de 12. La edad media de los pacientes fue > 80 años, sin diferencias entre hombres y mujeres.

La mayoría de los pacientes (91,6%) reconoció haber recibido información sobre la importancia de una elección adecuada del calzado por su diabetes.

Sin embargo, al realizar la compra, más de la mitad (58,4%) refirió no aplicar dichas recomendaciones sanitarias de forma consciente.

En cuanto a las características del zapato, más de la mitad señaló que debe ser "ajustado con sujeción" (58,3%), frente al 41,6% que consideró que debe ser "holgado".

En la práctica real (observación directa), la gran mayoría llevaba calzado provisto de sistema de sujeción (cordones), identificándose solo una minoría con calzado de riesgo (mocasín sin ajuste).

La mayoría (75%) afirmó no caminar nunca descalzo en el domicilio.

DISCUSIÓN

Aunque más del 50% de los participantes manifestó que no elegía el calzado siguiendo de forma consciente las recomendaciones preventivas, se observó que gran parte utilizaba calzado con características favorables, como un sistema de sujeción mediante cordones. Este hallazgo podría sugerir que algunos mensajes de la educación sanitaria se han incorporado de forma implícita a la conducta cotidiana del paciente. No obstante, debido a las limitaciones de este trabajo, no es posible establecer una relación causal entre dicha educación y el tipo de calzado utilizado.

Se detectaron dudas sobre las características del ajuste adecuado del calzado, lo que apoya la necesidad de homogeneizar el mensaje educativo en Atención Primaria, haciendo hincapié en la importancia de una sujeción adaptable —mediante cordones o velcro— y de una amplitud suficiente en el antepié. Las guías recomiendan que el calzado se adapte a la forma del pie y evite presiones o traumatismos, especialmente en pacientes con riesgo de ulceración.[1]

Consideramos importante evolucionar de una educación meramente informativa a un adiestramiento práctico en consulta (redGDPS), enseñando al paciente a identificar e inspeccionar las características del calzado idóneo.[2]

CONCLUSIONES

Este trabajo ha permitido identificar posibles áreas de mejora en la educación sanitaria al utilizar una observación directa del calzado y no únicamente una respuesta declarativa de la persona con diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guías para la prevención de úlceras en los pies en personas con diabetes (actualización IWGDF 2023). Diabetes Metab Res Rev. 2024;40(S1): e3651. doi:10.1002/dmrr.3651.
2. https://doi.org/10.52102/algtmoPiediab · Publicado: octubre 2023 · Actualizado: octubre 2023
3. Carral-Sota, R.; Reina-Bueno, M.; Vázquez-Bautista, MdC; Benhamú-Benhamú, S.; Palomo-Toucedo, IC ¿Qué calzado utilizan las personas con diabetes mellitus? Una revisión narrativa. *J.Clin. Medicina.* **2025**, *14*, 8529. https://doi.org/10.3390/jcm14238529
4. Jones P.J. et al. Effectiveness of diabetes footwear fit assessment by people with diabetes and their family or partners: A reliability study. Diabetic Medicine. 2025;42(8): e70065.doi:10.1111/dme.70065

P-136

MÁS ALLÁ DEL IMC Y LA HBA1C: MENOPAUSIA Y NUEVAS ESTRATEGIAS EN DM1

Amaia García Remón[1], Celia Pardo Puyó[1], María Carrillo García[1]

[1] *CS Aranguren*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 48 años con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) desde 2001, en tratamiento intensivo con insulina. En abril de 2026: 70 kg, 167 cm, IMC 25,1 kg/m², índice cintura-altura (ICA) >0,5 y HbA1c 7,9%. En transición menopáusica refería sofocos, insomnio, irritabilidad y síntomas genitourinarios por atrofia vulvovaginal, con importante repercusión en su calidad de vida.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La valoración antropométrica y metabólica confirmó sobrepeso y adiposidad central. La Escala Cervantes fue de 126/155. Ante el control metabólico subóptimo y el exceso ponderal, se planteó tratamiento coadyuvante.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Tras valoración individualizada en Atención Primaria se inició tirzepatida 2,5 mg/semana, escalada a 5 mg/semana. Desde Ginecología se inició terapia hormonal menopáusica (THM). El peso disminuyó hasta 63 kg (−10%), la HbA1c hasta 6,9% y las necesidades de insulina se redujeron aproximadamente un 40%. Tras dos meses de THM, la sintomatología mejoró notablemente y la Escala Cervantes descendió a 7/155.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron los cambios asociados a la transición menopáusica, resistencia a la insulina, modificaciones del tratamiento insulínico, alimentación y actividad física, así como otras causas endocrino-metabólicas. Los síntomas climatéricos se valoraron frente a otros procesos capaces de producir sofocos, alteraciones del sueño y cambios emocionales.

CONCLUSIONES

La transición menopáusica supone un reto añadido en mujeres con DM1 y puede influir en el metabolismo, las necesidades de insulina, el riesgo cardiometabólico y la calidad de vida. La evidencia sobre tirzepatida en DM1 es emergente y su uso permanece fuera de indicación. La mejoría observada debe interpretarse con cautela por tratarse de un único caso y por la intervención concomitante con THM. Este caso destaca, desde Atención Primaria, la importancia de un abordaje integral que considere HbA1c, adiposidad, necesidades de insulina, síntomas menopáusicos y calidad de vida. La mejoría de la Escala Cervantes (126→7) pone de manifiesto el impacto clínico del abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Snaith JR, Frampton R, Samocha-Bonet D, Greenfield JR. Tirzepatide in adults with type 1 diabetes: a phase 2 randomized placebo-controlled clinical trial. Diabetes Care. 2026;49(1):161-170. doi:10.2337/dc25-2379.
2. Rivera Gutierrez R, et al. Effect of tirzepatide on body weight and diabetes control in adults with type 1 diabetes and overweight or obesity. Mayo Clin Proc. 2025;100(2):265-275. doi:10.1016/j.mayocp.2024.07.006.
3. Courtney A, Owens L. Current evidence and research gaps in menopause management in women with type 1 diabetes mellitus. Endocr Connect. 2025;14(12). doi:10.1530/EC-25-0486.
4. Speksnijder EM, et al. Effect of postmenopausal hormone therapy on glucose regulation in women with type 1 or type 2 diabetes. Diabetes Care. 2023;46(10):1866-1875. doi:10.2337/dc23-0451.
5. Palacios S, et al. Health-related quality of life in the Spanish women through and beyond menopause: development and validation of the Cervantes Scale. Med Clin (Barc). 2004;122(6):205-211. doi:10.1016/S0025-7753(04)74198-6.

P-140

HIPOGLUCEMIA GRAVE POR GLIPIZIDA EN PACIENTE MAYOR CON DIABETES TIPO 2: LA IMPORTANCIA DE REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Virginia Vesga Villaverde[1], Jackelin Arizai Figueroa Peralta[1], Beatriz Cartón Manrique[2]

[1] *C.S Tordesillas*

[2] *C.S Plaza del Ejército*

Las sulfonilureas, aunque actualmente menos utilizadas, siguen presentes en la práctica clínica y son una causa frecuente de hipoglucemia, especialmente en pacientes mayores. Presentamos el caso de una mujer de 86 años con diabetes tipo 2 en tratamiento con dulaglutida semanal y glipizida 5 mg (1-0-0). Vive sola. Cambio reciente de antidiabético oral (ADO): hace unos meses se sustituyó canagliflozina por glipizida. Sin otra patología de interés. Niega clínica infecciosa en días previos. El motivo de la consulta fue mareo, desorientación y sudoración. No recuerda haber tomado la medicación y si desayunó o no.

Exploración inicial en el domicilio: tensión arterial: 135/62 mmHg, frecuencia cardiaca 63 lpm, SpO2 96%, glucemia capilar: 40 mg/mL. Exploración física: BEG, eupneica en reposo. Normocoloreada, normohidratada, normoperfundida. Afebril. Neurología: vigil, reactiva, orientada, sin datos de focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación abdominal, ruidos presentes, no defensa ni signos de irritación peritoneal.

Como tratamiento en primer lugar se administran hidratos de carbono orales. Después, suero glucosado al 5% 500 mL IV + SSF 0,9% 500 mL. Recupera glucemia a 126 mg/mL y se deriva al hospital para realizar pruebas complementarias.

En Urgencias presenta buen estado general, vigil, orientada, Glasgow 15 y resto de la exploración sin alteraciones. Se realiza una analítica: leucocitos 11,2 x10^3/µL, hemoglobina 14 g/dL, glucosa 117 mg/dL tras tratamiento, función renal normal, iones sin alteraciones, pH 7,33, pCO2 52 mmHg, HCO3 27,4 mmol/L, lactato 1,3 mmol/L, orina con leucocitos positivos.

La paciente ingresa para control de glucemias y monitorización. Como diagnóstico tenemos una hipoglucemia grave sintomática en una paciente frágil en tratamiento con glipizida de reciente cambio. En el diagnóstico diferencial de las hipoglucemias debemos diferenciar las farmacológicas, el hiperinsulinismo endógeno y las enfermedades sistémicas o endocrinas.

Como conclusiones saber que las sulfonilureas pueden producir hipoglucemias graves y prolongadas, especialmente en pacientes mayores. Es fundamental revisar periódicamente la historia clínica y la adecuación del tratamiento antidiabético. Ante una hipoglucemia por sulfonilureas se recomienda hospitalización hospitalaria prolongada: al menos 12 horas tras la última administración de glucosa u octreótido por riesgo de recurrencia. Desde Atención Primaria tenemos un papel clave en la prevención, detección y revisión del tratamiento antidiabético; revisar las prescripciones ayuda a prevenir complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1.American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2025. Diabetes Care.2025;48(Suppl 1);S1-S11. 2.Fitchett D,et al.Sulfonylureas in type 2 diabetes:efficacy and risks. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023; 11(2):123-132. 3.Umpierrez GE, et al Management of sulfonylurea-induced hypoglycemia.Endocr Pract. 2022;28(4):355-362.

4.NICE.Type 2 diabetes in adults: management. NG28.2022. 5.Fichimori N, et al Risk of recurrent hypoglycemia with sulfonylureas.Diabetes Res Clin Pract.2021;174:108736.

P-141

TRES MESES PARA CAMBIAR EL RUMBO: ABORDAJE INTEGRAL DE UNA DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pablo Amador Soto[1], Cristina Roca Cornejo[2], Daniel Benitez Guerra[1]

[1] *Centro de Salud El Lugar*
[2] *Centro de Salud Los Gallos*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 38 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y obesidad que consulta en Atención Primaria tras registrar 180/120 mmHg en un reconocimiento laboral. Está asintomático. No dispone de analíticas desde 2023. Refiere alimentación poco saludable, sedentarismo, estrés y ánimo bajo. Tras la valoración del episodio hipertensivo, se solicitan analítica y automedida domiciliaria de presión arterial (AMPA).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

•ANALÍTICA: Glucemia: 177 mg/dL; HbA1c: 9,7%; HOMA-IR: 10. Colesterol total: 309 mg/dL; LDL: 223 mg/dL; triglicéridos: 183 mg/dL; ApoB: 193 mg/dL; Lp(a): 42 mg/dL. AST: 100 U/l; ALT: 183 U/l; GGT: 91 U/l. NT-proBNP: 27 pg/mL. Cociente albúmina/creatinina: 24 mg/g (A1). Hemograma sin alteraciones relevantes.

•IMC: 38,76 kg/m^2.

•AMPA: tensiones arteriales medias en torno a 150/90 mmHg.

•PREVENT-ASCVD: 11%: riesgo cardiovascular alto.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

SÍNDROME CARDIO-RENO-METABÓLICO: Diabetes mellitus tipo 2 de nuevo diagnóstico, obesidad, hipertensión y dislipidemia grave. Perfil de elevado riesgo cardiovascular.

Se acuerda un abordaje intensivo con el paciente y enfermería: entrevista motivacional, cambios de alimentación y actividad física, metformina/iSGLT2 en titulación progresiva, estatina de alta intensidad y conciliación del tratamiento antihipertensivo. Se programa seguimiento clínico y analítico.

EVOLUCIÓN A LOS TRES MESES

Refiere pérdida de 15 kg y mejoría del bienestar. Glucemia: 177 → 88 mg/dL; HbA1c: 9,7 → 5,7% (−4 puntos); HOMA-IR: 10 → 2; colesterol total: 309 → 131 mg/dL; LDL: 223 → 65 mg/dL (−71%).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diabetes autoinmune: se valoró pero no presentaba cetosis y los ac antiGAD resultaron negativos.

Hepatopatía metabólica

Hipercolesterolemia familiar: el SCORE de Holanda resultó negativo.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Una consulta por presión arterial elevada permitió detectar diabetes y varios factores de riesgo cardiovascular en un adulto joven. El plan compartido con enfermería y la intervención simultánea sobre hábitos, glucemia y lípidos se asociaron a una mejoría importante a tres meses.

Resaltar la importancia de la adiposidad y el uso de fármacos con beneficio a nivel del eje cardio-reno-metabólico para la prevención de ECV, recurriendo al uso de la insulina solo cuando su uso sea estrictamente necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management. NICE guideline NG28 [Internet]. London: NICE; 2026.

2. SCORE2-Diabetes Working Group. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. Eur Heart J. 2023;44:2544-56.

3. Ndumele CE, et al. Cardiovascular-kidney-metabolic health: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation. 2023;148:1606-35.

P-142

COMPETENCIA CULTURAL Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA: CLAVES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES

Juana María Rodríguez Carretero[1], Lucía Pérez Silva[1], Alejandro José Portillo Fabian[1]

[1] *Centro de Salud de Talavera La Real*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 60 años, natural de Marruecos y residente en España hace más de 20 años, con importante barrera idiomática y comunicación habitual mediante su hija como mediadora lingüística y cultural. El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica estadio G1A2 se realizó en Atención Primaria, objetivándose una HbA1c del 9,1%, proteinuria y alteraciones del proteinograma sérico. Durante el seguimiento, rechaza la insulinización (miedo a los pinchazos y creencias culturales), por lo que se instaura Tt. oral, se reforzó la educación terapéutica y la participación familiar. Ante alteraciones analíticas, se deriva a Medicina Interna, que solicita valoración por Reumatología, Neumología y Nefrología para completar estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración mostró sinovitis en carpos y articulaciones metacarpofalángicas bilaterales y crepitantes secos bibasales. En la analítica destacaban elevación de reactantes inflamatorios, proteinuria de 478 mg/24 horas y títulos elevados de anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA 950), con posterior positividad del factor reumatoide.

La tomografía torácica evidenció enfermedad pulmonar intersticial difusa con patrón de neumonía intersticial usual (NIU/UIP), bronquiolectasias de tracción y panalización. El PET-TC descartó malignidad.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La combinación de poliartritis simétrica, positividad del factor reumatoide, elevados títulos de ACPA y afectación pulmonar permitió establecer el diagnóstico de artritis reumatoide seropositiva asociada a enfermedad pulmonar intersticial difusa con patrón NIU y evolución hacia fibrosis pulmonar progresiva. La proteinuria se interpretó como enfermedad renal diabética inicial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron inicialmente proceso linfoproliferativo, vasculitis, conectivopatías sistémicas y otras causas de enfermedad pulmonar intersticial. La ausencia de datos de malignidad y la marcada positividad de ACPA orientaron el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

Este caso refleja el papel esencial de Atención Primaria en la detección precoz de signos de alarma y la coordinación de un proceso diagnóstico complejo. La barrera idiomática dificultó la comprensión de la enfermedad y de las recomendaciones terapéuticas, siendo fundamental la participación familiar.

La principal enseñanza fue la necesidad de adaptar la educación terapéutica al contexto cultural y lingüístico de la paciente. La educación diabetológica se realizó mediante lenguaje sencillo, apoyo visual y participación familiar. Asimismo, la dieta por intercambios se adaptó a alimentos habituales de la cocina marroquí e incluyó recomendaciones relacionadas con el Ramadán. Este enfoque favoreció la adherencia y el autocuidado. El caso demuestra que la competencia cultural, la educación terapéutica personalizada y el trabajo multidisciplinar son tan relevantes como el tratamiento farmacológico para lograr resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hassanein M, Al-Arouj M, Hamdy O, et al. Diabetes and Ramadan: Practical guidelines 2021. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;185:109185.
2. Antoniou KM, Distler O, Gheorghiu AM, et al. ERS/EULAR clinical practice guidelines for connective tissue disease-associated interstitial lung disease. *Ann Rheum Dis*. 2026;85(1):22-60.

P-143

DESESCALADA COMPLETA DE INSULINA TRAS UN DEBUT DE DIABETES TIPO 2 CON HIPERGLUCEMIA SEVERA: EL VALOR DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ana Esteban Flores[1], Juana Flores Torrecillas[2], Encarnacion Esparza Perez[2]

[1] *Centro de Salud Molinos Marfagones*
[2] *Centro de Salud Cartagena Casco*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 años, con antecedentes de [completar: HTA, dislipemia, sobrepeso/obesidad, otros], diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en octubre de 2024 en su consulta de Atención Primaria (AP), con glucemia basal de 317 mg/dL y HbA1c de 14,3%. Dada la hiperglucemia marcada, se inicia tratamiento con antidiabéticos orales [especificar] e insulina basal [dosis inicial]. Se acompaña de un plan estructurado de modificación del estilo de vida, con recomendaciones dietéticas y aumento progresivo de la actividad física, y de educación terapéutica en autoanálisis, titulación de insulina y prevención de hipoglucemias, con seguimiento compartido entre medicina y enfermería.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al diagnóstico: peso 79,6 kg, IMC 27,5 kg/m^2, perímetro abdominal 95 cm, PA 151/75 mmHg. Analítica: glucemia basal 317 mg/dL, HbA1c 14,3%, perfil lipídico y función hepática sin alteraciones, FG >90 mg/dL, cociente albúmina/creatinina no calculable. Retinopatía sin alteraciones. Exploración de los pies normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Juicio clínico: DM2 de debut con hiperglucemia severa y glucotoxicidad. Tras ajuste terapéutico y pérdida ponderal progresiva, la paciente alcanza una HbA1c de 6,2%, con glucemias basales siempre inferiores a 130 mg/dL. Se optimiza el tratamiento oral y se inicia la desescalada de insulina reduciendo las unidades de forma progresiva, hasta su retirada completa. Actualmente mantiene un excelente control glucémico con metformina, iDPP-4 e iSGLT2, ha perdido unos 16 kg y mantiene un plan adecuado de dieta y ejercicio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diabetes autoinmune del adulto (LADA) o DM1, por la intensidad de la hiperglucemia inicial; la buena respuesta a fármacos orales y la retirada de insulina sin deterioro del control apoyan el origen tipo 2. Diabetes secundaria a

pancreatopatía, fármacos hiperglucemiantes (corticoides) o endocrinopatías. Diabetes monogénica (MODY), poco probable por edad y fenotipo. Se descartaron descompensaciones agudas (cetoacidosis y estado hiperosmolar).

