

tiempo por encima de rango, menor tiempo en rango, mayor variabilidad glucémica y más hipoglucemias diurnas (tabla). Los pacientes jóvenes, los que usaban dosis más altas de insulina y los que no recibían tratamiento adicional con hipoglucemiantes no insulínicos tuvieron tanto una mayor variabilidad glucémica (datos no mostrados) como una mayor prevalencia de HPHN (tabla).

Conclusiones: La HPHN es frecuente en DM1, especialmente en pacientes con elevada variabilidad glucémica. Comparada con otras formas de hipoglucemia nocturna, la HPHN se asocia con peor control glucémico.

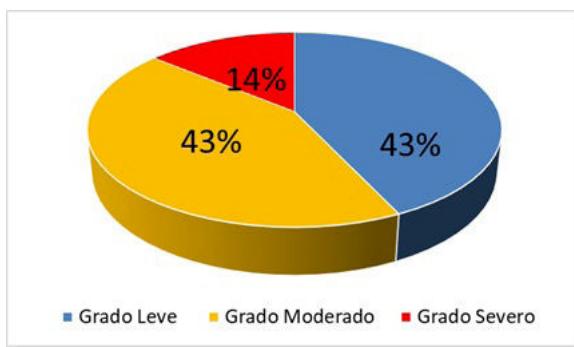
P-109. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA CLÍNICA CAMI EN EL AÑO 2024

E.O. Videña Irias, K.N. Chinchilla Reyes y B.V. Chavarria González
CAMI, Tegucigalpa MDC, Honduras, España.

Introducción: La enfermedad arterial periférica (EAP) es una condición asociada a la ateroesclerosis, causando disminución del calibre o estrechamiento de las arterias periféricas con la consiguiente reducción del flujo sanguíneo a las extremidades, su prevalencia oscila entre un 5-20% en la población general incrementándose su porcentaje con el aumento de la edad, la presencia de diabetes mellitus (DM) condiciona un aumento de hasta cuatro veces más el riesgo de padecer EAP incrementándose de esta manera el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la EAP en la población con diagnóstico de DM tipo 2 que asisten a la consulta externa de la clínica de atención médica integral (CAMI)

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, se seleccionó aleatoriamente 72 pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 que acudieron a consulta externa de CAMI en noviembre año 2024, aplicándose criterios de inclusión, realizándose el estudio de índice tobillo brazo (ITB) con el equipo WatchBP Office ABI de microlife, a su vez test laboratoriales y evaluación física.



Prevalencia de EAP en población con DM 2.

Resultados: De los pacientes estudiados el promedio de edad fue de 63 años, 71% (51) pertenecían al género femenino y 29% (21) masculino, el tiempo de diagnóstico de DM tipo 2 fue de > 10 años 66,6% (48), 5-10 años 2,7% (2), < 5 años 30,7% (22), 82% (59) eran conocidos por hipertensión arterial, el 50% (36) cumplían la meta de presión arterial en pacientes con DM, evaluando la condición nutricional un 75% (54) tenían un IMC > 25%, el 68% (49) presentaban síndrome metabólico según criterios de Federación Internacional de Diabetes (IDF), un 52,7% (38) tenían un nivel de glicohemoglobina > 7%, al realizarse la medición del índice tobillo brazo el 9,7% (7) resultaron positivos para EAP de los cuales con grado leve un 43% (3), grado moderado 43% (3), grado grave 14% (1), de los pacientes con EAP el 71,4% (5) tenían más de 10 años de diagnóstico de DM

tipo 2, el 86% (6) presentaba hipercolesterolemia, el 71% (5) de los que fueron diagnosticados con EAP tenían cifras tensionales elevadas y el 57% (4) tenían una glicohemoglobina > 7%, ninguno se encontró con sintomatología de claudicación intermitente.

Conclusiones: El estudio demostró una prevalencia de EAP en la población con DM tipo 2 de un 9,72% que representa un porcentaje superior comparado a una población sin DM, evidenciando que la DM es un factor por sí solo de riesgo mayor para presentar EAP especialmente en población con más de 10 años de DM, la ausencia de síntomas no debe excluir el criterio de realizar la medición del ITB ya que puede pasar como una condición silenciosa pero que sigue siendo potencialmente mortal.

P-110. IMPACTO DE LAS INYECCIONES INTRAVÍTREAS DE ANTI-VEGF EN LA FUNCIÓN RENAL EN PERSONAS CON DIABETES: ESTUDIO R2TINA. RESULTADOS PRELIMINARES

A.M. Roldán^a, M. Rodríguez Bedoya^a, S. de Bari^a, B.H. Díaz^a, J.L. Pérez Canales^a, J. Serrano Gotarreona^{a,b} y Ó. Moreno Pérez^{a,b,c}

^aHospital General Universitario Balmis, Alicante, España.

^bDepartamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, San Juan, España. ^cInstituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España.

