

# Jornadas Diabetes SEMERGEN

II Jornadas Nacionales Diabetes  
**SEMERGEN Santander**  
Hotel Bahía

21 y 22 de Marzo de 2014

**Actualización en Diabetes**



Avales científicos



Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión  
Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial



CNV 3/2014

**Jornadas Diabetes SEMERGEN**

*II Jornadas Nacionales Diabetes de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.*

Editor: Atención Primaria de Congresos S.L.

Lugar de Edición: Granada

Depósito Legal: GR 1264-2013

ISSN: 2340-339X

*Copyright 2014. Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total ó parcial de éste material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia ó cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del Copyright.*

*El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información obtenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.*

## COMITÉS

### Comité Organizador

#### Presidente

**Dr. D. Francisco Carlos Carramiñana Barrera**

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

#### Miembros

**Dr. D. Fernando Andrés Mantecón**

Médico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuerniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.

**Dr. D. José Manuel Comas Samper**

Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Carmen Huidobro Dosal**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

**Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo**

Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

**Dr. D. Guillermo Pombo Alles**

Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. Presidente de SEMERGEN-Cantabria.

**Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca**

Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Secretario General y Responsable de Congresos y Jornadas de SEMERGEN.

### Comité Científico

#### Presidenta

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

#### Miembros

**Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Alonso Fernández**

Médico de Familia. Centro de Salud de La Ería. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Vanesa Andecochea Hernández**

Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria

**Dr. D. Álvaro Pérez Martín**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de Cronicidad de SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Trinidad Soriano Llorca**

Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo Diabetes SEMERGEN.

**PATROCINADORES**



**COLABORADORES**



## INFORMACIÓN GENERAL

### Fecha de celebración y sede

21 y 22 de marzo de 2014.

#### Hotel Bahía.

Avenida de Alfonso XIII, 6

39002 Santander

Tel: 942 205000 Fax: 942 205001

[info@hotelbahiasantander.com](mailto:info@hotelbahiasantander.com)

[www.jornadasdiabetes.com](http://www.jornadasdiabetes.com)

[info@jornadasdiabetes.com](mailto:info@jornadasdiabetes.com)

### Secretaría Técnica

#### AP Congress.

C/ Narváez. 15-1º Izq. 28009 Madrid

Tfno.: 902 430 9601 Fax: 902 430 959

E-mail: [info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)



### Secretaría Técnica para asistencia al congresista

**Ubicación:** La Secretaría Técnica se encuentra situada en el **hall de la planta baja**, para, entre otras funciones, entrega de documentación, información, incidencias, nuevas inscripciones, ponentes, expositores, prensa, certificados y objetos perdidos.

### Horario de Secretaría Técnica:

**Viernes 21 de marzo: 14.00 h. – 21:00 h.**

**Sábado 22 de marzo: 08.30 h. – 14.00 h.**

### Notas importantes

- ▶ La documentación se entregará en la Secretaría Técnica a partir del **Viernes 21 de marzo** a las **14.00 hs.** Le rogamos compruebe que dispone de todos los documentos que le corresponden.
- ▶ Los congresistas deberán llevar su acreditación en lugar visible para acceder a la sede y a las sesiones científicas.
- ▶ Los teléfonos móviles deberán permanecer desconectados en todas las salas con actividades científicas.
- ▶ Cualquier variación del programa oficial o novedad que pudiera surgir será anunciada oportunamente a través del tablón de anuncios y de la propia Secretaría Técnica.
- ▶ La presentación al personal auxiliar de las invitaciones o tickets de cualquier acto será obligatoria para poder acceder a todos los actos sociales que así lo requieran.

### Acreditación

*Actividad Reconocida de Interés Científico-Sanitario por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Fecha 15/11/2013.*



*Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN: CNV 3/2014.*



*Actividad Acreditada por la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de Cantabria (Exp. nº 809-8/14).*

Tipo de Actividad	Nombre de Actividad	Horas Lectivas	Créditos
Ponencia 1	Diabetes y riesgo cardiovascular.	1 hora	0,1
Ponencia 2	Estado emocional y control glucémico. Convivir con la diabetes.	1 hora	0,1
Ponencia 3	El riñón: nueva diana terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.	1 hora	0,1
Ponencia 4	Conversaciones de expertos en torno al paciente diabético. Un enfoque multidisciplinar.	1 hora	0,1
Taller 1	¿Es posible mejorar la adherencia terapéutica de las personas con diabetes?	1 hora	0,2
Taller 2	Insulinización. Resolución de casos. Un aprendizaje reflexivo (Pun's and Den's).	1 hora	0,2
Taller 3	Simplificación del tratamiento con antidiabéticos orales. Menos es más.	1 hora	0,2
Taller 4	Beneficios de un análogo de GLP-1 semanal: Aplicaciones y uso práctico en atención primaria.	1 hora	0,2
Encuentro con el Experto	La intensificación con análogo del GLP-1 del paciente insulinizado	1 hora	0,1

### Control de Acceso

La asistencia a las actividades se controlará en la entrada y salida a las salas mediante Arcos de Control de Acceso. Para ello deberá llevar en lugar visible su tarjeta de acreditación. Sin ella, el sistema de seguridad no registrará su acceso a las salas.

El arco controla el tiempo de estancia en sala. Para recibir el certificado de Reconocimiento de Créditos de las diferentes actividades, el asistente deberá permanecer al menos el **100 % del tiempo** de duración de la sesión en la sala.

Si tiene cualquier duda o consulta, dispondremos azafatas desde 10 minutos antes del comienzo y hasta 10 minutos después del mismo en las puertas de las salas.

### Premios

Se instaurarán los siguientes premios:

- ▶ **Mejor presentación oral** en las II Jornadas Nacionales de Diabetes de SEMERGEN: **1 iPad 2 con Wifi de 16 Gb.**
- ▶ **2ª Mejor Presentación oral** en las II Jornadas Nacionales de Diabetes de SEMERGEN: **1 iPad mini con Wifi de 16 Gb.**
- ▶ **Mejor presentación póster** en las II Jornadas Nacionales de Diabetes de SEMERGEN: **1 iPad mini con Wifi de 16 Gb.**
- ▶ **Mejor presentación caso clínico** en las II Jornadas Nacionales de Diabetes de SEMERGEN: 2 inscripciones gratuitas para dos de los autores para las III Jornadas Nacionales de Diabetes 2015.

Durante el Acto de Clausura de las Jornadas se hará público el fallo y se realizará la entrega de Premios, por lo cual le rogamos su presencia en dicho acto.

**Nota 1:** Los premios previstos o alguna de sus categorías para esta edición podrán ser declarados desiertos en el caso que el Comité Científico lo considere oportuno.

### Leyenda de Acreditaciones

- **Rojo:** Comité
- **Azul:** Ponente
- **Verde:** Congresista
- **Amarillo:** Invitado
- **Malva:** Expositor
- **Gris:** Prensa
- Blanco:** Secretaría Técnica

1ª planta

PLANOS

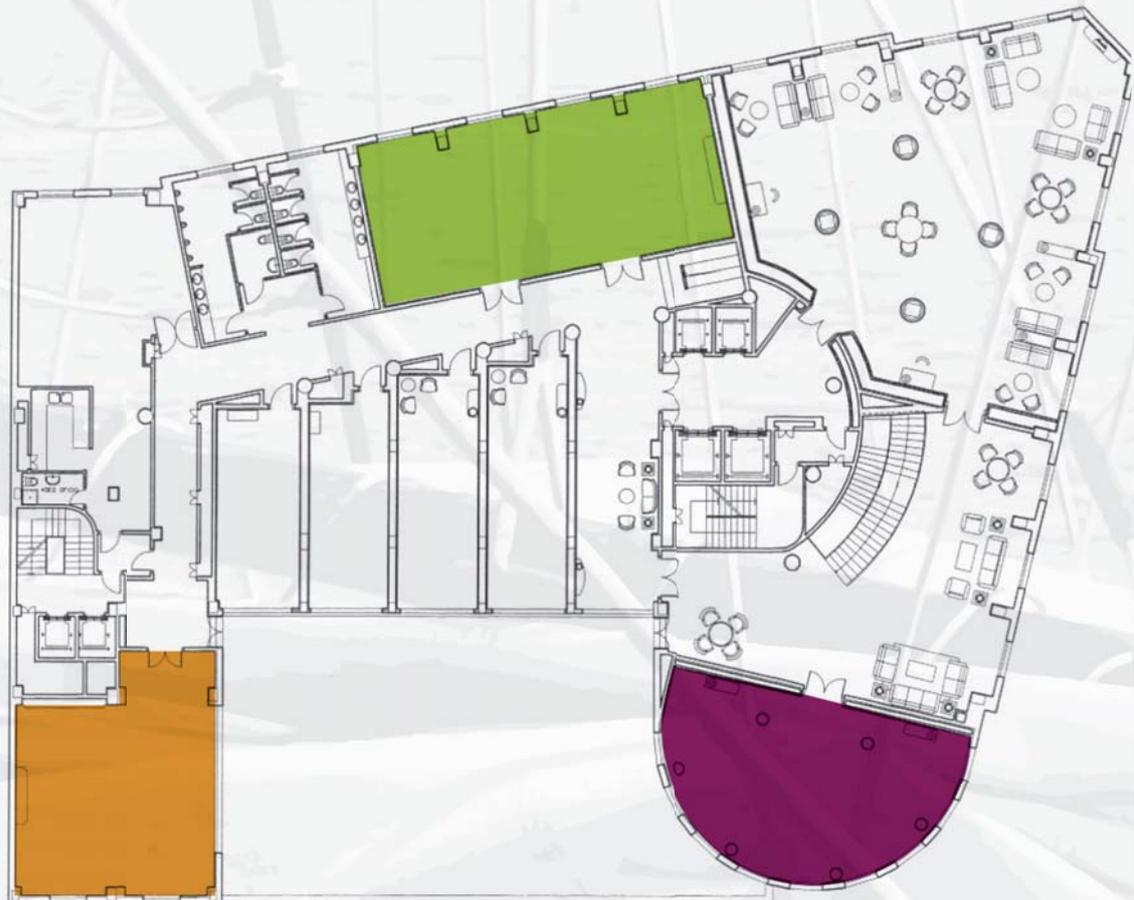
Plano de la Sede

-  *exposición comercial*
-  *salón Santillana*
-  *salón Laredo*



2ª planta

-  *salón Asturias*
-  *salón Cataluña*
-  *salón Madrid*



**Plano de Exposición Comercial**



Leyenda stands

Nº	EMPRESA
1 y 2	ASTRAZENECA
3	BOEHRINGER / LILLY
5	LILLY
6	JANSSEN
sin numerar	MSD

## PROGRAMA CIENTÍFICO

## Viernes 21 de marzo de 2013

## 16.00-16.30 h. Inauguración de las II Jornadas Nacionales de Diabetes SEMERGEN.

Salón Santillana

## 16.30-18.30 h. Sesiones de actualización: 1ª parte.

## 16.30-17.30 h. Ponencia de actualización 1: Diabetes y riesgo cardiovascular.

Salón Santillana

Moderadora:

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana de Santiago Nocito**

Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Ponente:

**Dr. D. Josep Franch Nadal**

Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Raval Sud. Barcelona.

## 17.30-18.30 h. Ponencia de actualización 2: Estado emocional y control glucémico. Convivir con la diabetes.

Salón Santillana

Moderador:

**Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera**

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Ponente:

**Sr. D. Francisco Javier Hurtado Núñez**

Psicólogo Clínico. Experto Universitario en Educación Diabetológica. Clínica de Atención Psicológica y Diabetes. Sevilla.

## 18.30-19.00 h. Pausa café//Defensa de Comunicaciones Posters. Sesión 1.

Aula virtual de posters-1ª planta

Moderadoras:

**Dra. D<sup>a</sup>. Vanesa Andecochea Hernández**

Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

## 19.00-21.00 h. Sesiones de actualización: 2ª parte.

## 19.00-20.00 h. Ponencia de actualización 3: El riñón: nueva diana terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.

Salón Santillana

Moderadora:

**Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Alonso Fernández**

Médico de Familia. Centro de Salud la Eria. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Ponente:

**Dr. D. Elías Delgado Álvarez**

Especialista en Endocrinología. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Profesor titular de la Universidad de Oviedo.

## 20.00-21.00 h. Ponencia de actualización 4: Conversaciones de expertos en torno al paciente diabético. Un enfoque multidisciplinar.

Salón Santillana

Moderador:

**Dr. D. José Luis Hernández**

Unidad de Lípidos. Departamento de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria.

Ponentes:

**Dr. D. Javier Escalada San Martín**

Especialista en Endocrinología. Departamento de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universitaria de Navarra.

**Dr. D. Luis Masana Marín**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Juan de Reus. Tarragona.

## 21.45 h. Cena de las Jornadas.

Salón Comillas

## Sábado, 22 de marzo

## 08.00-09.00 h. Defensa de Comunicaciones Orales 1.

Salón Santillana

Moderadoras:

**Dra. D<sup>a</sup>. Trinidad Soriano Llorca**

Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo Diabetes SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

## 09.00-10.00 h. Defensa de Comunicaciones Orales 2.

Salón Santillana

Moderadoras:

**Dra. D<sup>a</sup>. Trinidad Soriano Llorca**

Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo Diabetes SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

## 09.00-12.40 h. Talleres simultáneos\*

## 09.00-10.00 h. Talleres simultáneos. Sesión 1.

## 10.10-11.10 h. Talleres simultáneos. Sesión 2.

## 10.10-11.10 h. Defensa de Comunicaciones Orales 3.

Salón Santillana

Moderadoras:

**Dra. D<sup>a</sup>. Trinidad Soriano Llorca**

Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo Diabetes SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

### 11.10-11.40 h. Pausa café. Defensa de Comunicaciones Posters. Sesión 2.

**Aula virtual de posters-1<sup>o</sup> planta**

Moderadores:

**Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Alonso Fernández**

Médico de Familia. Centro de Salud de La Ería. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

**Dr. D. Álvaro Pérez Martín**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de Cronicidad de SEMERGEN

### 11.40-12.40 h. Talleres simultáneos. Sesión 3.

#### 12.45-13.45 h. Encuentro con el experto: La intensificación con análogo del GLP-1 del paciente insulinizado.

**Salón Santillana**

Moderadora:

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

Ponentes:

**Dr. D. David Ruiz Ochoa**

Especialista en Endocrinología. Hospital Torrelavega. Cantabria.

**Dra. D<sup>a</sup>. Mercedes Royano Ruiz**

Médico de Familia. Centro de Salud Astillero. Santander.

### 13.45-14.00 h. Clausura de las II Jornadas Nacionales de Diabetes SEMERGEN.

14.00 h. Cóctel de Clausura.

## Sábado, 22 de marzo

### 10.00-13.30 h. Actividades con la población. Jornadas Nacionales de Diabetes SEMERGEN.

Colegio Oficial de Médicos de Cantabria

Talleres:

#### Taller 1: Actitud ante una hipoglucemia.

Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. Carmen Huidobro Dosal**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

**Sra. D<sup>a</sup>. Emma Varona Novoa**

Enfermera. Centro de Salud Centro. Santander.

**Sra. D<sup>a</sup>. Montserrat San Martín Aparicio**

Enfermera. Centro de Salud Centro. Santander.

#### Taller 2: Cuidado del pie diabético.

Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Ángeles Puebla Alonso**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander.

**Sra. D<sup>a</sup>. Ana Ruiz Pérez**

Enfermera. Centro de Salud Centro. Santander.

**Sra. D<sup>a</sup>. Montserrat Nicolás Martínez**

Enfermera. Centro de Salud Centro. Santander.

#### Taller 3: La alimentación de la persona con diabetes.

Ponente:

**Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Manzanares Arnaiz**

Médico de Familia. SUAP Santoña. Servicio Cántabro de Salud. Secretaria de la Junta Autonómica de SEMERGEN Cantabria.

## Talleres simultáneos\*

## Taller 1

**¿Es posible mejorar la adherencia terapéutica de las personas con diabetes?****Sala Laredo**

## Ponentes:

**Dr. D. José Escribano Serrano***Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz. Miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN.***Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo***Médico de familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.*

## Taller 2

**Insulinización. Resolución de casos. Un aprendizaje reflexivo (Pun's and Den's).****Sala Madrid**

## Ponentes:

**Dr. D. Antonio Hormigo Pozo***Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.***Dr. D. José Manuel Comas Samper***Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.*

## Taller 3

**Simplificación del tratamiento con antidiabéticos orales. Menos es más.****Sala Cataluña**

## Ponentes:

**Dr. D. José Mancera Romero***Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del grupo de trabajo de Diabetes de SEMERGEN.***Dra. D<sup>a</sup>. Sonia Miravet Jiménez***Médico de Familia. Tutora docente de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona.*

## Taller 4

**Beneficios de un análogo de GLP-1 semanal: Aplicaciones y uso práctico en atención primaria.****Sala Asturias**

## Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. Olga González Albarrán***Especialista en Endocrinología. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.***Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Paz Pérez Unanua***Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.*

Se desarrollarán 4 talleres de forma simultánea que se repetirán en tres sesiones para que cada participante pueda asistir a 3 talleres.

## COMUNICACIONES ORALES

08.00 - 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones**

### Orales 1.

#### Salón Santillana

Moderadoras:

**Dra. D<sup>a</sup>. Trinidad Soriano Llorca**

*Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo Diabetes SEMERGEN.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

*Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.129/14. Málaga y Estados Unidos iguales en el tratamiento de la diabetes*

#### Autores:

(1) Antonio Hormigo Pozo; (2) José Mancera Romero; (3) José Escribano Serrano; (4) Juan Carlos Aguirre Rodríguez; (5) María Rosa Sánchez Pérez; (6) Antonio Baca Osorio.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Gudalhorce. Grupo de Trabajo Diabetes Semergen.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Grupo de Trabajo Diabetes Semergen; (3) Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz. Grupo de Trabajo Diabetes Semergen; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Grupo de Trabajo Diabetes Semergen.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

#### Resumen:

#### Objetivos

Comparar la evolución en la utilización de fármacos hipoglucemiantes entre Málaga y Estados Unidos.

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal. Se comparan la evolución en la utilización de los fármacos hipoglucemiantes, años 2008 y 2012, entre Málaga y Estados Unidos.

Málaga.

373 médicos. Los datos se presentan como dosis diaria definida (DDD)/1.000 habitantes y día. Para la comparación se tienen en cuenta los porcentajes de cada grupo sobre los totales de la DDD. de Medidas de frecuencia.

Estados Unidos.

Muestra por conglomerados de 3.500 médicos de todo el país, eligiéndose dos días consecutivos de cada trimestre durante un año. Como unidad de análisis se utiliza la "visita tratamiento", definida como aquella visita médica en la que un paciente es tratado con algún fármaco para la diabetes. Para la comparación se analiza el porcentaje de pacientes que es tratado en cada visita. Medidas de

frecuencia.

Agrupamos los fármacos en biguanidas, sulfonilureas, glitazonas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa (iDPP4), análogos del glucagon-like peptide-1 (GLP1) e insulinas.

#### Resultados

En Málaga la metformina pasó del 36% en el año 2008 al 47% en el año 2012 (crecimiento del 11%), las sulfonilureas del 26 al 15% (descenso del 11%), las glitazonas pasaron del 8% al 0,8% (disminución del 7%), los iDPP4 subieron del 1 al 10% (incremento del 9%), los GLP1 pasaron del 0 al 0,9% y las insulinas del 31 al 30%. En Estados Unidos, en los mismos años, la metformina pasó del 45 al 53% crecimiento del 8%), las sulfonilureas del 28 al 26% (descenso del 6%), las glitazonas pasaron del 30 al 16% (disminución del 14%), los GLP1 se mantuvieron en el 4% y las insulinas no variaron del 26%.

#### Conclusiones

Teniendo en consideración las diferencias de prestación sanitaria entre ambos sistemas, la evolución en la utilización de los fármacos hipoglucemiantes es similar en Málaga y Estados Unidos.