CONCLUSIONES

Una HbA1c muy elevada al diagnóstico no implica insulinización definitiva. La insulina puede usarse de forma temporal para revertir la glucotoxicidad, y debe reevaluarse periódicamente. La deprescripción de insulina es factible y segura desde AP cuando se consiguen los objetivos de control, con reducción progresiva de dosis y monitorización estrecha. La combinación de fármacos con beneficio metabólico y ponderal (iSGLT2), junto con una intervención intensiva sobre el estilo de vida y una pérdida de peso significativa, fue clave en este caso. La enseñanza principal es la importancia de la reevaluación continua del tratamiento y del abordaje individualizado y longitudinal que ofrece la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S183-S215. doi:10.2337/dc26-S009.

P-144

LO QUE MUESTRA LA PIEL: ACANTOSIS NIGRICANS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Leire Sanz Mulero[1], Almudena Castaño Reguillo[1], Juan Manuel Cervera Centenero[1]

[1] *Centro de Salud Los Ángeles*

Mujer de 66 años, natural de República Dominicana, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, consulta en Atención Primaria por lesiones cutáneas localizadas en ambos antebrazos de 2-3 meses de evolución, consistentes en placas sobreelevadas, engrosadas e hiperpigmentadas, de aparición progresiva, no pruriginosas ni dolorosas, sin traumatismo local previo.

Constaba una determinación de HbA1c de 6,9% en 2025 sin poder llegar a completar el diagnóstico de diabetes.

Ante dicho hallazgo, se solicitó un estudio microbiológico, con resultado negativo para hongos, y una analítica sanguínea, en la que destaca una hemoglobina glicada de 8,4%, confirmándose el diagnóstico de diabetes mellitus. Se inició tratamiento antidiabético oral con metformina/sitagliptina 850/50 mg cada 24 h y empagliflozina 10 mg cada 24 h.

La lesión se consideró compatible con **acantosis nigricans (AN) de localización atípica,** en el contexto de una alteración metabólica subyacente. Habitualmente, la AN se manifiesta como un oscurecimiento y engrosamiento de la piel (1, 2), típicamente caracterizada por placas hiperpigmentadas de aspecto aterciopelado, bordes mal definidos y de coloración parduzco-grisácea, más frecuentemente descrita en zonas intertriginosas y pliegues como axilas, ingles, cuello y región inframamaria (3). La fisiopatología de la acantosis nigricans (AN) se basa en la estimulación multifactorial de la proliferación de los queratinocitos y los fibroblastos de la piel, que histológicamente se traduce en áreas de papilomatosis e hiperqueratosis localizadas (3).

Aunque tradicionalmente se ha correlacionado estrechamente con obesidad e insulinorresistencia, actualmente se reconoce como una dermatosis heterogénea, que puede aparecer en diferentes contextos metabólicos, endocrinos, genéticos, farmacológicos y, excepcionalmente, paraneoplásicos en ciertos tipos de cáncer (1, 2).

La AN es una entidad tratable; sin embargo, la remisión total de las lesiones resulta difícil de obtener. La pérdida de peso y un adecuado control metabólico son fundamentales, así como la corrección de la causa subyacente (4).

La piel puede constituir una ventana accesible para detectar signos de enfermedades sistémicas desde Atención Primaria. La **AN puede considerarse un marcador clínico asociado a insulinorresistencia y alteraciones metabólicas**. Cabe destacar que la ADA 2026 reconoce la presencia de AN como condición clínica asociada a la resistencia a la insulina, y, por tanto, su hallazgo debe motivar el cribado de diabetes y el estudio dirigido del metabolismo hidrocarbonado (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Araújo-Vilar D, Barreiro J, Sánchez-Iglesias S, Guillín-Amarelle C. Acantosis nigricans en los síndromes de resistencia grave a la insulina. An Pediatr (Barc). 2017;86(3):166-8. doi:10.1016/j.anpedi.2016.01.003.
2. Higgins SP, Freemark M, Prose NS. Acanthosis nigricans: a practical approach to evaluation and management. Dermatol Online J. 2008;14(9):2. doi:10.5070/D37MF6G290.
3. Leung AKC, Lam JM, Barankin B, Leong KF, Hon KL. Acanthosis nigricans: an updated review. Curr Pediatr Rev. 2022;19(1):68-82. doi:10.2174/1573396318666220429085231.
4. Das A, Datta D, Kassir M, Wollina U, Galadari H, Lotti T, et al. Acanthosis nigricans: a review. J Cosmet Dermatol. 2020;19(8):1857-65. doi:10.1111/jocd.13544.
5. 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). doi:10.2337/dc26-S002.

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/m² (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

P-149

CETOACIDOSIS DIABÉTICA GRAVE Y AMPUTACIONES DIGITALES POR VASOPRESORES: ABORDAJE DEL RIESGO DE PIE DIABÉTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Ana Esteban Flores[1], James Richard Moore[2], Juana Flores Torrecillas[3]

[1] *Centro de Salud Molinos Marfagones*
[2] *Oficinas centrales Servicio Murciano de Salud*
[3] *Centro de Salud Cartagena Casco*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 36 años con diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada a los 11 años, sin complicaciones micro ni macrovasculares conocidas y con buen control metabólico previo. Consulta en un centro privado por vómitos persistentes, donde recibe tratamiento sintomático y es derivada a urgencias hospitalarias ante la falta de mejoría. Se diagnostica cetoacidosis diabética grave. Durante su ingreso presenta deterioro hemodinámico con múltiples episodios de parada cardiorrespiratoria, precisando dos meses de estancia en unidad de cuidados intensivos y soporte prolongado con noradrenalina a dosis altas. Como consecuencia de la vasoconstricción periférica mantenida, desarrolla necrosis distal que obliga a la amputación de varias falanges en miembros inferiores y superiores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al alta, HbA1c 6,7%. Pauta de insulina: glargina 10 UI en cena y aspart rápida 2-4-2 UI. Exploración vascular con pulsos pedios y tibiales posteriores palpables, sin claudicación. Exploración neurológica con sensibilidad protectora conservada en las zonas explorables mediante monofilamento. Ausencia de úlceras activas, con muñones bien epitelizados, alteración de la arquitectura del antepié y redistribución de puntos de presión plantar.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes tipo 1 complicada con cetoacidosis grave secundaria a vómitos, con secuelas de amputaciones digitales múltiples de origen isquémico iatrogénico. Aunque la clasificación de riesgo del IWGDF se sustenta en la neuropatía y la arteriopatía —ausentes en esta paciente—, el antecedente de amputación y la alteración biomecánica resultante la sitúan como persona de riesgo elevado de ulceración, con la morbimortalidad asociada que ello conlleva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante los vómitos iniciales: gastroenteritis aguda, gastroparesia diabética, abdomen agudo y la propia cetoacidosis como causa y no solo como consecuencia. Ante la necrosis digital: arteriopatía periférica diabética, fenómenos tromboembólicos y coagulopatía de consumo, descartadas por el contexto clínico y la distribución simétrica de las lesiones.

CONCLUSIONES

Un cuadro aparentemente banal como los vómitos puede desencadenar en una persona con diabetes tipo 1 una situación de riesgo vital con secuelas permanentes. El caso subraya dos enseñanzas: la necesidad de educación estructurada en el manejo de días de enfermedad, y la importancia del seguimiento estrecho del pie tras el alta hospitalaria. Desde la consulta de medicina familiar y comunitaria, coordinada con enfermería, procede aplicar las recomendaciones del IWGDF y el algoritmo de pie diabético de la redGDPS, con inspección periódica, descarga adecuada y calzado adaptado, reservando la derivación especializada para cambios en la exploración.

BIBLIOGRAFÍA

Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, et al.; IWGDF Editorial Board. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). Diabetes Metab Res Rev.

P-150
ESTUDIO COBAS

Maria Dolores Llorens Palanca[1], Michelot Lamarre Casseus[1], Sira Telmo Hueso[1]

[1] *Centro Salud Alcañiz*

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia y a las complicaciones derivadas de un mal control glucémico. La determinación periódica de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un indicador fundamental para evaluar el control metabólico de estos pacientes.

Tradicionalmente, la determinación de HbA1c se realiza mediante extracción venosa y procesamiento en laboratorio, lo que puede retrasar la obtención de resultados y requerir consultas adicionales para valorar los mismos.

La incorporación de dispositivos de determinación capilar de HbA1c en la consulta permite obtener resultados en pocos minutos, facilitando la toma inmediata de decisiones clínicas, optimizando los recursos sanitarios y favoreciendo

la implicación del paciente en el control de su enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio prospectivo, observacional, antes-después (se comparan los resultados antes y después de la implantación utilizando las pruebas estadísticas apropiadas considerando un nivel de significación de p>0,05 y análisis mediante medias y porcentajes).

Ámbito: Centro de Salud rural

Población a estudio: Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 en seguimiento habitual.

Criterios de inclusión: Edad mayor de 18 años, diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, seguimiento en Atención Primaria y consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Embarazo, diabetes tipo I, incapacidad para comprender el estudio y negativa a participar.

OBJETIVOS

· Objetivo principal

Evaluar el impacto de la determinación capilar de HbA1c sobre la reducción de consultas de seguimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

· Objetivos específicos

- Comparar el nº de consultas antes y después de implantar la determinación capilar.

- Valorar el tiempo hasta la modificación del tratamiento.

- Evaluar la evolución de los valores de HbA1c.

- Analizar la adherencia terapéutica mediante cuestionarios validados.

- Determinar el grado de satisfacción de pacientes y profesionales.

RESULTADOS

La disponibilidad inmediata del resultado permite:

· Ajustar el tratamiento durante la misma consulta.

· Evitar visitas adicionales para comunicar resultados.

· Mejorar la educación diabetológica.

· Incrementar la satisfacción del paciente.

· Favorecer la adherencia terapéutica mediante un consenso inmediato.

· Optimizar el tiempo asistencial de profesionales y pacientes.

- RESULTADOS ESPERADOS: Reducción del número de consultas tanto de enfermería (extracciones) como de seguimiento, disminución del tiempo para modificar tratamientos, mejor control glucémico, mayor adherencia al tratamiento, incremento de la satisfacción de pacientes y profesionales y optimización de los recursos asistenciales.

IMPACTO ESPERADO

La implantación de la HbA1c capilar puede contribuir a una atención más resolutiva, centrada en el paciente y eficiente, permitiendo decisiones clínicas inmediatas y reduciendo la carga asistencial derivada de consultas adicionales.

Además, la visualización instantánea de los resultados favorece la implicación del paciente en el autocuidado y en el cumplimiento terapéutico.

NO supone un impacto económico, ya que cada test tiene un valor de 4,54 €, precio menor que el tiempo de enfermería para la extracción, el transporte de la muestra y el análisis del mismo en el laboratorio, además de al menos 3 huecos de consulta menos por paciente que se necesitan (obtención del volante, extracción de muestra y obtener resultados).

CONCLUSIONES

La determinación capilar de HbA1c representa una herramienta de gran utilidad en Atención Primaria al permitir una evaluación inmediata del control glucémico.

Su incorporación al seguimiento de pacientes con diabetes puede mejorar la eficiencia asistencial, reducir consultas innecesarias, facilitar la toma de decisiones clínicas en el mismo acto médico y favorecer una mayor adherencia al tratamiento, repercutiendo positivamente en la calidad de la atención y en los resultados en salud.

P-151

NO TODO RIÑÓN DIABÉTICO ES NEFROPATÍA DIABÉTICA: UNA ALBUMINURIA QUE OBLIGÓ A CAMBIAR EL DIAGNÓSTICO

Esteban Cremades Ramón[1], Ángela Martínez Hernández[2]

[1] *Consultorio Casa del Mar - Lo Pagán*

[2] *Centro de Salud de San Pedro del Pinatar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años con diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución, hipertensión arterial y obesidad, en seguimiento habitual en Atención Primaria. Presentaba HbA1c estable entre 6,5-7,2%, sin retinopatía diabética conocida y función renal previamente conservada. En una revisión rutinaria se objetivó un incremento marcado del cociente albúmina/creatinina (CAC), de 42 a 1.860 mg/g en 8 meses. Recibía metformina 1000 mg/12 h, empagliflozina 5 mg/12 h, losartán 50 mg/24 h y atorvastatina 20 mg/24 h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presentaba PA 136/78 mmHg e IMC 30,4 kg/m^2. Creatinina 1,18 mg/dL, FGe 71 mL/min/1,73 m^2 y potasio 4,6 mmol/L. El sedimento urinario mostró hematuria microscópica. Se confirmó CAC de 2.140 mg/g y proteinuria de 3,1 g/24 h. Presentaba además albúmina sérica de 3,2 g/dL y edema maleolar bilateral. La rápida progresión de la proteinuria, la hematuria, el síndrome nefrótico incipiente y la ausencia de retinopatía hicieron cuestionar una nefropatía diabética aislada.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Desde Atención Primaria se realizó derivación preferente a Nefrología ante la sospecha de enfermedad renal no diabética. El estudio inmunológico fue negativo. La biopsia renal mostró nefropatía membranosa primaria, con positividad para anticuerpos anti-PLA2R. Se estableció el diagnóstico de nefropatía membranosa primaria asociada a diabetes mellitus tipo 2. Se mantuvo la estrategia de nefroprotección y el tratamiento cardiometabólico, iniciándose manejo específico por Nefrología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron nefropatía diabética, nefropatía hipertensiva, nefropatía IgA, glomerulonefritis secundaria y nefropatía membranosa. El incremento rápido de la albuminuria, la proteinuria de rango nefrótico, la hematuria y la ausencia de retinopatía fueron elementos de alarma frente a una nefropatía diabética aislada.

CONCLUSIONES

En una persona con diabetes, no toda albuminuria debe atribuirse automáticamente a nefropatía diabética. La revisión longitudinal desde Atención Primaria permitió identificar un cambio cualitativo respecto al patrón renal previo y reconocer varios signos de alarma que justificaron modificar la orientación diagnóstica. La detección precoz de estos hallazgos permitió una derivación preferente y el diagnóstico etiológico de una enfermedad renal potencialmente tratable. El caso destaca el valor de Atención Primaria para reconocer cuándo la evolución de una complicación aparentemente diabética deja de presentar un patrón compatible con la enfermedad habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in

Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).

2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S).

P-153

INSULINIZACIÓN TRANSITORIA EN EL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INTENSIFICACIÓN Y DESINTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Marta Schneider Lechón[1], Sofía Esbert Aznar[1]

[1] *Centro de Salud San José Centro*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 55 años sin diagnóstico previo de diabetes mellitus que, durante un reconocimiento médico laboral, presenta glucemia de 306 mg/dL, glucosuria de 1.699 mg/dL y marcada dislipidemia. Ante la preocupación generada por los resultados, acude al día siguiente, sin cita, a su consulta de Atención Primaria. Como antecedente familiar relevante, refiere padre con retinopatía diabética.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En consulta presenta glucemia de 226 mg/dL. La analítica muestra HbA1c 13,9%, colesterol total 391 mg/dL, triglicéridos 1.176 mg/dL y HDL-colesterol 33 mg/dL. Se realiza fondo de ojo, sin evidencia de retinopatía diabética. Los electrocardiogramas realizados durante el seguimiento no muestran alteraciones relevantes.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se establece el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de debut con marcada descompensación glucémica e hipertrigliceridemia grave. Se inicia desde Atención Primaria insulina glargina 10 UI/24 h junto con empagliflozina 5 mg/metformina 1.000 mg cada 12 h, además de rosuvastatina 10 mg/día e intervención sobre alimentación, actividad física y educación diabetológica.

La evolución metabólica fue favorable y permitió una estrategia progresiva de desintensificación. En septiembre de 2023, la HbA1c había descendido a 7,4%, con glucemia de 66 mg/dL, iniciándose la reducción de insulina. En diciembre de 2023, HbA1c 6,3% y triglicéridos 238 mg/dL. La dosis de glargina se redujo progresivamente hasta su retirada completa en septiembre de 2024. En octubre de 2024 se objetivó normalización del perfil lipídico. Posteriormente, sin insulinoterapia, mantuvo HbA1c entre 6,3-6,7% hasta julio de 2026.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por la marcada hiperglucemia inicial se consideraron diabetes autoinmune del adulto y diabetes secundaria. La evolución clínica y la respuesta terapéutica apoyan el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sin excluir por sí solas otras etiologías.

CONCLUSIONES

La insulinización en el debut de una diabetes mellitus tipo 2 con hiperglucemia marcada puede constituir una estrategia terapéutica transitoria. La reevaluación clínica y analítica periódica permitió una reducción progresiva y posterior retirada de la insulina, manteniendo el control glucémico con tratamiento no insulínico. Este caso pone de manifiesto el valor de Atención Primaria en la detección precoz, la intensificación inicial, el seguimiento longitudinal y la desintensificación terapéutica individualizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1).

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).

P-154

ESPACIO DM2: TODO LO QUE NECESITAS SABER DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA CUIDAR TU SALUD

Laura Lorca Lombana[1], Maria Cecilia González Alcoceba[1], Sara López Garcia[2], Mónica Cuadrado Villareal[3]

[1] *Corporació de Salut del Maresme i la Selva*
[2] *Institut Català de la Salut*
[3] *Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil*

INTRODUCCIÓN

Es muy habitual que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tengan dudas y/o miedos sobre cómo gestionar su enfermedad. A pesar de recibir una educación por parte de enfermería en relación a los nuevos hábitos (tanto medicamentosos como alimentarios) a tener en cuenta, muchos/as expresan que siempre tienen la sensación de no controlar del todo la enfermedad.

Este programa pretende ser un refuerzo en los diferentes ámbitos en los que se relaciona la DM2 y que, inevitablemente, engloban a la persona. La alimentación, la actividad física, los cuidados, la gestión emocional por el hecho de ser una enfermedad crónica, la medicación y las complicaciones que pueden aparecer son los temas que tratamos en el programa y durante el cual compartimos con ellos/as las diferentes inquietudes que van expresando.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Empoderar a los participantes para mejorar su calidad de vida
- Soporte en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 desde la Atención Primaria

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el conocimiento de la enfermedad (causas, complicaciones y tratamiento) y aportar herramientas para mejorar el autocuidado.
- Fomentar los hábitos alimenticios saludables y equilibrados
- Promover la práctica de ejercicio físico
- Identificar y abordar las barreras psicológicas asociadas a la gestión de la DM2
- Mejorar el control glucémico y reducir las complicaciones a corto y largo plazo.

MATERIAL UTILIZADO

- Ordenador
- Proyector
- Cinta elástica
- Plato Saludable
- Bolígrafos
- Hojas con actividades

MÉTODOS EMPLEADOS

Actividad grupal.

Un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e higienista dental) se turnará en las sesiones para ofrecer una atención integral a los participantes.

El programa está formado por:

- Nueve sesiones (una cada semana), de 1:30 h de duración

Sesión 1: Presentación del programa. Conocimientos generales de la DM2

- Presentación del programa y de los profesionales que lo llevarán a cabo.
- ¿Qué es la diabetes mellitus y qué tipos hay?
- Factores de riesgo de la enfermedad
- ¿En qué consiste el seguimiento desde la Atención Primaria?

