



Cátedra Obesidad y
otras Enfermedades
Metabólicas

JORNADA

Actualización en el manejo
de la Diabetes y Obesidad

PACIENTE CON OBESIDAD & ECV O ALTO
RIESGO CARDIOVASCULAR.

 **18 de JUNIO de 2026**
Escuela Andaluza de Salud Pública

- **Antonio Marchena León**, Farmacéutico Atención Primaria
- **Tania Ortiz Puertas**, Médica de Atención Primaria, Miembro del GdT Diabetes, Endocrinología y Metabolismo SEMERGEN



Motivo de la consulta



En las últimas semanas aumento de peso y cansancio.



Aumento de diuresis y edemas en piernas.



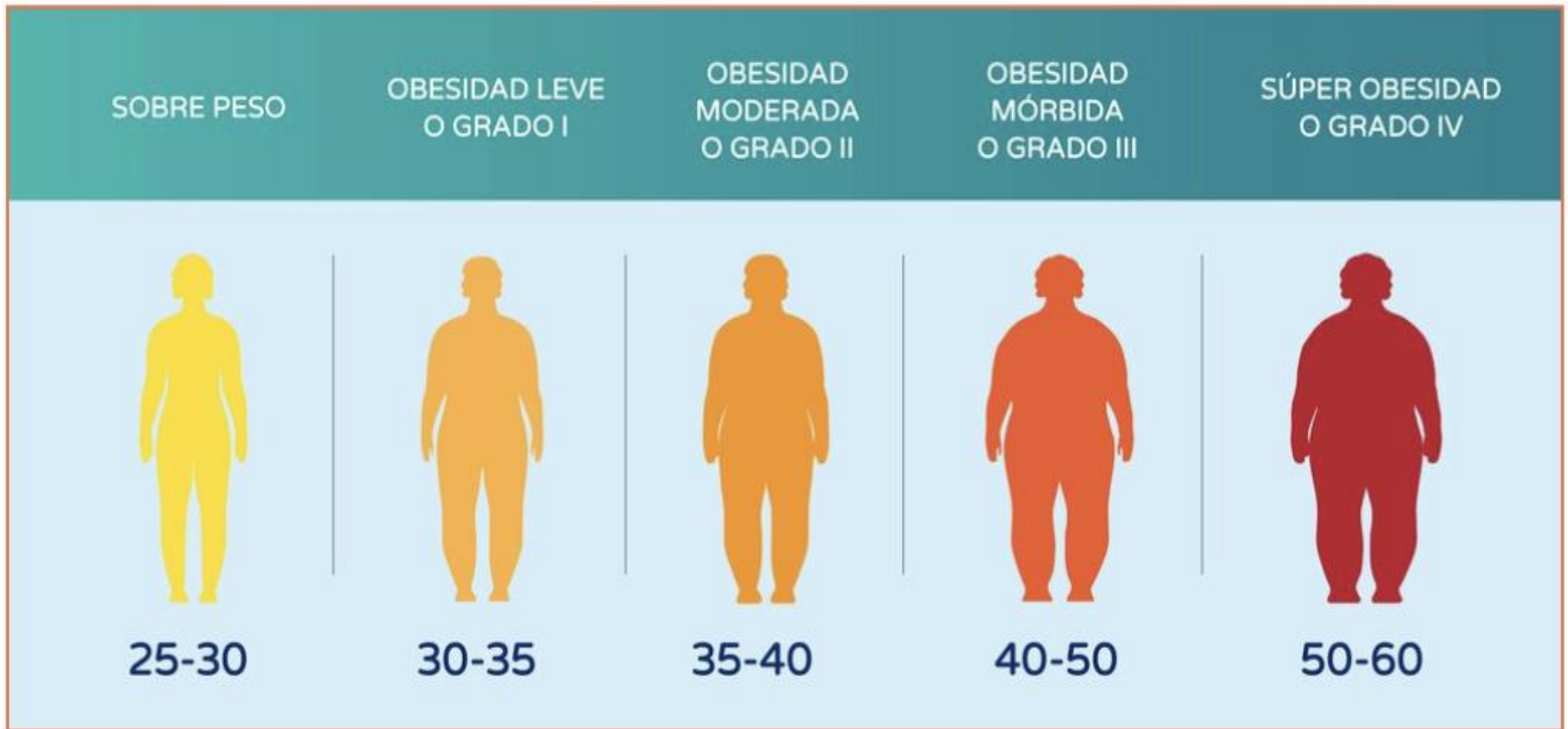
Exploración física y resultados de laboratorio



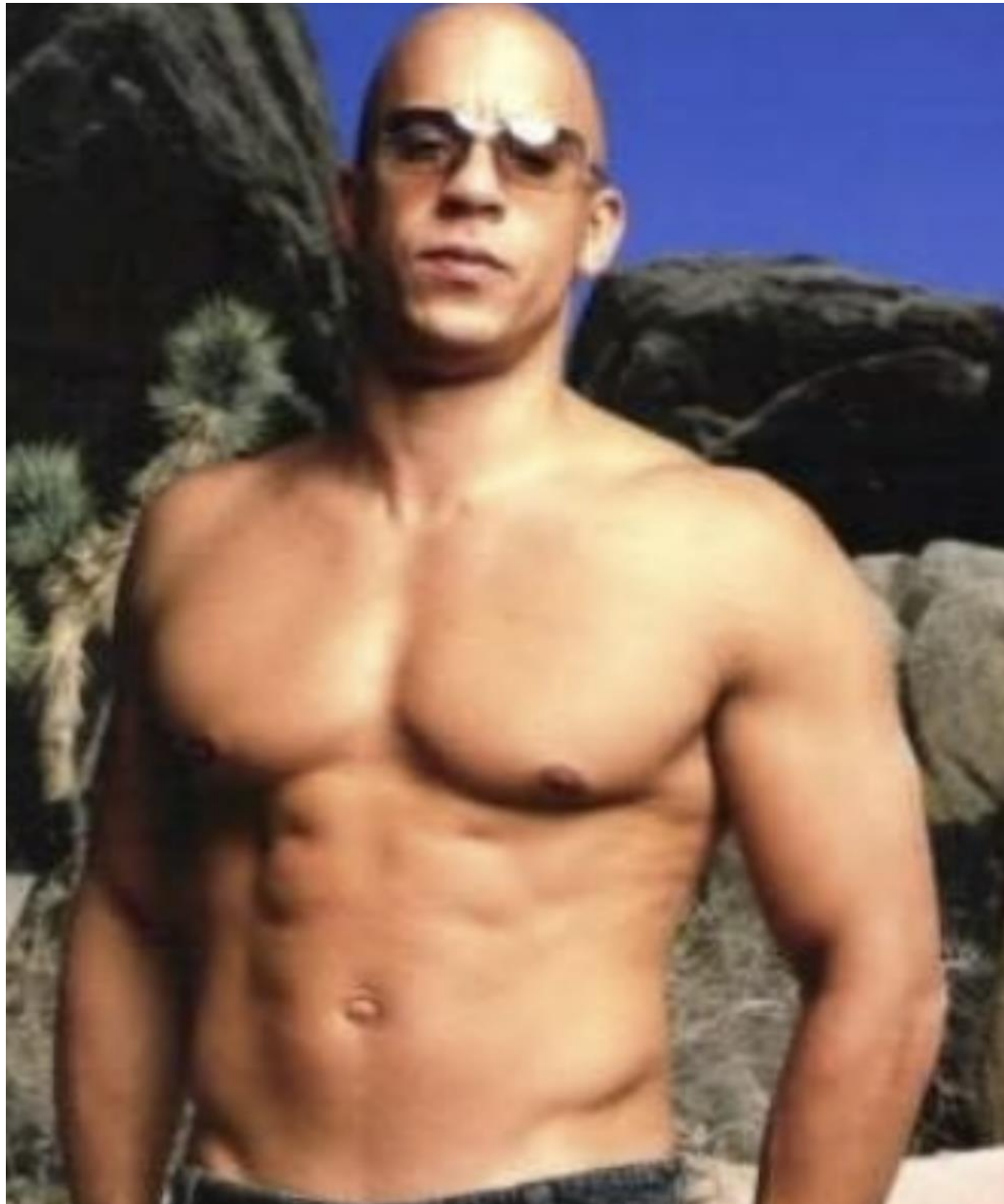
- Tensión arterial: 148/92mmHg
- FC: 88 lpm
- IMC: 34.9 kg/m²
- Cintura: 111 cm