## 129/19. Enfermedad arterial periférica oculta. Utilidad del índice tobillo/brazo como método de screening.

#### Autores:

(1) M<sup>a</sup> Isabel Fernández Cañaveras; (2) Sonia Fernández García; (1) David Gerardo De Diego Sierra; (3) Clemente Izquierdo del Reino; (4) Alberto Jurado del Toro; (5) Francisco J Bustos Zamora.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Manzanares 1. Ciudad Real; (2) Enfermera. IDC Salud. Ciudad Real; (3) Enfermero. Centro de Salud Manzanares I. Manzanares. Ciudad Real; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Corral. Corral de Calatrava. Ciudad Real; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bolaños. Bolaños de Calatrava. Ciudad Real.

#### Resumen:

#### Objetivos

El objetivo de este estudio es la detección de enfermedad arterial periférica(EAP) asintomática en pacientes con alto riesgo de sufrirla.

#### Metodología

Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron 223 pacientes mediante muestreo no probabilístico consecutivo durante el periodo de junio de 2012 a junio de 2013. Se incluyeron pacientes sin EAP conocida con: edad > 70 años, 50-69 años fumador o diabético, 40-49 años diabético y al menos otro factor de riesgo de arteriosclerosis, pacientes con síntomas compatibles,

pacientes con pulsos anormales en extremidades inferiores y pacientes con enfermedad arteriosclerosa en otros territorios. Se determinó el índice tobillo/brazo (ITB) mediante tensiómetro digital de cuatro manguitos con función ITB (WatchBP office).

#### Resultados

Se incluyeron 124 hombres (55,6%) y 99 mujeres (44,4%). La edad media fue de  $68,6 \pm 10,59$  años. El criterio de inclusión más frecuente fue "paciente de 50 a 69 años fumador o diabético" ( $n=105$ ). El 93,7% ( $n=209$ ) no presentaban claudicación intermitente (Cuestionario de Edimburgo). Todos los pulsos eran palpables en el 87,9% ( $n=196$ ). El 93,7% ( $n=209$ ) presentaban un grado I en la Clasificación de Leriche-Fontaine. Se detectó un ITB patológico en el 42,6% de los pacientes ( $n=95$ ), y en 24 pacientes (10,8%) el ITB era  $<0,90$ .

Los pacientes con ITB patológico fueron de media 5,95 años mayores que los que lo tenían normal. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de los distintos factores de riesgo cardiovascular, incluida la diabetes mellitus, y la prevalencia de EAP (ITB  $<0,90$ )

#### Conclusiones

La prevalencia de un ITB bajo o patológico es elevada en población asintomática con alto riesgo de padecer EAP. El ITB es un método de alto rendimiento diagnóstico, fácil de realizar y con una elevada sensibilidad, que nos permite diagnosticar de manera precoz la existencia de EAP oculta y mejorar la estratificación del riesgo vascular de esta población.

### 129/26. Características de los pacientes con retinopatía diabética en Atención Primaria

#### Autores:

(1) Sonia Miravet Jiménez; (2) Celia Cols Sagarra; (1) Tamara Herández Jiménez; (1) Sonia Del Consuelo Corzo; (1) Maite Juan Querol; (1) Cristina Paino Martín.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Urbano. Barcelona; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud Gelida. Barcelona.

#### Resumen:

#### Objetivos

Determinar las características demográficas, grado de control y factores relacionados con la presencia de retinopatía diabética (RD) en pacientes con DM2 en un centro de atención primaria. Analizar relación existente entre las complicaciones propias de la DM2.

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de Atención Primaria. Se incluyeron pacientes con DM2 y RD. Variables estudiadas: datos sociodemográficos, años evolución DM2, enfermedad cardiovascular (IAM, EAP, IC, AVC), grado de RD y/o edema macular diabético (EMD), datos de laboratorio (HbA1c, c-LDL, FG) y tratamiento hipoglucemiante. Análisis estadístico: variables cualitativas (proporciones) y cuantitativas (media y dispersión). ANOVA.

#### Resultados

$N=132$ . Edad media:  $70,55(DE10,53)$  años. 56,1% mujeres. Años evolución DM2:  $12,41(DE7,66)$ . 90% de pacientes eran hipertensos. 9,8% fumadores. IAM:19,7%. AVC:12,9%. IC:12,2%. EAP:8,3%. HbA1c:  $7,66\%$  ( $DE1,48$ ). c-LDL:  $94,97$  mg/dL ( $DE35,10$ ). 48,5% presentaban HbA1c  $>7\%$ . 71,3% tenía FG  $>60$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>. 46,9% presentaban RDNP leve, 26,2% RDNP moderada y 16,2% RDP. Tratamientos: 81,1% Metformina, 23,5% IDPP4, 20,5% Sulfonilureas. Insulinizados: 68,9%.

FG  $>60$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>: 61,1% de pacientes con RDNP grave+RDP+EMD, 75,5% de RDNP leve y el 70,4% de RDNP moderada. 80% de pacientes del grupo con mayor grado de RD estaban insulinizados. No diferencias en grado de RD por sexos. De los pacientes sin HTA el 92,3% tenían RDNP leve ( $p:0.015$ ). No encontramos diferencias entre tipo de retinopatía y número de eventos cardiovasculares (eventos:  $0,53(DE0,75)$ ). Mayor HbA1c se asociaba a RDNP grave (8,26% ( $DE1,6$ )). A más años de evolución, mayor gravedad de RD: RDNP leve ( $11,95(DE6,93)$ ) a EMD ( $16,14(DE12,60)$ ), sin significación.

Diferencia de  $47,30$  mg/dL de c-LDL entre RDNP grave y RDNP leve ( $p0.043$ ).

#### Conclusiones

Los pacientes con RD eran de edad avanzada y larga evolución de la DM2. La mayoría presentaban RDNP leve. Un porcentaje elevado de pacientes estaba insulinizado y presentaban RD más grave. Sólo el 51,5% presentaba buen control glucémico. No se ha relacionado la RD con ECV ni disminución del FG.

### 129/32. Presencia y grado de control de factores de riesgo cardiovascular en personas con diabetes tipo 2 atendidas en consultas de Atención Primaria. Estudio DIABCONTROL

#### Autores:

(1) José Javier Mediavilla Bravo; (2) Diego Gonzalez Segura; (3) Antonio Pérez Pérez; (4) Margarita Alonso Fernández; (5) Celia Cols Sagarra; (6) Sonia Miravet Jiménez.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro Salud Burgos Rural. Burgos; (2) Médico de Familia.; (3) Endocrinólogo; (4) Médico de Familia. Centro Salud La Eria. Oviedo; (5) Médico de Familia. Área Básica de Salud Gelida. Barcelona; (6) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Urbano. Barcelona.

**Resumen:****Objetivos**

Conocer la prevalencia y el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en personas con diabetes tipo 2 atendidos en consultas de Atención Primaria.

**Metodología**

Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico con muestreo consecutivo en consultas de AP en España. Se estudiaron 5591 pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2 de más de 1 año de evolución y tratamiento antihiper glucemiante desde al menos 3 meses antes. Los datos fueron recogidos por el investigador en una única visita.

**Resultados**

De las personas incluidas en el estudio el 74,7% eran hipertensos el 72,9 presentaban dislipemia, el 72,9%, el 54,1% tenían obesidad abdominal y el 14,8% eran fumadores.

Los objetivos de control en cuanto al colesterol total <200 mg/dl lo alcanzaban el 60,3% de los pacientes incluidos en el estudio, los objetivos de LDL colesterol <100 mg/dl el 39,3 %, los de HDL colesterol >40 mg/dl en varones y >50 mg/dl en mujeres el 58,2 %, los triglicéridos <150 mg/dl el 58,2%, la presión arterial inferior a 140/90 mmHG el 61,1 %, el índice masa corporal inferior a 25 Kg/m<sup>2</sup> un 14 % y un perímetro abdominal <102 cm en varones y <88 cm en mujeres un 29.9 %.

**Conclusiones**

La mayor parte de las personas con diabetes presentan uno o más factores de riesgo cardiovascular. El control de estos factores de riesgo entre las personas con diabetes atendidas en Atención Primaria es manifiestamente mejorable.

## 129/33. La Diabetes en la vida real del Campo de Gibraltar.

**Autores:**

(1) José Escribano Serrano; (2) Cristina Casto Jarillo; (3) María Isabel Mendez Esteban; (4) Lourdes García Domínguez; (5) Carolina Payá Giner; (6) Alfredo Michan Doña.

**Centro de Trabajo:**

(1) Unidad de Gestión Clínica de San Roque. Cádiz; (2) Unidad de Gestión Clínica Laboratorio. Hospital de La

Línea; (3) Unidad de Gestión Clínica Farmacia. AGS Campo de Gibraltar; (4) Unidad de Gestión Clínica Poniente. La Línea. Cádiz; (5) Unidad de Gestión Clínica Farmacia. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz; (6) Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna. Hospital de Jerez. Universidad de Cádiz.

**Resumen:****Objetivos**

La diabetes tiene líneas de actuación bien definidas en las principales guías de práctica clínica. Actualmente se generan una gran cantidad de datos sobre las actuaciones del médico de familia y una adecuada auditoría puede proporcionar una mejora de la atención.

Objetivo: Describir las características de pacientes tratados con fármacos A10 en nuestra área.

**Metodología**

Estudio de las prescripciones A10 durante cuarto trimestre de 2013. Cruzado con el estudio de las determinaciones de A1c realizadas durante Dic 12 a Ene 14 en Laboratorio de H. de La Línea (Cádiz).

**Resultados**

Durante el periodo se encontraban en tratamiento con fármacos A10: 6264 pacientes mayores de 14 años (prevalencia estimada 7%). 51% mujeres. Un 25% de los pacientes tiene más de 76 años, el 50% más de 68 años, el 75% más de 59 años y el 90% más de 49 años.

El 86,5% (5451) de los pacientes utiliza fármacos orales (TO), 4606 (76,5%) sólo orales y 845 (13,5%) combinados con insulina, mientras el 13% (813) usa únicamente insulinas (TI).

De los 5451 TO, el 48,4% tomó un fármaco, el 33,5% dos y 18,1% tres o más. Estando la metformina presente en el 75%, el 87% y el 91% respectivamente.

En los 5451 TO, NO había una A1c en 1107 (21%), una única determinación en 2552 (49%) y el 30% tenía varias realizadas. Los resultados de A1c fueron: 6,7% para un fármaco, 7,5% para dos, y 8,2% para tres o más. Por grupo de edad, la A1c media va descendiendo desde el 7,55% los más jóvenes hasta el 7,01% en los mayores de 80 años.

**Conclusiones**

Los pacientes tienen una avanzada edad El uso de metformina es adecuado. La determinación de A1c no es adecuada. Sus resultados son paradójicos: A mayor número de fármacos y a menor edad son más decepcionantes.

### 09.00-10.00 h. Defensa de Comunicaciones

**Orales 2.****Salón Santillana****Moderadoras:****Dra. D<sup>a</sup>. Trinidad Soriano Llorca**

Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo Diabetes SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

## 129/1. ¿Se puede diagnosticar un cáncer de páncreas por una hiperglucemia basal?

**Autores:**

(1) Diego Murillo García; (1) José Carlos Risco Solanilla; (1) Paola Garcia Flores; (2) Boris Gonzalez Candia; (3) Maria Francisca Delgado Tolosa; (4) Juan Luis Martin Gragera.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (2) Médico Residente de Nefrología. Badajoz; (3) Enfermera. Badajoz; (4) Enfermero. Badajoz.

**Resumen:****Descripción del caso**

Varón de 54 años, en tratamiento con atorvastatina 40 mg/día. Factores de riesgo: Fumador importante 25/30 cigarrillos al día, bebedor habitual. Presenta una obesidad tipo 1 y estilo de vida sedentario. El padre falleció joven, antes de los 50 años, por causa cardiaca. La madre falleció a los 66 años por cáncer de mama. Tiene dos hermanos vivos y sanos. Acude a nuestra consulta, al detectarse en una glucemia al azar una cifra de 456 mg/dl.

**Exploración y pruebas complementarias**

Presenta un buen estado general, destaca aumento del perímetro abdominal, con obesidad central (IMC de 31.67 kg/m<sup>2</sup>). El resto de la exploración es prácticamente anodina, destaca ligeras molestias a nivel de epigastrio. Solicitamos en consulta una nueva glucemia capilar, en la que obtenemos un resultado de 387mg/dl. Además solicitamos analítica completa, con HbA1c. Antes de irse, le indicamos que debe hacer cambios en su estilo de vida, es fundamental que comienza a realizar una alimentación sana y equilibrada, ejercicio físico, que abandone el tabaco y alcohol, y además pautamos tratamiento con metformina ½ comprimido con cada comida.

El paciente vuelve una semana después, para ver los resultados analíticos, nos cuenta además que se siente peor, que tiene intolerancia a la comida, que en primer lugar nos hace pensar en una intolerancia a la metformina, y nos indica que el dolor a nivel de epigastrio de hace mas de 2 meses, que no le había dado importancia, pero que últimamente va a mas. Añade que ha perdido peso, 7 kg en los meses previos, pero que en esta semana ha perdido

otros 3.

En la analítica destaca: HB de 9.7 mgr/dl con Htco de 29%, HCM y VCM bajos, HbA1c 7.5% y resto de pruebas dentro de lo esperado.

**Juicio Clínico**

Diabetes tipo 2 mal controlada. Síndrome constitucional con anemia hipocroma microcítica. Hepatopatía alcohólica, Obesidad tipo 1. Hiperlipemia

**Comentario final**

Ingreso, el paciente continúa con dolor ya de intensidad importante a nivel de epigastrio, con náuseas y vómitos copiosos, a pesar de haber suspendido el tratamiento con ADOs.

Nueva analítica: aumento de bilirrubinas, de transaminasas y marcador C19.9 elevado.

Se realiza un Tc de abdomen en el que se informa de: masa de 54mmx34 mm a nivel de cabeza de páncreas.

**Juicio clínico:**

Hiperglucemia secundaria a cáncer de páncreas.

A la pregunta que da nombre a nuestro caso clínico, de si es posible diagnosticar un cáncer de páncreas por una glucemia basal, hay que responder que no, es completamente imposible realizar un diagnóstico de certeza en base a esa prueba, no obstante si se puede sospechar, dado el cuadro constitucional que presentaba nuestro paciente, y la falta de concordancia entre las cifras basales y HbA1c, provocado por la presencia de la anemia, además del dolor de larga evolución. Todo ello nos puede poner en alerta de la posibilidad de que la diabetes sea un síntoma de una enfermedad mucho más compleja.

**Bibliografía**

- 1- Wolpin BM, insulin resistance, impaired pancreatic  $\beta$ -cell function, and risk of pancreatic cancer. J Natl Cancer Inst. 2013 Jul 17;105(14):1027-35. doi: 10.1093/jnci/djt123.
- 2- Muniraj T, Chari ST. Diabetes and pancreatic cancer. Minerva Gastroenterol Dietol. 2012 Dec;58(4):331-45. Review. PubMed PMID: 23207610.

## 129/4. Diabetes oculta y estados prediabéticos en pacientes con sobrepeso

**Autores:**

(1) Rocío Ruiz Huertas; (2) Alejandra Segado Torres; (1) Miryam Llorca Defior.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Hospital Getafe. Madrid.; (2) Médico. Hospital de Getafe. Madrid.

**Resumen:****Objetivos**

Conocer la incidencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado no diagnosticadas entre los pacientes con sobrepeso u obesidad de un cupo de Atención Primaria.

Proponer medidas que eviten en desarrollo de la enfermedad y complicaciones diabéticas y cardiovasculares.

**Metodología**

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo de una muestra de pacientes con un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>, los que presentaban una glucemia basal <126 mg/dl se sometían a una sobrecarga oral con 75 gr de glucosa y se controlaban a las 2 horas.

**Resultados**

Se seleccionaron 124 sujetos, se ha encontrado diabetes que no era conocida en un 6% y estados prediabéticos en el 51%, existiendo una correlación estadísticamente significativa entre el IMC y la respuesta a la sobrecarga de glucosa

**Conclusiones**

Los estados prediabéticos están actualmente considerados como factor de riesgo cardiovascular independiente, y están en su mayor parte sin diagnosticar ni tratar, al igual que muchos casos de diabetes. El elevadísimo coste en recursos humanos y económicos que supone el tratamiento de la diabetes y de sus complicaciones hace que sea necesario adoptar medidas que desde Atención Primaria permitan una correcta y precoz intervención, para ello deben modificarse las carteras de servicios para permitir un diagnóstico y tratamiento adecuado de estos procesos, considerando básica la intervención sobre la obesidad

**129/10. Ventajas del uso de la hba1c en la consulta de Atención Primaria****Autores:**

(1) Mercedes Martínez González; (2) Jesús Javier López Hernández; (3) Asunción Sanchez Garcia; (3) Blanca Rosa Gutierrez Odriozola; (3) Estefanía Fernández López; (4) Pedro Muñoz Cacho.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria; (2) Enfermero. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria; (3) Enfermera. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria; (4) Técnico de Salud Pública. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria.

**Resumen:****Objetivos**

Determinar el grado de utilización de la HbA1c capilar en un centro de salud rural

Determinar la evolución y el grado de control, utilizando como parámetro la HbA1c.

Determinar si a mayor número de determinaciones de Hba1c capilar, mejor control.

**Metodología**

Se realizaron 992 pruebas capilares, correspondientes a 289 pacientes diabéticos, que acudían a control rutinario de su diabetes, durante 4 años consecutivos. Se utilizó un analizador DCA Vantage Analyzer (Siemens), que tarda 6 minutos en realizarla. Las determinaciones se realizaron aprovechando las visitas de control, sin aumentar el número ni la duración de las mismas.

**Resultados**

El 64% de los pacientes tenían 2 o más controles capilares, y el 10% más de 8 controles. De los que tenían más de 2 controles, el 5% tenían más de 8 controles (2 por año). La HbA1c media del total de los pacientes, fue de 7,4% al inicio y 6,9% al final (mediana inicio 6,8%, final 6,8%). Observamos una tendencia entre los que tenían más de 8 controles a presentar HBA1c más bajas al final \*( p= 0,021 , p=0,017)

**Conclusiones**

El uso de HbA1c capilar en la consulta permite modificar tratamientos de manera eficaz y cómoda tanto para el profesional como para el paciente. Observamos la eficacia de esta prueba como herramienta de modificación de tratamiento, ya que los pacientes con más determinaciones, posiblemente por inadecuado control, tenían HbA1c menores significativas al cabo de 4 años. La consideramos una herramienta básica en la consulta de Atención Primaria para el seguimiento y buen control del diabético

**129/11. HBA1c capilar: aumento de la eficiencia en el control del diabético en Atención Primaria****Autores:**

(1) Jesús Javier López Hernández; (2) Mercedes Martínez González; (3) Asunción Sanchez Garcia; (3) Blanca Rosa Gutierrez Odriozola; (3) Maria Yolanda Raya Martin; (4) Pedro Muñoz Cacho.

**Centro de Trabajo:**

(1) Enfermero. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria; (3) Enfermera. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria; (4) Técnico de Salud Pública. Centro de Salud Pisueña-Cayon. Cantabria.

**Resumen:****Objetivos**

La hemoglobina glicosilada (HbA1c) nos permite conocer IDeterminar el grado de utilización de la HbA1c capilar

para control de los pacientes diabéticos en un centro de salud rural.

-Determinar el costo-beneficio de la utilización de la HbA1c capilara evolución de los pacientes diabéticos.