Sesión 2: Alimentación. Los hidratos de carbono y el método del plato

- Introducción
- Calidad de los hidratos de carbono
- Índice glicémico
- Cantidad de hidratos de carbono
- El método del plato
- Conceptos clave

Sesión 3: Alimentación. Conceptos básicos de etiquetado. Alcohol y bebidas refrescantes

- Porciones orientativas de los diferentes alimentos ricos en hidratos de carbono
- Organizar nuestra alimentación (*Batchcooking* y/o *Mealprep*)
- Conceptos básicos de etiquetaje
- Consumo de alcohol y bebidas refrescantes en la DM2

Sesión 4: Fármacos y autocontroles

- Conceptos básicos
- Fármacos no insulínicos
- Insulinas
- Autoanálisis de glucemia

Sesión 5: Actividad física

- Actividad física y salud
- Recomendaciones generales
- Objetivos de la AF en personas con DM
- Tipos de ejercicio físico
- Ejemplo de programa de ejercicio físico
- Sesión práctica con fisioterapeuta

Sesión 6: Impacto emocional y relacional de la DM2 como enfermedad crónica

Se organiza en dos partes:

En una primera de carácter psicoeducativo, exponiendo:

- Impacto psicológico de una patología crónica
- La regulación emocional

En la segunda parte se favorece el aprendizaje a través de un ejercicio realizado primero individualmente y posteriormente se abre la reflexión al grupo.

Sesión 7: Hipoglucemias, hiperglucemias y otras complicaciones.

- Control de la DM2
- Complicaciones agudas y crónicas

Sesión 8: Autocuidado de pies y boca. Tabaco

- Cuidado de los pies
- Lesiones de riesgo.
- Pie diabético
- Cuidado de los pies
- Cuidado de la boca
- Periodontitis
- Síntomas de diabetes mal controlada
- Tabaco
- Aspectos básicos
- Tabaco y DM

Sesión 9: Clausura del programa

- Encuestas
- Turno de palabra libre

MÉTODO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

- Encuestas pre y post: Alimentación PREDIMED, Bienestar Emocional SWEMWBS-7, Actividad Física IPAQ.
- Mejora de los conocimientos con relación a la DM2
- Encuesta de satisfacción

RESULTADOS OBTENIDOS

Muestra: 42 personas

Asistencia: 73,73%

Porcentaje de mejora conseguido		Encuesta satisfacción	
Bienestar Emocional	85,7	**Utilidad**	78,98
Alimentación	75	**Comprensión**	82,1
Actividad Física	81,25	**Organización**	83,3
Encuesta conocimientos ECODI	75	**Satisfacción**	84,4

CONCLUSIONES

Los programas educativos estructurados consiguen reducir las complicaciones de la enfermedad, así como una mejora de la calidad de vida y un elevado ahorro económico.

Es cierto que los conocimientos no mejoran significativamente debido a que son pacientes que ya han recibido una educación diabetológica previa. La educación grupal estructurada, como complemento de la educación individual, demuestra una mejora significativa en el control metabólico de la diabetes mellitus.

Este programa pretende ser un refuerzo.

En este caso y después de varias ediciones del programa, hemos valorado aumentar el número de sesiones a 12, para ampliar temas que quedaban escasos y alargar el seguimiento de los participantes para reforzar la adquisición de los hábitos saludables trabajados.

P-155

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA: ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA HIPERVIGILANCIA

Diana Modrego Iranzo[1], Julia Rubio Del Río[2], Ángela Alonso Blanquez[3]

[1] *CS Alfajarín*
[2] *CS Picarral*
[3] *CS Parque Goya*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer con diabetes mellitus tipo 2, en seguimiento habitual en Atención Primaria (AP), inicialmente con buen control glucémico. A los tres años de evolución, presenta síndrome constitucional y empeoramiento del control glucémico (HbA1c 7,9%), iniciándose autocontroles capilares tres veces al día. Ante la necesidad de iniciar insulinoterapia, es derivada a Endocrinología, donde se indica monitorización continua de glucosa (MCG).

Tras la instauración del sensor, la paciente comienza a consultar de forma compulsiva los valores de glucemia, incluyendo múltiples controles durante la noche. En 24 horas se registran 1.080 consultas del sensor. Paralelamente, la HbA1c asciende a 8,3%, pese a disponer de una herramienta diseñada para mejorar el autocontrol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En AP se realiza entrevista clínica dirigida, revisión del tratamiento y análisis del informe de MCG. Destaca una utilización excesiva del dispositivo, con monitorización nocturna y preocupación constante ante el riesgo de hipoglucemia. Se revisan glucemias, tendencias y episodios de hiper/hipoglucemia, además de HbA1c.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se plantea una sobreutilización de la MCG con hipervigilancia glucémica, en el contexto de una interpretación inadecuada de las tendencias glucémicas y un marcado miedo a las hipoglucemias, que condiciona la ingesta preventiva de glucosa ante cualquier tendencia descendente. La tecnología, inicialmente concebida para proporcionar autonomía y seguridad, parece haberse convertido en una fuente de dependencia y preocupación, interfiriendo potencialmente con el descanso y el manejo adecuado de la diabetes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideran: hipoglucemias nocturnas reales, variabilidad glucémica asociada al tratamiento, ansiedad relacionada con la enfermedad, conducta de comprobación compulsiva y dificultades de adaptación en salud digital.

CONCLUSIONES

La MCG constituye una herramienta eficaz para mejorar el conocimiento de la glucemia y facilitar el manejo de pacientes tratados con insulina, pero más información no siempre significa mejor control.

Este caso pone de manifiesto el papel de AP no solo en la interpretación de los datos generados por la tecnología, sino también en valorar cómo la utiliza el paciente y qué impacto tiene sobre su calidad de vida. La educación diabetológica debe incluir objetivos claros, interpretación de tendencias y límites razonables de monitorización. La tecnología debe aportar autonomía, no convertir cada variación glucémica en una preocupación.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S150-S165.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S132-S149.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S183-S215

P-156

EL ENEMIGO OCULTO

Verónica Bonet Ivars[1], Núria Piquer Farres[2], Laia Bes Roig[2]

[1] *CAP Centre, Sabadell*

[2] *CAP La Salut, Badalona*

La nefropatía diabética es una de las principales complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y representa una de las causas más frecuentes de enfermedad renal crónica (ERC). Su evolución suele ser progresiva y se caracteriza por la aparición en la analítica de albuminuria y un descenso del filtrado glomerular. La detección precoz y el abordaje multifactorial permiten retrasar la progresión de la enfermedad renal y reducir el riesgo cardiovascular asociado.

CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años, con antecedentes patológicos de DM2, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad (IMC 31 kg/m^2). En tratamiento errático con metformina 850 mg/12 horas, insulina glargina 20 UI nocturnas, enalapril 20 mg/día y simvastatina 20 mg/día. Consulta en Atención Primaria por analítica del trabajo con varios parámetros alterados. La analítica general (AG) muestra glucemia basal de 182 mg/dL, colesterol 280 mg/dL, creatinina de 1,6 mg/dL. Sin otras alteraciones destacables. En la exploración física (EF) presenta tensión arterial (TA) de 155/91 mmHg, peso de 83 kg y edemas leves en miembros inferiores.

Se pide AG completa y nuevo control con automedida de TA (AMPA) en 1 mes.

Exploración y pruebas complementarias: AG: glucemia basal de 185 mg/dL, HbA1c de 8,7%, colesterol 280 mg/dL, HDL 45 mg/dL, LDL 160 mg/dL, TG 200 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL, filtrado glomerular (FG) estimado (CKD-EPI) de 58 mL/min/1,73 m^2 y cociente albúmina/creatinina urinario de 400 mg/g.

AMPA: 145/78.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Ante la presencia de albuminuria significativa y disminución del FG, se diagnostica de ERC, secundaria a nefropatía diabética, estadio G3A. Se realiza un abordaje integral junto con enfermería sobre los principales factores de riesgo. Se refuerza la educación diabetológica, medidas higiénico-dietéticas y el ejercicio diario. Se modifica tratamiento: simvastatina 40 mg, se inicia un iSGLT2 y se mantiene el tratamiento con IECA.
A los cuatro meses se pide nueva analítica y se objetiva mejora global: HbA1c de 7,4%, creatinina 1,1 mg/dL, colesterol 220 mg/dL, HDL 48 mg/dL, LDL 120 mg/dL, TG 150 mg/dL, FG 68 (estadio 2), descenso del cociente albúmina/creatinina a 298 mg/g. AMPA sobre 135-140/85 mmHg.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nefroangioesclerosis hipertensiva

CONCLUSIÓN

La nefropatía diabética es una enfermedad que cada vez hemos de tener más presente en Atención Primaria dado que evoluciona sin darnos cuenta, si no pedimos los parámetros necesarios en la analítica, hasta estadios avanzados de ERC. La determinación sistemática del filtrado glomerular y de la albuminuria permite identificar precozmente a los pacientes de riesgo. El control individualizado de glucemia, la tensión arterial y un tratamiento óptimo con terapias con beneficio

renal demostrado constituyen una estrategia fundamental para retrasar la progresión de la ERC.

BIBLIOGRAFÍA

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.

P-157

ESTADO DE LA EDUCACIÓN PARA EL AUTOMANEJO DE LA DIABETES EN ESPAÑA: ENCUESTA NACIONAL A PROFESIONALES SANITARIOS

James Richard Moore[1], Maria Teresa Roldán Chicano[2], Ana Maria Cebrián Cuenca[3], Ana Esteban Flores[3], Juana Flores Torrecillas[3]

[1] *Fundación para la Formación e Investigación de la Región de Murcia Sanitaria*
[2] *Universidad de Murcia*
[3] *Servicio Murciano de Salud*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La educación para el automanejo de la diabetes (DSME, por sus siglas en inglés) es uno de los pilares fundamentales de la atención a las personas con diabetes. Proporciona los conocimientos y habilidades necesarios para la toma de decisiones sobre su salud.

No obstante, la disponibilidad y utilización de estos recursos presentan diferencias entre los distintos ámbitos asistenciales y territorios, condicionadas por factores como la coordinación entre profesionales, el tiempo disponible, la incorporación de herramientas digitales y las necesidades y características de la población atendida. En España, todavía no se dispone de una visión global y actualizada que permita conocer cómo se desarrollan y utilizan estos recursos en los distintos contextos asistenciales.

Este estudio tiene como objetivo describir el estado actual de la DSME en el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, e identificar las barreras que dificultan su desarrollo y las áreas prioritarias de mejora. Se pretende analizar la situación actual de estos recursos en España, identificando qué programas existen, cómo se accede a ellos y en qué formatos se desarrollan en los distintos ámbitos asistenciales y comunidades autónomas. Asimismo, se estudiarán los contenidos que abordan, la forma en que se organizan los equipos y se coordinan los diferentes niveles asistenciales, así como las estrategias empleadas para garantizar la continuidad de la educación a lo largo del proceso asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal de ámbito nacional, basado en una encuesta electrónica autoadministrada a través de la plataforma REDCap. Está dirigida a profesionales sanitarios del SNS que atienden a personas con diabetes, con el fin de recoger la visión de todos los perfiles implicados.

La encuesta, elaborada a partir de la revisión de la literatura sobre evaluación de programas DSME, consta de unas 40 preguntas, en su mayoría cerradas, agrupadas en nueve bloques temáticos.

La difusión se realizará a través de sociedades científicas y redes profesionales de todo el territorio, mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia que se ampliará con la técnica de bola de nieve. Podrán participar los profesionales en activo que otorguen su consentimiento informado electrónico. La recogida de datos se prolongará hasta alcanzar la saturación, es decir, hasta contar con representación de todas las comunidades autónomas y del mayor número posible de perfiles profesionales. Los datos se analizarán de forma descriptiva y se realizarán comparaciones exploratorias según ámbito asistencial, comunidad autónoma y categoría profesional.

RESULTADOS

El reclutamiento se encuentra en su fase inicial y se extenderá durante los próximos meses, con el propósito de reunir una muestra amplia y diversa de profesionales de todas las comunidades autónomas y ámbitos asistenciales. La presentación en el congreso será una oportunidad para dar a conocer el estudio y sumar participantes, especialmente de

Atención Primaria. Se espera que los resultados muestren la variabilidad existente en la disponibilidad, los contenidos, los formatos y la coordinación de los programas DSME, así como las principales barreras organizativas y estructurales que perciben los profesionales.

CONCLUSIONES

Este trabajo aportará una fotografía actualizada e integral de la DSME en España desde la perspectiva de quienes la llevan a cabo. Conocer sus barreras y necesidades permitirá orientar futuras estrategias de mejora, avanzar hacia programas más estructurados y accesibles y reforzar la coordinación y la continuidad de la educación diabetológica, especialmente en Atención Primaria.

P-158

CUANDO LA ÚLTIMA OPCIÓN ES LA QUE SOLUCIONA TODO. PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) MAL CONTROLADA Y FENOTIPO CUSHING

Julia Rubio Del Río[1], Diana Modrego Iranzo[2], Pilar Ainara Cea Vaquero[1]

[1] *CS Picarral*
[2] *CS Alfajarín*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 60 años en seguimiento desde Atención Primaria por DM2 de larga evolución con mal control (HbA1c 11,5%), HTA y obesidad (IMC 45). Acude a consulta por malestar general, somnolencia y desorientación. No clínica cardinal, ni clínica de otro proceso intercurrente. Se deriva a Urgencias e ingresa en Endocrinología por descompensación hiperglucémica y acidosis metabólica. Durante el ingreso, hacen estudio por fenotipo Cushing (DM2, HTA, obesidad central, facies luna llena y estrías nacaradas) y se descarta síndrome de Cushing tras realizar varios test de Nugent, medir el cortisol libre urinario de 24 h y una RM hipofisaria, siendo todos los resultados normales. Tras muchos años de DM2 descompensada habiendo probado tratamiento con metformina, insulinas lenta y rápida, sitagliptina, iSGLT2, arGLP-1 y pioglitazona, con mala adherencia terapéutica e intolerancia con sintomatología atípica a la mayoría de tratamientos, se decide derivar a la paciente para valoración de cirugía bariátrica. Tras someterse a un bypass gástrico y estar en tratamiento solamente con iSGLT2, la paciente consigue una reducción de IMC a 32 y una HbA1c de 6,9%.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se llevan a cabo varias entrevistas clínicas, tanto desde Atención Primaria como en Urgencias y Endocrinología. Varias analíticas sanguíneas en las que vemos una mejoría en los valores de la glucemia en ayunas de 200-320 a 160 mg/dL y en la HbA1c de 11,5% a 6,9%. También se realizaron varios test de Nugent y determinaciones de cortisol libre urinario de 24 h que fueron normales, una RM hipofisaria sin alteraciones en glándula hipofisaria y TC abdominal normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Se plantean las dificultades clínicas de un buen seguimiento y control de una paciente con DM2 descompensada y la dificultad de diagnóstico y fenotipado al presentar también fenotipo Cushing.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideran: diabetes mellitus 2 mal controlada, síndrome de Cushing subyacente, obesidad con resistencia a la insulina y mal cumplimiento terapéutico.

CONCLUSIONES

A pesar de la amplia evidencia disponible y de las recomendaciones recogidas en las guías, el abordaje de la diabetes supone un reto y requiere una valoración individualizada. En este caso, la dificultad diagnóstica y de caracterización fenotípica desde el inicio condicionó una evolución compleja, con varios ingresos hospitalarios, múltiples pruebas complementarias y sucesivos cambios terapéuticos hasta alcanzar un manejo adecuado. En este caso, destaca la importancia de considerar distintas estrategias terapéuticas en pacientes diabéticos con obesidad y control metabólico

complejo, entre ellas la cirugía bariátrica, que en nuestra paciente favoreció una pérdida ponderal significativa y mejoró el control glucémico.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Soidán FJ, Riveiro Villanueva J. Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. Aten Primaria. 2025;57:103143
2. Santos S, Santos E, Gaztambide S, Salvador J. Diagnóstico y diagnóstico diferencial del síndrome de Cushing. Endocrinol Nutr. 2009;56:71-84

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.

P-161

UN MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN EN MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Sara Artola Menéndez[1], Julia K Mader[2], Bruno Guerci[3], Fatheya Alawadi[4], Kevin Fernando[5], Valeria Grancini[6], Kamlesh Khunti[7]

[1] *Dpto. Endocrinología. Hospital Quirón. Madrid*
[2] *Division of Endocrinology and Diabetology, Medical University of Graz, Graz*
[3] *Diabetes Care Unit, Nancy University Hospital. Nancy*
[4] *Endocrinology Department, Dubai Hospital, Dubai Health, Dubai*
[5] *Portfolio GP, NHS Lothian, Edinburgh*
[6] *Endocrinology Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan*
[7] *Diabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester*

OBJETIVOS

Desarrollar un marco de referencia práctico que clasifique por niveles las competencias necesarias para utilizar e interpretar la monitorización continua de glucosa (MCG) y oriente la formación de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un grupo internacional de expertos de Europa y de la región de Oriente Medio y Norte de África (MENA) desarrolló de forma colaborativa, mediante un proceso Delphi modificado, el marco definiendo los ámbitos de competencia y los niveles de habilidad por grados para diferentes públicos de profesionales sanitarios.

RESULTADOS

El marco define cuatro niveles progresivos: sensibilización, competencia, especialización y liderazgo y cuatro ámbitos (conocimiento del sistema, aplicación clínica, situaciones especiales y comunicación/liderazgo). Para cada nivel, se especificaron los destinatarios y las habilidades pertinentes en materia de comprensión del sistema, aplicación clínica, interpretación de los datos de la MCG y gestión de situaciones especiales, así como el apoyo a la formación continua.

Conclusiones: Al alinear las competencias con los resultados del aprendizaje, este marco permite una formación a medida y favorece una implementación más coherente y escalable de la MCG en toda Europa y la región MENA, incluyendo adaptaciones nacionales como la de España, lo que facilita la atención integrada y reduce las disparidades.

P-162

HIPERGLICEMIA MANTENIDA EN UN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Virginia Vesga Villaverde[1], Jackelin Figueroa Peralta[1], Maria Luz Vicente Manchado[1]

[1] *Centro de Salud de Tordesillas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años sin sobrepeso, no antecedentes de diabetes tipo 1 en la familia, padre con DM en edad avanzada sin tratamiento farmacológico. Sin tratamiento farmacológico. No fumador. Bebedor de cervezas el fin de semana. Como antecedentes destacan: miopía magna con fondo de ojo normal pendiente de intervención quirúrgica en 15 días y episodio en 2021 de uveítis anterior.

Hallazgo casual de hiperglucemia en analítica de empresa; 265 mg/dL con cetonuria negativa. Hasta entonces asintomático, no clínica cardinal; polidipsia desde la infancia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente presenta un buen estado general. Índice de masa corporal de 25 kg/m^2, pérdida intencional de unos 10 kg en

el último año.

Se repite analítica en el Centro de Salud con cifras de glucosa 150 mg/dL, Hb glicada 11,7%, insulina 6, HOMA 2,2, somatomedina C 175,7 ng/mL, péptido C 1,96.

Se cita al paciente para resultados, inicio de tratamiento y educación general en diabetes con médico y enfermera. Se implanta un sistema flash para poder facilitar las mediciones de glucemia y se realiza una interconsulta preferente con Endocrinología.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes pendiente de filiar con hiperglucemia de más de año y medio de duración sin cetosis y con buena reserva pancreática.

Diagnóstico diferencial: Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, LADA, MODY/diabetes monogénica, diabetes pancreática (tipo 3c), diabetes secundaria a fármacos/endocrinopatías.