- Glucemia: 162 mg/dl
- HbA1c: 7.9%
- Colesterol total: 242 mg/dl,
- LDL: 155 mg/dl,
- HDL: 38 mg/dl
- Triglicéridos: 232 mg/dl
- FG: 78ml/min con ACR normal
- proBNP: 764 pg/ml



IMC: 34.9 kg/m²





- **Acr**: tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado.
- **Exploración neurológica**: PINLA, MOEC, resto de pares craneales normales, sensibilidad conservada de forma simétrica. Fuerza conservada.
- **MMII**: edemas con fóvea hasta tercio medio.





Entorno familiar y comunitario

Casado, convive
con su mujer y uno
de sus tres hijos.



Trabaja
actualmente en
una empresa de
lácteos.

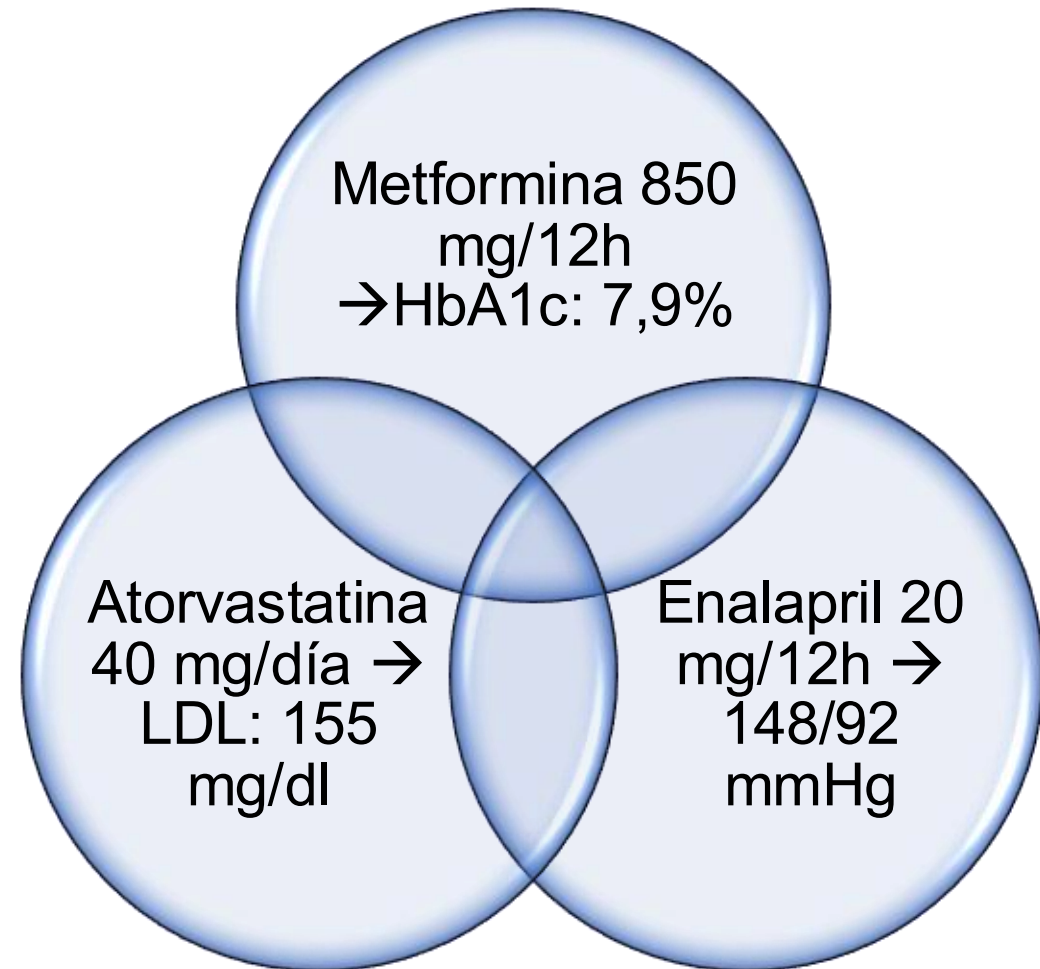


Todos los sábados
se junta con sus
amigos para jugar
al dominó.





Tratamiento actual





¿Qué debemos tener en
cuenta en este paciente?





Evaluación y Riesgo Cardiovascular

Riesgo cardiovascular alto/muy alto ($\geq 10\%$ a 10 años según SCORE2-diabetes)

Factores contribuyentes:

- Edad
- Diabetes mellitus tipo 2
- Dislipidemia (LDL 155 mg/dl)
- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Exfumador
- Posible IC



Biológicos

El cerebro controla la conducta alimentaria y el apetito.

Genéticos

Entre el **40-70%** de nuestro peso depende de nuestra genética



Psicológicos

El estrés y el malestar emocional afectan el apetito

Sociales

Desigualdades sociales, económicas y sanitarias

Medicación

Medicamentos que aumentan el peso.