#### Metodología

Se realizaron 992 pruebas capilares, correspondientes a 289 pacientes diabéticos, que acudían a control rutinario de su diabetes, durante 4 años consecutivos. Se utilizó un analizador DCA Vantage Analyzer (Siemens), la prueba tarda 6 minutos en realizarse. Se determinó el coste de una HbA1c capilar en 4,7€, y de la HbA1c venosa en 9€ (5,6€ la propia determinación, y el resto coste del personal, tubo, envío etc). Cada consulta de enfermería tiene un coste de 16,14€, y una consulta médica de 31,92€. (BOC nº85, 5-Mayo-2011)

#### Resultados

Con cada determinación hemos evitado 2 visitas al paciente (1 para extracción y otra de resultados con enfermería y/o médico) lo que supone un monto de 8.928€ en extracciones + un importe entre 16.010€ y 31.664€ dependiendo de qué profesional proporcione los resultados (total entre 24.938€ y 40.592€ frente a 4.662€ de la HbA1c capilar), sin contar los costes del desplazamiento de los pacientes al centro de salud. Por lo tanto la utilización de la determinación capilar abarata los costes de la prueba entre un 81% y un 88%.

#### Conclusiones

El uso de HbA1c capilar aporta eficiencia en la consulta, por la posibilidad de toma de decisiones en el mismo momento de su realización, es mas barata que la venosa y ahorra incomodidades al paciente, siendo una herramienta básica para la evaluación del grado de control del diabético. Consideramos que la implantación en los centros de salud de autoanalizadores automáticos de HbA1c capilar es fundamental para el seguimiento de los pacientes diabéticos.

### 10.10-11.10 h. Defensa de Comunicaciones Orales 3.

#### Salón Santillana

Moderadoras:

**Dra. D<sup>a</sup>. Trinidad Soriano Llorca**

*Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo Diabetes SEMERGEN.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

*Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.*

### 129/20. Control de la presión arterial en España en pacientes con hipertensión y diabetes: Inercia diagnóstica y terapéutica.

Autores:

(1) Alfonso Barquilla García; (2) María Isabel Candelario Moreno; (3) José Polo García; (4) José María Fernández Toro; (5) Alberto Galgo Nafría; (6) Lisardo García Matarín.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Trujillo. Cáceres; (2) Médico Residente de Medicina de Familia. Equipo de Atención Primaria Villanueva de la Serena. Badajoz; (3) Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Casar de Cáceres. Cáceres; (4) Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Zona Centro. Cáceres; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid; (6) Médico de Familia. Unidad de gestión clínica de Vicar. Almería.

#### Resumen:

#### Objetivos

Conocer la valoración y la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria ante el hallazgo en sus pacientes diabéticos de cifras de presión arterial (PA)  $\geq$  140/90 mmHg.

#### Metodología

Estudio transversal, multicéntrico que incluyó a hipertensos diabéticos, reclutados mediante muestreo consecutivo por médicos de familia de toda España en Junio de 2010.

#### Resultados

Se evaluaron 3993 sujetos. Se encontraron 1742 (68,6%) con cifras de PA superiores a 140/90mmHg. Los médicos percibían que había buen control en el 29,6% de los casos y no introducían cambios terapéuticos. Del resto de casos, 70,1%, asumidos como mal controlados por los propios médicos, se introducían cambios en el 50%. La opción más frecuente era añadir otro fármaco (71,8%), frente a un aumento de dosis (27,5%) y cambio de fármaco (0,7%).

#### Conclusiones

Los médicos de atención primaria ante el hallazgo en pacientes hipertensos diabéticos ya conocidos y tratados de cifras PA superiores o iguales a 140/90 no reconocen como mal controlado a uno de cada tres pacientes, y no introducen cambios terapéuticos en dos de cada tres. Cuando deciden hacer cambios, añadir otro fármaco es la opción más frecuente.

### 129/21. Diabetes en la escuela

Autores:

(1) Lorena Campo Alegría; (2) Clara Fernández Pereda; (3) Jesús Javier López Hernández; (4) María del Puerto Fernández Vega; (5) Inmaculada Peñalba Sainz; (6) Mercedes Martínez González.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Sustituta. Sistema Cántabro de

Salud; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pisueña Cayón. Cantabria; (3) Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Pisueña Cayón. Cantabria; (4) Enfermera Pediatría. Centro de Salud San Vicente. Cantabria; (5) Enfermera Pediatría. Centro de Salud Santoña. Cantabria; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña Cayón. Cantabria.

#### Resumen:

#### Objetivos

Formar a profesores de 4 colegios de primaria de Cantabria en diabetes.

Familiarizarles con el uso de los glucómetros, insulina y glucagon.

Protocolos de actuación en caso de urgencia niño diabético.

#### Metodología

Se realizaron talleres de 90 min. Con 56 profesores de primaria de 4 colegios de Cantabria que habían tenido niños con debut diabético ese año.

Se realizó un test antes de comenzar para comprobar nivel de conocimientos sobre diabetes en el profesorado.

Se impartió un taller teórico-práctico.

Se realizó un segundo test al finalizarlo para comprobar grado de conocimientos, opiniones y satisfacción de los asistentes

#### Resultados

El 67.9% tenía algún conocimiento sobre la enfermedad, pero sólo el 16.1% podía definirla correctamente. El 35,7% tenía un familiar o alumno diabéticos. Al 17.9% le habían realizado alguna glucemia capilar antes, y sólo el 10,7% se la habían realizado a otra persona. Tras el taller el 96.2% se sentía capaz de realizar una glucemia capilar y administrar glucagón en caso de hipoglucemia grave.

#### Conclusiones

Con una sencilla intervención en una población de docentes seleccionados por tener alumnos diabéticos, se consiguió una respuesta adecuada y satisfactoria que les permitirá saber actuar ante situaciones de riesgo vital como son las hipo e hiperglucemias.

Pudimos intercambiar opiniones y aclarar conceptos sobre una enfermedad con una población diferente de los pacientes de la consulta de AP.

## 129/40. Estudio de la prevalencia de la enfermedad renal crónica en una población de diabéticos tipo 2 de larga evolución

#### Autores:

(1) Francisco Antonio García Gallego; (2) Nicolas Matias Orozco; (3) Jose Fernando Perez Castán; (4) Laura Baños

Regalado; (4) Miguel Angel Velasco Bernarndo; (1) Candido Mena García.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Don Benito Este. Don Benito Badajoz; (2) Medico Residente 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Benito Este. Don Benito Badajoz; (3) Tecnico de Salud de Area. Centro de Salud Don Benito Este. Don Benito Badajoz; (4) DUE. Centro de Salud Don Benito Este. Don Benito. Badajoz.

#### Resumen:

#### Objetivos

Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en nuestra población diabética tipo 2 (DM 2) de larga evolución, con un mínimo de 10 años de evolución.

#### Metodología

Estudio observacional y transversal, usando como fuente de datos las historias clínicas de 136 pacientes con DM2 de las dos zonas básicas de salud de Don Benito, que tuvieran datos analíticos de al menos un año antes del estudio y al menos 10 años de evolución desde el diagnóstico. Para la evaluación de la ERC se han seguido los criterios del Kidney Disease Global Outcomes 2012 (KDIGO 2012). El filtrado Glomerular (FG) se ha estimado mediante el método MDRD 4 y la eliminación renal de proteínas mediante el coeficiente Alb/creat en la primera orina de la mañana. Para el análisis estadístico se ha usado el paquete informático SPSS.

#### Resultados

Se han evaluado 136 pacientes 57 hombres (41,9 %) y 79 mujeres (58,1 %). Edad media de 74,22 años, DT 2,24. Tiempo medio de evolución de la diabetes, 17,11 años, DT 2,35. En estadio 1: 42 pacientes (30,8 %), Estadio 2: 58 pacientes (42,6 %). Estadio 3 A: 27 pacientes (19,8 %). Estadio 3B: 7 pacientes (5,1 %) y Estadios 4-5: 2 pacientes (1,4 %). 36 pacientes (26,4 %) tiene un FG < 60 ml/m.

#### Conclusiones

la Prevalencia de ERC y de Insuficiencia Renal es alta en nuestros pacientes, uno de cada cuatro presenta una significativa disminución del FG (< 60 ml/m), lo cual tiene importantes implicaciones clínicas y terapéuticas

## 129/42. Paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 y disnea atípica.

#### Autores:

(1) Karina Reynoso de los Santos; (2) Ruben Cristino Fuentes Mendoza; (2) Wally Joel Reynoso Heinsen; (2) José Luis Gomez Rodriguez; (2) Sonia C. Lagares Abreu; (2) Alba G. Lorenzo Valdez.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de salud La Puebla de Montalban. Toledo; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud La Puebla de Montalban. Toledo.

**Resumen:****Descripción del caso**

Paciente de 70 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2(DM2)presenta desde hace 15 días disnea con reagudizaciones y tos. No disminución de la diuresis, ni dolor torácico, no relación con esfuerzos, no hemoptisis. Antecedentes personales: Exfumador 88 paquetes/año. Hernia hiatal, reflujo gastroesofagico severo. DM2 desde hace 3 años. Hipertensión arterial. Obesidad grado I. Tratamiento: Omeprazol 20 mg 1/12 horas, Lisinopril 20 mg 1/24 horas Y Metformina 850 mg 1/12 horas.

**Exploración y pruebas complementarias**

Auscultación cardiopulmonar anodina, no edemas, afebril y buena saturación de oxígeno.

Se realiza electrocardiograma sin alteraciones y solicitamos radiografía de tórax (RX) preferente y espirometría.

En espera de realizar pruebas solicitadas sufre otra reagudización y es derivado a urgencias hospitalaria. Ingresa con sospecha de neumonía hallando en RX masa en lóbulo derecho, con neumonitis distal, realizando broncoscopia con biopsia positiva para carcinoma epidermoide.

Alta hospitalaria con ciclos de quimioterapia precisando insulino terapia (insulina Lispro mezcla 25/75 20-0-14) combinada con metformina para buen control glucémico, retirada los días de ciclos.

Posteriormente, Tomografía Axial Computarizada (TAC) con masa en región pancreático-duodenal de origen neoplásico confirmado con PET-TAC e ingreso por cuadro de suboclusión intestinal con implantación de endoprótesis y mejoría notable.

Se suspende Metformina y se pauta analgesia con opiodes, Dexametasona 4mg/12 horas y cambio a insulina Lispro mezcla 50 12-12-0 e insulina Lispro mezcla 25 0-0-15.

Ultima analítica: Glucemia basal: 162mg/dl, HbAc: 8.7%, colesterol total 219mg/dl, creatinina 1,19mg/dl, urea 42mg/dl, cociente albumina/creatinina 82mg/dl y filtrado glomerular (MDRD-4)58

**Juicio Clínico**

DM2 con mal control metabólico.  
Carcinoma de Pulmón con metástasis.

**Comentario final**

Estado general aceptable, y en el último hace 10 días presentó episodios de vómitos, manteniendo tolerancia oral. Buena adherencia y cumplimiento terapéutico con excelente apoyo familiar.

Se propone al paciente cambio de pauta de insulina con mezclas a bolo-basal, rechazando esa posibilidad por precisar más controles, riesgo de hipoglucemia y mayor dependencia familiar.

Dejamos el mismo tratamiento y se adiestra a la familia en correcciones con insulina rápida explicando las pautas a seguir y ajustes de insulina.

La prioridad esencial se orientó a asegurar la mejor calidad de vida, minimizando los riesgos de iatrogenia y especialmente hipoglucemias o hiperosmolaridad por el tratamiento con insulina, y labilidad glucémica por el daño pancreático y tratamiento corticoideo con un patrón típico, dualidad de difícil resolución.

Planteamos como objetivos preprandiales 150mg/dl y postprandiales de 200mg/dl, con apoyo y abordaje educativo global, brindando la idoneidad en el tratamiento de un paciente oncológico con esperanza de vida limitada y diabético.

**Bibliografía**

1. San Miguel, F. Manejo de la hiperglucemia secundaria a corticoides. AV diabetol. 2006; 22(3)194-199.

2. Maddison AR, Fisher J, Johnston G. Preventive medication use among persons with limited life expectancy. Prog Palliat Care

2011;19:15-21

## COMUNICACIONES PÓSTERS

## Viernes 21 de Marzo

## 18.30-19.00 h. Defensa de Comunicaciones Posters. Sesión 1. Tótem 1.

**Aula Virtual de posters (1ª planta)**

Moderadores:

**Dra. D<sup>a</sup>. Vanesa Andecochea Hernández**

Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

## 129/2. Acidosis láctica en paciente tratado con Metformina.

**Autores:**

(1) José Carlos Risco Solanilla; (1) Diego Murillo García; (1) Raquel Cobos Cuesta; (1) Antonio Victor Bazo Fariñas; (2) Maria Francisca Delgado Tolosa; (1) Mariano Murillo Torrado.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Área de Salud de Badajoz; (2)

Enfermera. Área de Salud de Badajoz.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

Varón de 80 años con AP de HTA, dislipidemia, DM II con metformina, EPOC, insuficiencia renal crónica, demencia y artrosis. Acude a urgencias por vómitos, diarrea, anorexia, oliguria y empeoramiento del estado general de 6 días de evolución.

#### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración consciente, taquipneico, bien hidratado, con SatO<sub>2</sub> 95%, presión arterial 130/70 mmHg, auscultación cardíaca rítmica, auscultación cardiorrespiratoria con disminución del murmullo vesicular, con ligeras molestias a la palpación profunda abdominal y signos de insuficiencia venosa en miembros inferiores. En la analítica realizada en urgencias y en comparación con analíticas previas destaca un empeoramiento agudo de la función renal, cifra de glucemia levemente elevada, leucocitosis con neutrofilia, alteración transaminasas y en la gasometría pH de 7,2 y bicarbonato 19. Como pruebas complementarias se realizó radiografía de tórax, normal; electrocardiograma con ondas T picudas y ritmo sinusal; Orina normal.

#### Juicio Clínico

Acidosis láctica

#### Comentario final

Se procedió a retirada de metformina y aporte de líquidos vía intravenosa para mejorar insuficiencia renal y remove la metformina y acidosis. El tratamiento antidiabético se realizó con insulina. Tras 7 días de ingreso, dado de alta con función renal similar previa a su ingreso, transaminasas normalizadas, cifras de glucemias de 140 mg/dl y resto de valores dentro de la normalidad.

La metformina aumenta la acción de insulina. Se absorbe rápidamente en intestino delgado, no se une a proteínas y se elimina por orina.

Sus efectos secundarios más frecuentes son los gastrointestinales (náuseas, diarrea...), pero su efecto secundario más grave es la acidosis láctica. En una revisión de 176 estudios que incluían a 17.156 pacientes que tomaban metformina, no hubo casos de acidosis láctica, lo que indica que es una complicación extremadamente rara. Cuando ocurre suele ser por factores que predisponen como la insuficiencia renal, enfermedad hepática, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria, infección grave con hipoxia tisular, enfermedades agudas graves, inestabilidad hemodinámica, cirugía mayor, edad > 80 años o abuso de alcohol.

Tras estos datos, pensamos si estaba bien tratado. Por un lado, al ser un efecto secundario raro y estar bien controlado, la indicación para un diabético tipo dos es control estilos de vida + metformina como primera línea. Por otro lado, es una persona mayor con factores predisponente, por lo que hay que tener cierto cuidado e

informar al paciente.

Criterios diagnósticos: concentración lactato arterial mayor o igual a 5 mmol/L, concentración bicarbonato menor o igual a 22 mmol/L, pH sérico menor o igual a 7,35, ingestión previa de metformina y concentración metformina en sangre elevada.

El tratamiento se basa en intubar apoyo hemodinámico y respiratorio, corrección desequilibrio hidroelectrolítico y metabólico.

#### Bibliografía

- M. Solano remirez, C. González arencibia, M. Álvarez frías, B. Llorente díaz, M. Echegaray agara. Acidosis láctica en paciente diabético tratado con Metformina. AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 21, N.º 6, pp. 288-290, 2004
- F. J. Gainza, I. Gimeno y R. Muñiz. Acidosis Láctica. NEFROLOGIA. Vol. XVIII. Núm. 5. 1998
- M. S. Holanda Peña, B. Suberviola Cañas, A. González Castro, J. M. Marco Moreno y P. Ugarte Peña. Acidosis láctica grave asociada a intoxicación por metformina. Nutr Hosp. 007;22(1):124-125

### 129/3. Causas endocrinas de demanda de la población inmigrante en Atención Primaria.

#### Autores:

- (1) Álvaro Pérez Martín; (2) Maria Jose Agüeros Fernández; (3) Ángeles Puebla Alonso; (4) Jose Ramón López Lanza; (5) Carmen Huidobro Dosal; (6) Rocio López Videras.

#### Centro de Trabajo:

- (1) Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Santander; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Alisal. Santander; (4) Médico de Familia. Centro de Salud. Santander; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Comillas. Cantabria.

#### Resumen:

#### Objetivos

Conocer las características de la asistencia realizada a inmigrantes por causa endocrina en una consulta.

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal de los inmigrantes atendidos por causa endocrina en una consulta de atención primaria de un centro de salud urbano durante el año 2012. Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y desviación típica y para variables cualitativas porcentajes.

#### Resultados

Se realizaron 11 atenciones (1.83% del total), con una edad media de 33.64 años (DE13.5) y predominio

femenino (90.5%); todos eran de origen sudamericano; ninguno fue atendido a domicilio; el 45.5% acudió por 2 motivos de consulta y el 27,3% por 1; al 54.4% se le realizó alguna prueba o actuación complementaria, principalmente analítica (42.3%) interconsulta a otra especialidad (endocrino) (33.3%), incapacidad laboral temporal (16.7%) y electrocardiograma (9.1%). Clasificando las causas, obesidad (45.2%), alteración tiroidea (28.2%) y alteraciones glucémicas (19.1%) fueron las más frecuentes. El 48.6% recibió una prescripción para un motivo principalmente hormona tiroidea (33.3%), antidiabético (28.2%) y fármaco para perder peso (4.3%).

### Conclusiones

La causa endocrina es un motivo poco frecuente de consulta por parte de la población inmigrante. El perfil del usuario típico es el de una mujer joven, de origen sudamericano. La atención a domicilio es nula. Todo esto es probablemente debido a que son sujetos jóvenes. Casi la mitad precisa una actuación o prueba posterior principalmente la realización de una analítica. También precisa un uso de medicación tanto en el momento de la actuación como posteriormente de manera crónica.

## 129/5. Triada de Whipple recurrente en mujer de 72 años: de la clínica al diagnóstico.

### Autores:

(1) Teresa Campillos Páez; (2) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (3) Anlit Díaz Martínez; (3) Rocio Melguizo Benavides; (3) Fernando Melchor Castilla Suyo; (3) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico de Familia. Tutora de residentes. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.

### Resumen:

#### Descripción del caso

Mujer 72 años hipercolesterolemia, cefalea tensional, espondilolistesis, discopatía L2-L3, neoplasia maligna de mama (mastectomía izquierda en 2005 mas 14 ciclos de quimioterapia actualmente en remisión y seguimiento por oncología), hipertiroidismo subclínico y estreñimiento. Tratamiento con: amitriptilina 25 mg/noche, simvastatina 20 mg/día, tiamazol 5 mg/día.

Consulta en noviembre de 2012 por mareos con intenso cortejo vegetativo (palpitaciones, sudoración, temblor, astenia intensa, palidez) de predominio postprandial, 4-5 meses de evolución, con una frecuencia de unos episodios mensual. No síndrome constitucional. No pérdida conocimiento en crisis. La hija tiene un glucómetro: glucemia capilar (en los episodios) y sistemáticamente

presenta cifras entre 40 y 45 mg/dl. Tras ingesta de alimentos glucídicos la clínica cede.