CONCLUSIONES

La diabetes tipo 1 es importante descartarla; aunque no tenga antecedentes familiares de DM1, la edad y el fenotipo hacen que haya que considerarla. La ausencia de cetonuria y de síntomas hace menos probable una presentación aguda de DM1, pero no la excluye. En adultos puede aparecer de forma mucho más lenta y oligosintomática. Tras la derivación solicitar anti-GAD, el anticuerpo inicial más útil en este contexto. Con alta probabilidad pensaríamos en diabetes tipo MODY ya que el péptido C inicialmente es normal a diferencia de en la diabetes tipo 1 que presenta una baja concentración, tiene un inicio lento y los anticuerpos que nos sirven para diferenciarlo de la tipo 1 son negativos. Además el paciente presenta normopeso y ausencia de características metabólicas típicas de resistencia a insulina.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026; 49(Suppl 1):S27-S49. Diabetes Journals

2. National Institute for Health and Care Excellence. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. London: NICE; 2015 [updated 2022 Aug 17; cited 2026 Sep 29]. Available from: NICE NG17

P-163

ATENCIÓN PRIMARIA Y MONITORIZACIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES TIPO 2: OBESIDAD, INSULINOTERAPIA Y MCG

Jackelin Arizai Figueroa Peralta[1], Virginia Vesga Villaverde[2], Gonzalo Abril Garrido[3]

[1] *Centro Salud Tordesillas*
[2] *Centro de salud Tordesillas*
[3] *Centro de salud de Tordesillas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 75 años con diabetes mellitus tipo 2 de más de 10 años de evolución, obesidad, hipertensión arterial y dislipemia. Presentaba limitación funcional por artrosis y prótesis bilaterales de caderas y rodillas, condicionando baja actividad física. En septiembre de 2021 pesaba 99 kg (IMC 38 kg/m^2), con HbA1c 7,2%, y recibía un agonista del receptor GLP-1, un inhibidor SGLT2 asociado a metformina e insulina glargina 42 UI/día. En 2022 alcanzó 91,3 kg y HbA1c 6,4%, sin hipoglucemias referidas. Posteriormente recuperó peso y empeoró el control metabólico, con HbA1c 9,2% en noviembre de 2025.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En julio de 2026 presentaba 103,4 kg, presión arterial 147/84 mmHg, glucemia 161 mg/dL, HbA1c 8,4%, FG estimado 81 mL/min y cociente albúmina/creatinina urinario 16,7 mg/g. El tratamiento incluía insulina glargina 54 UI/día y un agonista del receptor GLP-1 semanal. El informe AGP de monitorización continua de glucosa de 14 días mostró glucosa media 146 mg/dL, GMI 6,8%, tiempo en rango 70-180 mg/dL del 86%, tiempo >180 mg/dL del 11%, tiempo

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 de larga evolución con obesidad y control glucémico discordante entre HbA1c y parámetros de monitorización continua de glucosa. Aunque el tiempo en rango fue adecuado, la cobertura insuficiente del sensor limita la representatividad del AGP. La discordancia entre HbA1c y GMI obliga a revisar la calidad de los datos, la evolución reciente del tratamiento y la adherencia antes de realizar cambios terapéuticos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron cobertura insuficiente del sensor, cambios recientes del tratamiento, variabilidad glucémica y factores que pudieran explicar la discordancia entre HbA1c y GMI. También se valoró la presencia de hipoglucemias o patrones compatibles con exceso de insulinización basal.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

El caso destaca el papel de Atención Primaria en el seguimiento longitudinal de la DM2, integrando peso, HbA1c, tratamiento, función renal, riesgo cardiovascular y monitorización continua de glucosa. La MCG aporta información complementaria sobre tiempo en rango, hiperglucemia, hipoglucemia y variabilidad, especialmente útil en personas tratadas con insulina. ADA 2026 recomienda el uso de MCG en adultos tratados con insulina y señala su utilidad para valorar el control y la seguridad terapéutica. Sin embargo, su interpretación requiere suficiente cobertura de datos. La discordancia observada aconseja no modificar el tratamiento basándose exclusivamente en un único indicador. Atención Primaria puede intervenir mediante educación diabetológica, revisión de técnica y adherencia, seguimiento del peso y factores de riesgo, detección de hipoglucemias y ajuste individualizado de objetivos, coordinándose con Endocrinología cuando proceda. La enseñanza principal es que la MCG convierte el seguimiento de la DM2 en un proceso longitudinal de medir, interpretar, educar, ajustar y reevaluar.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 6. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S132-S149.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 7. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S150-S165.
3. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care. 2019;42(8):1593-1603.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S183-S215.

P-167

ENTRELAZANDO EMOCIONES: CORRELACIONES ENTRE AGOTAMIENTO PSICOLÓGICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS

Carlos Gonzalo Figueroa López[1], Bertha Ramos Del Rio[1], Santiago Rincón Salazar[1], Elias Suvalsky Zarkin[2]

[1] *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM*

[2] *Diabesmart*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Diversos estudios han destacado la compleja relación entre las variables psicológicas, como el agotamiento emocional y la depresión, y el manejo de la diabetes tipo 2. La diabetes no solo afecta la salud física del individuo, sino que también tiene una incidencia notable en el bienestar emocional y psicológico. En este contexto, el agotamiento emocional se ha vinculado con un control glucémico deficiente, mientras que la depresión se ha correlacionado con una reducción en la calidad de vida y hábitos de autocuidado inadecuados, tales como dieta, ejercicio y cuidado personal. Este trabajo tiene como objetivo correlacionar los síntomas de agotamiento emocional y depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2, con el fin de enfatizar la importancia de la intervención psicológica en este grupo poblacional. Se propone que un enfoque multidisciplinario, que incluya médicos, psicólogos, nutricionistas y educadores en diabetes, es crucial para abordar de manera integral las necesidades de estos pacientes y optimizar su bienestar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se llevó a cabo con 237 pacientes de una clínica privada, con una edad promedio de 49,6 años (DE = 11,5), de los cuales el 57% eran hombres. Se utilizaron dos cuestionarios: el Problem Areas in Diabetes Scale (PAID-20) para medir el agotamiento emocional y el Beck Depression Inventory (BDI-2) para evaluar los síntomas de depresión. Se realizó un análisis de correlación para determinar la relación entre estas dos variables psicológicas. La integración de diferentes disciplinas permite un enfoque más comprensivo que considera tanto los aspectos médicos como los psicológicos y sociales que influyen en el manejo de la diabetes, facilitando así una atención más completa.

RESULTADOS

Los resultados mostraron una media de 23,91 (DE = 20,39) en el PAID, indicando un nivel significativo de agotamiento emocional en los participantes. En cuanto al BDI-2, la media fue de 9,05 (DE = 9,44). Se encontró una correlación positiva significativa entre el agotamiento emocional y la depresión ($r = 0,642$, $p < 0,001$), lo que sugiere que un aumento en los síntomas de agotamiento emocional está relacionado con mayores niveles de depresión. Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar tanto el estado emocional como el físico de los pacientes diabéticos para mejorar no solo su salud glucémica, sino también su calidad de vida. Un enfoque multidisciplinario puede ser tanto un vehículo para manejar estos síntomas como una forma de brindar el apoyo necesario para implementar cambios en el estilo de vida y el autocontrol.

CONCLUSIONES

Evaluar el agotamiento emocional y la depresión es fundamental en el manejo de la diabetes tipo 2. Los resultados de este estudio indican que las variables psicológicas juegan un papel crucial en el bienestar de los pacientes, lo que sugiere que es esencial implementar programas de tratamiento especializados que integren la salud mental. Al gestionar adecuadamente el agotamiento emocional y la depresión, se podría mejorar significativamente el control de la diabetes y, por ende, la calidad de vida de estos pacientes. La colaboración entre profesionales de diversas disciplinas es vital, ya que permite un abordaje más holístico y efectivo para enfrentar los desafíos que presentan los pacientes diabéticos en su vida cotidiana.

P-169

DIABETES Y RAMADÁN EN ATENCIÓN PRIMARIA: BARRERA IDIOMÁTICA Y TRABAJO EN EQUIPO

Consuelo Gámez Montoro[1], Fadoua Ait Sliman El Asri[1], Sana Maadi Ahmed[2]

[1] *ABS Malgrat de Mar*
[2] *UGC Ejido Sur*

Mujer de 58 años con 8 años de evolución de diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina y un segundo fármaco oral, con seguimiento habitual en Atención Primaria (AP). Presenta una barrera idiomática relevante y comprensión limitada del castellano. Manifiesta su deseo de realizar el ayuno de Ramadán.

Tras iniciar el ayuno, modifica los horarios y la composición de las comidas y refiere mareos y mayor variabilidad glucémica. En la valoración en AP presenta IMC 30 kg/m², presión arterial 136/78 mmHg y HbA1c 8,1%. Los registros de glucemia capilar muestran valores elevados tras las ingestas nocturnas y episodios de glucemia <70 mg/dL durante el día. Creatinina y FGe sin alteraciones relevantes, sin signos de deshidratación ni complicaciones agudas.

Ante el riesgo de descompensación glucémica, se realiza una entrevista con apoyo de profesionales sanitarios que comparten su idioma y conocen su contexto cultural, facilitando una comunicación efectiva y permitiendo explorar conocimientos, preferencias, creencias y capacidad de autocuidado. Enfermería realiza educación diabetológica individualizada y establece un plan de autocontrol glucémico. Medicina de familia revisa y adapta el tratamiento farmacológico y se coordinan recomendaciones nutricionales individualizadas, teniendo en cuenta los cambios en los horarios y la composición de las comidas. Se establece seguimiento estrecho desde AP.

Se acuerdan signos de alarma y criterios para interrumpir el ayuno ante hipoglucemia, hiperglucemia significativa, síntomas de deshidratación o enfermedad intercurrente.

El diagnóstico diferencial incluye hipoglucemia farmacológica, hiperglucemia secundaria a ingestas copiosas nocturnas, deshidratación y descompensación metabólica intercurrente. La valoración clínica y analítica no sugiere infección ni otra causa aguda.

El caso subraya que las barreras lingüísticas y culturales pueden condicionar la seguridad y la calidad de la atención a personas con diabetes. La disponibilidad en AP de profesionales con competencias lingüísticas y conocimiento del contexto cultural constituye un recurso asistencial que facilita la comunicación, la educación terapéutica y la toma de decisiones compartida. En pacientes con DM2 que desean realizar el ayuno de Ramadán, un abordaje individualizado e interdisciplinar permite respetar sus preferencias y creencias, adaptando el tratamiento y reduciendo riesgos. El caso destaca especialmente el papel de enfermería en la educación diabetológica, el autocontrol y la detección precoz de situaciones de riesgo.

P-170

ÉXITO EN LA DEPRESCRIPCIÓN DE INSULINA EN UN PACIENTE CON DM2 EN ATENCIÓN PRIMARIA CON MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

Maria Guaita Guaita[1], Inés Bernete Mallén[1], Cristina Gisbert Garzon[1]

[1] *CS Benicasim*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 68 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de larga evolución, hipertensión arterial, dislipemia e ictus isquémico talámico (2024). En tratamiento previo con polifarmacia compleja: insulina degludec (36 UI basal), insulina aspártica (pauta basal-bolo con dosis variables), metformina/dapagliflozina, semaglutida oral, estatinas e hipotensores. Acude a consulta de Atención Primaria por episodios recurrentes de hipoglucemia nocturna y variabilidad glucémica elevada, a pesar de cifras de HbA1c de 7,09% y un sensor de monitorización flash que mostraba buen tiempo en rango (82%) pero picos de hipoglucemia nocturna y tendencia vespertina inadecuada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física sin alteraciones significativas, normopeso para su edad. Analítica: glucemia basal 95 mg/dL, HbA1c 7,09%, creatinina 0,81 mg/dL, filtrado glomerular 91,47 mL/min/1,73 m^2, perfil lipídico controlado (LDL 57 mg/dL). Retinopatía basal leve bilateral estable y antecedentes de ictus. La revisión del sistema de monitorización continua de glucosa (MCG) evidenció 1% de tiempo en rango bajo con hipoglucemias nocturnas sintomáticas derivadas de la excesiva insulinización basal y rápida.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 de larga evolución con riesgo cardiovascular muy alto, buen control metabólico general pero sobretratado con insulina, experimentando efectos secundarios graves (hipoglucemias nocturnas en paciente con antecedente cerebrovascular). Juicio clínico: Iatrogenia secundaria a insulinización excesiva en paciente pluripatológico con necesidad urgente de deprescripción farmacológica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipoglucemias secundarias a fallo en la ingesta nocturna frente a exceso de insulinización exógena. Variabilidad glucémica por mala adherencia o error en la técnica de inyección frente a inercia terapéutica médica.

CONCLUSIONES

La deprescripción de insulina en pacientes con DM2 y control glucémico aceptable (HbA1c < 7,5%) es una estrategia segura y prioritaria en Atención Primaria. El uso de la monitorización continua de glucosa permitió identificar hipoglucemias ocultas, reduciendo la polifarmacia, mejorando la seguridad del paciente y evitando eventos cerebrovasculares recurrentes derivados de la hipoglucemia.

P-172

"CUANDO LA DIABETES ROMPE EL HUESO: UN RETO PARA ATENCIÓN PRIMARIA"

María Del Carmen Anton Sanz[1], Silvia Olea Mata[1], Elena Horcajada Sarmiento[1]

[1] *CL Los Molinos (Madrid)*

DESCRIPCIÓN

Mujer de 68 años.

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 (11 años evolución), hipertensión arterial y dislipemia.

IMC: 29 kg/m^2. Menopausia (49 años). No fumadora.

Tratamiento: metformina 850 mg/12 h, empagliflozina 10 mg/día, losartán 100 mg/día y atorvastatina 20 mg/día.

HbA1c: 7,4%. FG: 68 mL/min/1,73 m^2.

Motivo de consulta: dolor lumbar. Varias semanas de evolución, sin traumatismo relevante.

Refiere que hace un mes sufrió una caída desde su propia altura al tropezar en casa. Inicialmente pudo caminar, pero desde entonces mantiene dolor lumbar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: No apofisalgia. Lasègue negativo. No alteraciones de fuerza ni de sensibilidad.

Radiografía de columna lumbar: acuñamiento anterior L1 compatible con fractura vertebral por compresión.

Estudio del metabolismo óseo:

Calcio: 9,3 mg/dL. Fósforo: 3,5 mg/dL. Creatinina: 0,9 mg/dL. FG: 68 mL/min/1,73 m^2. Fosfatasa alcalina: normal. 25-OH-vitamina D: 18 ng/mL. PTH: normal. TSH: normal.

Densitometría: columna lumbar T-score −2,5; cuello femoral −2,2; cadera total −2,0.

JUICIO CLÍNICO

Osteoporosis establecida por fractura vertebral por fragilidad

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dolor lumbar: distinguir entre causas mecánicas (inespecíficas, sobrecarga muscular, origen discal, facetario y estenosis de canal) o inflamatorias (espondiloartritis...).

EVOLUCIÓN

Tratamiento osteoporosis: denosumab 60 mg/6 meses.

Corrección del déficit de vitamina D.

Establecer un programa de ejercicio de fuerza y equilibrio.

Revisión de factores de riesgo de caídas.

Optimizar control metabólico.

A los 12 meses no presenta nuevas fracturas, HbA1c 7,1%, mantiene actividad física regular. Ha mejorado fuerza muscular y estabilidad.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus tipo 2 se asocia con un incremento del riesgo de fractura, aunque la densidad mineral ósea puede ser normal o incluso superior a la de personas sin diabetes. En la diabetes tipo 2 puede existir una DMO no extremadamente baja y, simultáneamente, un mayor riesgo de fractura. Por ello, el T-score puede infraestimar el riesgo real de fractura en personas con diabetes tipo 2.

Además, las complicaciones microvasculares, la neuropatía, las alteraciones visuales y las hipoglucemias pueden

aumentar el riesgo de caídas.

El tratamiento debe individualizarse considerando función renal, riesgo de nuevas fracturas, adherencia, comorbilidades, preferencias del paciente y situación de salud dental. Revisar el tratamiento antidiabético teniendo en cuenta también el riesgo de fractura.

Realizar prevención caídas, revisión equilibrio y marcha, valorar riesgo hipoglucemia y entorno domiciliario. Ejercicio adaptado: entrenamiento de fuerza, ejercicios equilibrio y actividad física regular. Corregir déficit de vitamina D y revisar ingesta de calcio. La suplementación debe individualizarse según dieta, niveles de vitamina D y riesgo de fractura.

En diabetes, proteger el hueso no es tratar una comorbilidad: es prevenir una complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Inzerillo AM, Epstein S.

Osteoporosis and diabetes mellitus.

Rev Endocr Metab Disord, 5 (2004), pp. 261

https://dx.doi.org/10.1023/B:REMD.0000032415.83124.20 |

P-174

OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DM2 DE DIFÍCIL CONTROL: DESINTENSIFICACIÓN DE METFORMINA, INSULINA E iSGLT2 TRAS LA INTRODUCCIÓN DE ANÁLOGOS DE GLP-1 EN PACIENTE CON OBESIDAD Y ESTEATOSIS HEPÁTICA

Inés Bernete Mallén[1], María Guaita Guaita[1], Cristina Gisbert Garzón[1]

[1] *CS Benicassim*

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una patología compleja cuyo control se monitoriza tradicionalmente mediante HbA1c. La monitorización continua de glucosa (MCG) aporta información adicional sobre variabilidad glucémica y tiempo en rango (TIR), permitiendo detectar alteraciones no reflejadas por la HbA1c. En pacientes con obesidad y esteatosis hepática, los agonistas del receptor GLP-1 (arGLP-1) pueden favorecer la optimización metabólica y la simplificación terapéutica.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 46 años con DM2 de larga evolución (diagnóstico a los 32 años), obesidad (IMC 35 kg/m²; 115 kg, previamente 130 kg), hipotiroidismo y esteatosis hepática. Recibía metformina 850 mg/12 h, empagliflozina/linagliptina 10/5 mg/24 h, insulina glargina U300 (60 UI nocturnas) e insulina rápida en pauta basal-plus. Por obesidad y esteatosis hepática se retiró el iDPP-4 y se inició semaglutida.

Tras su optimización presentó inestabilidad glucémica e hipoglucemias nocturnas sintomáticas, pese a una HbA1c de 6,05%. La MCG objetivó glucemias nocturnas de 50-60 mg/dL, con un 1% del tiempo en rango bajo y un 5% en rango muy bajo. Ante la persistencia de los episodios se realizó una desintensificación progresiva: primero se retiraron las insulinas basal y rápida y posteriormente metformina e iSGLT2.

Tras quedar en monoterapia con arGLP-1 desaparecieron las hipoglucemias y mejoró el bienestar del paciente, manteniendo un control glucémico estable, con HbA1c de 6,3% y normalización de la variabilidad glucémica.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se interpretaron los episodios como hipoglucemias asociadas a un tratamiento antidiabético intensivo en el contexto de la optimización del arGLP-1 y la pérdida ponderal. La MCG permitió objetivar alteraciones glucémicas no evidenciadas mediante HbA1c y orientar la desintensificación terapéutica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron hipoglucemias relacionadas con insulinoterapia intensiva, efecto farmacológico y variabilidad

glucémica asociada al tratamiento combinado. La resolución de los episodios tras la retirada progresiva de los tratamientos concomitantes apoyó el origen farmacológico.