Ambientales

Alimentación no saludable y sedentarismo

Circuito de decisión en DM2

Revisar y acordar el plan de manejo:

- Revisar el plan de manejo.
- Acuerdo mutuo en los cambios.
- Asegurar que la modificación acordada de la terapia se implemente de manera oportuna para evitar la inercia terapéutica.
- Ciclo de decisión llevado a cabo regularmente (anual/bianual).

Proporcionar apoyo y monitorización continuos de:

- El bienestar emocional.
- El estilo de vida y comportamientos saludables.
- La tolerabilidad de la medicación.
- La biorretroalimentación que incluye la monitorización de glucosa en sangre, peso, pasos de la HbA1c, presión arterial, lípidos.

Implementar el plan de manejo:

- Garantizar una revisión periódica; en el caso de la DSMES, suele ser deseable un contacto inicial más frecuente.

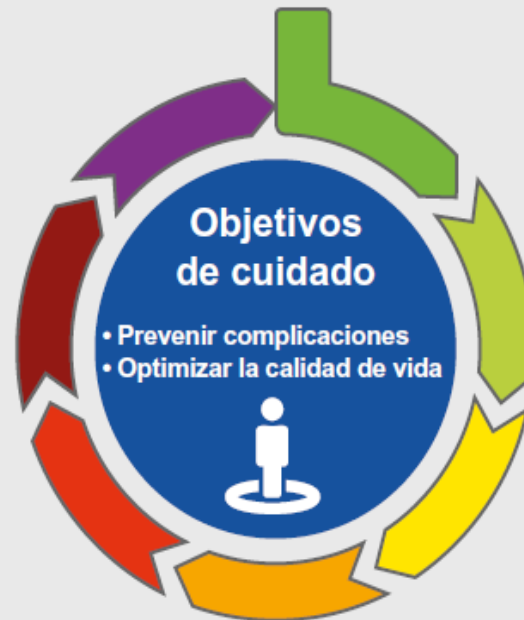
DM2: diabetes mellitus tipo 2.

DSMES: educación para el autocontrol de la diabetes.

ECVA: enfermedad cardiovascular arterioesclerótica.

ERC: enfermedad renal crónica.

IC: insuficiencia cardíaca.



Acordar el plan de manejo:

- Objetivos SMART específicos:
 - ESpecífico.
 - Medible.
 - Alcanzable.
 - Realista.
 - Tiempo limitado.

Evaluar las características clave del paciente:

- Prioridades individuales.
- Actual estilo de vida y conductas saludables.
- Comorbilidades (ECVA, ERC, IC).
- Características clínicas (edad, HbA1c, peso).
- Problemas como la motivación y la depresión.
- Contexto cultural y socioeconómico.

Considerar factores específicos que impactan en la elección del tratamiento:

- Objetivos glucémicos y de peso individualizados.
- Impacto en el peso, la hipoglucemia y la protección cardiorenal.
- Efectos secundarios de la medicación.
- Complejidad del régimen terapéutico (frecuencia, modo de administración).
- Elegir el régimen terapéutico para aumentar la adherencia y persistencia.
- Acceso, coste y disponibilidad de la medicación.

Toma de decisiones compartida para crear un plan de manejo:

- Asegurar acceso a la DSMES.
- Involucrar a pacientes informados y educados (y sus familiares/cuidadores).
- Buscar las preferencias del paciente.
- La consulta efectiva incluye entrevistas motivacionales, establecimiento de objetivos y toma de decisiones compartida.
- El lenguaje es importante (incluya un lenguaje que dé prioridad a la persona, que se base en los puntos fuertes y que potencie la autonomía).



PODEMOS INFLUIR POSITIVAMENTE EN LA EVOLUCIÓN DE LA DM2



CV: cardiovascular; DM2: diabetes mellitus tipo 2.

1. Gorgojo J. *Endocrinol Nutr.* 2011;58(10):541-549; 2. Lean MEJ, et al. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(5):344-355; 3. Dang J et al. *Can J Surg.* Vol. 62, Nº 5, octubre de 2019; 4. Kahn SE, et al. *N Engl J Med.* 2006;355:2427-43; 5. Laiteerapong N, et al. *Dia Care.* 2019;42:416-426; 6. Romera I, et al. *Diabetes Ther.* 2020;11:437-451 7. Campbell IW. *Br J Cardiol.* 2000;7(10):625-631; 8. Del Prato S, et al. *Int J Clin Pract.* 2005;59:1345-1355; 9. Gaede P, et al. *Diabetologia.* 2016;59:2298-2307.



BENEFICIOS DE LAS MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA EN LAS PERSONAS CON DIABETES





Recomendaciones control peso



La actividad física mejora el control glucémico y debe ser un componente esencial en el manejo de la DM2.



Actividad física regular (>150 min/semana de intensidad moderada a vigorosa aeróbica) **reducir el sedentarismo levantándose de forma periódica.**






La actividad aeróbica se debe suplementar con **dos o tres sesiones/semana de resistencia, flexibilidad o entrenamiento de equilibrio.**



La pérdida de peso a través de hábitos saludables puede contribuir a **reducir la glucemia y otros FRCV.**



Ejercicio aeróbico	Ejercicio de fuerza	Ejercicio combinado
		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mayor consumo muscular de glucosa. ■ Mayor efecto hipoglucemiante. ■ Mejora la sensibilidad a la insulina (SI) por encima de un 40 %. ■ Reduce la HbA1c un 0,4-0,5 %. ■ Ejemplos: caminar, trotar, correr, ir en bicicleta, nadar, remar, etc. ■ Cuidado si existe exceso de peso, edad avanzada, problemas articulares o complicaciones como pie diabético: se deben evitar ejercicios «de impacto» (como saltar o correr). ■ Se recomienda 150 minutos semanales de intensidad moderada o 75 minutos de actividad aeróbica vigorosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Menor impacto a corto plazo en los niveles de glucemia. ■ Beneficios a largo plazo. ■ Modifica la composición corporal. ■ Incrementa el gasto metabólico basal y total. ■ Aumenta la masa muscular y evita la sarcopenia. ■ Útil en pacientes que, por limitaciones físicas, no pueden realizar ejercicios aeróbicos. ■ Ejemplos: máquinas de resistencia o pesos libres (mancuernas o barras), correas, poleas, cintas elásticas o el propio peso corporal. ■ Se recomienda realizar 2-3 sesiones semanales con una duración de entre 20-30 minutos a intensidad moderada. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mayores beneficios en mejoría de la composición corporal, estado físico y nivel cardiorrespiratorio, así como del control glucémico. ■ Mejora aún más la SI (cercano al 70 %). ■ Reduce los niveles de HbA1c hasta un 0,9 %. ■ Entrenamiento en circuitos: conjunto de ejercicios en los que se trabajan diferentes grupos musculares (entrenamiento de fuerza) con poco descanso entre las estaciones (entrenamiento aeróbico). Es ideal para personas con tiempo limitado, ya que permite mejorar la capacidad cardiorrespiratoria y la fuerza/masa muscular en una misma sesión.