### Exploración y pruebas complementarias

En AP constantes, exploración física y neurológica, auscultación cardiopulmonar y analíticas (incluida glucemia basal) son normales. Ante sospecha de triada de Whipple recurrente sin causa conocida que lo justificase, la remitimos a endocrinología de área quien, tras confirmar insulina 16,8 (normal hasta 15) y péptido C alterados, remite para ingreso en hospital de referencia (marzo 2013); en este ingreso realizan test del ayuno que resulta ser positivo. Se añaden otras alteraciones: elevación de parathormona y elevación de hormonas tiroideas (T libre 100, T4 libre normal). Gammagrafía glándulas paratiroides normal. Spect octeótrido (receptores somatostatina): normal. CT abdomen superior: nódulo en porción más caudal de cabeza pancreática de aproximadamente 12 mm diámetro, que muestra realce uniforme en fase arterial, mantenido en fase portal, y que en contexto clínico sugiere insulinoma. Ecografía tiroidea normal. Radiografía tórax normal. Resonancia abdomen: En cabeza pancreática observan imagen hipo intensa en fase y fuera de fase. En mayo 2013 biopsia pancreática vía ecogastroscopia y PAAF.

### Juicio Clínico

Insulinoma de cabeza pancreática, con estado de hiperinsulinismo secundario.

### Comentario final

Reunidos en sesión clínica el servicio de endocrinología y cirugía general deciden actitud conservadora ante el control de sintomatología por la paciente. Actualmente presenta muy ocasionalmente episodios de hipoglucemia que trata inmediatamente con glucosa vía oral, remitiendo los síntomas.

La triada de Whipple consiste en triada donde han de aparecer niveles bajos de glucosa en sangre, síntomas de hipoglucemia simultaneos a niveles bajos de glucosa en sangre y alivio de síntomas al corregir hipoglucemia. Las hipoglucemias pueden ser postprandiales o del ayuno y en ambas encontramos el insulinoma como causa. El insulinoma es un tumor de páncreas de estirpe endocrina que cursa típicamente con esta triada. Su diagnóstico es clínico, analítico y radiológico y el tratamiento indicado es la cirugía.

### Bibliografía

Jensen RT, Norton JA. Endocrine tumors of the pancreas and gastrointestinal tract. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2010:chap 32.  
National Cancer Institute: PDQ Pancreatic neuroendocrine tumors (islet cell tumors) treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Date last modified 11/10/2012.

Available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/pancreatic/HealthProfessional>. Accessed January 3, 2013.

## 129/6. Asistencia clínica fugaz: descontrol glucémico con desenlace fatal.

### Autores:

(1) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (2) Teresa Campillos Páez; (3) Rafael Jiménez Díaz; (3) Marta Jimenez Carrillo; (3) Anlit Díaz Martínez; (4) Otilia Arroyo Jimenez.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico de Familia. Tutora de residentes. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (4) Enfermera. Centro de Salud Potes. Madrid.

### Resumen:

#### Descripción del caso

Mujer de 63 años poco frecuentadora que acude a consulta preocupada por alteración en sus últimos autocontroles glucémicos, epigastralgia leve, astenia y pérdida de peso de 3-4 kg en los últimos 20 días, no refiere disnea, ni fiebre, ni dolor. Como antecedentes personales no alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Diabetes mellitus en tratamiento con metformina, hipertensión Arterial con lisinopril 20mg, hipercolesterolemia con simvastatina 40 mg. Prolapso uterino y miomas en espera de intervención quirúrgica. En Abril 2013 trombosis venosa profunda en pierna izquierda en tratamiento con sintrom.

#### Exploración y pruebas complementarias

La exploración es normal, destaca glucemia capilar de 197. Solicitamos analítica, radiografía y ECG pautándole pantoprazol 20mg como protector gástrico.

En su segunda consulta la exploración fue similar, destacando glucemia 238, hemoglobina glicada 8.7%, ECG y radiografía tórax sin alteraciones. Pautamos sitagliptina, reforzando su estado anímico al llamarme la atención que estaba muy deprimida al no entender lo que le estaba pasando desde hacía 1 mes.

A los 2 días demanda consulta por no mejorar. Ante la sospecha de un síndrome constitucional solicitamos marcadores tumorales CEA (174), CA 19.9 (21.280).

Se deriva al Hospital siendo concluyente el TC toracoabdominopelvico realizado y la biopsia por ecoendoscopia presentando masa en cabeza de páncreas y una imagen lítica en cuerpo vertebral D6. Durante el ingreso hospitalario presento hiperglucemias a pesar de insulinarla.

La paciente falleció por un tromboembolismo pulmonar bilateral masivo.

#### Juicio Clínico

Adenocarcinoma pancreático con metástasis óseas.

**Comentario final**

El cáncer de páncreas es un problema de salud no por su frecuencia, sino por su alta mortalidad debido a la elevada incidencia del tumor en estadios metastásicos al diagnóstico y aunque el diagnóstico precoz sería la clave está en discusión la falta de criterios diagnósticos de factores de riesgo y la escasa sensibilidad y especificidad de los marcadores que disponemos en la actualidad.

No está definida una etiología clara pero su asociación con la diabetes mellitus y su incidencia ha sido descrita en la literatura científica, ahora bien, si la DM es causa o consecuencia, es aún discutible.

En el caso que nos ocupa ¿fue la clave el descontrol de sus glucemias lo que nos puso sobre aviso, el antecedente de la trombosis o el estado depresivo con su insistencia y frecuentación a consulta? Dilema difícil de resolver.

**Bibliografía**

1. Pannala R, Leirness JB, Bamlet WR, Basu A, Petersen GM, Chari ST. Prevalence and clinical profile of pancreatic cancer-associated diabetes mellitus. *Gastroenterology*. 2008;134:981-7.
3. Joffe RT, Adsett CA. Depression and carcinoma of the pancreas. *Can J Psychiatry* 1985; 30 (2): 117-8.
4. Pruemmer J. Prevalence, causes, and impact of cancer-associated thrombosis. *Am J Health Syst Pharm*. 2005 Nov 15;62 (22 Suppl 5):S4-6.

**129/9. ¿Algo puntual o habitual?****Autores:**

(1) Francisco Javier Calderón Moreno; (2) Eva María Fernández Cueto; (3) Luis Marín Martínez; (3) Clara Palomares Avilés; (1) Soledad Blasco Muñoz.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena Oeste.; (3) Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**Resumen:****Descripción del caso**

Mujer de 19 años que acude a urgencias refiriendo toma en domicilio de glucemia capilar de 60 mg/dl antes de comer y de 400 mg/dl tras dos horas de haber comido. Con antecedentes personales de: diabetes mellitus tipo 1 de diez años de evolución, sin retinopatía diabética en las sucesivas revisiones por parte de oftalmología, que presenta controles irregulares, por tomar hidratos de carbono rápidos, tres horas de gimnasio al día, y no administrarse algunas de la dosis de insulina prescritas. La paciente ha llegado a estar un año sin realizarse analíticas con HbA1c. Última HbA1c Julio 2013: 11.9 %. Ha asistido a varias sesiones de Educación en Diabetes

sin resultados positivos. Tras la anamnesis la paciente refiere encontrarse agobiada por no poder controlarse las cifras de glucemia, pese a no seguir las indicaciones prescritas por sus facultativos. Obesidad grado I (IMC: 30,88). En tratamiento con: Insulina Glargina 40 UI antes de la cena e Insulina Ultrarápida 14 UI -14 UI -14 UI preprandiales. Tras una adecuada anamnesis descubrimos que lleva dos meses sin solicitar revisión por su médico pese a los malos controles glucémicos, solo modificando al alza la dosis de insulina cuando la glucemia preprandial o la media semanal en ayunas supera las cifras indicadas. Indicándole la necesidad de apuntar las tomas glucémicas del día, para poder valorar, según su actividad diaria y sus cifras glucémicas, la necesidad diaria de insulina, pues los cambios en los últimos dos meses en su dieta hacen que llegue al medio día con cifras por debajo de 60 mg/dl, que hacen que la paciente se administre la dosis de Insulina Ultrarápida que cree necesaria o incluso no se la administre. Derivándola a su médico de familia y que este valore la necesidad de nueva educación en diabetes.

**Exploración y pruebas complementarias**

Bioquímica: 448 mg/dl. Orina: No presencia de Cetonuria. Gasometría Venosa: pH 7.37 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 28.1 mEq/l Glucemia 357 mg/dl.

**Juicio Clínico**

Hiper glucemia no complicada.

**Comentario final**

Tras descartar las dos complicaciones de las hiperglucemias agudas: Cetoacidosis y estado hiperosmolar hiperglucémico, y ver que se trata de una hiperglucemia simple, debemos de interrogar al paciente y ver si es puntual o periódico, para valorar los posibles factores que influyen en el mal control glucémico del paciente.

**Bibliografía**

*Medicine*, 2008; 10 (18): 1177-83.

**129/12. “Ce te doare”: A propósito de un caso de debut diabético en etnias emergentes en Extremadura.****Autores:**

(1) Francisco Luis Perez Caballero; (2) Irene Gallego Parejo; (3) Jose Maria Tena Guerrero; (4) Ana Isabel Gago Villanueva; (5) Rocio Mora Monago; (5) Ana Maria Lopez Moreno.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente. Centro de Salud La Paz. Badajoz; (2) Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.; (3) Médico Residente de Anestesiología y Reanimación. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar

y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.; (5) Médico Residente de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

En una de las primeras madrugadas del 2014, acudió a Urgencias una mujer de 53 años, cuyo único antecedente personal claro y evidente era la obesidad; claro y evidente, porque la señora era de nacionalidad rumana, y no hablaba nada de español; su hija, de nacionalidad rumana también, fue la que hizo de intérprete. Nos comentaba que su madre se había estado quejando durante unos dos días de un fuerte dolor a nivel lumbar, irradiado a genitales, asociado a cortejo vegetativo, con discreta disuria, sin recorte de diuresis. Además, contaba una cefalea holocraneal, con sonofobia y fotofobia, junto con sensación de mareo acompañante. La paciente no dejaba de tocarse la cabeza y el abdomen continuamente.

#### Exploración y pruebas complementarias

Unos escasos crepitantes bibasales, un abdomen doloroso a la palpación generalizada, con puñoperCUSión bilateral positiva y edema en miembros inferiores con fovea hasta tercio medio fue lo único que encontramos en la exploración; resto dentro de la normalidad, incluyendo neurológica y cardiológica. Dentro de las constantes vitales, destacaba una tensión arterial de 219/104, frecuencia cardíaca 108 lpm, temperatura 36,2°C, Saturación de oxígeno 96% y glucemia capilar de 427. Unas radiografías de tórax y abdomen fueron realizadas, junto a un electrocardiograma, que fueron normales. Fueron extraídas pruebas analíticas, evidenciándose una leucocitosis con neutrofilia, confirmación de glucosa elevada 365, y un análisis de orina con leucocitos y bacterias en sedimento; resto dentro de la normalidad, incluyendo ph en gasometría. Se cursó ingreso en Medicina Interna, donde fue vista por Cardiólogos y Oftalmólogos, quienes no hallaron alteraciones significativas. Además, se realizaron analíticas más completas donde se objetivó una Hemoglobina glicosilada de 9,6%, Colesterol total 231 y Triglicéridos 301; resto sin importancia.

#### Juicio Clínico

La paciente pasó a la Sala de Observación con los diagnósticos de probable pielonefritis aguda, crisis hipertensiva y probable debut diabético, confirmado posteriormente por los internistas.

#### Comentario final

Esta paciente podría ser considerada como una “bomba”, desde el punto de vista sanitario, que en cualquier momento nos podría explotar en las manos. El reto de su médico de familia no está en disminuir las cifras tensionales y de glucosa hasta el límite, o reñirla todos los días que vaya a la consulta a por recetas por no adelgazar; si no el de ser capaz de manejar, desde una perspectiva multifactorial,

un problema que ha alcanzado el tercer puesto en causas de mortalidad en mujeres españolas en los últimos años. Y a pesar de que, nuestra paciente no sea española, las costumbres y hábitos que comienzan a desarrollar en nuestro país, amoldándose a nuestro estilo de vida, deben ser tenidos en consideración a la hora de abordar sus problemas de salud. Importante también desarrollar una buena educación diabetológica con nuestros pacientes, y especialmente en casos difíciles como el que nos ocupa, para desarrollar una actitud de autorresponsabilidad y autocuidado, siendo la base que sustenta todas las intervenciones dirigidas al control óptimo de sus factores de riesgo.

#### Bibliografía

Cano Pérez JF, Franch Nadal J. Diabetes Mellitus. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona. Elsevier. 2010. p. 403-423.

## Viernes 21 de Marzo

### 18.30-19.00 h. Defensa de Comunicaciones Posters. Sesión 1. Tótem 2.

#### Aula Virtual de posters (1ª planta)

Moderadores:

**Dra. D<sup>a</sup>. Vanesa Andecochea Hernández**

*Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Flora López Simarro**

*Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.*

### 129/13. Fallo renal agudo a pesar de un buen control metabólico.

Autores:

(1) Rafael Jiménez Díaz; (2) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (1) Marta Jimenez Carrillo; (2) Teresa Campillos Páez; (1) Anlit Díaz Martínez; (3) Otilia Arroyo Jimenez.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Enfermera de Atención primaria. Centro de Salud Potes. Madrid.

Resumen:

#### Descripción del caso

Se trata de una mujer de 78 años con antecedentes de HTA y Diabetes Mellitus quien lleva tratamiento habitual con enalapril 10 mg cada 12 horas, Insulina Lantus 16 unidades en la mañana y Metformina 850 mg al día. En su última analítica realizada 2 meses antes de la consulta presentaba parámetros normales con creatinina de 0.9 y Hemoglobina Glicada de 7.2 con buen control metabólico. Acude una mañana a nuestra consulta con un informe

de traumatología de su hospital de referencia en el cual constaba haber presentado 6 días antes una fractura del tercio distal del radio derecho por caída desde su propia altura. En el hospital le inmovilizaron la muñeca y pautaron tratamiento con Omeprazol 20 mg al día y Celecoxib 1 comprimido al día. Al preguntarle acerca de su estado actual, la paciente refería sentirse con mareos constantes y sensación de malestar generalizado que no sabía describir bien.

Al no tener clara la causa de dichos síntomas de reciente aparición, solicitamos analítica como parte del estudio. 2 días después, nos avisan del laboratorio para informarnos acerca de los resultados de la analítica de la paciente por un creatinina de 5.4 mg /dl. Inmediatamente, llamamos al domicilio de la paciente derivándola a su hospital de referencia para estudio y tratamiento del fallo renal agudo.

#### Exploración y pruebas complementarias

La exploración inicial es normal. Analítica previa hace 2 meses : creatinina 0.9. Hemoglobina Glicada 7.2 Glucemia 135 mg / dl y resto de analítica dentro de parámetros normales. Analítica posterior: creatinina 5.4 mg /dl, Filtración Glomerular: 20 ml/min Glucemia 145 mg/ dl con el resto de la analítica normal.

#### Juicio Clínico

Fallo renal agudo en el contexto de ingesta de AINES en paciente con Diabetes Mellitus.

#### Comentario final

La insuficiencia renal se define como la disminución de la función renal expresada por el descenso del filtrado glomerular. Dentro del grupo de pacientes a los que está recomendado hacer el cribado, están los pacientes diabéticos. Este cribado consiste en evaluar la filtración glomerular y el cociente albúmina / creatinina al menos una vez al año. Por otro lado, la yatrogenia es una de las principales cuestiones a evitar en los pacientes ancianos con patologías crónicas como por ejemplo la diabetes. Es así que fármacos como los AINES, ciertos antibióticos y algunos antidiabéticos orales están contraindicados en pacientes con insuficiencia renal. En el caso de esta paciente, la ingesta del AINE pautado en el hospital, fue con una alta probabilidad la causa de que presentara un fallo renal agudo a pesar de tener una adecuada función renal previa.

#### Bibliografía

1.Clive D M y Stoff J S: Renal syndromes associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. N Engl JMed 1984; 310: 563-72.

## 129/15. Doctor, ¿Qué le pasa otra vez a mi hijo?

#### Autores:

(1) Francisco Javier Calderón Moreno; (2) Eva María

Fernández Cueto; (3) Clara Palomares Avilés; (4) Luis Marín Martínez; (5) Soledad Blasco Muñoz.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia; (2) Médico Residente 1er Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Murcia; (3) Médico Residente 3er Año Endocrinología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia; (4) Médico Residente 1º Año Endocrinología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia; (5) Médico Residente 1er Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

Varón de 12 años de edad de 32 Kg de peso. Raza árabe. Acude a la puerta de urgencias, entrando por la zona reservada para paciente traídos en medios sanitarios, a las 4:00 a.m. en brazos de su padre presentando crisis convulsiva. AP: Diabetes Mellitus tipo 1 diagnosticada en 2007 tras ingreso para estudio. Que precisó de ingresos posteriores por descompensaciones diabéticas. Sin otros antecedentes salvo apendicetomía. En tratamiento con: Insulina Glargina 15 UI por la mañana e Insulina Aspart 6-7 UI antes del desayuno, 8 – 10 UI antes de la comida y 8 – 10 UI antes de la cena. El padre nos cuenta que “le escucharon hacer ruidos raros” y le vieron con disminución del nivel de consciencia y relajación de esfínteres por lo que decidieron traerlo en su propio vehículo. A su llegada presenta movimientos tónico-clónicos generalizados con trismus y sialorrea. Al pasarlo en brazos del propio padre a la sala de emergencias y no saber bien lo ocurrido por problema idiomático pensamos en cuadro febril con convulsiones por lo que tomamos temperatura y aplicamos Diacepam Rectal de 10 mg intentando colocar cánula de Guedel sin resultado por el trismus constante, tomándonos los primeros minutos de la asistencia. Al no objetivarse Tº, TA y FC inadecuadas, y no haberse realizado glucemia capilar al instante de la llegada, decidimos su realización pudiendo registrar 40 mg/dl. Por lo que se administra tres ampollas de 20 ml de Glucosa al 50% (10 g de glucosa) y una ampolla de Glucagon Clorhidrato 1 mg en la sala de emergencias con posterior mantenimiento con suero glucosado al 10% y posterior alta domiciliaria tras permanecer unas horas en observación con adecuados controles glucémicos. Explicando a la familia la necesidad de la disminución de la dosis pre-cena de Insulina Aspart a 5-6 UI pues en posterior anamnesis a la actuación de emergencia nos refiere que antes de cenar le objetivaron 73 mg/dl de glucemia capilar.

#### Exploración y pruebas complementarias

Gasometría Venosa: Ph 7.15, Glucemia 40 mg/dl, K+ 3.2

mmol/l, Na 142 mmol/l, Hb 13 g/dl.  
Analítica a la llegada: Glucosa 24 mg/dl, K 4.8 mmol/l, Na 142 mmol/l.

#### Juicio Clínico

Convulsiones secundario a Hipoglucemia. Diagnóstico diferencial: Todas las causas de convulsiones epilépticas y no epilépticas.

#### Comentario final

Ante el paciente con asistencia de emergencia, se debe de realizar sistemáticamente a su llegada, durante la realización de las maniobras de reanimación, todas las medidas de sus constantes, pues puede pasar como en nuestro caso, que se pierda un tiempo valioso para el devenir de nuestro paciente, siendo fundamental para la toma de decisiones y revertir el estado del paciente, sin olvidar un control estricto por parte del paciente de sus cifras de glucemia para control y correcta dosificación de insulina diaria por parte de su facultativo.

#### Bibliografía

Hipoglucemia en el paciente Diabético. Ergueta P. Medicine. Año 2000, Vol. 8, Número 23.

Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva en niños. emergencias 2005;17:S90-S97.

Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva en adultos. emergencias 2005;17:S83-S89.