Introducción: La DM es una enfermedad con una elevada prevalencia en nuestro medio. El 35% de las personas con DM (PCD) presenta retinopatía diabética o edema macular, de los cuales hasta el 80% presentan ERC concomitante. Estudios farmacocinéticos recientes han demostrado que los agentes intravítreos anti-VEGF se absorben sistémicamente y pueden causar daño renal.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en PCD que hubiesen recibido anti-VEGF intravítreo entre 01.01.2021-31.12.2023. Objetivos: evaluar cambios en función renal (filtración glomerular estimada (eGFR) y ratio albúmina-creatinina en orina (ACR), mediana (RIQ)); aparición de eventos cardiovasculares o renales mayores (MACE y MARE, respectivamente) o la presencia de un *endpoint* renal compuesto (descenso FG ≥ 15% y/o un aumento de ACR ≥ 30% a 12 meses). Estadística: U-Mann-Whitney para datos apareados; regresión logística (OR [IC95%]); p < 0,05 (*).

Resultados: Se incluyeron 123 PCD, 39,8% mujeres, edad 77 (66-83) años, IMC 28 (25-32) kg/m², 17,5 (10-25) años de evolución de la diabetes, HbA_{1c} 7,0 (6,4-7,7%), 86,2% HTA y 35% ECV. El eGFR fue de 75 (60-89) ml/min/m² y el ACR 10 (3-64) mg/g, con un 37,7% de ERC. El 92,9% de las PCD eran *naïve* para anti-VEGF y un 8,2% estaban vitrectomizados. Los anti-VEGF empleados más frecuentemente fueron afiblertcept, ranibizumab y, un 33% recibieron más de una molécula; número de dosis administradas 6,5 (3,7-10,0), con una dosis acumulada global de 12,6 (6,0-20,0) g de anti-VEGF. Las indicaciones fueron: edema macular diabético 36,6%, degeneración macular asociada con la edad 32,5% y oclusión vena retiniana 8,1%. De forma global los cambios a nivel renal fueron: eGFR 0,0 (-6,9 a 3,2), -0,6 (-5,2 a 17,5) y -1,9 (-10,6 a 0,0)* ml/min/m² a los 6, 12 y 24 meses, respectivamente; ACR 6 (-1,0 a 16,5) mg/g* a los 12 meses. En subpoblación con ERC: eGFR -2,6 (-9,9 a 2,9)*, -0,4 (-6,8 a 3,1) y -5,1 (-12,9 a 1,3)* ml/min/m², a los 6, 12 y 24 meses, respectivamente; ACR 6 (-2,5 a 38,5) mg/g* a los 12 meses. El aumento de ACR supone de mediana un 67,3 (-9,7 a 191,6) y 28,5 (-9,6 a 251)% en población global y subpoblación con ERC. En cuanto a los eventos durante el seguimiento en las PCD: 8,9% presentaron un MARE, 3,3% MACE, 7,3 aparición de *novo* de ERC y 3,3% caída ≥ 50% de eGFR; en la subpoblación con ERC en un 8,7% se objetivo un MARE, 6,5% MACE y 8,7% caída ≥ 50% de eGFR*. Un 74,5% presentó el *endpoint* renal compuesto, siendo factores de riesgo un estadio CKM ≥ 3 (OR 4,2 [1,1-16,4]) o ser mujer (OR 5,3 [1,01-27,7]), mientras que el empleo

de inhibidores del SRAA o arGLP1 fueron protectores, aproximándose a la significación estadística.

Conclusiones: El empleo de anti-VEGF intravítreo en personas con diabetes, se asocia a medio plazo un ascenso superior al 50% de la ratio albúmina-creatinina en orina y 3 de cada 4 personas presentan eventos renales.

P-111. ROMPIENDO EL SILENCIO: DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON DIABETES

A.B. Ruiz Jiménez

Centro de Salud Valterra, Arrecife, España.

Introducción: La sexualidad es un componente esencial del bienestar físico, emocional y social de las personas, y las mujeres con diabetes no son la excepción. A pesar de su relevancia, el patrón sexual rara vez se incluye en las evaluaciones clínicas rutinarias. Las mujeres, por vergüenza a ser juzgadas o desconocimiento, no siempre expresan estas inquietudes, mientras que los profesionales de la salud, por falta de formación o tiempo, pueden no abordar este tema.