Desde el punto de vista de HbA1c ¿Está bien controlado?

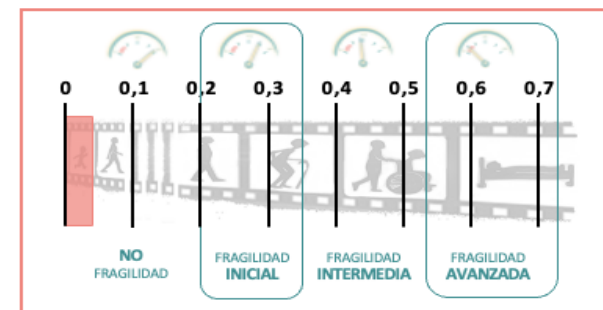




VALORACION INTEGRAL

NOMBRE				
FECHA				
DOMINIO	VARIABLE	DESCRIPCIÓN		
FUNCIONAL	AIVDs	Ayuda para manejo del dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tiendas, restaurantes)?	No ● Sí ○
		Ayuda para la utilización del teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar autónomamente el teléfono?	No ● Sí ○
		Ayuda para la medicación	¿Necesita ayuda per preparar / administrarse la medicación?	No ● Sí ○
	ABVDs	Índice de Barthel (IB)	¿No dependencia (IB ≥ 95)?	○
			¿Dependencia leve-moderada (IB 90-65)?	○
			¿Dependencia moderada-grave (IB 60-25)?	○
¿Dependencia absoluta (IB ≤ 20)?			○	
NUTRACIONAL	Malnutrición	¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No ● Sí ○	
COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?	○	
		¿Det.cognitivo leve-moderado (equivalente GDS ≤ 5)?	○	
		¿Det.cognitivo grave-muy grave (equivalente GDS ≥ 6)?	○	
EMOCIONAL	Síndrome depresivo	¿Necesita medicación antidepressiva?	No ● Sí ○	
	Insomnio/ ansiedad	¿Necesita tratamiento habitual con benzodiazepinas y/o otros psicofármacos de perfil sedante para el insomnio / ansiedad?	No ● Sí ○	
SOCIAL	Vulnerabilidad social	¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	No ● Sí ○	
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional	¿En los últimos 6 meses ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que haya requerido de neurolepticos?	No ● Sí ○	
	Caídas	¿En los últimos 6 meses ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?	No ● Sí ○	
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (relacionada amb la dependencia y/o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?	No ● Sí ○	
	Polifarmacia	¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos? (no incluye fármacos condicionales)	No ● Sí ○	
	Disfagia	¿Se atraganta habitualmente cuando come o bebe? y/o en los últimos 6 meses ha presentado infección respiratoria por broncoaspiración?	No ● Sí ○	
SÍNTOMAS	Dolor ++	¿Requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	No ● Sí ○	
	Disnea ++	¿La disnea basal le impide salir de casa y/o requiere de opiáceos habitualmente?	No ● Sí ○	

ENFERMEDADES	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No ● Sí ○ Sí++ ○	
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva,...)?	No ● Sí ○ Sí++ ○	
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	No ● Sí ○ Sí++ ○	
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neuro-degenerativa (enf. de Parkinson, ELA, ...) O antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	No ● Sí ○ Sí++ ○	
	Digestivo	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal,...)?	No ● Sí ○ Sí++ ○	
	Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No ● Sí ○ Sí++ ○	



Nombre de déficit: 1

Índice Frágil-VIG 0,04



Epadi. Escala de fragilidad Antequera

Escalas (Valoración de riesgos)

> Identificación del paciente

<p>Edad en años</p> <p><input checked="" type="radio"/> < 75</p> <p><input type="radio"/> 75 - 84</p> <p><input type="radio"/> > 84</p>	<p>Test de Pfeiffer</p> <p><input type="radio"/> Puntuación 3 - 10</p> <p><input checked="" type="radio"/> Puntuación 1 - 2</p>
<p>Índice de Barthel AVD</p> <p><input checked="" type="radio"/> Dependencia leve > 60</p> <p><input type="radio"/> Dependencia moderada 21 - 60</p> <p><input type="radio"/> Dependencia grave 0 - 20</p>	<p>Índice de Charlson abreviado</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 - 2</p> <p><input type="radio"/> > 2</p>
<p>Escala de valoración socio-familiar</p> <p><input checked="" type="radio"/> < 10</p> <p><input type="radio"/> 10 a 16</p> <p><input type="radio"/> > 16</p>	<p>Pluripatológico</p> <p><input type="radio"/> Sí (según proceso)</p> <p><input checked="" type="radio"/> No</p>

Interpretación del grado de fragilidad:

0 - Grado de fragilidad: No frágil

Observaciones (opcional)





Impacto sobre la HbA1c

INTERVENCIÓN	IMPACTO SOBRE LA HBA1C
Hábitos dietéticos saludables	↓1-2%
Actividad física	↓0,5-0,7%
Metformina	↓1-1,5%
Sulfonilureas (gliclazida)	↓1-1,5%
Repaglinida	↓1-1,5%
arGLP-1	↓1-1,5%
Pioglitazona	↓1%
iSGLT-2	↓0,5-0,8%
iDPP-4	↓0,5-0,7%

arGLP-1: agonistas del receptor de GLP-1; iSGLT-2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; iDPP-4: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. *Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2* (Algoritmo 1, 2023).



OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO INDIVIDUALIZADO EN DM2 redGDPS 2026

1. Reevaluar la HbA1c cada 3 meses si no se alcanza el objetivo de control personalizado; y cada 6 meses si el paciente está en objetivo.
2. En pacientes con algún condicionante clínico, se dará prioridad a los tratamientos con evidencias, independiente de cualquier nivel de HbA1c.
3. Es de especial importancia alcanzar un objetivo HbA1c < 6,5% durante el primer año y mantenerlo siempre que se controle sin hipoglucemias.
4. La fragilidad viene determinada, entre otros, por el deterioro funcional y/o cognitivo; debe establecerse un objetivo flexible en torno a 7,5-8,5% con especial vigilancia en pacientes tratados con insulina o SU.
5. En pacientes con esperanza de vida limitada, NO hay objetivo de HbA1c. Se debe dar prioridad a la calidad de vida y evitar síntomas.