CONCLUSIONES

La incorporación de un arGLP-1 puede permitir una simplificación progresiva del tratamiento en determinados pacientes con DM2 y obesidad. La MCG facilita la detección de hipoglucemias ocultas pese a una HbA1c aparentemente adecuada y puede ayudar a individualizar la deprescripción. La reducción de la complejidad terapéutica puede mejorar la seguridad y el bienestar del paciente sin comprometer el control glucémico.

P-175

DIABETES TIPO 2 Y ALBUMINURIA PERSISTENTE CON FILTRADO GLOMERULAR CONSERVADO: UN RETO DE NEFROPROTECCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Jackelin Arizai Figueroa Peralta[1], Virginia Vesga Villaverde[1], Julia Miranda Manzano[1]

[1] *Centro de Salud de Tordesillas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad grado I (93 kg, 164 cm; IMC 34,6 kg/m^2) y cardiopatía isquémica crónica estable. Presentaba albuminuria documentada desde al menos 2021, sin síntomas urinarios, hematuria significativa ni edemas. El fondo de ojo de 2024 no mostró retinopatía diabética. Recibía metformina/linagliptina, semaglutida oral 14 mg/día y tratamiento antihipertensivo con valsartán/hidroclorotiazida. En noviembre de 2025 se añadió finerenona 20 mg/día ante la persistencia de albuminuria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración cardiopulmonar fue normal y no presentaba edemas. La función renal permanecía conservada, con creatinina entre 0,6-0,8 mg/dL y FG estimado ≥90 mL/min/1,73 m^2. El cociente albúmina/creatinina urinario mostró valores persistentemente elevados: 155,1 → 229,2 → 309,9 mg/g. En enero de 2026 presentaba HbA1c 6,9%, creatinina 0,7 mg/dL, FG ≥90 mL/min/1,73 m^2 y potasio 4,9 mEq/L. El sedimento urinario no mostró hematuria significativa y el estudio inmunológico fue negativo/normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Los hallazgos son compatibles con enfermedad renal crónica G1 con albuminuria persistente A2-A3, en el contexto de DM2, HTA, obesidad y enfermedad cardiovascular. El caso evidencia afectación renal precoz, manifestada por albuminuria mientras el FG permanece conservado. La ausencia de retinopatía diabética no excluye enfermedad renal relacionada con la diabetes. La etiología se considera probablemente metabólica/multifactorial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron enfermedad renal diabética, nefropatía hipertensiva, enfermedad glomerular primaria y otras causas secundarias de albuminuria. La ausencia de hematuria significativa, la estabilidad del FG y el estudio inmunológico sin alteraciones relevantes disminuyeron la sospecha de una glomerulopatía inflamatoria.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

Un FG normal no descarta enfermedad renal en la DM2. La albuminuria persistente puede ser el primer marcador de daño renal y de aumento del riesgo cardiorrenal. La determinación periódica del cociente albúmina/creatinina desde Atención Primaria permite detectar precozmente la ERC y realizar una valoración longitudinal del riesgo.

El seguimiento debe integrar presión arterial, control metabólico, peso, riesgo cardiovascular, FG, albuminuria y potasio. La persistencia de albuminuria plantea la necesidad de reevaluar periódicamente las estrategias nefroprotectoras disponibles y su adecuación individual.

La detección de albuminuria cuando el FG todavía está conservado constituye una oportunidad para intervenir precozmente sobre el riesgo renal y cardiovascular desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S246-S260.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314.
3. Bakris GL, Agarwal R, Anker SD, et al. Effect of finerenone on chronic kidney disease outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2020;383:2219-2229.
4. Pitt B, Filippatos G, Agarwal R, et al. Cardiovascular events with finerenone in kidney disease and type 2 diabetes. N Engl J Med. 2021;385:2252-2263.

P-177

DEPRESCRIBIR PARA PROTEGER: LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO BARRERA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE COMPLEJO CON DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL AVANZADA

Pablo Hipólito Walker Fernández[1], María Aranzazu Murciano Antón[1], Juan Pablo Luizaga Luizaga[1]

[1] *Centro de Salud Dr Pedro Laín Entralgo*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 77 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial, enfermedad renal crónica (ERC) avanzada y polifarmacia. En un control analítico en Atención Primaria se detectó un deterioro severo de la función renal con un filtrado glomerular estimado (FGe) de 15,4 mL/min/1,73 m^2 (previo de 25,5 mL/min/1,73 m^2), manteniendo HbA1c (7,5%) y LDL (32 mg/dL) en objetivos. Tras acudir a urgencias por mareo e hipotensión, fue dado de alta con diagnóstico de fracaso renal agudo (FRA) prerrenal atribuido a causa farmacológica, modificando únicamente la pauta antihipertensiva. En Atención Primaria se asumió el caso realizando una revisión clínica integral y una deprescripción adaptada al FGe: se suspendió semaglutida 1 mg (riesgo de deshidratación); se redujeron enalapril (de 20 a 2,5 mg/día), rosuvastatina/ezetimiba 20/10 mg (a rosuvastatina 10 mg) y alopurinol (a 100 mg/48 h); se simplificó la analgesia (sustituyendo tramadol/paracetamol y metamizol por paracetamol 650 mg); se ajustó la dosis de insulina glargina U300 y se mantuvieron empagliflozina 10 mg/día (por su beneficio cardiorrenal), la anticoagulación y la eritropoyetina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Los controles analíticos en Atención Primaria y urgencias reflejaron el deterioro renal agudo respecto a estudios previos. La exploración física en la consulta de primaria mostró únicamente edemas en miembros inferiores sin cambios respecto a controles anteriores. Al mes, el control analítico de nefrología confirmó la recuperación del FGe a 22 mL/min/1,73 m^2, manteniendo un control glucémico y lipídico adecuado sin requerir nuevos ajustes.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

FRA prerrenal sobre ERC inducido por hipoperfusión renal y carga farmacológica no ajustada en un paciente polimedicado. La adecuación terapéutica exigió evaluar individualmente la función renal y el balance beneficio-riesgo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El cuadro de mareo e hipotensión se asoció desde el inicio a la inestabilidad hemodinámica y a la carga de fármacos desajustada a la función renal, descartándose otras causas.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra el valor transformador de la longitudinalidad y continuidad asistencial en Atención Primaria como garante esencial de la seguridad del paciente. La deprescripción no es un mero trámite administrativo ni la simple retirada de fármacos, sino un acto clínico complejo que implica suspender, reducir, sustituir, ajustar y mantener tratamientos según el contexto individual. En pacientes complejos con DM2 y ERC avanzada, la deprescripción oportuna ante cambios clínicos o analíticos es la mejor herramienta para evitar la toxicidad iatrogénica, restaurar la función renal y estabilizar al paciente bajo la premisa de que "menos es más".

BIBLIOGRAFÍA

1.-Esteban Jiménez Ó, Murciano Antón MA, Barrio Díez I, Rogero Blanco ME. Uso racional de fármacos como buena práctica clínica. Deprescribir como actividad de prevención cuaternaria. Rev Clín Med Fam. 2026;19(2):169-171. doi:10.55783/rcmf.190202.

P-178

CUANDO EL HORMIGUEO NO ES NEUROPATÍA DIABÉTICA

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

[1] *CS Muñoz y Fernandez*
[2] *CS Torrero-La Paz*

INTRODUCCIÓN

La metformina es un fármaco de primera línea en la diabetes mellitus tipo 2. Su uso prolongado puede asociarse a una disminución de vitamina B12, pudiendo producir manifestaciones hematológicas y neurológicas. Estas últimas pueden confundirse con neuropatía diabética, dificultando un diagnóstico precoz. Presentamos el caso de una paciente diabética con parestesias en miembros inferiores en la que se identificó un déficit de vitamina B12 potencialmente reversible.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 67 años con diabetes mellitus tipo 2 de 11 años de evolución, hipertensión y dislipemia. Recibía metformina 850 mg/12 h desde el diagnóstico, además de empagliflozina, enalapril y atorvastatina. Presentaba buen control glucémico (HbA1c 6,8%) y sin complicaciones microvasculares conocidas. Consultó por 8 meses de parestesias y adormecimiento progresivo de ambos pies, asociados a inestabilidad de la marcha, especialmente con poca iluminación.

Exploración y pruebas complementarias. La exploración neurológica mostró disminución de la sensibilidad vibratoria y de la propiocepción. La analítica evidenció hemoglobina 11,8 g/dL, VCM 101 fL y vitamina B12 156 pg/mL, con folato, función renal y tiroidea normales. No existían antecedentes de cirugía gastrointestinal, dieta vegetariana estricta ni consumo habitual de inhibidores de la bomba de protones.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Aunque inicialmente se consideró neuropatía diabética, la presencia de macrocitosis, anemia leve y alteraciones sensitivas orientó hacia déficit de vitamina B12 asociado al tratamiento prolongado con metformina. Se inició suplementación con vitamina B12, con normalización analítica y mejoría progresiva de la sintomatología a los tres meses.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron neuropatía diabética, déficit de folato, hipotiroidismo, insuficiencia renal, alteraciones nutricionales y otras causas de neuropatía periférica. Los estudios realizados permitieron descartarlas o considerarlas menos probables.

CONCLUSIONES

Los síntomas neurológicos en pacientes con diabetes no deben atribuirse automáticamente a neuropatía diabética. La presencia de macrocitosis, anemia o alteraciones sensitivas en pacientes tratados durante años con metformina debe motivar la determinación de vitamina B12. La detección precoz permite instaurar tratamiento y puede prevenir la progresión de lesiones neurológicas potencialmente irreversibles. Atención Primaria desempeña un papel fundamental en su identificación mediante el seguimiento longitudinal de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1). 2. National Institute for Health and Care Excellence. Vitamin B12 deficiency in over 16s: diagnosis and management. NICE guideline NG239. London: NICE; 2024. 3. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Metformin and reduced vitamin B12 levels: new advice for monitoring patients at risk. Drug Saf Update. 2022.

P-179

CRONONUTRICIÓN EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROTOCOLO DE UN ESTUDIO MIXTO SOBRE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, PRÁCTICAS E IMPLEMENTACIÓN, Y CODESARROLLO DE UNA INTERVENCIÓN PILOTO EN ESPAÑA

Noelia Sanz Vela[1], Ana Cebrián Cuenca[2], Carolina Lapena Estella[3], Igotz Aranbarri Osoro[4], Xavier Cos Claramunt[5]

[1] *C.S Galapagar*
[2] *C.S San Antón*
[3] *C.S Jordi Gol i Gurina*
[4] *C.S Landako*
[5] *Institut Català de la Salut. CAP Martí de Provençals. IDIAP Jordi Gol. DAP_cat.ciberdem*

INTRODUCCIÓN

La crononutrición estudia la interacción entre los horarios de alimentación y los ritmos circadianos. La evidencia emergente sugiere que el momento de la ingesta puede influir en el control glucémico, la sensibilidad a la insulina y otros resultados metabólicos en personas con diabetes tipo 2. Sin embargo, existe escasa información sobre el grado de conocimiento de este enfoque entre profesionales y pacientes, así como sobre su viabilidad en Atención Primaria.

La literatura disponible señala que la distribución temporal de las comidas y la alineación con los ritmos circadianos podrían mejorar los resultados metabólicos, aunque persisten importantes desafíos para su incorporación a la práctica clínica habitual.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas relacionados con la crononutrición entre personas con diabetes tipo 2 y profesionales sanitarios de Atención Primaria en España, e identificar barreras y facilitadores para la implementación de recomendaciones basadas en la evidencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el nivel de conocimientos, creencias y prácticas sobre crononutrición en pacientes con DM2 y en profesionales de Atención Primaria.

Identificar barreras y facilitadores individuales, socioculturales y organizativos para la implementación de recomendaciones de crononutrición.

Codesarrollar una intervención piloto de crononutrición adaptada al contexto de Atención Primaria española, a partir de los resultados de las fases previas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de metodología mixta, que constará de una fase cuantitativa transversal, una fase cualitativa explicativa y una fase final de codesarrollo de una intervención piloto. La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos se realizará durante la interpretación y el diseño de la estrategia de implementación. Se incluirán profesionales que desarrollen su actividad en Atención Primaria y personas adultas con diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidas en especificar número y tipo de centros de Atención Primaria, y ámbito geográfico: comunidad autónoma / varias / nacional].

Se realizará una estimación previa del tamaño muestral necesario para garantizar la precisión de los resultados, considerando tanto a los pacientes con diabetes tipo 2 como a los profesionales sanitarios participantes.

Se recogerán variables sociodemográficas, conocimientos sobre crononutrición, hábitos alimentarios, cronotipo (mediante instrumento validado, p. ej. cuestionario de Horne-Östberg o MCTQ), prácticas de consejo dietético y percepción de utilidad clínica.

Posteriormente, se realizará una fase cualitativa mediante grupos focales con pacientes y entrevistas semiestructuradas con profesionales para profundizar en las experiencias, barreras y oportunidades de implementación. Finalmente, se diseñará una intervención piloto basada en recomendaciones de crononutrición adaptadas al contexto de Atención

Primaria española.

RESULTADOS ESPERADOS E IMPACTO PREVISTO

El estudio permitirá caracterizar el grado de conocimiento y la aplicación de los principios de crononutrición entre personas con diabetes tipo 2 y profesionales de Atención Primaria, así como identificar barreras y facilitadores individuales, socioculturales y organizativos. La integración de estos hallazgos orientará el codesarrollo de una intervención piloto adaptada al contexto asistencial español y la selección de indicadores para evaluar su factibilidad y aceptabilidad.

CONCLUSIONES

La crononutrición representa una oportunidad innovadora para complementar el tratamiento nutricional de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Este estudio tiene como finalidad generar evidencia sobre el nivel de conocimiento existente, comprender los factores que condicionan su adopción y contribuir al diseño de estrategias de implementación factibles en el contexto español. Los resultados podrían contribuir al desarrollo de intervenciones más eficaces y adaptadas a la realidad asistencial, favoreciendo la transferencia del conocimiento científico a la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

Henry et al., 2020. / Mason et al., 2020. / López-Prieto et al., 2024. / Damschroder et al., 2009 (CFIR). / Glasgow et al., 1999 (RE-AIM). / Alotaibi W. [...] / American Diabetes Association [...]

P-180

HBA1C, HBA1C LÁBIL Y GLUCEMIA EN AYUNAS SEGÚN LA PAUTA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES: ¿QUÉ APORTA LA FRACCIÓN LÁBIL?

María Sánchez García[1], Enrique S. Jiménez Varo[2], Mohamed Ali El Hadi Barghout[2], Rosa Garrido Garrido[3], Rocío Toro Cebada[4], Luis Gabriel Luque Romero[5]

[1] *CS La Banda - Padre Salado. Distrito Bahía de Cádiz - La Janda*
[2] *UGC Laboratorio AGS Campo de Gibraltar Este*
[3] *UGC Farmacia AP AGS Campo de Gibraltar Este*
[4] *INIBICA. Departamento de Medicina y Cirugía, Universidad de Cádiz*
[5] *IBiS. Distrito Sanitario Aljarafe - Sevilla Norte*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La HbA1c integra la glucemia de 2-3 meses, mientras que la fracción lábil de la hemoglobina glicosilada (pre-HbA1c), que informa el analizador junto a la HbA1c, refleja la exposición glucémica reciente. Exploramos si la lábil sirve para situar en el tiempo la glucemia plasmática en ayunas (GPA) y si su utilidad depende de la pauta de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal exploratorio con datos de laboratorio y dispensación A10 de 2025 en un Área Sanitaria (datos seudonimizados, análisis local). Se tomó la última muestra de 2025 con HbA1c, GPA y lábil simultáneos (Tosoh G11; lábil disponible desde marzo), excluyendo personas con hemoglobinopatía detectada. Grupos: no insulínicos, insulina basal exclusiva (A10AC/AE) e insulina con prandial o mezclas (A10AB/AD). Correlación de Spearman con IC95% bootstrap, correlación parcial y R^2 de GPA con HbA1c sola frente a HbA1c+lábil.

RESULTADOS

Se analizaron 7.035 personas tratadas: 5.491 no insulínicas, 808 con insulina basal y 736 con prandial/mezcla. La correlación HbA1c–lábil fue 0,76, 0,67 y 0,64. La diferencia entre la correlación lábil–GPA y la HbA1c–GPA fue 0,01 (IC95% −0,00 a 0,03) en no insulínicos, 0,26 (0,21-0,31) en basal y 0,36 (0,30-0,42) en prandial/mezcla (lábil–GPA 0,80 en ambas). Al ajustar por lábil, la correlación parcial HbA1c–GPA fue 0,37, 0,01 y −0,15. El R^2 de GPA pasó de 0,62 a 0,73 en no insulínicos, de 0,40 a 0,75 en basal y de 0,22 a 0,73 en prandial/mezcla. Con HbA1c <7% (n=4.289), el lábil mediano fue 2,5 (RIC 2,4-2,6) si GPA ≥130 mg/dL y 2,2 (2,1-2,3) si GPA <110.

CONCLUSIONES

En personas con insulina, la GPA se asocia más con la lábil que con la HbA1c, y la HbA1c apenas aporta una vez conocida la lábil; en no insulínicos ambos se comportan de forma similar. La lábil podría ayudar a interpretar discordancias entre HbA1c y glucemia y la temporalidad del control. Limitaciones: diseño transversal, tratamiento por dispensación anual, sin datos de variabilidad glucémica continua. Requiere confirmación.

P-181

NO TE FÍES DE LAS PRIMERAS IMPRESIONES

Ángela Parrilla Sanz[1], Ainara Alonso Valbuena[1]

[1] *CS Teruel Centro*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 47 años sin antecedentes médicos de interés, ambos padres con DM2 no insulinodependientes, fumadora, sin tratamiento habitual previamente, consulta hace un año por cuadro de astenia, dolor articular y polidipsia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración anodina sin hallazgos de interés, constantes estables.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza analítica de control obteniendo una glucemia basal de 100 mg/dL y Hb glicada de 4,8%. Nueve meses más tarde vuelve a consultar por el mismo motivo, se repite analítica y ahora la Hb glicada es de 6,3%, por lo que se decide iniciar cambios en estilo de vida y repetir analítica en 6 meses. A los 3 meses se le realiza una glucemia capilar al consultar por clínica de mareo (se la realiza una enfermera de planta durante el ingreso de un familiar) y se objetiva hiperglucemia de 280 mg/dL, por lo que desde la consulta de Atención Primaria se repite Hb glicada, siendo esta vez de 10,1%. Así mismo se solicitan Ac. anti-glutámico ácido decarboxilasa (GAD) que resultan positivos (2000 U/mL), péptido C en suero siendo negativo (1,11 ng/mL) y una ecografía abdominal en la que no hay hallazgos significativos.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Dada la clínica cardinal y la presencia de hiperglucemias y Hb glicosilada elevada, el cuadro apunta a un debut diabético. Esto junto a la positividad de los anticuerpos anti-GAD y péptido C en rango, así como la edad de presentación, orienta a una diabetes tipo LADA (1,2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debíamos descartar la posibilidad de que se tratase de una DM1, pero en este caso el debut suele ser más agudo y en pacientes jóvenes, además de que el péptido C estaría muy disminuido o indetectable. Por otra parte, también habría que valorar como posible diagnóstico la DM2, pero en ese caso los ac anti-GAD serían negativos (1,2).