Caso clínico: Mujer de 54 años. Diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2 hace 8 años. Antecedentes: accidente isquémico transitorio hace 1 año, hipertensión arterial, hipercolesterolemia. Motivo de consulta: disminución del deseo sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo y sequedad vaginal progresiva en los últimos dos años. Sequedad vaginal, dolor durante las relaciones sexuales y sentimientos de frustración en su relación de pareja. Exploración física: peso: 78 kg, talla: 1,58 m, IMC: 31. Signos de neuropatía diabética leve tras (disminución de la sensibilidad en los pies). Signos de sequedad vaginal. Cuestionarios: índice de función sexual femenina (FSFI): Puntaje bajo en deseo, excitación y lubricación. Escala de depresión de Beck: Indica síntomas leves de depresión. Diagnóstico principal: diabetes mellitus tipo 2 mal controlada. Disfunción sexual femenina multifactorial (neuropatía diabética, menopausia, y factores emocionales). Objetivo general: mejorar el control metabólico y la calidad de vida de la paciente, abordando integralmente su disfunción sexual y factores relacionados. Objetivos específicos: reducir la HbA_{1c} a < 7% en un plazo de 6 meses. Mejorar los síntomas de disfunción sexual mediante tratamiento hormonal y terapias complementarias. Reducir el LDL a < 100 mg/dL y los triglicéridos a < 150 mg/dL en 6 meses. Fomentar la adherencia al ejercicio físico y la dieta saludable. Mejorar el bienestar emocional y fortalecer la relación de pareja en los próximos 3 meses. Intervenciones: tratamiento médico. Optimización del control glucémico: ajustar tratamiento con la adición de un agonista GLP-1 para mejorar el control de glucosa y favorecer pérdida de peso. Continuar metformina. Tratamiento de la dislipidemia: iniciar estatinas (atorvastatina) para reducir LDL y riesgo cardiovascular. Terapia hormonal vaginal: estrógenos locales para mejorar la sequedad vaginal y la elasticidad. Suplementos: vitamina D y calcio si hay déficit. Intervenciones no farmacológicas. Educación diabetológica: consultas individuales sobre alimentación saludable, importancia del ejercicio físico, y adherencia al tratamiento. Apoyo psicológico: derivación a psicología para abordar estrés, autoestima y relación de pareja. Plan de actividad física: caminar 30 minutos diarios y ejercicios de fuerza dos veces por semana.

Discusión: Incorporar la valoración del patrón sexual en la consulta con mujeres diabéticas no solo visibiliza una necesidad real, sino que también fomenta una atención sanitaria más humana, empática e integral. Hablar abiertamente sobre sexualidad ayuda a derribar barreras culturales, fortalece la relación del profesional sanitario con la paciente y permite implementar estrategias más efectivas para mejorar tanto la vida sexual como la salud general de estas mujeres.

P-112. IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA BPSO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA. ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO: PREVENCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

M.M. González Castellano, A. Quintana García y D. González Gil

CS Puerto, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio ha sido valorar y evaluar la efectividad de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas (BPSO) llamada: la disminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas. Como objetivos secundarios nos proponemos: 1. Prevenir, identificando los factores de riesgo como deformidades, hiperqueratosis, infecciones o lesiones y educando al paciente en el cuidado diario de los pies. 2. Diagnosticar precozmente, detectando problemas de salud antes de que progresen a complicaciones graves. 3. Asistir, manejando adecuadamente lesiones e infecciones y evitando amputaciones mediante las intervenciones oportunas. 4. Evaluar regularmente el estado de los pies del paciente con diabetes y ajustar el tratamiento según la evolución del mismo.

Material y métodos: El pilar fundamental de la estrategia de implantación de la guía es la guía propiamente dicha y las diversas formaciones periódicas que se realizan por todas las zonas básicas de salud que se incluyen en el proyecto, en este caso, nos hemos centrados en una única zona básica de salud de Atención Primaria de Gran Canaria. El método utilizado es la aplicación del protocolo recogido en el programa informático del que disponemos en Atención Primaria (DRAGO AP), siguiendo las pautas que la guía de buenas prácticas clínicas específica y perfeccionando el registro de la actividad sanitaria en el que se habían detectado múltiples carencias. El protocolo incluye evaluación clínica, uso de herramientas diagnósticas como monofilamentos o doppler. Ha sido primordial la colaboración del equipo multidisciplinar, tanto sanitarios como administrativos y celadores e incluso el personal de limpieza y los líderes comunitarios de la zona básica de salud.

Resultados: En la zona básica de salud a estudio, observamos un aumento de la realización correcta del protocolo del pie diabético tras haber impartido formación individual y grupal del personal sanitario y no sanitario como impulsores. La expresión de dicho resultado se refleja en el póster en una tabla en la que podemos observar y comparar los indicadores de los doce meses del año 2023 y del año 2024.

Conclusiones: Tras la implementación de la guía de buenas prácticas clínicas se constata la eficacia en la educación del autocuidado, clave para mejorar la calidad de vida y reducir las complicaciones en pacientes con diabetes. En este proceso de implantación, aumenta la concienciación del personal sanitario y no sanitario, de la prevención de las complicaciones y la promoción de la salud en los pacientes con diabetes.

P-113. IMPACTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUETRÍDICOS EN EL RIESGO DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN

V. Navas Moreno, C. Sager La Ganga, M.S. Tapia Sanchiz, M.C. Martínez Otero, E. Carrillo López, J.J. Raposo López, S. Amar, S. González Castañar, J.A. Arranz Martín y F. Sebastián Valles

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo evaluar la asociación entre los trastornos psiquiátricos y la cetoacidosis diabética (CAD) en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tratados en un hospital de atención terciaria.