## 129/16. Diarrea profusa y crisis hipoglucémicas en paciente con Diabetes Mellitus tipo 1.

#### Autores:

(1) Francisco Javier Calderón Moreno; (2) Luis Marín Martínez; (3) Eva María Fernández Cueto; (4) Clara Palomares Avilés; (5) Vanesa María Madrid Ferreiro.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia; (2) Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Murcia; (4) Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

Varón de 35 años. Con único antecedente de enfermedad de diabetes tipo 1, diagnosticada hace 10 años. Mal control metabólico, cifras de HbA1c 12-13% pese a adherencia al tratamiento. Diagnosticado y seguido en consultas de atención primaria. Tratamiento insulínico con

terapia bolo-basal. Presenta metadiabetes con afectación microvascular tipo retinopatía diabética en sucesivas derivaciones a oftalmología, precisando fotocoagulación en 2012. Junto a polineuropatía diabética, alteración sensitiva en guante-caletín constatado en consulta. Que inicia cuadro de diarrea crónica desde 2010 y derivamos a consultas externas del servicio de aparato digestivo en sucesivas ocasiones por no control de su sintomatología, catalogándola finalmente como diarrea secundaria a disautonomía diabética. Acudiendo a nuestra consulta por permanencia de síntomas sin control con medicación sintomática y refiriendo alteración del estado anímico por dicho motivo. Tras reinterrogar al paciente derivamos a urgencias para ingreso tras hablar vía telefónica con Endocrinología por hipoglucemias vespertinas, crisis hiperglucémicas a diario e intensificación de su diarrea crónica con deposiciones líquidas (de 10-15) sin sangre, pero con moco. En la exploración física únicamente resalta discreta palpación dolorosa en flanco izquierdo. Se ajusta tratamiento insulínico, pero persisten hipoglucemias vespertinas y cifras elevadas de glucemia el resto del día. Se trata la diarrea con análogos de somatostatina a bajas dosis. Con leve mejoría del cuadro por lo que se inicia tratamiento antisecretor con clonidina, y antibioterapia para evitar sobrecrecimiento bacteriano. Continuando con diarrea de unas 10 deposiciones/día y dolor cólico tras deposición. Finalmente, se intensifica el tratamiento con análogos de somatostatina y tras conseguir adecuados controles glucémicos mejora la diarrea hasta casi desaparecer, sigue en revisión por nuestra parte.

#### Exploración y pruebas complementarias

Analítica: hemograma y bioquímica con perfil hepático, función renal y perfil lipídico anodino. Autoinmunidad (ANAs, ANCA, C3-C4, celiacía, antitiroideos) negativa. Marcadores tumorales negativos. Estudio hormonal (TSH, T4I, VIP, vanilmandélico, calcitonina, histamina, glucógeno, cortisol, PRL, alfa-OH-progesterona, testosterona libre, 17-cetoesteroides) siempre normal, salvo elevación puntual de cromogranina A y 5(OH) indolacético.

Serología: Negativo para VIH, VHC, VHB, Lúes, Brucella, Borrelia, VHS tipo 2. Positivo para IgG VHS tipo 1, CMV, VEB, VVZ.

Colonoscopia: Sin hallazgos y biopsia normal. Cápsula endoscópica: pequeña angiodisplasia en yeyuno.

Gastroscopia: candidiasis esofágica con biopsia normal.

TAC Abdominal sin contraste: Sin hallazgos de interés.

#### Juicio Clínico

Diabetes Mellitus Tipo 1 de difícil control. Diarrea secundaria a disautonomía diabética. Diagnóstico Diferencial: masa pancreática, insulinoma e hipoglucemia facticia. Diarrea infecciosa. Diarrea funcional.

#### Comentario final

Concluimos que las hipoglucemias de nuestro paciente

son resultado de un desbalance entre las necesidades insulínicas y el aporte dietético, ya que existe un rápido vaciamiento gástrico debido a la disautonomía diabética. Y esto, desde el punto de vista de la calidad de vida de nuestro paciente subraya la necesidad de una adecuada coordinación entre atención primaria y el segundo nivel asistencial para el control tanto de los síntomas como de las incertidumbres que surgen en nuestro paciente.

#### Bibliografía

- Endocrinología, A. Jara Albarrán. 2ª edición.

### 129/17. ¿Cómo se trata la Diabetes Mellitus tipo 2 en España antes de iniciar el tratamiento con insulina? Resultados de estudio de satisfacción tras el inicio de tratamiento con insulina.

#### Autores:

(1) M<sup>a</sup> Paz Pérez Unanua; (2) Paloma Estrella Guillén Álvarez; (2) Diego Murillo García; (3) Carlos Enrique Rodríguez Valderrama; (4) Rosa Julian Viñals; (4) Esperanza Duran Macho.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid; (2) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (3) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo, Madrid; (4) Médico de Familia, CS Dr. Castroviejo, Madrid.

#### Resumen:

#### Objetivos

Conocer cuáles son los tratamientos utilizados en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) antes de iniciar el tratamiento con insulina en el ámbito de Atención Primaria.

#### Metodología

Estudio epidemiológico, multicéntrico, observacional y de ámbito regional.

Población: pacientes  $\geq 18$  años, diagnosticados de DM2 con mal control glucémico, HbA1c $>8\%$  y en tratamiento con antiadiabéticos no insulínicos que acuden a las consultas de AP. Periodo abril 2012-Febrero 2013. Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.

#### Resultados

Edad media: 65,8 años (DT 11,3%), 53,6% mujeres / 46,4% varones. Tiempo medio de evolución de la DM2: 9,6 años. HbA1c media: 8,8%.

Si tenemos en cuenta las recomendaciones de tratamiento secuencial de la DM2, el 27,1% recibían tratamiento con monoterapia, el 55,1% con doble terapia, el 11,3% en tercer escalón, con triple terapia y el 0,8% con

cuatro fármacos. Sin datos de 14 pacientes (5,7%). En monoterapia, el fármaco de elección fue metformina en el 85,1%, 7,5% secretagogos, 4,5% glinidas, 1,5% glitazonas y 1,5% análogos de GLP1. La asociación más utilizada en segundo escalón, terapia combinada con dos fármacos, fue metformina + sulfonilureas (50,7%), seguida de metformina + inhibidores DPP4 (22,8%). En triple terapia la combinación más prescrita fue metformina + sulfonilureas + inhibidores DPP4 (67,9 %). Globalmente, metformina formaba parte del tratamiento en el 85 % de los pacientes con DM2, sulfonilureas en el 42,9%, iDPP4 26,7%, glinidas 13,0%, glitazonas 3,6%, inhibidores alfa-glucosidasas 2,4% y análogos GLP1 0,8%.

#### Conclusiones

La metformina es el fármaco más prescrito en DM2. Los fármacos que más frecuentemente se asocian a metformina en doble terapia son las sulfonilureas seguidas de los iDPP4. Un porcentaje importante de pacientes con DM2 no alcanzan el grado de control metabólico óptimo a pesar de utilizar hasta tres o incluso cuatro fármacos retrasando el inicio de la insulinización.

### 129/18. Evaluación de variables predictoras de complicaciones en pacientes con diabetes.

#### Autores:

(1) Antonio Hormigo Pozo; (2) José Ramón Boxó Cifuentes; (3) M<sup>a</sup> Ángeles Redondo Salvador; (3) Esther López Luque; (4) Lorena Muñoz González; (5) José Mancera Romero.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Gudalhorce. Grupo de Trabajo Diabetes Semergen.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga; (4) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

#### Resumen:

#### Objetivos

Evaluación de las historias clínicas de pacientes con diabetes para analizar el grado de control de las variables que definen las complicaciones de la diabetes.

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal retrospectivo por muestreo aleatorio de pacientes diabéticos de un centro de salud urbano mediante la valoración de variables que determinan las complicaciones macrovasculares y microvasculares y su grado de control. Año 2014. Medidas de frecuencia y asociación.

### Resultados

Se han evaluado 114 diabéticos siendo el 53,4% son varones, edad media de 65,64 años (DE:12,17), tiempo de evolución de la diabetes de 7,06 años (DE:4,36), HbA1c 7,06 (DE: 1,55), presión arterial sistólica de 133,19 (DE: 16,6) presión arterial diastólica de 75,38 (DE:10,34), LDL-c 105,07 (DE: 28,69), índice de masa corporal de 30,19 (DE: 4,23). Se realizó retinografía al 36,8%, consta exploración del pie en 19,3% y microalbuminuria recogida en 43%. Están tratados con un ADO 51,8%, con dos 21,1% , con tres 0,9% e insulinizados el 29,8%; con estatinas el 59,6% y el 84,9% tienen tratamiento antihipertensivo.

En cuanto a objetivos de control, presentan A1c <7% el 53% de los pacientes, cLDL < 100 mg un 33% y presión arterial < 140/80 mm/Hg el 71%.

### Conclusiones

- 1.- Existe un amplio margen de mejoras en el cuidado de nuestros pacientes diabéticos.
- 2.- La búsqueda sistemática de complicaciones y la intensificación de los tratamientos debe ser prioritaria.
- 3.- De acuerdo a las referencias extraídas del UKPDS o del VADT la mitad de todos nuestros pacientes pueden beneficiarse de la intensificación de los tratamientos.
- 4.- La colaboración con enfermería en este objetivo es capital.

## 129/22. Paciente anciano diabético con insuficiencia renal e incumplimiento terapéutico.

### Autores:

(1) Angela Rodriguez de Cossio; (2) Ruth Sanchez Rodriguez; (3) Isabel Montes Rodriguez; (4) Manuel González Pérez; (4) M<sup>a</sup> Esmeralda Fernandez Von-Koninscloo; (5) Javier Alonso moreno.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud San martin de la vega. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Pintores. Madrid; (3) Médico de Familia. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Salud. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Salud Sillería. Madrid.

### Resumen:

#### Descripción del caso

Varón de 75 años acude a consulta acompañado por su hermana que le ha traído a vivir con ella unos meses y precisa control y seguimiento de su diabetes. Su hermana está preocupada porque, dice que desde que se quedó viudo ha perdido el interés por todo, está muy desanimado y cree que la medicación no la toma o si lo hace no de forma regular, aunque si tiene toda la medicación en casa. Fue valorado en el Hospital hace tres meses por un cuadro

de disartria y debilidad producido por hipoglucemia (Glucemia: 45 mg/ml). Aporta Ecografía, dos analíticas y un EKG del Centro de referencia.

AP: No fumador, HTA, DM tipo II, I.renal, Antecedentes de Hipoglucemias, Artrosis cadera izda. Catarata OI.

### Exploración y pruebas complementarias

T.A:131/82 mmHg. FC: 86l/m, IMC.28,1

Analítica anterior (hace 9 meses):Glucemia basal:120 mg/dl, HBA1C:5,7,Creatinina:2.1,FGe (MDRD):29,4 ml/minuto, Cociente albumina/creatinina:102 mg/dl, Colesterol 202 mg/dl,c-LDL:101 mg/dl,cHDL.46 mg/dl,TG:2015 mg/dl

Analítica actual: Glucemia basal: 193 mg, HbA1C:8,5 Creatinina: 1,95 F.Ge (MDRD):33,4ml/minuto. Cociente albumina/creatinina: 1260mg/dl.

F.O: Retinopatía diabética no proliferativa (2013). Ecografía: Ambos riñones de tamaño y morfología normales. Se mantiene adecuada diferenciación cortico-subcortical. No se objetivan masas o colecciones intra ni perirrenales

Tratamiento: Adiro 100 (1-0-0), Repaglinida (1-1-1) Metformina (1-0-1), Amlodipino 5 (0-0-1), telmisartan 80, Atorvastatina 20 (0-0-1)

### Juicio Clínico

Diabetes tipo II con Insuficiencia renal e incumplimiento terapéutico en paciente anciano

Tratamiento: Se modifica el tratamiento retirándose la metformina y añadimos Sitagliptina (0-1-0) por rechazar insulina en este momento. Se deriva a enfermería para control en 15 DIAS y en tres meses para control de la función renal, HBA1C

### Comentario final

Nos encontramos ante un caso clínico de diabetes en anciano, con una gran heterogeneidad clínica en el que es preciso un abordaje integral y en el que nos plantearíamos un tratamiento individualizado (depresión, incumplimiento terapéutico, comorbilidades, DM, hipoglucemias), consensuado con paciente y cuidador principal (hermana), y marcando un objetivo muy claro que es mejorar la calidad de vida.El objetivo HBA1C:7,5-8% es el que hemos marcado en este paciente.

La prevalencia de Diabetes se incrementa con la edad, casi 1/3 de los pacientes > 75 años presenta Diabetes. Los ancianos con diabetes presentan mayor mortalidad, morbilidad cardiovascular y prevalencia de Sd. Geriátricos con respecto al no diabético de la misma edad. Evitar las hipoglucemias por las graves consecuencias (detrimento de la calidad de vida,caídas, fracturas, deterioro cognitivo,y control global de los factores de riesgo).

Existen pocas evidencias que avalen el tratamiento mas adecuado en el anciano diabético, ya que la mayoría se sustentan en la extrapolación de otros estudios hechos en otros grupos de población.No obstante los estudios ACCORD,ADVANCE, y VADT ya han incluido pacientes

de 65-75 años.

#### Bibliografía

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2012. *Diabetes Care* 2013;35 Supl 1:S11-63  
Gomez Huelgas R, et al. Tratamiento de la Diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin(Barc)* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>

### 129/23. Prevalencia de depresión en pacientes diabéticos mayores de 75 años.

#### Autores:

(1) Celia Cols Sagarra; (2) Sonia Miravet Jiménez; (3) Javier Peligro Adarve; (4) Raquel Bordallo Galaso; (5) M<sup>a</sup> Angels Ballester Navas.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Rural. Barcelona; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (3) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (4) Enfermera. Área Básica de Salud Martorell Rural. Barcelona; (5) Enfermera. Área Básica de Salud Martorell Rural.

#### Resumen:

#### Objetivos

Describir la detección de depresión en pacientes diabéticos mayores de 75 años. Describir las características de los pacientes con depresión.

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en un Centro de Atención Primaria semirural. Se incluyeron una muestra de pacientes mayores de 75 años. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, complicaciones micro y macrovasculares, tratamientos farmacológicos prescritos y diagnóstico de depresión (DP). Análisis estadístico: variables cualitativas: proporción. Variables cuantitativas: Medidas de tendencia central y dispersión.

#### Resultados

N: 63 pacientes. 50,8% mujeres. Edad media 82,17(DE5) años. Años de evolución: 9,47 (DE4,73). HbA1c media: 6,77%(DE0, 92). 6,3% fumadores y 28,6% exfumadores. Presentaban (DP) 36,5% y 30,2% recibían tratamiento antidepressivo. A ningún paciente se le había realizado un test de diagnóstico de depresión.

Media de número de complicaciones CV: 2,44(DE1,22). 85,7% HTA, 69,8% DL, 17,5% Retinopatía diabética, 20,6% AVC, 36,5% ERC, 4,8% CI, 9,6% EAP. 38,1% pacientes presentaban 3 complicaciones CV.

Tratamiento: 17,5% sólo modificaciones estilo de vida, 65,1% Metformina, 23,8% IDPP4, 11,1% SU, 28,6% Insulinizados.

Pacientes insulinizados presentaban más años de

evolución DM2 (13,33años (DE5,6)).

De los pacientes con depresión, 69,6% eran mujeres ( $p=0,024$ ). No se observó diferencias entre DP y años de evolución DM2. 33,3% pacientes en tratamiento con insulina presentaban depresión. 82,6% pacientes con depresión eran no fumadores ( $p=0,03$ ). 61,5% pacientes con depresión presentaban diagnóstico de AVC. HTA, DL, Retinopatía, CI, EAP y ERC eran más frecuentes en pacientes sin DP. No se han observado diferencias en el tratamiento hipoglucemiante entre los pacientes con o sin DP.

#### Conclusiones

Se observó porcentaje mayor de mujeres con DP.

No se observaron diferencias ni en edad, ni en grado de control metabólico, ni en factores de riesgo CV, ni complicaciones CV entre los pacientes con o sin DP, a excepción de AVC.

Se debería realizar búsqueda activa de DP en pacientes ancianos con DM2 ya sea por entrevista clínica como por test validados.

### Sábado 22 de Marzo

### 11.10-11.40 h. Defensa de Comunicaciones Posters. Sesión 2. Totem 1.

#### Aula Virtual de posters (1<sup>a</sup> planta)

#### Moderadores:

#### **Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Alonso Fernández**

Médico de Familia. Centro de Salud de La Ería. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

#### **Dr. D. Álvaro Pérez Martín**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de Cronicidad de SEMERGEN.

### 129/24. Glucosuria renal familiar y diabetes mellitus tipo 2, ¿un tándem conveniente?

#### Autores:

(1) Ramón Vives Toledo; (2) Asunción Vélez Escalante.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad docente de Laredo. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

Varón de 59 años en seguimiento por antecedentes de cardiopatía isquémica y diabetes tipo 2. Se observa glucosuria de forma reiterada en todas las muestras de laboratorio, no esperables según los niveles de glucemia basal y las cifras de HbA1c.

#### Exploración y pruebas complementarias

Peso 74,2kg, talla 1,68 m, IMC 26, TA 150/85 mmHg,

perímetro abdominal 91 cm. Revisadas analíticas seriadas desde 2007, se aprecian cifras de glucemia basal de 116 a 144 mg/dl; HbA1c 5.6 a 5.8; glucosuria en tira de orina de 100 a 300 mg/dl. No hay datos de alteración de filtrado glomerular ni de las cifras de creatinina. Se solicita estudio ecográfico de aparato urinario sin apreciar alteraciones morfológicas significativas. Se añade estudio bioquímico de orina con el fin de descartar otras patologías que afecten a la reabsorción tubular.

#### Juicio Clínico

Glucosuria renal familiar, en el contexto de un paciente con diabetes tipo 2.

#### Comentario final

La glucosuria renal familiar es una entidad no patológica debida a un defecto genético en el co-transportador de sodio-glucosa SGLT2, que se asienta en el túbulo contorneado proximal. Se encuentra alterado el mecanismo de la reabsorción tubular y aumentada la eliminación de glucosa en orina. El modelo hereditario es de un rasgo codominante con penetrancia variable. Se han descrito tres tipos de glucosuria renal familiar en función de la cantidad de glucosa eliminada en orina, que varía de 1 a 170 g/día. Estos sujetos no presentan sintomatología asociada, síntomas de hipovolemia ni alteración de la función renal. Tampoco se ha demostrado mayor incidencia de diabetes ni infecciones urinarias que en la población general. Debemos descartar otras causas de glucosuria como el síndrome de Fanconi, el síndrome de malabsorción glucosa-galactosa, el embarazo como situación fisiológica de hiperfiltración, o fármacos que pueden dar falsos positivos para glucosa en tira reactiva de orina.

De este modo podemos concluir que se trata de un paciente diabético en el que coexiste un defecto tubular de origen genético, y que éste funciona como excepcional mecanismo autorregulador de sus niveles glucémicos, tal y como actúan los nuevos fármacos glucosúricos derivados de la floridina.

#### Bibliografía

Murciasalud. Biblioteca virtual. Preevid. Diagnóstico diferencial ante una glucosuria con glucosa normal. [http://www.murciasalud.es/preevid.phpop=mostrar\\_pregunta&id=8715&idsec=453](http://www.murciasalud.es/preevid.phpop=mostrar_pregunta&id=8715&idsec=453) Orphanet-España. [http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease\\_Search.php?lng=ES](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=ES) Santer R, Kinner M, Lassen CL, et al. Molecular analysis of the SGLT2 gene in patients with renal glucosuria. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14:2873-82. Pérez G, González O, Cano M. Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2): de la glucosuria renal familiar al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Nefrología* 2010; 30(6):618-25. González-Lamuño D, García-Fuentes M. Tubulopatías. *Pediatr Integral* 2005;IX(5):363-7

## 129/28. Objetivos de control en pacientes diabéticos con macroangiopatía comparados con pacientes diabéticos sin macroangiopatía.

#### Autores:

(1) Rocío Alejandra Olivares Alviso; (1) M<sup>a</sup> Antonia Navarro Echeverría; (1) Carme Florensa Piró; (1) Meritxell Batlle Bosch; (2) Cristina Farrás Salles; (2) Meritxell Cunillera Batlle.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Les Borges Blanques. Lleida; (2) Enfermera de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Les Borges Blanques. Lleida.