DURACIÓN DE LA DM2, FRAGILIDAD O COMPLICACIONES	HbA1c ¹
RECIENTE DIAGNÓSTICO: SIN Fragilidad NI complicaciones ²	<6,5% ³
SIN FRAGILIDAD CON: <ul style="list-style-type: none"> • Larga evolución (>10 años) SIN Complicaciones • >75 años 	≤7%
FRAGILIDAD MODERADA-GRAVE ⁴ : Deterioro cognitivo y/o Limitación funcional	7,5 - 8,5%
FRAGILIDAD MUY GRAVE ⁵ o esperanza de vida limitada	Evitar síntomas (Hipoglucemia o hiperglucemia)



Novedades



Aproximación holística centrada en la persona con diabetes, considerando la terapia combinada desde el principio, para tratar de forma **más intensiva** y **evitar la inercia terapéutica**.



Metformina deja de ser en exclusiva la primera línea de tratamiento para todas las personas. En personas con **enfermedad CV aterosclerótica** o con **múltiples FRCV** debe considerarse el **uso de arGLP-1 e iSGLT-2** independientemente de la HbA_{1c} y del uso de metformina.



Tiene la misma importancia conseguir y mantener objetivos de glucemia y peso, y deberían evaluarse al mismo tiempo que el **riesgo cardio-renal**.



Primera vez que se incluyen **co-agonistas de GIP/GLP-1** como una nueva clase terapéutica con eficacia muy alta tanto en glucemia como en peso.

arGLP-1: agonistas del receptor del péptido similar a glucagón tipo 1; CV: cardiovascular; GIP: agonista del péptido insulínico dependiente de glucosa; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; iSGLT-2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

1. Davies *et al.* *Diabetes care.* 2022; 45 (11): 2753-2786.



MENSAJE CLAVE

"La elección del tratamiento en DM2 debe basarse en el riesgo cardiovascular, renal (...y de insuficiencia cardiaca), así como en los objetivos de pérdida de peso, independientemente del nivel basal de HbA1c o del uso previo de metformina."

Fuente: ADA/EASD Consensus Report 2025; ADA Standards of Care 2026.



Reflexionando...

¿Cambiaríamos el tratamiento en esta consulta?

HbA1c: 7,9%



- Estudios indican 18 meses de inercia antes de subir escalón.
- Cada año de retraso en la intensificación aumenta el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares (mayor riesgo de IAM, de ictus, progresión renal, más hospitalizaciones y mayor mortalidad cardiovascular).



Tratamiento de la diabetes mellitus

1 **MEV + Metformina + control FRCV¹**
Si no se tolera metformina en monoterapia: priorizar iSGLT2

Para **EVITAR INERCIA TERAPÉUTICA:**
Revisión HbA1c cada 3-6 meses y modificar tratamiento si es necesario

HbA1c

2 **CONDICIONANTE CLÍNICO²**

	Alto RCV o ENFERMEDAD CV ³	INSUFICIENCIA CARDÍACA ⁴	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ⁵				
	Añadir independientemente del nivel de HbA1c						
FÁRMACOS PRIMERA ELECCIÓN	iSGLT2 / arGLP1 <small>Uno o ambos, indistintamente</small>	iSGLT2	iSGLT2 arGLP1 SEMAGLUTIDA	arGLP1 DULAGLUTIDA, SEMAGLUTIDA PIOGLITAZONA	GIP/GLP1 TIRZEPATIDA arGLP1 SEMAGLUTIDA DULAGLUTIDA, LIRAGLUTIDA	Si IMC<30: PIOGLITAZONA Si IMC>30 arGLP1	iDPP4 <small>Priorizar seguridad</small>
ALTERNATIVA TERAPÉUTICA O PRIMERA INTENSIFICACIÓN		arGLP1 SEMAGLUTIDA	iDPP4 REPAGLINIDA		iSGLT2 <small>Valorar cirugía metabólica</small>		iSGLT2 <small>Si ECV, ERC, IC</small>
INTENSIFICACIÓN TRATAMIENTO <small>Si no se ha logrado control glucémico tras lo anterior</small>	PIOGLITAZONA, iDPP4, REPAGLINIDA, GLICLAZIDA, GLIMEPIRIDA INSULINA BASAL	iDPP4 REPAGLINIDA, INSULINA BASAL <small>Preferiblemente GLARGINA o DEGLUDEC</small>	INSULINA BASAL	iSGLT2 iDPP4 INSULINA BASAL <small>Preferiblemente GLARGINA U300 o DEGLUDEC</small>	iDPP4 <small>Si no tuviera o no se pueden utilizar arGLP1 o GIP/GLP1</small>	IMC<30: +iSGLT2 ó iDPP4 IMC>30-35: +iSGLT2 ó PIOGLITAZONA IMC>35: cirugía metabólica	INSULINA BASAL <small>Preferiblemente GLARGINA U300 o DEGLUDEC</small>
FÁRMACOS DESACONSEJADOS	Resto de SU	PIOGLITAZONA SAXAGLIPTINA	SU		SU		SU

DIAGNÓSTICO RECIENTE SIN CONDICIONANTE CLÍNICO

Para todos: **MEV + MET + FRCV**

- HbA1c <1% fuera de objetivo:**
 - HbA1c a los 6 meses, si no control intensificar: añadir otro ADNI.
- HbA1c 1-2% fuera de objetivo:**
 - Doble terapia: MET + segundo ADNI.
- HbA1c >10%:**
 - Síntomas hiperglucemia:** Insulina basal* + MET
*Valorar retirar insulina basal cuando se haya resuelto la descompensación hiperglucémica.
 - No síntomas:** inicio doble terapia MET + arGLP1/Dual GIP/GLP1.

ADNI: iSGLT2, arGLP1/Dual GIP/GLP1, iDPP4, SU, GLI, PIO.

