

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 PSIQUIÁTRICOS 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.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles con emparejamiento por puntaje de propensión, que incluyó un total de 194 participantes (97 casos de CAD y 97 controles sin CAD). Se recopilaron datos exhaustivos sobre características clínicas, antropométricas y socioeconómicas, y los trastornos psiquiátricos se clasificaron según estándares internacionales.

Resultados: La edad promedio de los participantes fue de $47,4 \pm 17,7$ años, con un 55,6% de mujeres. Los trastornos psiquiátricos se identificaron en el 16,5% de la población del estudio. La prevalencia de trastornos psiquiátricos fue significativamente mayor en los casos de CAD en comparación con los controles (24,7 frente a 7,2%, $p < 0,001$). Los modelos de regresión logística condicional revelaron que la asociación entre trastornos psiquiátricos y CAD no era independiente de los niveles de HbA_{1c} . Además, en los análisis estratificados por HbA_{1c} , los pacientes con trastornos psiquiátricos desarrollaron CAD a niveles más bajos de HbA_{1c} en comparación con los controles.

Conclusiones: Los trastornos psiquiátricos aumentan significativamente el riesgo de CAD en adultos con DM1, especialmente entre aquellos con niveles de HbA_{1c} menos elevados. Estos hallazgos destacan la importancia crítica de abordar las comorbilidades psiquiátricas en el manejo de la DM1, dadas las graves implicaciones y el significativo uso de recursos de salud asociados con la CAD.

P-114. RELACIÓN ENTRE DIABULIMIA, CONTROL GLUCÉMICO Y COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

H. Urriza Blázquez, R. Vegara Fernández, C.M. Fernández Araoz García-Miñaur, P. Iglesias Bolaños, J.A. Rosado Sierra, G. Guijarro de Armas, C. Navea Aguilera, I. Pavón de Paz, M. Merino Viveros y M. Durán Martínez

Hospital Universitario de Getafe, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) requiere un manejo intensivo para prevenir complicaciones. Sin embargo, la diabulimia, una conducta desordenada que implica la omisión intencionada de insulina para controlar el peso, se asocia con un mal control glucémico y mayores complicaciones microvasculares.

Objetivos: El estudio tuvo como objetivo analizar las asociaciones entre conductas alimentarias desordenadas evaluadas mediante los cuestionarios DEPS-R y mSCOFF, el control glucémico (HbA_{1c} , variabilidad glucémica y tiempo en rango) y complicaciones microvasculares en pacientes con DM1. También se exploró si la falta de respuesta a los cuestionarios está relacionada con un peor control glucémico y si el tiempo de evolución de la diabetes influye en estos factores.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal con 59 pacientes mujeres con DM1 en seguimiento en centros asociados al Hospital Universitario de Getafe (HUG). Se recopilaron datos demográficos, glucométricos (TIR, TBR, TVBR, TAR, TVAR, CV), de tratamiento (insulina basal y prandial), comorbilidades asociadas y puntuaciones en los cuestionarios DEPS-R (riesgo elevado ≥ 20) y mSCOFF (riesgo elevado > 2). También se consideró el historial psiquiátrico de las pacientes. Para el análisis estadístico, las variables cuantitativas se expresaron como medias y desviación estándar, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Se utilizaron pruebas como t-Student, chi cuadrado y el test exacto de Fisher para evaluar relaciones entre las variables.

Resultados: La edad promedio de las pacientes fue de 35 años, con una evolución media de la diabetes de 17 años. El IMC promedio fue de $25,2 \text{ kg/m}^2$ y la HbA_{1c} de 7,34%. La prevalencia de diabulimia entre las pacientes que respondieron al cuestionario era del 44% para test mSCOFF y 29% para test DEPS-R. Las pacientes que respondieron a los cuestionarios mostraron un peor control glucémico (mayor HbA_{1c} , menor TIR, mayor TVAR) y mayor variabilidad. En el grupo con mSCOFF positivo, se observó peor control glucémico y

mayor prevalencia de cetoacidosis diabética (CAD). Por otro lado, las pacientes con DEPS-R positivo mostraron un IMC más alto, pero no se hallaron diferencias significativas en el control glucémico ni en las complicaciones microvasculares en comparación con el grupo DEPS-R negativo.