#### Resumen:

#### Objetivos

Se pretende comparar el control de los factores de riesgo cardiovascular (Hemoglobina glicada (HbA1c), Tensión arterial (TA), colesterol-LDL, colesterol-HDL, Triglicéridos, Obesidad y Tabaco) de nuestros pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con macroangiopatía (MA) y pacientes DM 2 sin MA según los objetivos de control de la Guía de Diabetes del Institut Catalá de la Salut.

#### Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo en la población de pacientes con DM 2 de un área básica de salud rural. Población elegida según registro informático ECAP. Se selecciona una muestra de 52 pacientes con DM2 con MA y una muestra de 55 pacientes con DM2 sin MA.

#### Resultados

Porcentaje de control adecuado en los pacientes con MA: HbA1c el 59,6%; TA el 76,5%; colesterol- LDL el 51,9%; colesterol- HDL el 46,6%; Triglicéridos el 55,8%; no obesos el 62,0%; no fuman el 90,4% y en los pacientes sin MA: HbA1c el 70,9%; TA el 75,5%; colesterol- LDL el 43,6%; colesterol-HDL el 60,5%; Triglicéridos el 66,7%; no obesos el 48,1%; no fuman el 78,2%.

#### Conclusiones

Los objetivos mejor asumidos en ambos grupos son el control de la TA y el hábito tabáquico. Los pacientes sin MA tienen un mejor perfil lipídico y mejor HbA1c. Los pacientes con MA fuman menos y su índice de masa corporal es más idóneo.

## 129/30. Diabetes Mellitus y Hemodiálisis: Manejo desde Atención Primaria.

#### Autores:

(1) María Concepción García Valverde; (2) Pedro Luis

Postigo Plaza; (2) M. Elena Martín Robledo; (2) Walter Herrera León; (3) Marta Rubio Morales; (4) Pablo Rodríguez Fuertes.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Caramuel. Madrid; (2) DUE. Centro de Salud Caramuel. Madrid; (3) Estudiante de 6º de Medicina. Centro de Salud Caramuel. Madrid; (4) Estudiante de 3º de Medicina. Centro de Salud Caramuel. Madrid.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

Paciente varón de 78 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus insulín dependiente de 24 años de evolución, Dislipemia, Hipertensión, Retinopatía diabética proliferativa, Isquemia crónica grado IV de miembro inferior, Insuficiencia renal crónica en hemodialis desde hace 2 años (3 días a la semana).

Desde hace un año, por presencia de hipoglucemias, la unidad de Hemodialis decidió retirar la insulina con posterior buen control metabólico confirmándola con la Hemoglobina glicosilada A1c. Actualmente presenta hiperglucemias pre y postprandiales en probable relación a úlcera sobreinfectada en pie izquierdo e hipoglucemias durante diálisis. Se le pone tratamiento antibiótico y se decide controles periódicos de glucemias pre y postprandiales y se valora tratamiento con insulina rápida pautada en situaciones previas a diálisis dado el riesgo de hipoglucemias durante la misma.

#### Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado, Peso 73, Talla 162, IMC 27, exploración cardiopulmonar normal, abdomen sin hallazgos, miembros inferiores: mínimos edemas en tobillos, Pulsos pedios no palpables, lesión ulcerosa sobreinfectada en talón de pie izquierdo.

Analítica actual: Hematías 3,28, Hemoglobina 10,8, Hematocrito 32,7, VCM 96,8, HCM 31,9, glucosa 108, creatinina 5,06, FG 11,9, Colesterol 125, HDL 29, LDL 85,8, GOT 13, GPT 9, GGT 13 Fosfatasa alcalina 211, Calcio 9,9, Fósforo 5,3, Fe 62, ferritina 1079, Hemoglobina glicosilada A1c 7,5.

#### Juicio Clínico

Hipo-hiperglucemia en Diabetes Mellitus insulín dependiente en Hemodiálisis

#### Comentario final

La nefropatía diabética es una causa importante de insuficiencia renal terminal. El paciente diabético que inicia hemodiálisis presenta patología asociada que le hace especial en su evolución, es más vulnerable y con una tasa de mortalidad mayor. Sus complicaciones requieren un manejo especial. El riesgo de hipoglucemia severa en pacientes diabéticos en diálisis es muy alto, favorecido por cambios en la ingesta y la anorexia.

La ausencia de síntomas adrenérgicos por neuropatía autonómica puede dificultar su tratamiento precoz. La Hemoglobina glicosilada A1c sigue siendo el parámetro de referencia para valorar el control metabólico pero existen circunstancias que condicionan su precisión (la anemia, uremia, tratamiento con eritropoyetina...)

La enfermedad renal crónica avanzada produce una disminución en la degradación de insulina con reducción de las necesidades de insulina e incluso su cese. La diálisis revierte tanto la resistencia a la insulina como su degradación. Por todo ello, la individualización del tratamiento con insulina es esencial.

#### Bibliografía

-S. Beltrán Catalan, J.L. Górriz Teruel, L.M Pallardó Mateu. Hemodialisis en pacientes con diabetes: indicaciones, ventajas y posibles complicaciones. Avances en diabetología 2010, 26 :248-52

-Estudio del control metabólico en pacientes diabéticos en hemodiálisis crónica: hemoglobina glicosilada, fructosamina y glicemias capilares. Rev chil, endocrinol, diabetes 2013;6(2):50-54

-Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica. Nov 2012. SEN, SEMI, SEEN, SemFYC, SEMERGEN, SEMG

## 129/31. Y ya vamos por 40!!!

#### Autores:

(1) Laia Homedes Celma; (1) Maria Asunción Gracia Aznar; (1) Piedad Abello Blasco; (2) Mariano Sánchez Mampel; (1) Rosa González Sanz.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Alagón. Zaragoza; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Alagón. Zaragoza.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

Mujer de 76 años con antecedentes de DM, HTA, dislipemia, celiaquía, hernia de hiato, Polimialgia Reumática y déficit de Vitamina B12 en tratamiento con Metformina, Irbesartan/Hidroclortiazida, Rosuvastatina 10, Omeprazol 20, Optovite B12 y Prednisona. Hace 6 meses precisó intensificar la medicación para la Diabetes debido a un mal control glucémico secundario a aumento de corticoide oral, añadiéndose entonces Sitagliptina. Posteriormente se realiza control analítico detectándose un aumento de creatinina y disminución del filtrado glomerular, motivo por el cual se suspende la Metformina. Al mes, la paciente empieza con hiperglucemias alrededor de 320mg/dl, se decide iniciar tratamiento con Insulina. Empezando a dosis de 8UI y aumentando progresivamente en función de los controles de la glucemia hasta llegar a 40UI y persistiendo glucemias alta. Se sospecha que no se administra correctamente la dosis de insulina.

**Exploración y pruebas complementarias**

TA130/85, Talla 164cm, Peso 62Kg, Analítica (hace 4 meses): Glucosa 115mg/dL, HbA1C: 7%, Creatinina 1.5ng/dL, Filtrado Glomerular 30ml/min. Auscultación cardiorespiratoria, electrocardiograma y fondo de ojo normal. Pulsos pedios presentes y simétricos.

**Juicio Clínico**

Mal control glucémico. Mala administración de la insulina.

**Comentario final**

Destacar la importancia de explicar y enseñar el manejo del glucómetro y de las técnicas de administración de la insulina además de enseñar al paciente el saber reconocer posibles hipo e hiperglucemias.

**Bibliografía**

1) Nadal Llover M, Pellicer Jacomet MA. Aportaciones de los nuevos fármacos para la diabetes. FMC. 2013; 20 (3):155-65. 2) Llanes de Torres R. Insulinoterapia en Atención Primaria. AMF. 2011; 7 (4):208-212

**Sábado 22 de Marzo****11.10-11.40 h. Defensa de Comunicaciones Posters. Sesión 2. Tótem 2.****Aula Virtual de posters (1ª planta)**

Moderadores:

**Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Alonso Fernández**

Médico de Familia. Centro de Salud de La Ería. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

**Dr. D. Álvaro Pérez Martín**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de Cronicidad de SEMERGEN.

**129/34. Pacientes con diabetes mellitus tipo 2: comparación entre los objetivos de control en los afectados con microangiopatía y sin microangiopatía.****Autores:**

(1) Viviana Katerine Vélez Cedeño; (1) Inocencia Bobadilla Machín; (1) Laia Llorca Samsó; (2) M. Encarna Domènech Bonilla; (2) Mónica Guillen Mesalles; (2) Ester Mateus Solé.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Les Borges Blanques. Lleida; (2) Enfermería Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Les Borges Blanques. Lleida.

**Resumen:****Objetivos**

Se pretende comparar el control de los factores de riesgo cardiovascular (Hemoglobina glicada (HbA1c), Tensión arterial (TA), colesterol-LDL, colesterol-HDL,

Triglicéridos, Obesidad y Tabaco) de nuestros pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con microangiopatía (ma) y pacientes DM 2 sin ma según los objetivos de control de la Guía de Diabetes del Institut Català de la Salut.

**Metodología**

Estudio descriptivo retrospectivo en la población de pacientes con DM2 de un área básica de salud rural. Población elegida según registro informático ECAP. Se selecciona una muestra de 50 pacientes con DM2 con ma y una muestra de 57 pacientes con DM2 sin ma.

**Resultados**

Porcentaje de control adecuado en los pacientes con ma: HbA1c el 78,0%; TA el 57,1%; colesterol-LDL el 48,0%; colesterol-HDL el 59,6%; Triglicéridos el 60,0%; no obesos el 64,6%; no fuman el 84,0% y en los pacientes sin ma: HbA1c el 68,4%; TA el 71,4%; colesterol-LDL el 47,0%; colesterol-HDL el 42,4%; Triglicéridos el 64,3%; no obesos el 46,4%; no fuman el 80,7%.

**Conclusiones**

El objetivo mejor asumido en ambos grupos es el hábito tabáquico. Los pacientes sin ma tienen un mejor control de la TA. Los pacientes con ma tienen un mejor control de la HbA1c y del peso.

**129/35. No todo es lo que parece.****Autores:**

Maria Varela Mariño.

**Centro de Trabajo:**

Médico de Familia. Centro de Salud Fontiñas. Santiago de Compostela.

**Resumen:****Descripción del caso**

AP: sin interés. No fumador. Bebedor de alcohol moderado.

MC: Paciente no conocido en la consulta. Enviado por la empresa por abuso de alcohol, para realización de pruebas y exploraciones complementarias.

Trabaja como pintor. Refiere episodios en el trabajo de mareo y en ocasiones disnea con actividades moderadas, sudoración. No dolor torácico, no náuseas ni vómitos. Nunca consultó porque refiere estar relacionado con la toma de "un par de cervezas".

**Exploración y pruebas complementarias**

Exploración física:

TA: 130/75, FC 90, IMC 27,64, perímetro abdominal 105cm.

ACP: arritmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Exploración por aparatos sin alteraciones.

**Pruebas Complementarias:**

EKG: FA con respuesta a 90 lpm, no alteraciones de la repolarización.

Solicitamos en la consulta de AP.

Se solicita Rx tórax: sin alteraciones.

Análítica de sangre: hemograma sin alteraciones.

Bioquímica: HbA1c 7.5%, glu 150, urea 43,cre 0.6,GOT 16, GPT 23,GGT 35,trigliceridos,colesterol sin alteraciones.

Análítica de orina normal.

Interconsulta con cardiología. Se envía para iniciar ACO.

Se solicita ecografía abdominal.

**Juicio Clínico**

- DMNID.
- FA de inicio indeterminado.
- Posible ángor

**Comentario final**

En la consulta de atención primaria en la que no se dispone de tiempo suficiente, debemos estar atentos ante cualquier síntoma, ya que no todo es lo que parece. Posiblemente con la “etiqueta de bebedor moderado” con la que remiten a este paciente, hay probabilidades de no realizar de forma correcta la anamnesis y descubrir síntomas graves que queden enmascarados y nos orienten de forma errónea.

**Bibliografía**

Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI

Xavier Bosch<sup>a</sup>, Fernando Alfonso<sup>b</sup>, Javier Bermejo

La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades

Miguel Ruiz-Ramos<sup>a</sup>, Antonio Escolar-Pujolar<sup>b</sup>, Eduardo Mayoral-Sánchez<sup>c</sup>, Florentino Corral-San Laureano<sup>b</sup>, Isabel Fernández-Fernández<sup>c</sup>

## 129/36. Estudio sobre el grado de control de los pacientes diabéticos en un Centro de Salud urbano.

**Autores:**

(1) Macarena Muñoz Sanz; (1) Ángela María Berrocal Acevedo; (1) Isabel María Mellado Vázquez; (1) Rocío Cayetano Cordero; (2) Gonzalo Alfredo Morales Ticona.

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

**Centro de Trabajo:****Resumen:****Objetivos**

Debido al programa informático utilizado en la Comunidad Autónoma donde llevamos a cabo nuestra

labor asistencial, es difícil obtener datos sobre el número y valores objetivos de los pacientes diabéticos. Este trabajo de investigación tiene como objetivo, actualizar dichos datos y confirmar o denegar la idoneidad de dicho programa.

**Metodología**

A través del mencionado programa informático, se obtienen todos los pacientes diabéticos registrados como tal y se recogen los valores de glucemia, hemoglobina glicosilada, microalbuminuria y cociente microalbuminuria-creatinina objetivados en la última analítica.

**Resultados**

Del total de pacientes del centro de salud, se estudian los cupos correspondientes a cinco Médicos de Familia cuyos pacientes representan el 55,44%. De ellos, el 3,57% son diabéticos: un 7.9% tipo I y un 92.1% tipo II. Un 73,57% de los pacientes diabéticos están siendo controlados con determinación de hemoglobina glicosilada, un 33,57% con microalbuminuria y un 22,14% con cociente microalbuminuria-creatinina.

**Conclusiones**

Si el programa no es capaz de alertar sobre los pacientes diabéticos que no están adecuadamente controlados mediante determinaciones analíticas en un tiempo determinado y, debido a la existencia de dicho programa, ya no se realiza la recogida de datos en papel para realizar una estadística, se aprecia un porcentaje importante de pacientes que no están siendo correctamente seguidos. Por lo que cada Médico de Familia debe estar pendiente de realizar los controles oportunos a pesar de las trabas que todavía supone el programa informático actual.

## 129/38. Diabetes Mellitus tipo 2 y obesidad: experiencia con liraglutide ¿Se puede curar la diabetes?

**Autores:**

(1) M<sup>a</sup> Paz Pérez Unanua; (2) Carlos Enrique Rodríguez Valderrama; (1) Rosa Julian Viñals; (1) Yolanda Muñoz González; (1) Manuel Roca Guardiola; (1) Esperanza Duran Macho.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo, DA Norte. Madrid; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo, DA Norte. Madrid.

**Resumen:****Descripción del caso**

Mujer de 54 años con obesidad desde la juventud y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 6 años de evolución, en tratamiento con metformina 2550 mg/día y repaglinida 6 mg/día.

En septiembre de 2011, se aconseja a la paciente tratamiento con liraglutide 1.2 mg/d sc. Se mantiene metformina 2550 mg/día y repaglinida 6 mg/día.

Al mes la paciente acude a consulta, mejor control glucemias preprandiales y posprandiales. A los dos meses, la paciente ya había adelgazado 4 kilos. Se disminuyó la dosis de repaglinida a 3 mg/día y la pérdida de peso continúa, hasta alcanzar los 11 kg tras nueve meses de tratamiento.

Se suspende repaglinida y se mantiene el tratamiento con metformina 1700 mg/24 h y liraglutide 1.2 mg sc/24 horas. La paciente está muy motivada, han pasado 18 meses y ha perdido 30 kg, IMC 32. A pesar de que los controles glucémicos son normales y la HbA1c 5.2%, se mantiene tratamiento con liraglutide durante 4 meses más hasta alcanzar una pérdida total de peso de 32 kg, IMC 31.55

Desde que se suspendió el tratamiento con liraglutide la paciente mantiene hábitos de vida saludables, alimentación sana y actividad física diaria. No ha vuelto a recuperar el peso. Se mantiene el tratamiento con metformina con el objetivo de retrasar la aparición de diabetes y mejorar la resistencia insulínica, ya que la paciente a pesar de la pérdida de peso mantiene una distribución central de la grasa corporal.

#### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física

Peso: 119 Kg Talla: 160 cm IMC: 46.48 TA: 138/85 PC: 130 cm Acantosis nigricans AC rítmico tonos apagados 95 lpm AP murmullo vesicular conservado Dermatitis de estasis.

Pruebas complementarias

Glucosa 170 colesterol 190 HDL 54 LDL 101 triglicéridos 154 GPT 90 HbA1c 8%

#### Juicio Clínico

OBESIDAD grado III  
DIABETES TIPO 2

#### Comentario final

La DM2 afecta al 13,8% de la población española y el 28% de la población española es obesa. En los últimos años se ha acuñado el término diabetes para definir en un mismo concepto la presencia de diabetes tipo 2 en personas obesas. La obesidad debe ser una diana terapéutica esencial.

Una adecuada motivación y el conseguir resultados reales ayudan al paciente a mantener unos hábitos saludables y perseverar en el tratamiento. La pérdida de peso es fundamental a la hora de conseguir mejorar los objetivos de control metabólico.

En pacientes en los que la pérdida de peso sea prioritaria, el tratamiento de elección en segundo escalón, si no se han alcanzado los objetivos de control glucémico con metformina, sería la utilización de análogos de GLP1.

#### Bibliografía

Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Soriguer F et al. Diabetologia. 2012 Jan; 55(1):88-93.

Inzucchi SE et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) Diabetes Care 2012; 35(6):1364-79

Nauck M et al. Efficacy and safety comparison of liraglutide, glimepiride and placebo, all in combination with metformin in type 2 diabetes. Diabetes Care 2009;32:84-90

## 129/41. Diabetes mellitus Tipo 2 y el Riesgo Cardiovascular.

#### Autores:

(1) Zuany Soneira Rodríguez; (1) Maria Jose Reina Rodríguez; (1) Andrea Grajales Ruiz; (1) Patricia Aguilera Samaniego; (2) Concha Sastre García.

#### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Santander; (2) Médico de Familia. Centro de salud Soto de La Marina. Cantabria.

#### Resumen:

#### Descripción del caso

Paciente de 46 años. Ama de casa. Consulta por clínica de 48 horas de evolución de epigastralgia y sensación distérmica. Diagnosticada de Diabetes Mellitus tipo 2 hace 17 años, actualmente sin tratamiento. Fumadora. Obesidad mórbida. Resto de antecedentes no contributivos.

#### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Afebril, diaforética, taquicardia. Mucosa oral seca. Dolor en epigastrio. Glucemia capilar: 395mg/dl. Ante la sospecha de Cetoacidosis Diabética la paciente fue derivada al centro hospitalario de referencia. Hemograma: Leucocitosis con formula normal, anemia normocítica, normocrómica. Bioquímica: Glucosa 305, resto normal.. Troponina máxima: 5,97. HbA1c: 12%. ECG: elevación DII, DIII y aVF, con descenso especular DI y aVL. EcoCardiograma: aquinesia medio basal inferoposterior, fracción ventricular izquierda preservada. Coronariografía: lesión severa en D1 ostial y lesión moderada en circunfleja ostial, coronaria derecha dominante con oclusión total del segmento medio, con colocación de Stent. A las 24 horas post cateterismo cae en Fibrilación ventricular cardiovertidas. Coronariografía y Ecocardiograma normales.