FG límite para su uso¹⁰

MET*	30
<small>*Ajuste dosis a partir de 45ml/min</small>	
DAPA*	25
<small>*Se puede mantener hasta diálisis</small>	
EMPA*	20
<small>*Se puede mantener hasta diálisis</small>	
CANA*	30
<small>*Se puede mantener hasta diálisis</small>	
arGLP1	15
iDPP4*	15
<small>*Ajuste dosis a partir de 50ml/min excepto linagliptina</small>	
GLI	30
SU	30
PIO	15
IB*	30
<small>*Ajuste dosis a partir de 50ml/min</small>	



ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2026

1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante, prevalece sobre la elección respecto a los valores de HbA1c. En color VERDE opciones con evidencias en reducción de eventos.
2. Si antecedentes de ictus, preferiblemente arGLP1 o pioglitazona.
3. Se considera elevado RCV si ≥ 3 FRCV: Obesidad, HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, albuminuria, FG < 60 ml/min o antecedentes familiares de ECV precoz.
4. iSGLT2, arGLP1 o arGIP-GLP1 con evidencias en reducción de eventos.
5. Actualmente en España, los arGLP1 solamente están financiados en tratamiento combinado si IMC ≥ 30 kg/m².
6. METFORMINA: Añadir o mantener para optimizar control glucémico. Titular la dosis de metformina para mejorar la tolerancia digestiva. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
7. Si FG < 15 ml/min preferible iDPP4 (ajustar dosis), repaglinida, pioglitazona o insulina.
8. Cana, dapa o empagliflozina si FG ≥ 20 ml/min.
9. Semaglutida y dulaglutida se pueden prescribir si FG ≥ 15 ml/min.
10. Si IMC > 35 kg/m² considerar cirugía bariátrica.
11. Canagliflozina 300 es el iSGLT2 con mayor potencia en reducción de HbA1c y de peso.
12. Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos. En pacientes con ECV, IC o ERC se deben utilizar iSGLT2 o arGLP1, si no hay contraindicación.
13. No asociar iDPP4 con arGLP1 o arGIP-GLP1; ni SU con repaglinida. Considerar el perfil del paciente a la hora de la elección del tercer y cuarto fármaco.
14. Considerar un objetivo de HbA1c $< 6,5\%$ en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico.
15. Reevaluar HbA1c a los 3 meses tras inicio o después de cambio terapéutico. Intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses.
16. Glitazida o glimepirida son las de elección.
17. Clínica grave: poluria, polidipsia y pérdida de peso no explicable. Medir cetonuria e investigar desencadenantes: Corticoterapia, infecciones, neoplasias... La insulinización puede ser transitoria.

ABREVIATURAS:

ADNI: antidiabético no insulínico; arGIP: análogo de los receptores del polipeptido insulínico; arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; DM2: diabetes tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; GME: glucemia media estimada; HbA1c: hemoglobina glucosilada; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca; iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; IMC: índice de masa corporal; iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazona; RCV: riesgo cardiovascular; Repa: repaglinida; SU: Sulfonilureas.

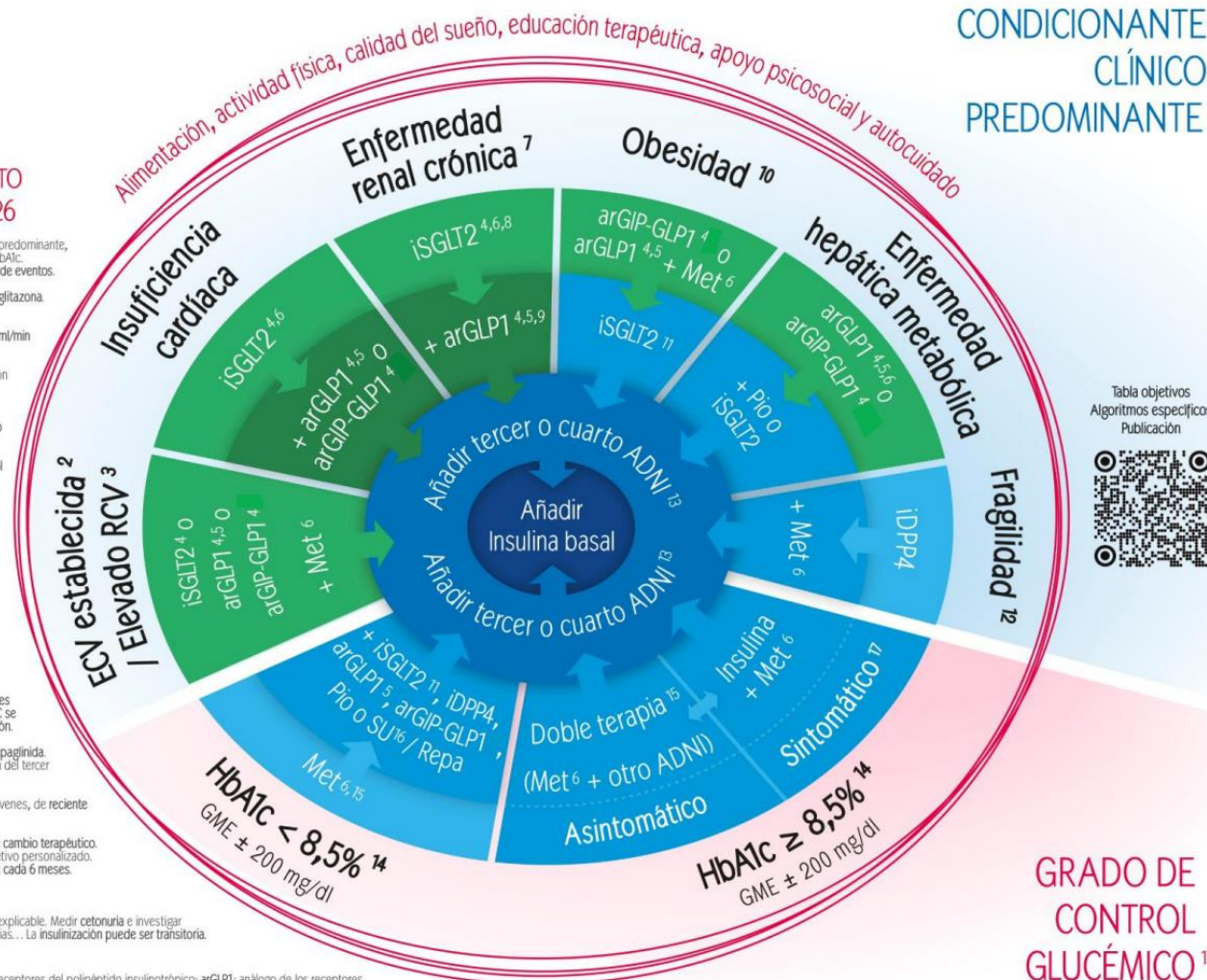


Tabla objetivos
Algoritmos específicos
Publicación



GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO 15



Tratamiento de la diabetes mellitus

ACTUALIZACION NICE 2026: ¿Qué ha cambiado?

Tratamos a una persona con riesgo cardiorenal, cambio de paradigma en el tratamiento de la DM2.