Conclusiones: Las pacientes que no respondieron a los cuestionarios tuvieron un mejor control glucémico. El grupo mSCOFF positivo mostró un control glucémico más deficiente y una mayor incidencia de CAD. Aunque las pacientes con DEPS-R positivo presentaron un IMC más alto, no hubo diferencias significativas en complicaciones o control glucémico en comparación con las DEPS-R negativas.

P-115. LIPODISTROFIAS: UNA COMPLICACIÓN FRECUENTE EN EL PACIENTE INSULINIZADO

V. Agudo Endemaño, S. Huerga González, L.L. Sainz-Maza Vallejo, A. Hidalgo Murillo, L. Gortázar de la Rica, I. Gil González Pinto y N. Valdés Gallego

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: La lipodistrofia es una de las complicaciones que está asociada a la inyección frecuente de insulina en las mismas zonas, lo cual puede afectar al control glucémico y aumentar el requerimiento de insulina, hasta un 50% de la dosis necesaria. Como consecuencia, puede aumentar el riesgo de hipoglucemias al administrar la insulina fuera de esas zonas.

Objetivos: Evaluar si existe correlación entre los años de evolución de la enfermedad, dosis total diaria de insulina (DTDI) y la presencia de lipodistrofias en pacientes con DM 1 atendidos en las consultas de endocrinología del Hospital Universitario Cruces. Objetivo secundario: estimar si hay correlación entre la presencia de lipodistrofias y el control metabólico.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional transversal. Los datos se recogieron de forma aleatoria durante los meses de noviembre y diciembre del 2023. Las variables estudiadas fueron: presencia de lipodistrofias, años de evolución de la diabetes, DTDI, dosis de insulina basal, dosis de insulina prandial, índice masa corporal (IMC), hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), tiempo en rango (TIR), tiempo por debajo de rango (TBR), tiempo por encima de rango (TAR). El análisis estadístico se realizó con la prueba de U de Mann-Whitney y la correlación de Spearman.

Resultados: Se analizaron datos de 304 pacientes, 169 mujeres y 135 hombres, con $12,54 \pm 0,63$ años de media de evolución de la diabetes y con un IMC medio $23,35 \pm 0,29 \text{ kg/m}^2$. De los datos recogidos, se ha observado que 91 personas presentaban lipodistrofias (29,9%), 61,5% ($n = 56$) eran mujeres y 38,5% ($n = 35$) hombres. La media de DTDI que se administraban eran $42,40 \pm 1,28$ unidades (UI). Con respecto al control metabólico, las medias obtenidas fueron: HbA_{1c} del $7,30 \pm 0,06\%$, TIR del $59,49 \pm 0,98\%$, TBR del $3,75 \pm 0,20\%$, TAR del $36,75 \pm 0,99\%$. Objetivamos una correlación positiva moderada entre la presencia de lipodistrofias y años de evolución ($r = 0,387$; $p < 0,001$). Además, existió una correlación positiva leve entre las lipodistrofias y el IMC ($r = 0,296$; $p < 0,001$), la DTDI ($r = 0,210$; $p < 0,001$), dosis de insulina basal ($r = 0,225$; $p < 0,001$), dosis de insulina prandial ($r = 0,172$; $p < 0,001$), TAR ($r = 0,150$; $p = 0,12$) y HbA_{1c} ($r = 0,122$; $p = 0,03$). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas entre la presencia de lipodistrofias y el TBR ($r = 0,059$; $p = 0,320$). En cuanto al TIR se obtuvo una correlación negativa leve ($r = -0,160$; $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestro estudio los años de evolución de la enfermedad, DTDI, el IMC, un peor control metabólico (una mayor TAR y HbA_{1c} y un menor TIR) se correlaciona positivamente con una mayor aparición de lipodistrofias. Para reducir la prevalencia de esta complicación, es necesario reforzar la educación para mejorar la