#### Juicio Clínico

Descompensación hiperglucémica simple  
IAM inferoposterior evolucionado

#### Comentario final

La Diabetes Mellitus tipo 2 duplica el riesgo de muerte frente a la población no diabética, siendo la principal causa de muerte las complicaciones macrovasculares. Se demostró en estudios multicéntricos que el 89% de los pacientes diabéticos tienen uno o más factores de riesgos modificables que influyen en la evolución de la enfermedad macrovascular, lo cual condicionaría que entre el 52 y el 80% de las muertes fueran de causa cardiovascular. Demostrándose como el incremento de la mortalidad se asocia con el mal control metabólico (HbA1C), de la tensión arterial, de los lípidos, la microalbuminuria, el peso y antecedentes previos de enfermedad cardiovascular. Cabe destacar que el incremento de los niveles de HbA1c en un punto se asoció con incrementos entre el 30 al 40% de enfermedad cardiovascular.

**Bibliografía**

Nwaneri C, Cooper H, Bowen-Jones D. Mortality in type 2 diabetes mellitus: magnitude of the evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes & Vascular Disease* 2013;13(4) 192–207

Hernandez D, Espejo-Gil A, Bernal-Lopez MR, Mancera-Romero J, Baca-Osorio AJ, Tinahones FJ, Armas-Padron AM, Ruiz-Esteban P, Torres A, Gomez-Huelgas R. Association of HbA1c and cardiovascular and renal disease in an adult Mediterranean population. *BMC Nephrol.* 2013 Jul 17;14(1):151. [Epub ahead of print]

Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1999; 100:1134.

Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 2010; 375:2215.

**SESIONES DE ACTUALIZACIÓN**

**Ponencia de actualización 1: Diabetes y riesgo cardiovascular.**

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana de Santiago Nocito**  
**Dr. D. Josep Franch Nadal**

Estudios poblacionales de la década de los 70 demostraron que las personas con diabetes mellitus tienen un riesgo cardiovascular por lo menos entre 2 y 4 veces superior al de una población de la misma edad y sexo pero sin diabetes. De hecho en nuestros días la principal causa de mortalidad en los diabéticos sigue siendo la cardiovascular.

Para intentar estimar el riesgo de presentar un infarto o de morir por causa cardiovascular se establecieron las primeras ecuaciones de riesgo basadas en funciones matemáticas según la presencia o no de determinados factores de riesgo en una población y la incidencia de las complicaciones a medio o largo plazo. Estas ecuaciones han evolucionado en el tiempo

incorporando nuevos factores de riesgo antes poco valorados (como la frecuencia cardíaca o la presión diferencial). Otras funciones como la del UKPDS o la del ADVANCE se han basado exclusivamente en población diabética e incorporan variables propias de la DM como el valor de la HbA1c o el tiempo de evolución de la enfermedad.

Sin embargo, al analizar el valor predictivo de estas ecuaciones de riesgo se ha demostrado ampliamente que son buenas predictoras a nivel poblacional, pero que no sirven (o muy poco) a nivel individual. Es decir su sensibilidad y especificidad es muy baja para adivinar si una determinada persona va a tener o no un infarto. De hecho en la validación de estudios como el Regicor se comprobó que la mayoría de los infartos se daban entre la población con un riesgo medio (entre 5 y 10% a 10 años).

Esto obliga a buscar nuevos factores de riesgo (denominados emergentes) que puedan contribuir a incrementar la capacidad predictiva de las ecuaciones de estimación del riesgo cardiovascular.

Mientras se encuentran estas nuevas ecuaciones, en la consulta diaria no debemos olvidarnos de actuar sobre todos los factores de riesgo que afectan a las personas con diabetes... y sin diabetes.

**Ponencia de actualización 2: Estado emocional y control glucémico. Convivir con la diabetes.**

**Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera**  
**Sr. D. Francisco Javier Hurtado Núñez**

Para entender al completo cualquier patología (y especialmente a nuestros pacientes), resulta indispensable valorarla desde el plano bio-psico-social. De manera simplificada, podríamos decir que las emociones son estados afectivos que experimentamos, reacciones subjetivas ante las cosas que nos rodean y afectan, y tienen una función adaptativa. Cada emoción lleva consigo una serie de cogniciones, actitudes y creencias, y por lo tanto influyen en el modo en el que se percibe nuestro mundo y en las conductas que en él llevaremos a cabo.

En una enfermedad como la diabetes, que necesita de la implicación y el esfuerzo continuo de la persona para mantener los niveles de glucemia lo más controlados posibles, este aspecto psico-emocional debe ser muy especialmente considerado. Existen 6 categorías básicas de emociones: alegría, sorpresa, aversión, ira, miedo y tristeza, y cada una de ellas puede denotar una manera de entender lo que nos está ocurriendo, así como pueden potenciar unas conductas u otras, más o menos adecuadas según se considere. Pero además, no solo las emociones pueden influir en las respuestas de los pacientes ante los requerimientos de la enfermedad, sino que la propia diabetes puede favorecer la aparición de determinadas emociones o respuestas psicológicas, más o menos adaptativas, y que favorezcan o no el seguimiento de las indicaciones médicas y, por lo tanto, resultados de control que prevengan la aparición de complicaciones a corto y largo plazo.

Finalmente señalar que una emoción no se considera positiva o negativa en función de si es agradable o desagradable para la persona, sino dependiendo de si su aparición es acorde a las circunstancias que la han generado. Emociones que nos hacen sentir mal pueden ser necesarias (positivas) para adaptarnos o hacer frente a una situación que acaba de ocurrir. La relación entre emociones-pensamientos-conductas nos va a permitir reflexionar sobre qué dimensión de las 3 es mejor intervenir desde la consulta médica de AP.

Controlar las emociones ayudará a mejorar el control glucémico, y los equipos médicos que trabajan en diabetes deben conocer todos estos aspectos para entender muchas respuestas de los pacientes y potenciar la adherencia al tratamiento consiguiendo los mejores resultados clínicos.

### Ponencia de actualización 3: El riñón: nueva diana terapéutica en diabetes mellitus tipo 2.

**Dra. D<sup>a</sup>. Margarita Alonso Fernández**  
**Dr. D. Elías Delgado Álvarez**

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en España. Su fisiopatología es muy compleja y a medida que se aumenta el conocimiento sobre ella se descubren más órganos implicados. El riñón es uno de ellos, estando implicado en la producción (glucogénesis), consumo (glucólisis) y, sobre todo, en la filtración y reabsorción de la glucosa. Es conocido que en los pacientes diabéticos existe una hiperfiltración de glucosa, pero también está aumentada la capacidad de reabsorción del túbulo proximal de la nefrona, por un aumento en la expresión de los cotransportadores de sodio glucosa tipo 2 (SGLT2)<sup>1</sup>. Esto convierte al riñón y a estos cotransportadores en actores fundamentales en el desarrollo y manejo de la diabetes tipo 2.

El SGLT2 se expresa de forma selectiva en el riñón, sin que se haya detectado ninguna expresión en más de 70 tejidos distintos, y es el transportador predominante responsable de la reabsorción de la glucosa tras la filtración glomerular para devolverla a la circulación. Un paciente no diabético filtra y reabsorbe prácticamente la misma cantidad de glucosa, unos 180 gramos al día<sup>2</sup>.

La inhibición de estos cotransportadores es una opción terapéutica muy interesante para el control de la diabetes, ya que presenta un mecanismo de acción totalmente independiente de la insulina y de la función pancreática. Esto es un factor diferenciador de este grupo terapéutico con respecto al resto de fármacos existentes en la actualidad, y aporta una cantidad importante de beneficios, tanto a corto como a largo plazo que además se acompañan de un buen perfil de seguridad.

La dapagliflozina, el primer fármaco de esta clase comercializado en España, es un inhibidor selectivo (1400 veces más selectivo sobre SGLT2 que sobre SGLT1, el principal transportador intestinal responsable de la absorción de glucosa) y reversible de los cotransportadores SGLT2 y reduce la reabsorción renal de la glucosa, lo que conduce a la excreción de glucosa en orina. Esta excreción de glucosa (efecto glucurético) se observa después de la primera dosis, es continua durante el intervalo de administración de 24 horas y se mantiene durante el tratamiento. La cantidad de glucosa eliminada por el riñón mediante este mecanismo depende de la concentración de glucosa en sangre y de la TFG. Se excretaron aproximadamente 70 g de glucosa en orina al día (equivalente a 280 Kcal/día) con una dosis de dapagliflozina de 10 mg/día en sujetos con diabetes mellitus tipo 2<sup>2</sup>. Gracias a la eliminación del exceso de glucosa, dapagliflozina ayuda a reducir los niveles de azúcar en sangre, además, de otros beneficios adicionales como la reducción de peso y de la tensión arterial.

Los resultados de los ensayos clínicos con dapagliflozina para el tratamiento de la diabetes tipo 2 muestran resultados interesantes a corto plazo como son la reducción potente y temprana de la HbA<sub>1c</sub> (en torno al 0,8%, llegando a 1,32% en pacientes con glicadas altas)<sup>3</sup> y una importante reducción ponderal (en torno a 3 kg)<sup>4</sup>, lo que puede ayudar al aumento de la efectividad del fármaco y a una mejor adherencia de los pacientes a este tratamiento, ya que es sabido que la mayoría de los pacientes

con DM2 presenta sobrepeso u obesidad<sup>5</sup>. A largo plazo (2 y 4 años) los resultados son igualmente prometedores en cuanto a la durabilidad del efecto, pérdida de peso y descenso de la tensión arterial<sup>6,7</sup>.

Además, por este novedoso mecanismo de acción que presenta, dapagliflozina ha demostrado en estudios con diferentes metodologías (como el Modelo homeostático HOMA, o el modelo de clamp euglicémico hiperinsulinémico) que produce una mejoría en los dos defectos clave de la diabetes tipo 2, que son la resistencia a la insulina y la disfunción de la célula  $\beta$ <sup>8,9,10</sup>, lo que puede tener implicaciones importantes en el desarrollo y manejo de esta enfermedad crónica y progresiva.

En cuanto a la seguridad, la incidencia global de acontecimientos adversos en los pacientes tratados con dapagliflozina 10mg fue similar a placebo. Pocos acontecimientos adversos provocaron la interrupción del tratamiento y estuvieron reparados de forma equilibrada entre los grupos de estudio<sup>2</sup>. La frecuencia de episodios menores de hipoglucemia fue similar entre los grupos de tratamiento, incluido placebo, con las excepciones de los estudios con tratamientos de adición a sulfonilurea (SU) y adición a insulina<sup>2</sup>. Se dieron más casos de infecciones urinarias (4,3% dapa vs 3,7% pbo) y genitales (4,8% dapa vs 0,9% pbo). La mayoría de las infecciones fueron de leves a moderadas y los sujetos respondieron a un ciclo inicial de tratamiento convencional y rara vez ocasionaron la interrupción del tratamiento con dapagliflozina<sup>2</sup>.

#### Notas

1. Rahmoune H et al. *Glucose transporters in human renal proximal tubular cells isolated from the urine of patients with non-insulin-dependent diabetes*. Diabetes 2005; 54(12): 3427-34
2. Ficha técnica de FORXIGA®. Disponible en la página web: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/002322/WC500136026.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002322/WC500136026.pdf) Acceso: Marzo de 2014
3. Bailey CJ et al. *Effect of dapagliflozin in patients with type 2 diabetes who have inadequate glycaemic control with metformin: a randomised, double-blind, placebo controlled trial*. Lancet 2010;375:2223-2233
4. Nauck MA et al. *Dapagliflozin versus glipizide as add-on therapy in patients with type 2 diabetes who have inadequate glycaemic control with metformin: a randomized, 52-week, double-blind, active-controlled noninferiority trial*. Diabetes Care 2011;34:2015-22
5. Vinagre et al. *Control of Glycemia and Cardiovascular Risk Factors in Patients With Type 2 Diabetes in Primary Care in Catalonia (Spain)*. Diabetes Care 2012; 35:774-79
6. Bailey CJ et al. *Dapagliflozin add-on to metformin in type 2 diabetes inadequately controlled with metformin: a randomized, double-blind, placebo-controlled 102-week trial*. BMC Medicine 2013, 11:43 doi:10.1186/1741-7015-11-43
7. Langkilde A, Nauck M.A., Del Prato S, et al. *Durability of dapagliflozin vs glipizide as add-on therapies in type 2 diabetes inadequately controlled on metformin: 4-year data*. Poster 936 presentado en 49th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes, EASD 2013; 23-27 Septiembre 2013
8. Abdul-Ghani M, et al. *Dapagliflozin improves muscle glucose uptake and increases hepatic glucose production in type 2 diabetes mellitus individuals*. Diabetologia 2013;56(suppl 1):S248. 49th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes, EASD 2013;23-27 Septiembre 2013

9. Mudaliar S et al. *Changes in Insulin Sensitivity and Insulin Secretion with the Sodium Glucose Cotransporter 2 Inhibitor Dapagliflozin*. Diabetes Technology & Therapeutics 2014;16(3). doi: 10.1089/dia.2013.0167
10. Langkilde A, et al. *Measures of beta cell function and insulin sensitivity over time in patients with type 2 diabetes receiving dapagliflozin versus glipizide as add-on therapy to metformin*. Diabetologia 2012;55:(suppl 1):S308.

## Ponencia de actualización 4: Conversaciones de expertos en torno al paciente diabético. Un enfoque multidisciplinar.

**Dr. D. José Luis Hernández**  
**Dr. D. Javier Escalada San Martín**

La ponencia de actualización sobre el paciente diabético va a tener un formato de “Conversaciones entre expertos,” con una moderación imprescindible para dirigir la discusión hacia los puntos más importantes desde el punto de vista clínico.

En mi caso, focalizado en el control glucémico, pretendo abordar tres importantes apartados, como son en primer lugar los objetivos de control en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 (objetivos de las guías, la realidad de la falta de control y la importancia de intensificar el tratamiento a los tres meses de estar el paciente no controlado). En segundo lugar se analizarán aspectos relacionados con la prevención y la seguridad, puntos clave en este perfil de pacientes (prevenir hipoglucemias, riesgo cardiovascular). Y en tercer lugar, qué recomendaciones terapéuticas nos pueden ayudar a cumplir estos objetivos, es decir, cómo buscar ese “balance eficacia & seguridad”. En este apartado, se analizará qué hacer en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 tras el fracaso de metformina, teniendo en cuenta las diversas opciones terapéuticas que tenemos a día de hoy. Es un amplio campo en el que puede discutirse el segundo escalón terapéutico, la triple terapia (cada vez más presente en los últimos consensos y algoritmos terapéuticos de diabetes mellitus tipo 2), la combinación de antidiabéticos orales con insulina y un aspecto cada vez más importante como es el tratamiento del paciente diabético con comorbilidades o paciente complejo. Es sabido que en los ensayos clínicos aleatorizados, diseñados para conseguir la comercialización de los diferentes antidiabéticos, generalmente son motivo de exclusión aquellos pacientes con comorbilidades importantes o con edades avanzadas. Sin embargo, en la práctica clínica diaria, nos enfrentamos con pacientes que tienen enfermedad renal crónica, en diferentes estadios, pacientes con hepatopatías de diferentes grados y origen, pacientes cardiopatas y por supuesto pacientes ancianos, muchos de ellos, además, con comorbilidades. Afortunadamente, con el paso del tiempo disponemos de datos clínicos muy interesantes de la eficacia de los fármacos antidiabéticos en esta importante población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que también será motivo de un profundo análisis.

**Dr. D. Luis Masana Marín**

Un 13% de la población española está afectada de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Su mayor causa de morbi-mortalidad es la enfermedad cardiovascular por lo que su prevención es un reto médico de primera magnitud. En los pacientes con DMT2 suelen coincidir una serie de procesos que aceleran el desarrollo, e influyen en la gravedad, de la enfermedad cardiovascular. Entre ellos la propia alteración del metabolismo glucídico, la hipertensión que afecta a casi un 80% de los diabéticos y la hiperlipemia presente en prácticamente todos estos pacientes.

Si además se asocian otros factores exógenos como el tabaquismo, el riesgo vascular es extremo.

Distintas sociedades científicas recomiendan actuar en estos pacientes con la intensidad propia de la prevención secundaria. En cuanto al manejo lipídico los pacientes con DMT2 sin complicaciones u otros factores de riesgo asociados se consideran de alto riesgo y se aconseja que sus concentraciones de LDL sean inferiores a 100 mg/dl mientras que la presencia de otros factores o complicaciones aconsejan llevar a los pacientes a concentraciones de LDL inferiores a 70 mg/dl dado que son de muy alto riesgo. A pesar de que la dislipemia diabética es muy compleja y se asocia a HDL bajo y triglicéridos elevados el fracaso de las terapias sobre estas fracciones lipídicas han llevado a recomendar la focalización del tratamiento en conseguir los objetivos de colesterol LDL mencionados. Se ha demostrado que el control de LDL es el factor que más condiciona el descenso del riesgo cardiovascular, de forma parecida al control de la hipertensión y por encima del control glucídico.

A pesar del convencimiento de la eficacia de alcanzar los objetivos terapéuticos, solo uno de cada cinco pacientes lo consigue.

Las razones que explican que no se consigan los objetivos son diversas y entre ellas cabe destacar la falta de adherencia terapéutica, pero también la prescripción de tratamientos subóptimos. La mayoría de pacientes requerirá tratamiento con estatinas potentes a dosis altas y en muchos casos combinación con ezetimiba para acentuar la eficacia hipocolesterolemia.

Planificar el tratamiento calculando el tipo de terapia necesaria para obtener objetivos es fundamental. Herramientas que nos guíen en este proceso terapéutico ayudándonos a la toma de decisiones y a evitar la inercia terapéutica incrementan el número de sujetos que alcanzan los objetivos. Las sociedades españolas de Arteriosclerosis y Cardiología han desarrollado una sencilla herramienta de sobremesa que facilita el control de estos pacientes y debe redundar en un mejor pronóstico de los mismos.

## TALLERES

### Taller 1: ¿Es posible mejorar la adherencia terapéutica de las personas con diabetes?

Dr. D. José Escribano Serrano

Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo

El tratamiento de las diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no es solo el tratamiento de la hiperglucemia, sino que junto a ésta suelen coexistir otros factores de riesgo cardiovascular que deben ser controlados. Igualmente en las personas con DM2, es frecuente la existencia de diversas complicaciones de la enfermedad, así como la presencia de comorbilidades, muchas de ellas asociadas a la edad. Todo ello, hace que se encuentren con frecuencia en tratamiento con medidas higiénico-dietéticas estrictas y se les prescriban gran cantidad de fármacos.

La falta de adherencia terapéutica, definida como: *“la no coincidencia entre la prescripción clínica y el grado de asunción de las normas por parte del paciente en términos de toma de medicamentos, seguir dietas, realizar cambios en los estilos de vida, etc”*<sup>1</sup>, es un problema importante que da lugar a peor estado de salud, a un aumento de las necesidades de atención, tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, y a un aumento de la morbi-mortalidad, lo que se traduce en un importante incremento de los costes sanitarios.

En un estudio recientemente publicado en nuestro país, el grado de falta de adherencia a la medicación (FAM) en personas con DM2 atendidas en las consultas de Atención Primaria fue del 36,1, 37,5 y 32,0% para los antidiabéticos, antihipertensivos e hipolipemiantes, respectivamente<sup>2</sup>.

La FAM es una de las causas más importantes de mal control de la enfermedad, así en el estudio de García et al, realizado en nuestro país, se observó que aquellas personas catalogadas como incumplidoras presentaban una glucemia a los seis meses de seguimiento de 200,4 mg/dl y una HbA1c de 8 % frente a una glucemia de 147 mg/dl y una HbA1c de 6,6 % en el grupo de personas cumplidoras<sup>3</sup>.

Una buena adherencia terapéutica ha demostrado disminuir el riesgo de hospitalización y la mortalidad de las personas con diabetes. Así, en un estudio retrospectivo que incluyó a 11532 personas con DM, las que presentaban una buena adherencia al tratamiento con hipoglucemiantes orales, tenían una disminución del riesgo de hospitalización por todas las causas (OR 1,58[IC 95% 1,38-1,81] p<0,001), así como un descenso de la mortalidad global (OR 1,81[IC 95 % 1,46-2,23] p<0,001)<sup>4</sup>.