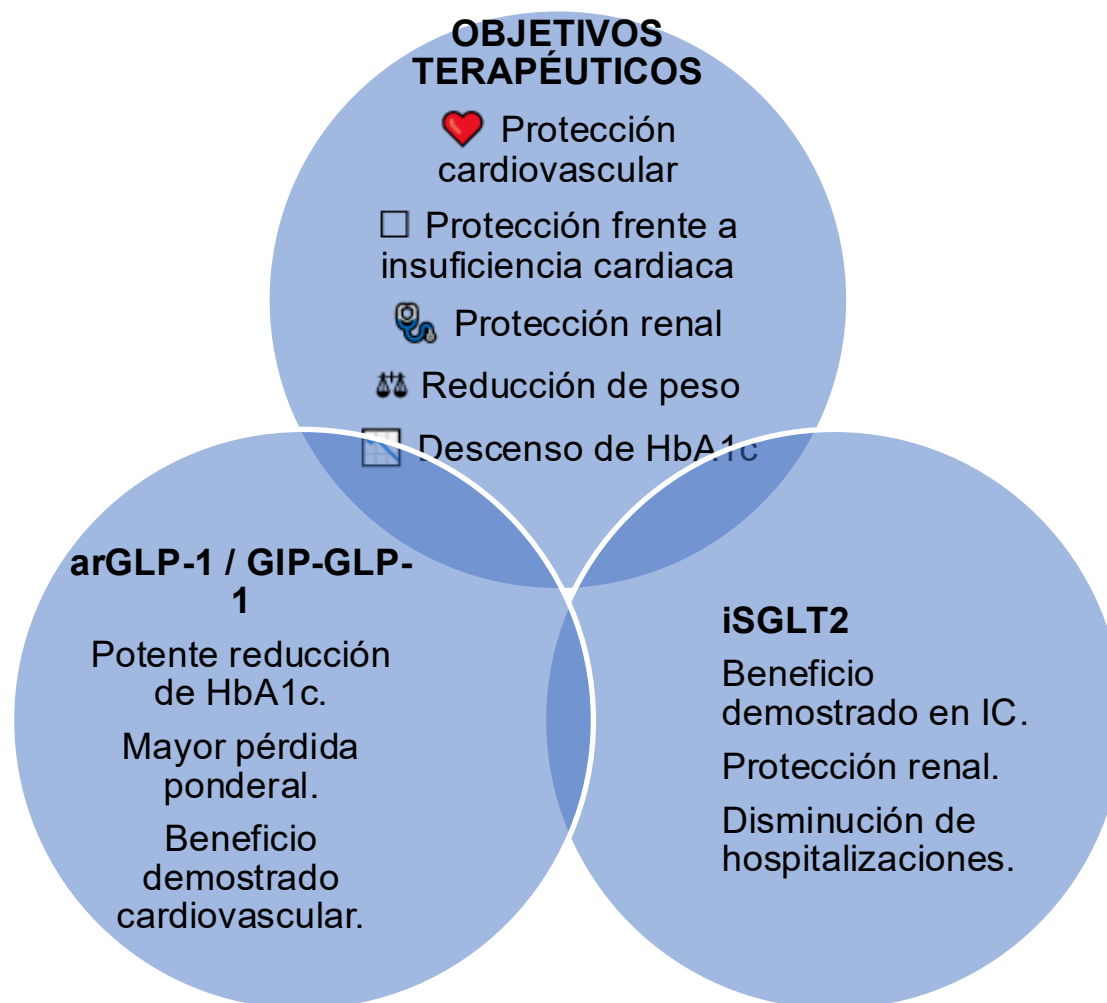
Intensificación basada principalmente en HbA1c.
Metformina como primera línea universal.
Escalada terapéutica secuencial.

Priorización del riesgo cardiovascular, renal (...y de insuficiencia cardiaca).
Terapia combinada precoz.
Uso temprano de iSGLT2 y arGLP-1 en pacientes de alto riesgo.
Objetivos simultáneos de control glucémico y reducción ponderal.



Tratamiento de la diabetes mellitus

¿Qué tratamiento elegiríamos hoy?



Tratamiento de hipercolesterolemia ¿Qué riesgo tiene realmente?



Tratamiento de hipercolesterolemia

Objetivo LDL:



Una brecha terapéutica de esta magnitud hace que la monoterapia conservadora o la inercia clínica sean inaceptables. Se requiere una estrategia de reducción intensiva desde el inicio.

Tratamiento de hipercolesterolemia

Plan de Acción: Algoritmo de intervención intensiva



Tratamiento de la hipertensión

Guía 2025: Manejo Integral de la Hipertensión Arterial (Protocolo NHS/NICE)

Hoja de ruta clara para el diagnóstico, clasificación y tratamiento de la HTA según las directrices de 2025.

Proceso de Diagnóstico y Clasificación



Cribado en Clínica y Confirmación
≥140/90 mmHg



MAPA (Monitorización Ambulatoria)
AMPA (Monitorización Domiciliaria)
Confirmar diagnóstico y evaluar daño en órganos diana



Estadio 1 de Hipertensión

MAPA/AMPA:
135/85 - 149/94 mmHg



Estadio 2 de Hipertensión

MAPA/AMPA:
≥150/95 mmHg



Hipertensión Severa

Clínica: ≥180/120 mmHg
Evaluación clínica inmediata o derivación urgente

Objetivos de Presión Arterial (Target BP)



<80 años

Clínica: <140/90 mmHg
(o <135/85 mmHg en MAPA/AMPA)



≥80 años

Clínica: <150/90 mmHg
(o <145/85 mmHg en MAPA/AMPA)

Tratamiento Farmacológico en 4 Pasos



Paso 1: Inicio del Tratamiento

- Usar **IECA o ARA II** (Pacientes con Diabetes Tipo 2 o <55 años no afrocaribeños)
- Usar **Calcioantagonistas (CCB)** (Mayores de 55 años o de origen afrocaribeño)



Paso 2: Terapia Combinada

Si no se controla, combinar **IECA/ARA II** con un **Calcioantagonista (CCB)** o un **diurético tipo tiazida**



Paso 3: Triple Terapia

Combinación de tres fármacos: **IECA o ARA II + Calcioantagonista + Diurético tipo tiazida**



Paso 4: Hipertensión Resistente

Añadir **Espironolactona** (si $K^+ \leq 4.5$ mmol/l) o un **alfa/beta-bloqueante** (si $K^+ > 4.5$ mmol/l) y considerar la derivación a un **especialista**



Intervenciones de Estilo de Vida

	Intervención	Recomendación específica
	Consumo de Sal	Reducción de la ingesta diaria de sal
	Actividad Física	20-30 minutos de actividad diaria
	Dieta	Aumento de frutas/vegetales y reducción de grasas saturadas
	Alcohol	Menos de 14 unidades por semana con días libres