CONCLUSIONES

Hemos querido presentar este caso para resaltar que en ocasiones es necesario repetir ciertas pruebas diagnósticas que a priori resultaron normales cuando la clínica persiste o empeora. En esta paciente, con un trabajo estresante, el cansancio que aquejaba podría haber sido atribuido a la carga laboral tras una primera analítica sin alteraciones y el debut diabético podría haber pasado desapercibido pudiendo llegar a sufrir complicaciones graves. Gracias a este diagnóstico se inició tempranamente el tratamiento con insulina glargina y su Hb glicada ha disminuido a 6,3% en dos meses y medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico y clasificación de la diabetes. En: García Soidan J, coordinador. Fundación redGDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. La Coruña: Bello y Martínez; 2018. p. 11-15.
2. The Royal Australian College of General Practitioners. General practice management of type 2 diabetes. East Melbourne, Vic. 2016. RACGP.

P-185

CUANDO UNA DIABETES NO TOCA, SOSPECHA

Mireia González Rodríguez[1], Jéssica Jessenia Pinto Yagual[1]

[1] *EAP Horta (Barcelona)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 37 años. Originaria de Venezuela. Llegada a España hace dos meses. Sin antecedentes familiares de diabetes ni enfermedades metabólicas o autoinmunes. Sin antecedente de gestaciones ni abortos. Sin medicación crónica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física destaca hirsutismo e IMC de 26.

En analítica inicial se detecta hemoglobina glicosilada de 6,5%.

Al cabo de 3 meses se repite con los siguientes resultados: HbA1c 6,7%, TSH y cortisol en rango, péptido C 1,2 ng/mL (límite de la normalidad 0,81-3,85), Antigad –65 negativo, albuminuria negativa.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Se establece diagnóstico de diabetes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según la clasificación de la ADA, no cumpliría criterios de diabetes tipo 1, de tipo 2 ni de tipo gestacional, puesto que el anticuerpo pancreático resulta negativo, la edad es superior a 35 años, y presenta niveles de péptido C indeterminados. Cabe destacar que la paciente se encuentra asintomática y analíticamente sin insulinopenia. La edad de debut haría menos probable una diabetes tipo MODY. Por otro lado, si bien no presenta hipoacusia, entre el diagnóstico diferencial se encontrarían las diabetes de herencia mitocondrial. Tampoco presenta afectación del nervio óptico que hiciera sospechar el síndrome de Wolfram.

CONCLUSIONES

La diabetes supone un reto no solo diagnóstico, sino también terapéutico de primer orden. El presente caso clínico nos recuerda las variantes menos frecuentes de la diabetes y nos lleva a revisar cuáles son los anticuerpos y parámetros que se deberían solicitar cuando la anamnesis y exploración no encajan con los hallazgos analíticos, porque cuando una diabetes no toca, se debe sospechar y proseguir en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care 1 January 2026; 49 (Supplement_1): S27–S49. https://doi.org/10.2337/dc26-S002

P-187

MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA ONCOLÓGICA

Miguel Andrés Córdoba Serrato[1], Daniela Escobedo Hoyos[1], Maria Belén Vilanova Fillat[1]

[1] *CAP Igualada Nord*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 77 años con antecedentes de dislipemia e hipertensión arterial, en tratamiento con simvastatina 20 mg c/24 h y enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg c/24 h. Antecedentes de prediabetes que, tras tres años de seguimiento, evolucionó a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde hace 8 años, manteniendo un buen control metabólico con medidas higiénico-dietéticas, sin necesidad de tratamiento farmacológico [último valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c) 6,8%]. Consulta por pérdida ponderal no intencionada de aproximadamente 10 kg en los últimos dos meses, asociada a anorexia, náuseas, molestias gástricas, cansancio y debilidad generalizada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 126/69 mmHg, FC 73x', auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando sin dolor ni masas aparentes, resto de examen físico sin hallazgos patológicos relevantes.

Analítica: hemograma normal, glucosa 488,3 mg/dL y HbA1c 18,9%, cetonemia 0,1 mmol/L. Función renal, hepática e ionograma conservados. Triglicéridos 267,8 mg/dL, colesterol total 159,6 mg/dL y colesterol HDL de 50,26 mg/dL. Sangre oculta en heces positiva, serología para *Helicobacter pylori* positiva (4,48) y PSA 1,52 ng/mL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Dada la pérdida de 10 kg en dos meses asociada a HbA1c de 18,9% y la glucemia de 488 mg/dL, se orienta como una descompensación metabólica de DM2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM2 descompensada

Neoplasia digestiva

Acalasia

Desnutrición

Hipertiroidismo

Patología infecciosa oculta (VIH – tuberculosis)

CONCLUSIONES

La pérdida ponderal importante en un paciente de 77 años se orientó inicialmente hacia una posible neoplasia. Sin embargo, una HbA1c del 18,9% evidenció una descompensación grave de su DM2, capaz de explicar el adelgazamiento, la astenia y la debilidad mediante mecanismos de catabolismo y pérdida calórica por glucosuria.

Lo llamativo del caso es la magnitud del deterioro respecto al buen control previo. Por ello, la estabilidad mantenida no excluye una descompensación posterior y obliga a investigar sus causas: progresión de la insuficiencia de las células beta, infecciones, dificultades de adherencia al tratamiento, fármacos hiperglucemiantes y enfermedades intercurrentes, incluida la patología neoplásica. Ante esta hiperglucemia debe descartarse la presencia de deshidratación, estado hiperosmolar y cetoacidosis, valorando la necesidad de derivación hospitalaria.

En este caso, con cetonemia negativa, se inició insulina basal nocturna (12 UI/día), asociada a metformina con titulación progresiva hasta una toma cada 12 horas, con buena respuesta clínica y mejoría glucémica. Además, el paciente recibió atención por parte del equipo de enfermería para reforzar la educación diabetológica y la adherencia a la dieta y al ejercicio físico. La sangre oculta en heces positiva exige completar el estudio etiológico, aunque mejore la sintomatología.

Este caso resalta el valor de la continuidad asistencial en atención primaria para reconocer descompensaciones, abordar causas reversibles y coordinar el estudio diagnóstico. La mejoría metabólica apoya la contribución de la hiperglucemia al cuadro, pero no excluye una enfermedad concomitante.

P-188

MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL ANTINEUMOCÓCICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

Gemma Amat Camats[1], Natalia Sierra Arcos[1], Mercè Oliver García[1], Elena Moreta Gil[1], Eva Tarragona Tassies[1], Montse Solé Boldú[1], Gemma Salud Coma[1]

[1] *ABS Balaguer*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción: Las personas con diabetes mellitus (DM) tienen hasta 3 veces más probabilidades de desarrollar neumonía, donde actúa como un factor de riesgo directo para las formas graves de la infección. Hay estudios que

apuntan a que la vulnerabilidad se da a cualquier edad, puesto que la DM es el factor de riesgo con mayor impacto para desarrollar neumonía complicada en adultos menores de 64 años e incluso menores de 40 años sin otras patologías asociadas. En España, la prevalencia de vacunación antineumocócica en personas con DM es baja (24-28% en adultos menores de 65 años); esta cifra contrasta notablemente con las tasas de vacunación antigripal en este mismo grupo etario.

Objetivo: Evaluar la cobertura vacunal ante el Estreptococo pneumoniae mediante la vacuna antineumocócica 20-valente (Pn20) en personas con diabetes mellitus asignadas a una ABS semirrural, y comparar los resultados con los valores globales del ámbito de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, realizado entre enero de 2025 y marzo de 2026 en una zona de salud semirrural. Población de estudio: ≥15 años con DM1 o DM2, excluyendo DM gestacional. Variables: Bien vacunado (supuestos válidos: una dosis Pn20 ≥18 años; una dosis Pn23 entre 15–17 años; Pn13+Pn23 en <65 años; Pn13+Pn23+Pn23 -última a los 65 años-). Edad. Sexo. UBA (22 Unidades Básicas Asistenciales). Ruralidad. Recogida de datos: Khalix (estudio realizado en el contexto de gestión asistencial con la autorización de la dirección/gerencia).

RESULTADOS

El 31/01/2025 se partía de una cobertura vacunal antineumocócica de un 45,63%, consiguiendo un 53,5% a 31/03/2026, superando la media de la provincia de referencia (44,62%) y de la entidad proveedora de la comunidad autónoma a la que pertenece esa zona de salud (37,02%). La cobertura fue mayor entre 65–79 años (60–63%) y menor en menores de 40 años (<25%). Se ha observado variabilidad entre diferentes UBA, con coberturas individuales entre 20,2% y 87,2%, sin influencia del género en los vacunados ni por el hecho de ser una UBA urbana o rural.

CONCLUSIONES

Nuestra zona de salud presenta una cobertura vacunal superior a la media del territorio y al estándar de calidad, así como de las coberturas españolas. El análisis pone de manifiesto la efectividad de la implicación de enfermería en la captación de pacientes, aunque persisten áreas de mejora en los más jóvenes y en la homogeneidad entre profesionales. En esta ABS semirrural no se han encontrado diferencias entre la cobertura según sea la UBA urbana (CAP) o rural (consultorio local). Destacamos la influencia del seguimiento proactivo y la revisión sistemática de la historia clínica (self-audit).

P-193
DEPRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE FRÁGIL CON DIABETES MELLITUS

Mercè Oliver García[1], Anna Serra Peruchet[1], Gemma Amat Camats[1], Natalia Sierra Arcos[1], Alejandro Martínez Leal[1], Elena Moreta Gil[1], Cristina García Serrano[1]

[1] *ABS Balaguer*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

La deprescripción de fármacos en pacientes frágiles con diabetes mellitus (DM) es una estrategia clínica esencial para garantizar la seguridad, reducir la carga terapéutica y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. A medida que aumenta la fragilidad y disminuye la esperanza de vida, los beneficios a largo plazo de un control glucémico estricto se reducen notablemente, mientras que los riesgos inmediatos de los tratamientos se incrementan de forma exponencial, como son: mayor vulnerabilidad a sufrir hipoglucemias, caídas, arritmias cardíacas, deterioro cognitivo acelerado, hospitalizaciones...

OBJETIVO

Analizar el impacto de una intervención formativa en la deprescripción de fármacos hipoglucemiantes en pacientes con DM tipo 2 (DM2) y fragilidad, integrando la prevención cuaternaria y el enfoque de fragilidad propuesto por las guías

asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental antes-después (2021-2025) realizado en una población semirrural de 27.898 personas asignadas (1.892 DM2). Intervención: sesiones anuales a los profesionales del equipo con discusión de casos, self-audit de los pacientes con DM2 de cada contingente. Los datos son recogidos de la historia clínica informatizada. Variables: edad, HbA1c, tratamiento antidiabético, fragilidad (PCC, MACA, ≥80 años que vive solo). Estudio de inercia terapéutica, CEIc: 22/028-PCV. Se aplica el principio de prevención cuaternaria (evitar sobretratamiento y medicalización innecesaria) y el algoritmo de fragilidad redGDPS para ajustar objetivos y tratamientos según escala de fragilidad clínica.

RESULTADOS

Los resultados corresponden a los contingentes participantes que mantenían a los mismos profesionales de referencia (médico-enfermera), para valorar esta deprescripción o inercia terapéutica, teniendo en cuenta la actuación de la intervención sobre los mismos profesionales. Fueron un total de 2 contingentes rurales y 7 contingentes urbanos (9 contingentes en total de los 22 que componen el equipo), con un total estudiado de 538 personas con DM2.

	Antes	Después
Buen control HbA1c	71,02%	72,37%
Hipoglucemiantes en fragilidad	64,6%	28,51%

Los valores de buen control se equiparan a los promedios del equipo (75,7%), también al ámbito de atención primaria de referencia (74,4%) y de la entidad contratadora de la comunidad (72,0%). Hay un gran decremento en la prescripción de hipoglucemiantes (especialmente secretagogos e insulinas).

CONCLUSIONES

La intervención ha permitido reducir de manera significativa los fármacos hipoglucemiantes en pacientes frágiles, manteniendo un buen control metabólico. La incorporación de la fragilidad como variable asistencial y la aplicación de la prevención cuaternaria favorecen una práctica más segura, personalizada y alineada con las recomendaciones actuales de la redGDPS; esta deprescripción debe ser sistemática utilizando estas herramientas o criterios como STOPP/START o Beers. El self-audit se evidencia como una herramienta útil para fomentar la reflexión clínica y la mejora continua en el abordaje de la DM2 en pacientes vulnerables. Deprescribir no significa suspender la atención médica, sino optimizar y personalizar la terapia sustituyendo regímenes complejos por alternativas sencillas y seguras.

P-194

VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL PARA PERSONAS CON DIABETES: IDENTIFICACIÓN DE AZÚCARES EN ETIQUETAS ALIMENTARIAS Y USO DE SENSORES DE GLUCOSA PARA MEJORAR LA ELECCIÓN DE ALIMENTOS

Sara De Castro Braulio[1], Edmundo Fernández Piñeiro[1], Carlos Alberto Ortega Moran[1], Tamara Sanz Madruga[1], Yolanda Carrasco García[1], Gema Montero Calle[1], Ester Gonzalo Aranda[1]

[1] *Centro de Salud Lucero*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica cuya prevalencia continúa aumentando y que requiere una adecuada autogestión, especialmente en relación con la alimentación. El consumo de azúcares constituye un aspecto relevante, ya que puede favorecer fluctuaciones de la glucemia y contribuir al desarrollo de complicaciones. Sin embargo, muchas personas con diabetes presentan dificultades para identificar los azúcares presentes en los alimentos procesados debido a la diversidad de denominaciones utilizadas en el etiquetado nutricional. (1,2,3)

La correcta interpretación de las etiquetas permite conocer la cantidad y el tipo de azúcares y carbohidratos presentes en los alimentos, facilitando decisiones alimentarias más saludables y contribuyendo al control glucémico. Asimismo, los sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) permiten conocer los niveles de glucosa en tiempo real e

identificar sus fluctuaciones. La combinación de educación nutricional y monitorización de glucosa puede favorecer un abordaje más personalizado del autocuidado de la diabetes. (4,5)

Por ello, se plantea la realización de un taller educativo dirigido a pacientes con DM2 usuarios de sistemas MCG. El objetivo general es capacitar a los participantes para identificar los azúcares presentes en las etiquetas de los alimentos y utilizar la información proporcionada por los sensores de glucosa como herramienta para mejorar el control glucémico, favoreciendo decisiones alimentarias informadas y contribuyendo a reducir episodios de hipoglucemia e hiperglucemia. (5)

Los objetivos específicos fueron identificar los azúcares totales y añadidos en las etiquetas; reconocer las diferentes denominaciones de los azúcares en los ingredientes; comprender el tamaño de las porciones y su relación con el contenido de carbohidratos; evaluar el índice glucémico de productos procesados; y utilizar los sensores de glucosa para mejorar el control de la diabetes y la selección de alimentos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló un taller participativo estructurado en tres sesiones, combinando una breve exposición teórica, material audiovisual, análisis de casos reales y ejercicios prácticos grupales. Se realizó una evaluación pretest-postest mediante un cuestionario validado para pacientes con DM2 y un cuestionario de satisfacción.

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental de intervención educativa, con diseño pretest-postest, dirigido a pacientes con DM2 y sistemas de monitorización continua de glucosa.

En la primera sesión se introdujeron los sistemas MCG, se explicaron los principales tipos y denominaciones de los azúcares y se evaluaron los conocimientos previos mediante un pretest. También se utilizaron vídeos educativos y se realizó un análisis guiado de etiquetas de alimentos de consumo habitual.

En la segunda sesión se desarrollaron ejercicios prácticos de interpretación de etiquetas y actividades de selección de productos según su contenido en azúcares y carbohidratos. La sesión finalizó con un concurso de preguntas y respuestas para reforzar los contenidos trabajados.

En la tercera sesión se realizó el postest y el cuestionario de satisfacción, finalizando el taller con una puesta en común y la entrega de material resumen para facilitar la aplicación posterior de los conocimientos adquiridos.

La satisfacción se valoró mediante una escala Likert de 1 a 5, donde 1 correspondía a «muy insatisfecho» y 5 a «muy satisfecho». Asimismo, se realizó una llamada de seguimiento para conocer la aplicación práctica de los contenidos aprendidos.

RESULTADOS

Participaron 40 pacientes. En el pretest, la puntuación media fue de 4,35 aciertos sobre 13 (33,5%). En el postest, realizado con el mismo cuestionario, la puntuación media aumentó a 9,15 aciertos sobre 13 (70,4%), lo que supone una mejora media de 4,8 respuestas correctas.

Respecto a la satisfacción, el 90% de los participantes calificó el taller como «muy satisfactorio» y el 10% como «satisfactorio». En la llamada de seguimiento, el 90% manifestó haber puesto en práctica los conocimientos adquiridos durante la intervención.

CONCLUSIONES

La intervención educativa se asoció con una mejora relevante de los conocimientos relacionados con la identificación de azúcares y la interpretación del etiquetado nutricional en pacientes con DM2 usuarios de sistemas MCG. La elevada satisfacción expresada por los participantes y el porcentaje de pacientes que manifestó haber aplicado los conocimientos adquiridos sugieren una buena aceptación y utilidad práctica del taller.

Estos resultados respaldan el interés de integrar la educación nutricional y el uso de sistemas de monitorización continua de glucosa como herramientas complementarias para favorecer el autocuidado, la toma de decisiones alimentarias informadas y el control glucémico en personas con diabetes tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alshahrani AM, et al. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;12(2):264–269.
2. Khan MAB, et al. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2020;10(1):107–111.
3. Breen C, et al. *British Journal of Nutrition*. 2015;114(3):439–447.
4. Post RE, et al. Use of the Nutrition Facts label in chronic disease management: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey.
5. Griauzde DH, et al. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(2):e31184.

P-195

MCG COMO HERRAMIENTA EDUCATIVA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Francisco Javier Pallarés Pallarés[1], Laia Onieva Gil[2], Dafne Burgués Hernández[1]

[1] *CAP Bordeta Magòria*
[2] *CAP Igualada Urbà*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 55 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial y esteatosis hepática. Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes quirúrgicos. En tratamiento habitual con empagliflozina/metformina 12,5/1000 mg 1 comprimido cada 12 horas. Presentaba escasa conciencia de enfermedad y dificultades para incorporar hábitos de vida saludables. Refería consumo habitual de alcohol de 1-2 UBE/día. Presentaba un IMC de 28 kg/m^2. En la analítica previa destacaba una HbA1c de 9,9%.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ante el mal control glucémico y la necesidad de valorar la conducta terapéutica antes de intensificar el tratamiento farmacológico, se plantea la utilización de monitorización continua de glucosa (MCG) durante 10 días. El objetivo fue valorar cambios en glucemia conjuntamente con un registro de alimentación.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

En el informe AGP se observaba 52% del tiempo en rango, 41% alto y 7% muy alto con picos de hiperglucemia tras desayuno, comida y cena. Al valorar los gráficos diarios se apreciaba una mejoría de los picos de hiperglucemia posprandiales los últimos días de registros. Tras diez días de utilización, el paciente acude a consulta con una lista de alimentos que había identificado como responsables de mayores elevaciones glucémicas; refiere haber reducido su consumo y aumentado significativamente la ingesta de verduras. Asimismo, manifiesta haber adquirido mayor conciencia de la enfermedad al observar tanto sus niveles de glucosa como la velocidad con la que alcanzaba los picos posprandiales dependiendo del tipo de alimentación. Paralelamente, ha iniciado caminatas de una hora, tres veces por semana. Tras los 10 días de monitorización se realizan dos visitas de seguimiento y educación para la salud, centradas en alimentación saludable y aumento progresivo de la actividad física. Se refuerzan los cambios realizados y se utiliza la información obtenida mediante la MCG para favorecer la comprensión de la enfermedad y el autocuidado. La analítica de control queda pendiente para valorar objetivamente la evolución metabólica y la necesidad de intensificar terapia farmacológica.