Aunque la causa más frecuente de FAM es el olvido en la toma de la medicación, existen diferentes grupos de variables relacionadas con el cumplimiento, entre las que destacan las relativas a las características personales del paciente, a la terapia que utiliza, a la propia enfermedad, al entorno familiar y social, al profesional sanitario que le atiende o a la estructura del Sistema Sanitario<sup>5</sup>.

Los profesionales que trabajamos en Atención Primaria deberíamos mantener una vigilancia rutinaria sobre la adherencia terapéutica en todas las personas con DM2 y en todos los contactos que se produzcan entre ellas y algún profesional sanitario, como recomienda la guía NICE<sup>6</sup>.

**Métodos de medida de la falta de adherencia a la medicación (FAM).**

Los métodos de medida del incumplimiento pueden ser directos e indirectos. Los métodos directos cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos, en alguno de los fluidos orgánicos.

Los métodos indirectos son sencillos, baratos y reflejan la conducta del enfermo. Son útiles en Atención Primaria, aunque sobreestiman el cumplimiento y están basados en la entrevista clínica o en la medición del recuento de comprimidos. De los métodos basados en la entrevista clínica, los más utilizados son el test del cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett y el test de Morinsky-Green (Tabla 1\*). Los métodos basados en el recuento de comprimidos se realizan mediante el recuento simple, a través del recuento con monitores electrónicos de control de la medicación o a través del control de la dispensación o retirada de medicación de la farmacia.

Un algoritmo de actuación lógico respecto a la medida del cumplimiento a desarrollar por los profesionales en las consultas de Atención Primaria es el que figura en la figura 1\*.

#### Estrategias de mejora de la FAM en personas con DM2.

La FAM es un problema complejo y multidimensional. En la guía NICE sobre adherencia<sup>6</sup>, se encuentra una exhaustiva revisión de las evidencias disponibles sobre una serie de estrategias que podrían mejorar la FAM, concluyendo que en la mayoría de ellas no existen evidencias claras sobre su eficacia.

Intervenciones básicas para mejorar la FAM, ya contrastadas por el uso, deberán ser individualizadas y adaptadas a cada paciente. Por ejemplo, insistir en:

- ▶ Que exista un registro de las tomas de la medicación para evitar olvidos, ya que esta es la causa detectada más frecuente de FAM.
- ▶ Que se haga partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad. En DM2 el paciente suele hablar en términos de glucemia mientras los profesionales y las Guías lo hacen en términos de HbA1c.
- ▶ Que el régimen posológico se intente simplificar al máximo, pautas de una vez al día se podrían recomendar frente a dos veces al día y estas mejor que tres veces al día, aunque hasta ahora estos cambios sólo tengan un grado de evidencia débil.
- ▶ Que se eviten las dosificaciones extrañas, como medios o cuartos de comprimido, y que se pueda ajustar la toma a las actividades rutinarias de la vida (al comer, al acostarse, etc)
- ▶ Que se tenga una gran precaución con el envasado de los medicamentos, más aun en estos tiempos de medicaciones genéricas, precios de referencia y subastas de fármacos, donde los cambios de marca comercial son frecuentes.
- ▶ Que pueda facilitarse el uso de pastilleros u otros sistemas personalizados de dosificación (organizadores de medicación, en forma de blíster semanal desechable).
- ▶ Que se investigue la presencia de efectos adversos de los fármacos. Se debe hablar con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos de los distintos fármacos. Así se tendrán en cuenta las preferencias del paciente, cambiando si es necesario a otro medicamento o la hora de administración o la dosis.

Por parte de los profesionales<sup>7,8</sup> el hecho de establecer una buena relación entre ellos y el paciente puede producir una sensible mejora de la adherencia terapéutica, para ello se han establecido unos principios fundamentales:

- ▶ Establecer una comunicación adecuada. Intentar comunicarse en el mismo idioma que el paciente, utilizando términos que el paciente comprenda o explicando claramente aquellos que le puedan resultar más complicados. Los profesionales deben confirmar siempre que la persona con diabetes ha entendido cómo debe actuar.
- ▶ Realizar una entrevista motivacional. Motivar a los pacientes es fundamental para que cumplan con las pautas prescritas. Una de las causas de FAM más difíciles de combatir son las creencias erróneas del paciente; es decir, los tipos de pacientes "Confundido" o "Despistado" de Marcum<sup>9</sup>. Además y por desgracia en DM2 existen innumerables conceptos erróneos circulando.
- ▶ Mostrar empatía y realizar una toma de decisiones compartida. El profesional sanitario debe ponerse en el lugar del paciente y entender su problemática, comprender su situación e intentar llegar a acuerdos sobre la gestión de la enfermedad. A veces, el exceso de posturas dominantes y autoritarias producen rechazo y generan mayor FAM.
- ▶ Formación y desarrollo de estas capacidades. Tanto médicos como enfermeros y farmacéuticos deben transmitir confianza con respecto a sus capacidades técnicas y sus conocimientos, pero también por la forma de transmitir estos.

La utilización de las nuevas tecnologías puede ayudarnos de gran manera, tanto a profesionales como a pacientes, a mejorar la adherencia terapéutica.

\*Tabla 1. Test de cumplimiento autocomunicados. Test de Haynes-Sackett y de Morisky-Green

#### Test de Haynes-Sackett o cumplimiento autocomunicado:

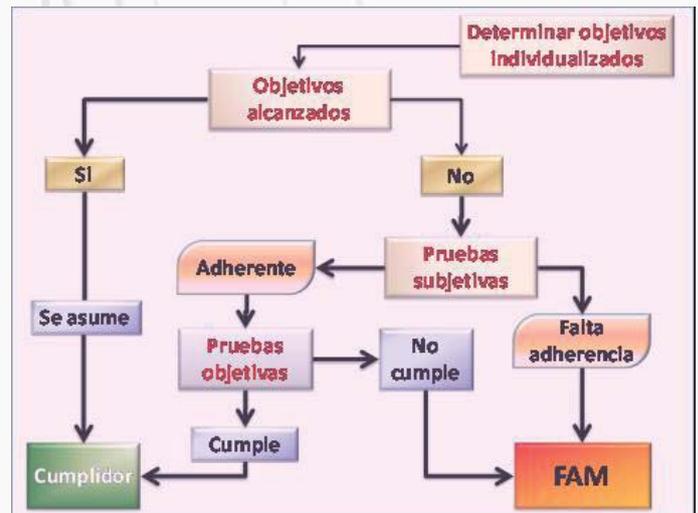
1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

- ▶ Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos.
- ▶ Método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor y es útil para indagar sobre las causas de la no adherencia

#### Test de Morisky-Green:

11. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
12. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
13. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
14. Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomar la medicación?

El paciente es considerado como cumplidor si las respuestas a las cuatro preguntas son "no", "sí", "no" y "no", respectivamente



#### Bibliografía

1. Sabate E. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
2. Lopez-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols.Sagarra C, Selva A, Aguado.Jodar A, et AL. *Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria*. *Med Clin*. 2012 ;138:377-84.
3. García Navarro MD, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Carratalá Munuera C, Terol Moltó C, Merino Sánchez J. *Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia*. *MedClin* 2001;116 (Supl 2):141-6
4. Ho PM, Rumsfeld JS, Massouidi FA, McClureDL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. *Effect of medication non adherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus*. *Arch Intern Med* 2006;166:1836-41
5. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. *Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews*. *Front. Pharmacol.*, 25 July 2013 | doi: 10.3389/fphar.2013.00091
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London NICE 2009. Clinical guideline 76. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
7. Gil-Guillén VF, Palazón-Bru A, Pereira-Expósito A, Perseguer-Torregrosa Z. *Estrategias para mejorar el cumplimiento en la práctica clínica diaria*. *Hipertens Riesgo Vasc* 2012;29:20-7
8. López-Simarro F. *Inercia terapéutica. Causas y soluciones*. *Hipertens Riesgo Vasc*. julio de 2012;29:28-33
9. Marcum ZA, Sevik MA, Handler SM. *Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition*. *JAMA* 2013; 309:2105-6.

## Taller 2: Insulinización. Resolución de casos. Un aprendizaje reflexivo (Pun's and Den's).

Dr. D. Antonio Hormigo Pozo  
Dr. D. José Manuel Comas Samper

\*Figura 1. Algoritmo de valoración del cumplimiento terapéutico

Las habilidades y actitud del Médico de Atención Primaria ante el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), son esenciales para disponer e identificar sus necesidades terapéuticas de forma óptima.

Este taller se orienta al desarrollo y mejora desde la Atención Primaria de la asistencia prestada en DM2, tan compleja a veces y orientada hacia una individualización en los objetivos y tratamiento indicado.

La metodología **PUNs** and **DENs** (ideada por el Dr. Richard Eve, 2003), pretende **identificar las necesidades no cubiertas del paciente y las posibles exigencias formativas de los profesionales sanitarios, mediante la interacción con los pacientes.**

El término **PUNs** (Patient Unmet Need), se relaciona con las necesidades del paciente no resueltas por el Médico, y el término **DENs** (Doctor Educational Need) con las necesidades formativas del médico.

En este taller, a través del desarrollo de un caso clínico de un paciente con indicación de iniciar tratamiento con insulina, se establecerá una sistemática de identificación de problemas, búsqueda de necesidades formativas y estructuración de soluciones con aplicabilidad en la práctica clínica diaria.

La interacción con el paciente durante el mismo llevará a los discentes a identificar las barreras y necesidades del paciente, conocer la sistemática de trabajo **PUNs** and **DENs** basada en el análisis reflexivo por parte del profesional médico y el hallazgo de soluciones para este caso.

La metodología siempre es individual para cada paciente, en función de sus necesidades, y para cada profesional en función de los déficits que se aprecien, siendo un elemento esencial en sus objetivos y reconocimiento de las necesidades de aprendizaje, la **HONESTIDAD** del profesional consigo mismo.

### Taller 3: Simplificación del tratamiento con antidiabéticos orales. Menos es más.

Dr. D. José Mancera Romero  
Dra. D<sup>a</sup>. Sonia Miravet Jiménez

Según el reciente estudio [Di@bet.es](http://Di@bet.es), la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en España es del 13,8% (6% de diabetes desconocida). El envejecimiento de la población y la obesidad, entre otras causas, anuncian un aumento global de esta patología. Mayoritariamente, los pacientes con DM2 son tratados y controlados en Atención Primaria. El riesgo de complicaciones micro y macrovasculares de la DM2, que son causa de morbimortalidad y de aumento del gasto sanitario, disminuye con un buen control metabólico. Es necesario conocer los objetivos de control metabólico (HbA1c) para cada paciente en particular. El tratamiento de la DM2 puede ser complejo, principalmente por la asociación a otras comorbilidades y la polimedicación a la que están sujetos los pacientes para alcanzar los objetivos consensuados.

El objetivo del taller es fomentar la participación y discusión de los asistentes mediante tres casos clínicos reales de nuestra consulta de Atención Primaria. Se tratarán temas muy prevalentes e importantes como son la insuficiencia renal, el riesgo de hipoglucemias, el efecto de los fármacos sobre el peso y el paciente anciano con DM2. Entre todos, deberemos decidir cuál será la opción terapéutica más adecuada en cada caso, teniendo en cuenta conceptos como la individualización del tratamiento, la inercia clínica y terapéutica, el *empowerment* y

otros factores que pueden influir en la toma de decisiones en nuestro medio.

En este contexto, el papel de los fármacos iDPP4 es de sumo interés por su capacidad para disminuir la A1c, no producir hipoglucemias, ser neutros con respecto al peso y su seguridad cardiovascular. Por otra parte, su asociación a metformina en un solo comprimido aumenta la cumplimentación del tratamiento, lo que redundará en un mejor control glucémico. Dentro de estos fármacos, la linagliptina reúne una serie de características farmacológicas que le permiten no necesitar ajuste de dosis a lo largo del continuum de la enfermedad.

El reto principal del Médico de Familia es saber reconocer y manejar la incertidumbre profesional y la formación es la mejor opción para intentar mitigarla.

### Taller 4: Beneficios de un análogo de GLP-1 semanal: Aplicaciones y uso práctico en atención primaria.

Dra. D<sup>a</sup>. Olga González Albarrán  
Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Paz Pérez Unanua

En los últimos años hemos asistido a un profundo cambio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), novedosas alternativas terapéuticas que han revolucionado el tratamiento de las personas con diabetes. Los análogos de GLP-1 (endogenous hormone glucagon-like peptide) son una nueva familia de fármacos disponibles en el abanico terapéutico de DM2. El mecanismo de acción de los análogos de GLP-1 está basado en el efecto de la hormona *incretina* *GLP-1*. Estos agentes mejoran la secreción de insulina dependiente de la glucemia, suprimen los niveles de glucagón, reducen la producción de glucosa por hígado, disminuyen la ingesta y enlentecen el vaciamiento gástrico. Por otro lado varios estudios *in vitro* y *in vivo* muestran que los fármacos incretinomiméticos mejoran la funcionalidad de la célula beta y la masa de células beta pancreáticas. Por otro lado, han demostrado un descenso de la presión arterial y un mejor control del perfil lipídico, así como un significativo descenso del peso. Por último, hay datos de estudios preclínicos y clínicos sobre el papel cardioprotector de esta familia de fármacos.

En resumen, son fármacos eficaces en el tratamiento de la DM tipo 2, con reducciones importantes de la HbA1c, disminuyen tanto la glucemia en ayunas como la glucemia posprandial, además de mejorar varios índices de la secreción de insulina, sin riesgo de hipoglucemia (ya que su mecanismo de acción es dependiente de los niveles de glucemia) y con importantes reducciones en el peso corporal.

En los últimos años disponemos comercializados en España varios fármacos de este grupo, exenatide, liraglutide, lixinatide y exenatide de administración semanal. El objetivo del taller será familiarizarnos con el manejo de los análogos de GLP1 en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de Atención Primaria, conocer cómo actúan estos fármacos, cuál es su mecanismo de acción, como mejoran el control glucémico, resultados en cuanto a pérdida de peso, efectos secundarios, las peculiaridades de cada uno de ellos, cual es el perfil de paciente que puede beneficiarse del tratamiento con análogos de GLP1 y las ventajas que aporta disponer de un análogo de GLP1 de administración semanal.

El taller pretende ser útil y eminentemente práctico para un médico de Atención Primaria. Tras una breve introducción teórica que nos permitirá conocer un poco más de cerca a los análogos de GLP1, nos familiarizaremos con exenatide semanal, su eficacia, seguridad, forma de administración y finalmente se trabajará sobre casos clínicos de pacientes en la consulta de Atención Primaria.

## ENCUENTRO CON EL EXPERTO

### La intensificación con análogo del GLP-1 del paciente insulínizado.

La intensificación con análogo de GLP-1 del paciente insulínizado

**Dr. D. David Ruiz Ochoa**

La historia de la diabetes es una historia de intensificación en el tratamiento para mantener los objetivos de control glucémico. Tras el control de la glucemia basal la optimización de los valores de glucemia posprandial resulta fundamental para alcanzar dichos objetivos de control. Disponíamos de recursos terapéuticos limitados dirigidos a controlar la glucemia posprandial y los nuevos fármacos incretínicos, tanto inhibidores de DPP-IV como análogos de GLP-1, actúan fundamentalmente en ese período posprandial por lo que pueden resultar un arma eficaz para alcanzar un adecuado control glucémico en aquellos pacientes diabéticos que no alcanzan objetivos de control tras el inicio de la insulina basal. Comentaremos los mecanismos fisiológicos a través de los cuales los fármacos incretínicos reducen la glucemia posprandial y las diferencias entre los GLP-1 de acción corta y GLP-1 de acción larga para su control, dadas las diferencias que presentan en sus efectos sobre la secreción de insulina, supresión de glucagón o vaciamiento gástrico y que pueden orientar a su uso en la práctica clínica. Repasaremos los principales trabajos publicados de tratamiento combinado entre GLP-1 e insulina y finalmente el posible papel de la taquifilaxia como factor limitante para el control de la glucemia postprandial con los análogos de GLP-1 en el tratamiento a largo plazo.

¿Cuándo la insulina basal no es suficiente pueden ayudar los ANALOGOS DE GLP -1 ?

**Dra. D<sup>a</sup>. Mercedes Royano Ruiz**

El objetivo es tratar de explicar a través de un caso clínico como conseguir un mejor control de la glucemia postprandial a través de la adición de análogos de GLP -1 como por ejemplo lixisenatida ,dada la importancia de controlar no solo la glucemia basal sino también la postprandial ,que parece ,predice mejor las complicaciones cardiovasculares .

Se explica el mecanismo de acción ,haciendo incapie en el efecto de la lixisenatida sobre el vaciado gástrico ,no aumentando la glucemia postprandial y disminuyendo la insulina postprandial.

Se señalan ventajas que se obtienen con el uso de lixisenatide que no se obtienen con otros análogos u otros fármacos antidiabéticos u otros tipos de insulina .

Se indica la frecuencia de administración y el por que se recomienda por la mañana ,y se diferencian los análogos de corta o de larga acción .

Se intenta resaltar la importancia de individualizar como siempre el tratamiento y una vez mas también con los análogos de GLP-1 escogiéndolos según las características tanto del perfil glucémico del paciente ,como de las comorbilidades,y el mecanismo de acción ya que todos ni son ni actúan igual

**Taller 1: Actitud ante una hipoglucemia.**

**Dra. D<sup>a</sup>. Carmen Huidobro Dosal**  
**Sra. D<sup>a</sup>. Emma Varona Novoa**  
**Sra. D<sup>a</sup>. Montserrat San Martín Aparicio**

**Taller 2: Cuidado del pie diabético.**

**Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Ángeles Puebla Alonso**  
**Sra. D<sup>a</sup>. Ana Ruiz Pérez**  
**Sra. D<sup>a</sup>. Montserrat Nicolás Martínez**

**Taller 3: La alimentación de la persona con diabetes.**

**Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Manzanares Arnaiz**

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que sin un control adecuado, cursa con elevada morbi-mortalidad, gran parte de ella prematura. Esto supone un gran impacto social y un alto coste sanitario, debido al desarrollo de complicaciones, que conllevan una pérdida tanto de la calidad como de la esperanza de vida de las personas con diabetes.

Con los cambios en los últimos años en los tratamientos y diagnósticos de la diabetes, la problemática de estas personas ha variado, adquiriendo tal complejidad que el éxito en el control del paciente dependerá del manejo integral del mismo.

Una de las estrategias para la promoción de la salud y el fomento del cuidado de las personas con diabetes, es el desarrollo de habilidades, considerando a los propios pacientes como el principal recurso.

Por ello nos hemos planteado este año como objetivo, unos talleres participativos para que las personas con diabetes se sientan protagonistas, desarrollen habilidades en el "aprender haciendo" y se conviertan en personas activas en el manejo de su salud.

Se han diseñado tres talleres: cuidado personal del pie diabético, alimentación en la personas con diabetes y actitud ante la hipoglucemia por parte tanto del paciente como de sus familiares.

### Actividades con la población. Jornadas nacionales de diabetes SEMERGEN.

Colegio Oficial de Médicos de Cantabria

Talleres:





II Jornadas  
Nacionales Diabetes  
**SEMERGEN**  
**Santander**  
21 y 22 de Marzo de 2014  
Hotel Bahía

[www.jornadasdiabetes.com](http://www.jornadasdiabetes.com)

[info@jornadasdiabetes.com](mailto:info@jornadasdiabetes.com)

Organiza



 <https://www.facebook.com/Semergen>

 <http://www.twitter.com/SEMERGENap>

Secretaría Técnica



C/Narvéez 15-1<sup>izq</sup>  
28009 · Madrid  
tel : 902 430 960  
fax : 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)

JANSSSEN  
CAMBIARÁ  
TU FORMA  
DE VER LA  
DIABETES



Johnson & Johnson

janssen   
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF Johnson & Johnson