La MCG se plantea no únicamente como herramienta de monitorización, sino como recurso educativo y motivacional. Tras la utilización de MCG y dos visitas de seguimiento, se observa un cambio conductual relevante: el paciente ha aumentado su conciencia sobre la enfermedad, ha modificado determinados hábitos alimentarios y ha incorporado actividad física regular. La experiencia pone de manifiesto el potencial de la MCG como herramienta de educación para la salud en la DM2, favoreciendo el autocuidado del usuario.

P-196

SEGUIMIENTO PROACTIVO DE LA DIABETES TIPO 2: EVOLUCIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Montserrat Torra Solé[1], David De La Rica Escuin[2], Maria Teresa Puig Sole[1], Núria Serra Solans[1], Ana Isabel Areny Tallaví[1], Soumaya El Aachoury Gasmi[1], Maria Teresa Palou Solé[1]

[1] *CAP Ponts*
[2] *CAP Artesa de Segre*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

«Planificat» es un modelo de organización proactiva del seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en Atención Primaria. A partir de protocolos clínicos, la herramienta propone las pruebas y visitas que necesita cada paciente. El profesional sanitario las revisa y valida, y el personal administrativo las programa. De este modo, se anticipan los controles previsibles, se facilita la coordinación entre los equipos y se agrupan las citas cuando es posible, con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial y evitar duplicidades. En nuestro centro, el seguimiento anual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 incluye cuatro visitas de enfermería de 20 minutos cada una, una visita médica de 10 minutos, 2 analíticas y una visita de cribado ocular. El objetivo fue describir la evolución del control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 entre 2023 y 2026, mediante la comparación de HbA1c y glucosa, para ver si con el programa "Planificat" mejoraba el control glucémico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 241 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de nuestra área básica de salud. Se excluyeron 40 pacientes: 9 incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM), 17 institucionalizados en residencias y 14 sin datos suficientes para la comparación entre ambos años. La muestra final incluyó 201 pacientes con determinaciones de HbA1c y glucosa en 2023 y 2026. Se calcularon las medias de ambas variables y sus cambios individuales entre los dos años; las diferencias se evaluaron mediante pruebas estadísticas para datos apareados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 201 pacientes, de los cuales 119 eran hombres (59,2%) y 82 mujeres (40,8%). La edad media fue de 70,3 años (desviación estándar [DE]: 11,1; rango: 39–94 años). La HbA1c media pasó del 7,03% (DE: 1,39) en 2023 al 6,94% (DE: 1,17) en 2026, con un cambio medio individual de −0,10 puntos porcentuales (p = 0,325). La glucosa media pasó de 137,7 mg/dL (DE: 43,6) a 136,8 mg/dL (DE: 40,5), con un cambio medio individual de −0,8 mg/dL (p = 0,814). Entre 2023 y 2026, la HbA1c disminuyó en 87 pacientes (43,3%), permaneció igual en 6 (3,0%) y aumentó en 108 (53,7%). Según los criterios de redGDPS, el mal control glucémico, definido como una HbA1c ≥8,5%, se observó en 27 de los 201 pacientes (13,4%) en 2023 y en 26 (12,9%) en 2026. El número de pacientes mayores de 75 años o con más de 10 años de evolución de la diabetes pasó de 109 en 2023 a 133 en 2026. En este subgrupo, la proporción de pacientes con una HbA1c <7% fue del 60,6% en 2023 (66 de 109) y del 53,4% en 2026 (71 de 133). Las diferencias observadas en HbA1c y glucosa no fueron estadísticamente significativas. La proporción de pacientes con HbA1c ≥8,5% se mantuvo prácticamente estable. Una menor proporción con HbA1c <7% no implica necesariamente peor control clínico. Los objetivos deben individualizarse según edad, comorbilidad, situación funcional y riesgo de hipoglucemia. Una HbA1c algo mayor podría ser compatible con un objetivo adecuado o con una reducción deliberada de la intensidad del tratamiento; estos datos no permiten confirmar esa explicación ni identificar sobretratamiento.

P-199

USO DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN POBLACIÓN EXTRANJERA

María De Los Ángeles Saura Núñez[1], María Ortega Fernández[1], Carolina Castejón Hernández[1]

[1] *Centro de Salud La Unión*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 años, de origen marroquí y con escaso conocimiento del idioma español. Presenta antecedentes de diabetes mellitus tipo II de larga evolución, caracterizada por un control glucémico deficiente a pesar de múltiples tratamientos con antidiabéticos orales (dapagliflozina/metformina 5 mg/1000 mg, linagliptina 5 mg y repaglinida 1 mg) combinados con pauta basal de insulina glargina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se inicia pauta prandial con insulina aspart y se realiza interconsulta al servicio de endocrinología para la implantación de un dispositivo de monitorización flash de glucosa. Tras su colocación y gracias a la estrecha coordinación con su hija, la paciente comienza a realizar un óptimo ajuste de las dosis de insulina, logrando en pocos meses un buen control metabólico que no se había podido alcanzar durante años.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Uso de monitorización continua de glucosa (MCG) en población extranjera.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Uso de MCG en población del país de origen tecnología.

CONCLUSIONES

¿Es realmente útil esta tecnología en pacientes con barrera idiomática? La evidencia demuestra que los efectos positivos de la MCG benefician tanto a la diabetes tipo 1 como al tipo 2. Destacan la obtención de datos en tiempo real, mayor autonomía en la gestión de la patología, reducción de la hemoglobina glicosilada, menor variabilidad y disminución de hipoglucemias.

No obstante, existen barreras como el coste económico, problemas cutáneos, fallos técnicos y la barrera idiomática. Centrándonos en esta última, los pacientes extranjeros con barreras idiomáticas enfrentan dificultades técnicas, de alfabetización digital y falta de adaptación lingüística en aplicaciones y dispositivos de monitorización. Sin embargo, este caso demuestra que el idioma no debe ser un criterio de exclusión. Con el soporte social adecuado, como la mediación familiar, se logra un exitoso control terapéutico. En conclusión, el acceso debe individualizarse: la clave reside en potenciar la red de apoyo sociosanitario para reducir las desigualdades en salud.

BIBLIOGRAFÍA

i. Hall T, Warman MK, Oser T, Filippi MK, Manning B, Carroll JK, et al. Clinician-reported barriers and needs for implementation of continuous glucose monitoring. J Am Board Fam Med. 2024;37(4):671-9.

ii. Barchiesi MA, Calabrese A, Costa R, Di Pillo F, D'Uffizi A, Tiburzi L, et al. Continuous glucose monitoring in type 2 diabetes: a systematic review of barriers and opportunities for care improvement. Int J Qual Health Care. 2025;37(3):mzaf046.

iii. Prahalad P, Zaharieva D, Maahs DM. Diabetes technology: an update. J Clin Endocrinol Metab. 2026;111(7):e1739-48.

iv. Rodriguez JA, Prada-Rey N, Gao C, Song W, Lipsitz SR, Lyles CR, et al. Language disparities in continuous glucose monitoring for type 2 diabetes. JAMA Netw Open. 2025;8(6):e2516523.

v. Chen HC, Lai YH, Jiang YD. Overcoming barriers in continuous glucose monitoring: challenges and future directions in diabetes management. J Diabetes Investig. 2025;16(5):769-74.

P-200

AMIOTROFIA DIABÉTICA TRAS INTENSIFICACIÓN INSULÍNICA: EL RETO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON PARESTESIAS PROXIMALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Claudia Martos Del Lozar[1], Maria Guaita Guaita[1], Cristina Gisbert Garzón[1]

[1] *CS Benicassim*

Varón de 58 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 4 años de evolución, dislipemia e hipertensión arterial. El paciente presentaba mal control metabólico crónico con una HbA1c basal del 13,76% en diciembre de 2025, asociando molestias parestésicas e insidiosas de fondo en miembros inferiores.

De forma coincidente con clínica de dolor lumbar, fue valorado inicialmente por los servicios de Rehabilitación (RHB) y Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) ante la sospecha de lumbociatalgia mecánica, descartándose indicación de tratamiento quirúrgico.

Con el objetivo de optimizar el control metabólico, desde Atención Primaria se intensificó el tratamiento pautando insulina glargina U300, lográndose un descenso rápido y pronunciado de la HbA1c a 9,95% en febrero y posteriormente a 7,55% en junio.

Coincidiendo con esta notable mejoría glucémica, el paciente experimentó un severo empeoramiento clínico agudo, caracterizado por dolor neuropático irruptivo en muslos, sensación de quemazón nocturna, tropiezos frecuentes y una rápida e incapacitante pérdida de masa muscular en ambos cuádriceps.

Ante la sospecha fundada de una entidad neuromuscular de origen metabólico, se solicitó valoración por Neurología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración física: Amiotrofia e hipotrofia severa de cuádriceps bilateral. Reflejos osteotendinosos (ROT) abolidos de forma universal. Sensibilidad táctil y vibratoria conservadas. Marcha posible con marcada dificultad por paresia proximal.
- Analítica evolutiva: HbA1c 13,76% (dic) → 9,95% (feb) → 7,55% (jun). filtrado glomerular >100 mL/min, cociente albúmina/creatinina 81,2 mg/g, LDL 70 mg/dL.
- ITB: Derecho 0,80 / Izquierdo 0,71 (arteriopatía periférica leve asintomática).
- RMN lumbar: Hernia discal L5-S1 con compromiso radicular L5-S1.
- EMG / ENG (Neurología): Polineuropatía sensitiva axonal en miembros inferiores y afectación radicular crónico-leve L5, hallazgos neurofisiológicos compatibles con amiotrofia diabética (radiculoplexopatía lumbosacra).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Amiotrofia diabética (síndrome de Bruns-Garland / neuropatía inducida por el tratamiento - TIND) superpuesta a polineuropatía distal simétrica previa, habiéndose descartado la radiculopatía lumbar como causa principal de la atrofia proximal por COT, RHB y Neurología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lumbociatalgia / radiculopatía L5-S1 mecánica, estenosis de canal lumbar, meralgia parestésica, miopatía proximal, claudicación vascular

CONCLUSIONES

- Es fundamental diferenciar la polineuropatía diabética distal crónica de las formas agudas proximales (amiotrofia/TIND), las cuales pueden ser desencadenadas por descensos bruscos de HbA1c (de 13,76% a 7,55%).
- La exploración física proximal en Atención Primaria y la coordinación multidisciplinar (COT, RHB, Neurología) son vitales para evitar atribuir la atrofia a hallazgos casuales en la RMN.
- El ajuste precoz de neuromoduladores (pregabalina) y el tratamiento físico en RHB resultan indispensables para la

recuperación funcional.

P-201

EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE CRIBADO DE PIE DIABÉTICO

Sara Peral Garrido[1], Cristian Centeno Alonso[1], Aránzazu Rodríguez Garrote[2], Katherine Isabel Hernández De La Cruz[1], José Antonio Brioso Rodríguez[1], Almudena Pérez Martín[1], Wilmer Antonio Caballero Suazo[1]

[1] *Complejo Asistencial de Zamora*
[2] *C.S. Virgen de la Concha*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cribado sistemático del pie diabético disminuye drásticamente la incidencia de úlceras y amputaciones. Para que esta prevención sea efectiva en atención primaria, es imperativo que las actividades queden registradas de forma estructurada en la historia clínica electrónica.

El objetivo principal es determinar el grado de cumplimentación y registro de las dos pruebas básicas de cribado del pie diabético: el índice tobillo-brazo (ITB) y el test de monofilamento, en la población con diabetes mellitus (DM) de nuestro centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

• Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

• Ámbito: Centro de Salud, con una población total asignada de 18.919 usuarios, distribuidos en 14 cupos.

• Población: Totalidad de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus (tipo 1 y tipo 2) adscritos al centro y activos en el programa informático (n = 1.802).

• Variables analizadas: Revisión retrospectiva de las historias clínicas automatizadas. Se verificará de forma dicotómica (Sí/No) si consta el registro de la última exploración anual de ITB y monofilamento estrictamente dentro del apartado correspondiente.

RESULTADOS

La prevalencia global de diabetes en el centro de salud es del 9,52% (1.802/18.919).

• El porcentaje de pacientes con el test de monofilamento registrado en su guía asistencial es del 0,6% (n = 11).

• El porcentaje de registro del ITB es del 0,7% (n = 13).

CONCLUSIONES

• Existe un grave e inaceptable infrarregistro de las pruebas de cribado de pie diabético en el módulo correspondiente, el cual no refleja con seguridad la práctica clínica real realizada en las consultas. El apartado específico del software no está siendo operativo, lo que invalida la explotación automatizada de indicadores de calidad.

• No existe variabilidad intercupo en el registro de las pruebas de cribado de pie diabético (ITB y monofilamento). Hay un infrarregistro generalizado y homogéneo en los 14 cupos del centro.

• Se plantea como hipótesis que los profesionales registran estas actividades en el texto libre de la evolución clínica o que la rigidez del módulo de registro desincentiva su uso. Es urgente rediseñar la estrategia de registro o implementar alertas activas para corregir esta brecha de información, garantizando así una correcta continuidad asistencial y prevención de complicaciones.

CONCLUSIÓN FINAL

A raíz de estos alarmantes resultados, se ha diseñado un proyecto de intervención. Este segundo estudio consistirá en una campaña de captación proactiva y citación dirigida de la población diabética del centro para realizar de forma sistemática el cribado (ITB y monofilamento) y garantizar su correcto registro codificado, cerrando así el ciclo de mejora de la calidad.

P-202

"NUNCA ME DIJERON QUE LA OBESIDAD PODÍA LLEVARME A LA DIABETES": LA IMPORTANCIA DE ABORDAR LA OBESIDAD DESDE LA INFANCIA

Jordi Brescó Escura[1], Núria Lopez Salvans[2], Marta Obiols Torrebadella[3]

[1] *CAP Igualada Nord*
[2] *Hospital Althaia Manresa*
[3] *CAP Casc Antic Manresa*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 28 años que consulta en Atención Primaria para estudio de coagulación tras trombosis subclavia y alteración del factor V en su hermano. En la anamnesis destaca sedentarismo y obesidad mórbida documentada desde los 3 años. Presenta antecedentes familiares de obesidad mórbida y DM2.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Asintomática, sin clínica de hiperglucemia ni descompensación metabólica. Analítica general y estudio de coagulopatías, negativo, detectándose incidentalmente glucemia basal de 275 mg/dL. Se amplía el estudio metabólico y etiológico: glucemia 278 mg/dL, HbA1c 10,2% y péptido C 0,8. Anti-GAD65, anti-ICA y anti-IA2 negativos. Estudio tiroideo, anti-factor intrínseco, IgA, anticuerpos antitransglutaminasa y anti-mucosa gástrica sin alteraciones.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Ante los hallazgos y la obesidad mórbida de larga evolución, desde Atención Primaria se orienta como probable DM2. Por la descompensación glucémica se inicia insulinoterapia, asociándose posteriormente metformina y semaglutida, también para el tratamiento de la obesidad. Se deriva a Endocrinología para completar filiación etiológica y valorar cirugía bariátrica. Paralelamente se inicia abordaje multidisciplinar con nutrición y fisioterapia, con seguimiento conjunto del control glucémico y otros factores de riesgo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por la edad de presentación y el péptido C inicial se plantea diagnóstico diferencial con diabetes tipo 1 autoinmune y LADA, menos probables ante autoanticuerpos negativos, además de formas monogénicas y secundarias (1). Dentro de la heterogeneidad de la DM2 puede considerarse su caracterización fenotípica, incluyendo SIRD y SIDD (2). La obesidad grave orienta a insulinorresistencia, aunque el péptido C inicial hace pertinente valorar también el componente secretor.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de considerar la obesidad infantil como una enfermedad crónica que requiere seguimiento desde edades tempranas (3). La obesidad grave en la infancia, especialmente con antecedentes familiares, debe motivar vigilancia metabólica periódica desde Atención Primaria. Las recomendaciones actuales contemplan el cribado de prediabetes y DM2 en menores con sobrepeso u obesidad y factores de riesgo adicionales (1). Un abordaje precoz y multidisciplinar puede favorecer la detección temprana de alteraciones glucémicas y actuar sobre la obesidad y otros factores modificables.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. Ahlqvist E, Storm P, Käräjämäki A, et al. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018;6(5):361-369.
3. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics. 2023;151(2).

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.

P-204

ABSCESO ESCROTAL Y DIABETES DE DEBUT EN UN VARÓN CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA: ¿QUÉ ANTIDIABÉTICO ELEGIR?

Fiorella Lizeth Salvador Chuquipul[1], Leyla María Virhuez Agüero[2]

[1] *Centro de Salud de Nava*
[2] *Consultorio periférico Villabona*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 45 años con sobrepeso, tetralogía de Fallot corregida en la infancia, FEVI del 51% y flutter auricular, anticoagulado con rivaroxabán. Acude para renovar una receta y refiere de forma casual una tumoración escrotal. Presenta un absceso con salida de material purulento, sin signos de gravedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se drena el absceso. Gram: abundantes polimorfonucleares y cocobacilos grampositivos. Cultivo: *Prevotella bivia* y *Actinomyces turicensis* (sensible a penicilina y clindamicina, resistente a metronidazol). PCR múltiple de úlceras genitales y de infecciones de transmisión sexual (ITS): *Trichomonas vaginalis* positiva; *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Treponema pallidum*, herpes simple 1 y 2, varicela-zóster, citomegalovirus, *Haemophilus ducreyi* y linfogranuloma venéreo negativos. Analítica: HbA1c 7,7% (61 mmol/mol); colesterol total 161, HDL 39, LDL 93 y triglicéridos 170 mg/dL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Absceso escrotal polimicrobiano, tricomoniasis, diabetes mellitus tipo 2 de debut y dislipemia aterogénica. Se trató con drenaje, amoxicilina-clavulánico empírico y clindamicina según antibiograma, y tinidazol para la tricomoniasis. Después se inició metformina 850 mg/24 h (máxima dosis tolerada), empagliflozina 10 mg y rosuvastatina 10 mg con ezetimiba 10 mg, informando sobre higiene genital y signos de alarma. Se estudió y trató a las parejas sexuales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gangrena de Fournier, epididimoorquitis, absceso perianal, hidradenitis o quiste sebáceo sobreinfectado y úlceras genitales de transmisión sexual (descartadas por PCR). En la diabetes: DM2 frente a LADA o diabetes secundaria.

CONCLUSIONES

1) Un motivo de consulta banal permitió diagnosticar una diabetes y una ITS. 2) Ante una ITS conviene ofrecer cribado completo, incluidos VIH, sífilis y hepatitis; en este caso no se solicitó inicialmente. 3) El cultivo fue clave por la resistencia de *Actinomyces* a metronidazol. 4) En un paciente cardiópata con infección genital reciente y mala tolerancia a metformina, elegir un iSGLT2 exige equilibrar el beneficio cardiovascular con el riesgo genitourinario y un seguimiento estrecho.

- Bersoff-Matcha SJ, Chamberlain C, Cao C, Kortepeter C, Chong WH, Pratt LA, et al. Fournier gangrene associated with sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors: a review of spontaneous postmarketing cases. Ann Intern Med. 2019;170(11):764-769.
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014;59(2):e10-e52.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

P-205

NT-PROBNP COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO DE ALTERACIONES CARDIACAS EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE VARIOS CUPOS DE LA SIERRA NOROESTE DE MADRID

Deseada Garrote Martínez[1], Óscar Baro Pato[2], María Andrés Servert[3], Paloma Cano García[1], Miguel Ángel Vega Mendía[1], Paloma Arroyo Díaz Guerra[1], Mariam Somoza Calvo[4]

[1] *Galapagar*
[2] *San Lorenzo*
[3] *El Escorial*
[4] *Moralzarzal*

OBJETIVO

Describir los resultados de una estrategia de determinación de NT-proBNP en personas con DM2 atendidas en varios cupos de Atención Primaria de la Sierra Noroeste de Madrid y analizar la asociación entre sus valores y determinadas características clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado sobre 456 personas con diabetes mellitus pertenecientes a varios cupos de Atención Primaria. Se registró la realización de NT-proBNP y, en aquellos pacientes con resultado numérico disponible, se analizaron edad, sexo, tratamiento con inhibidores de SGLT2 y diuréticos. Se consideró elevado un NT-proBNP ≥125 pg/mL. Se realizó un análisis descriptivo y comparación entre pacientes con valores <125 y ≥125 pg/mL, así como análisis de correlación entre edad y NT-proBNP.

RESULTADOS

De los 456 pacientes incluidos, se realizó determinación de NT-proBNP en 137 (30,0%); 14 determinaciones estaban pendientes. Se dispuso de resultado numérico en 129 pacientes. La mediana de NT-proBNP fue de 102 pg/mL (RIC 54,9–259).

En 56 pacientes (43,4%) el NT-proBNP fue ≥125 pg/mL; 26 presentaron valores entre 125–299 pg/mL y 30 valores ≥300 pg/mL.

Los pacientes con NT-proBNP ≥125 pg/mL presentaron mayor edad media que aquellos con valores <125 pg/mL. Se objetivó una correlación positiva entre edad y NT-proBNP.

El tratamiento con diuréticos fue más frecuente en los pacientes con NT-proBNP ≥125 pg/mL (39,3% frente a 18,5%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el uso de iSGLT2.

CONCLUSIONES

En esta población de personas con DM2 atendidas en Atención Primaria, más de cuatro de cada diez pacientes con resultado de NT-proBNP presentaron valores ≥125 pg/mL. Los valores elevados se asociaron significativamente con una mayor edad y con una mayor utilización de diuréticos.

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 m^2. 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.

P-209

GESTIÓN DE LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Nuria González Báez[1], Olga Mancera Medina[2], Pablo Carmona Sánchez[1]

[1] *Centro de Salud de Tacoronte*
[2] *Centro de Salud de San Benito*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 73 años con discapacidad intelectual (67%), deterioro cognitivo y dependencia grado 2. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (Katz: A) y parcialmente dependiente para las instrumentales (Lawton-Brody: 1/8). Convive con su hermana (cuidadora principal) y su cuñado (cuidador secundario). Presenta diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulinodependiente de 30 años de evolución, enfermedad renal crónica (ERC) estadio 4, retinopatía, polineuropatía diabética, hipertensión y epilepsia. Su tratamiento consta de 11 fármacos (polimedicado), destacando insulina basal glargina 300 (42 UI) e insulina prandial con glulisina (7-6-4 UI + escala móvil). Registra antecedentes de episodios de hipoglucemia grave que requirieron glucagón, lo que generó un intenso miedo familiar al régimen terapéutico. Tras intervenciones de educación en Atención Primaria con sistema de monitorización de glucosa (SMG), persisten excursiones glucémicas posprandiales por la omisión deliberada de la insulina rápida por parte del cuidador secundario cuando la hermana se ausenta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso: 64 kg. TA: 134/78 mmHg. Analítica: HbA1c: 7,6%, creatinina: 3,2 mg/dL, FGe: 28 mL/min/1,73 m^2 (ERC 4) y cociente albúmina/creatinina: 299 mg/g. Escala Zarit: 54 (indica sobrecarga leve, habiendo sido intensa previamente). Los informes del perfil ambulatorio de glucosa del SMG muestran patrones repetitivos de hiperglucemia (>250 mg/dL) postprandial que coinciden con los días de ausencia de la cuidadora principal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

- Juicio clínico principal: Gestión ineficaz de la salud familiar (NANDA 00080) r/c temor al régimen terapéutico (miedo a hipoglucemias del cuidador secundario) m/p excursiones glucémicas documentadas en SMG.
- Diagnóstico secundario: Cansancio del rol de cuidador (NANDA 00061) en resolución parcial r/c complejidad médica (DM2 + ERC 4).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe diferenciarse la inestabilidad glucémica por incumplimiento terapéutico debido a la omisión de insulina por temor del cuidador, de un error cognitivo del paciente, fallos técnicos del sensor, transgresiones dietéticas incontroladas por su discapacidad, o una progresión natural de la disfunción pancreática agravada por la ERC.

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

La educación terapéutica en personas con diabetes con SMG no debe limitarse al cuidador principal. En entornos familiares complejos, el miedo a hipoglucemias en cuidadores secundarios puede inducir inercia terapéutica perjudicial. El SMG de forma remota actúa como un valioso recurso pedagógico visual para derribar mitos y empoderar a todo el núcleo conviviente en la toma segura de decisiones, optimizando el TIR y aliviando la sobrecarga familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Price C, Callahan KE, Aloi JA, Usoh CO. Continuous Glucose Monitoring in Older Adults: What We Know and What We Have Yet to Learn. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(3):577-583. doi: 10.1177/19322968241234651.
2. Taggart L, Coates V, Truesdale-Kennedy M. Management and quality indicators of diabetes mellitus in people with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res. 2013;57(11):1015-1027. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01633.x.

P-210

PROYECTO MIRA AP: MONITORIZACIÓN DE INSULINA MEDIANTE REVISIÓN Y AJUSTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. (REVISIÓN ESTRUCTURADA DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA PARA MEJORAR EL MANEJO DE ADULTOS CON DIABETES TRATADOS CON INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA)

Beatriz López Uriarte[1], Montserrat Rivera Teijido[2], Cristian Montero Peña[3], Manueo Frias Vargas[4], Esther Minguela Puras[5], María del Pino Calderin Morales[6], Olga Martínez Villen[7]

[1] *CS Humanes*
[2] *CS Mendiguchia Carriche*
[3] *Unidad de Obesidad y Ecografía Dr. Cristian Montero*
[4] *CS Daroca*
[5] *CS Valle de la Oliva (Madrid)*
[6] *CS Ciudades (Getafe-Madrid)*
[7] *CS Gandhi (Madrid)*

Proyecto piloto de investigación prospectiva · Seguimiento de 12 semanas

INTRODUCCIÓN

La monitorización continua de glucosa (MCG) identifica patrones que la HbA1c no refleja. El tiempo en rango (TIR) debe interpretarse junto con el tiempo en hipoglucemia (TBR) [1]. GP-OSMOTIC mejoró el tiempo en rango mediante revisiones del sensor en atención primaria, sin diferencia significativa de HbA1c a doce meses [2]. INITIATION respaldó su viabilidad para orientar insulinoterapia [3]. Estos antecedentes justifican evaluar una intervención breve en usuarios de insulina basal y acción rápida, sin presuponer eficacia.

OBJETIVOS

Valorar la viabilidad del reclutamiento, intervención y seguimiento. Estimar, exploratoriamente, el cambio de tiempo en rango (TIR) a doce semanas junto con tiempo por debajo del rango (TBR) e hipoglucemias graves. Describir cambios de HbA1c, tiempo sobre rango (TAR), variabilidad, tratamiento y satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Piloto prospectivo antes-después, sin control, en atención primaria, con seguimiento de doce semanas. Muestra consecutiva de 40 adultos; se esperan 34 evaluaciones completas. El tamaño responde a factibilidad; no permite demostrar eficacia ni seguridad.

Selección. Diabetes tipo 2, sensor durante cuatro semanas como mínimo, insulina basal y al menos una dosis diaria de acción rápida, datos basales válidos y consentimiento. Se incluirán pacientes con TIR inferior al objetivo individual o hipoglucemias que justifiquen revisión. Se procurará estabilidad terapéutica previa durante cuatro semanas, salvo necesidad clínica. Se excluirán embarazo, bomba, descompensación aguda y necesidad de atención especializada inmediata. Se facilitará apoyo del cuidador, interpretación lingüística y descarga asistida.

Intervención. Medicina y enfermería, formadas en interpretación del perfil ambulatorio de glucosa, aplicarán una lista común durante 20 minutos: verificar datos y pauta; priorizar hipoglucemias; identificar patrones relacionados con comidas, actividad u omisiones; acordar dos acciones educativas o terapéuticas; entregar un plan escrito y comprobar su comprensión. Se abordarán técnica de inyección, coordinación entre comida e insulina, correcciones acumuladas y actuación ante hipoglucemia. Los ajustes serán individualizados por el prescriptor. Se realizará un refuerzo de diez minutos a los 7–14 días. Los objetivos glucémicos se fijarán antes de intervenir, considerando fragilidad, comorbilidad y riesgo de hipoglucemia. El paciente explicará con sus palabras cuándo confirmar lecturas mediante glucemia capilar, cómo aplicar el plan de rescate y a quién consultar. No realizará ajustes autónomos fuera de la pauta acordada.

Mediciones. Comparar ventanas de catorce días basales y finales, con cobertura mínima del 70% [1]. Registrar TIR 70–180 mg/dL, TBR <70 y <54, TAR >180 y >250, coeficiente de variación y HbA1c basal y final. Recoger hipoglucemias graves que requieran ayuda, dosis, cambios farmacológicos, comorbilidad, contactos adicionales y satisfacción de 0 a 10. Se mantendrá el mismo sensor cuando sea posible. Si faltan datos, se repetirá la descarga en catorce días y se registrará la desviación. Se distinguirán eventos autorreferidos y verificados en la historia.

Viabilidad. Reclutar 40 participantes en tres meses; retener ≥80%; obtener datos válidos en ≥80%; completar ≥80% de la lista en ≥80% de participantes. Registrar duración real de los contactos.

Análisis. Describir proporciones, medias o medianas; estimar cambios pareados con intervalos de confianza del 95%, expresando TIR y TBR en puntos porcentuales. Analizar datos completos y describir pérdidas, sin arrastrar observaciones. Priorizar estimaciones sobre significación estadística; ausencia de diferencias no demuestra seguridad. Se describirá la proporción con aumento del TIR de cinco puntos o más sin incremento individual del TBR.

Ética y recursos. Requerir evaluación ética, autorización institucional, clasificación regulatoria y consentimiento. Seudonimizar datos y restringir accesos. Priorizar atención inmediata ante eventos graves. Duración total: siete meses, incluyendo preparación, reclutamiento, seguimiento y análisis. Recursos: medicina, enfermería, sensores prescritos, plataforma autorizada y material educativo.

RESULTADOS ESPERADOS

No existen resultados observados. Se espera determinar la aplicabilidad y explorar mayor TIR sin incrementar TBR. Se comunicarán reclutamiento, adherencia, pérdidas, cambios clínicos e intervalos de confianza, incluidos eventos graves y resultados desfavorables.

CONCLUSIONES

El piloto orientará un futuro ensayo controlado. La ausencia de comparador, selección de usuarios de sensor, regresión a la media y cambios concomitantes limitan la atribución causal. Se incorporará la perspectiva de pacientes y cuidadores, sin atribuir resultados comunitarios todavía no evaluados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care. 2019;42(8):1593–1603. doi:10.2337/dci19-0028.

2. Furler J, O'Neal D, Speight J, et al. Use of professional-mode flash glucose monitoring, at 3-month intervals, in adults with type 2 diabetes in general practice (GP-OSMOTIC): a pragmatic, open-label, 12-month, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(1):17–26. doi:10.1016/S2213-8587(19)30385-7.

3. Blackberry ID, Furler JS, Ginnivan LE, et al. An exploratory trial of basal and prandial insulin initiation and titration for type 2 diabetes in primary care with adjunct retrospective continuous glucose monitoring: INITIATION study. Diabetes Res Clin Pract. 2014;106(2):247–255. doi:10.1016/j.diabres.2014.08.011.

P-212

CUANDO INTENSIFICAR NO ES SUFICIENTE: ABORDAJE DEL MAL CONTROL GLUCÉMICO EN UN PACIENTE CON LIMITACIÓN FUNCIONAL

Raquel Lopez Zarza[1], Cristina Merino Platero[1], María Ester Montes Belloso[1]

[1] *C.S. Isabel II (Parla, Madrid)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO, EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Varón de 62 años con diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución, sin complicaciones macro ni microvasculares, que vive solo. Presenta distrofia simpático-refleja en miembro superior derecho y lesión muscular en extremidad inferior izquierda tras una caída, ambas con importante limitación funcional. Presentaba HbA1c del 8% pese a metformina, sitagliptina y empagliflozina a dosis máximas. Inicialmente no cumplía criterios de financiación para agonistas GLP-1 por IMC <30 kg/m^2.

Tres meses después, la HbA1c aumentó al 9,6%. Aunque inicialmente rechazaba la insulinización por la dificultad para manejar los dispositivos con una mano prácticamente inutilizada, además de vivir solo y presentar barrera idiomática, se seleccionó el dispositivo más adecuado y se inició insulina basal con titulación progresiva.

Ante la escasa mejoría se añadió semaglutida, titulada hasta 1 mg semanal. Pese a tratamiento intensivo, incluyendo 46 UI/día de insulina basal, persistieron HbA1c próximas al 10%, por lo que se intensificó a pauta basal-bolo. En junio de 2026 presentó HbA1c del 11,2%.

Ante el mal control persistente se realizó una revisión integral del tratamiento, reproduciendo en consulta la administración de insulina y semaglutida con los propios dispositivos del paciente, y se inició monitorización continua de glucosa (MCG).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico persistente pese a tratamiento intensivo, en contexto de importantes barreras funcionales y sociales para el autocuidado. Antes de continuar aumentando dosis se consideró prioritario identificar factores corregibles mediante revisión de técnica, dispositivos, consumo de medicación y seguimiento estrecho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se valoraron progresión de la diabetes, adherencia insuficiente, errores de administración, escasa rotación de zonas de inyección, alimentación inadecuada, pauta insulínica insuficiente y causas secundarias de hiperglucemia.

Aunque el paciente refería una administración correcta, la observación directa evidenció que recibía una cantidad de semaglutida muy inferior a la prescrita y dejaba unidades de insulina sin administrar en los bolígrafos. Tras corregir la técnica e iniciar MCG, el tiempo en rango aumentó del 31% al 62% en una semana.

CONCLUSIONES

El mal control glucémico no siempre requiere mayor intensificación farmacológica. Ante una HbA1c elevada pese a insulinoterapia intensiva deben revisarse adherencia, técnica de administración y capacidad funcional.

Este caso destaca la importancia de observar directamente cómo el paciente utiliza sus dispositivos, individualizar la educación diabetológica y emplear la MCG como apoyo para valorar la respuesta. Ante un resultado inesperado, identificar y corregir las barreras reales de autocuidado puede ser más eficaz que continuar aumentando el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).

P-214

MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: CUANDO EL PERFIL GLUCÉMICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL CAMBIAN LA DECISIÓN DE INSULINIZAR

Francisco Andrés Martínez Ortiz[1], María Soledad Araujo Luis[1], Almudena Castaño Reguillo[1]

[1] *C.S. Los Ángeles*

CASO

Varón de 86 años con DM2 de 20 años de evolución, infección por VIH controlada y ERC G3b (FGe 32 mL/min/1,73 m^2), en seguimiento conjunto por Medicina Interna y Atención Primaria. Presenta DMAE exudativa con deterioro visual grave, precisando lupa para leer y manejar su medicación. Vive con su esposa, también de edad avanzada. En tratamiento con linagliptina 5 mg/día y canagliflozina 100 mg/día, presenta HbA1c 9%, poliuria y glucemias preprandiales en torno a 190 mg/dL. Ante el control glucémico subóptimo, Medicina Interna plantea iniciar insulina glargina 6-7 UI/día.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Antes de iniciar la insulinización, en Atención Primaria se revisa el perfil glucémico domiciliario. Se objetiva que, aunque existe hiperglucemia basal, las mayores excursiones se producen tras las comidas. Durante la educación diabetológica se solicita al paciente que realice una demostración práctica con el dispositivo de insulina. Ante la indicación de seleccionar 6 UI, selecciona 12 UI, evidenciando dificultad para identificar correctamente la escala debido a su deterioro

visual.

Orientación diagnóstica: DM2 con control subóptimo, con componente basal elevado y predominio de hiperglucemia posprandial, en paciente de edad avanzada, ERC y déficit visual grave. La valoración en AP identifica una dificultad objetiva para administrar con precisión la dosis prescrita, con riesgo de sobredosificación inadvertida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron progresión de la DM2, incumplimiento terapéutico, hiperglucemia secundaria a infección o fármacos y desajuste entre ingesta y tratamiento. El perfil glucémico, sin datos de descompensación aguda, orientó hacia la necesidad de actuar especialmente sobre el componente posprandial.

CONCLUSIONES

Tras comunicación con Medicina Interna, se consensua no iniciar insulina y mantener linagliptina y canagliflozina. Se añade repaglinida antes de las comidas, con titulación según glucemias y la indicación «si no come, no toma», tras revisar posibles interacciones con el tratamiento antirretroviral. A los tres meses, HbA1c 7,7%, desaparición de la poliuria y ausencia de hipoglucemias.

La HbA1c refleja el control glucémico global, pero el análisis del perfil permite identificar qué componente requiere mayor intervención. En este caso, la revisión longitudinal en Atención Primaria evidenció un importante componente posprandial y, simultáneamente, una limitación funcional que condicionaba la seguridad de la insulinización. La demostración práctica de la técnica permitió detectar un riesgo de sobredosificación no evidente en la prescripción. La valoración longitudinal del paciente, su capacidad funcional y su entorno puede transformar una intensificación farmacológica en una intervención realmente segura e individualizada.

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
3. Sinclair A, Dunning T, Rodriguez-Mañas L. Diabetes in older people: new insights and remaining challenges. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;3(4):275-85.
4. International Diabetes Federation. Managing older people with type 2 diabetes: global guideline. Brussels: International Diabetes Federation; 2013.
5. Gómez-Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor FJ, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Med Clin (Barc). 2013;140(3):134.e1-134.e12.

Nº de Comunicaciones: 155