Diagnóstico final

1. Diabetes mellitus
tipo 2 mal
controlada

2. Obesidad grado
I (IMC 34.9 kg/m²)

3. Dislipidemia
mixta

4. Hipertensión
arterial con control
parcial

5. Riesgo
cardiovascular alto

6. Insuficiencia
cardiaca pendiente
de confirmación
ecocardiográfica



PLAN TERAPÉUTICO

- Cambios de estilo de vida:
 - Dieta hipocalórica
 - ejercicio 150 min/semana
 - Pérdida de peso 5–10% en 6 meses



- AJUSTAR MEDICACIÓN:
 - Mantener Metformina
 - Añadir ArGLP-1 o iSGLT2
 - IECA + diurético
 - Ajustar estatinas



Tratamiento individualizado 1

DIABETES MELLITUS TIPO 2

- Metformina 850mg/12h
- Añadir arGlp-1:
 - Subcutáneo/semanal
 - Oral/diario



HTA Y DISLIPEMIA

- Enalapril /hidroclorotiazida
- Intensificar tratamiento dislipemia
- ¿¿¿ Insuficiencia cardiaca ???



Tratamiento individualizado 2

Diagnósticos Confirmados → Ajuste tto

- Diabetes Mellitus Tipo2
- HTA
- Dislipemia
- Insuficiencia Cardíaca
- Obesidad



Metformina 850mg/12 horas
Semaglutida s.c/semanal se va titulando
Enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12,5mg/24horas
Atorvastatina 40 mg /24 horas
Empagliflozina 10mg/24 horas
Bisoprolol 2,5mg/12 horas



Cátedra Obesidad y
otras Enfermedades
Metabólicas

JORNADA

Actualización en el manejo
de la Diabetes y Obesidad

UN PASO MAS, PACIENTE CANDIDATO A LA INSULINIZACION

 **18 de JUNIO de 2026**
Escuela Andaluza de Salud Pública

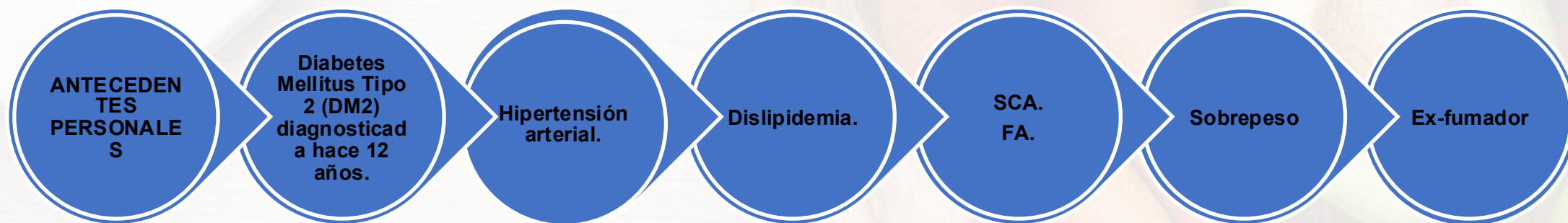
- **Antonio Marchena León**, Farmacéutico Atención Primaria
- **Tania Ortiz Puertas**, Médica de Atención Primaria, Miembro del GdT Diabetes, Endocrinología y Metabolismo SEMERGEN



CASO CLÍNICO

Motivo de consulta y antecedentes personales

Varón de 71 años de edad, ex-camionero de profesión y actualmente jubilado, que acude para su revisión periódica de control glucémico. Refiere fatiga y nicturia.





Entorno familiar y comunitario

- Viudo hace 7 años.
- Vive solo, sin relación con su hija.
- Sin círculo familiar y comunitario sólido.
- Dificultad para relacionarse.
- Dispone de botón de teleasistencia.
- 1 vez a la semana recibe comida de la Cruz Roja



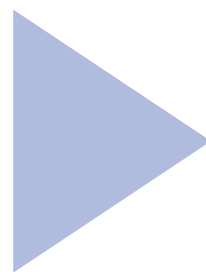
... sus circunstancias

- Duelo patológico.
- Debido a su trabajo, sin arraigo ni red social.
- Desconfianza en la sociedad.
- Soledad.



Evolución y seguimiento en consulta

Diabetes
optimizada hasta
hace 2 años →
aparición de
alteraciones
glucémicas
recientes.



Glucemias
basales y
preprandriales
elevadas.



Exploración física

Tensión Arterial: 130/78 mmHg

Peso: 89 kg

Talla: 1.78 m

IMC: 28,09 kg/m²

Exploración física: Sin hallazgos

significativos. Pies sin lesiones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **LABORATORIO:**

- **HbA1c:** 8.8% (previa 8.1%).
- Glucosa basal: 190 mg/dl.
- Creatinina: 1.2 mg/dl.
- LDL: 52mg/dl
- CT:178mg/dl
- TG: 110mg/dl



- **Controles de glucemia domiciliaria:**

- **Basales:** entre 126-173 mg/dl
- **Prepandriales:** 138-164 mg/dl
- **Postpandriales:** >190 mg/dl



Tratamiento farmacológico actual

Metformina
850mg/12h

Empagliflozina
10mg/24h

Ácido
acetilsalicílico
100 mg/24h

Acenocumarol
4 mg: 12
mg/sem

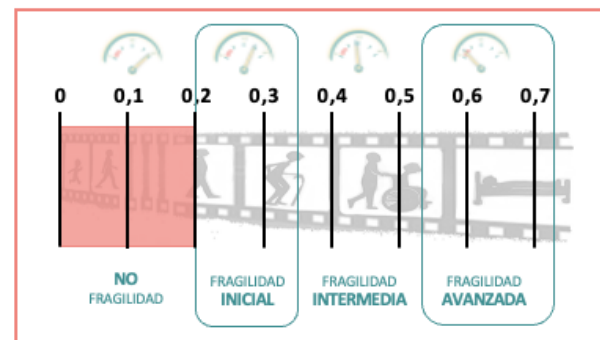
Bisoprolol 2.5
mg/12h

Atorvastatina
80 mg/24h



NOMBRE						
FECHA						
DOMINIO	VARIABLE	DESCRIPCIÓN				
FUNCIONAL	AIVDs	Ayuda para manejo del dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tiendas, restaurantes)?	No	●	
		Sí	○			
		Ayuda para la utilización del teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar autónomamente el teléfono?	No	●	
	Sí	○				
	Ayuda para la medicación	¿Necesita ayuda per preparar / administrarse la medicación?	No	○		
	Sí	●				
ABVDs	Índice de Barthel (IB)	¿No dependencia (IB ≥ 95)?		○		
		¿Dependencia leve-moderada (IB 90-65)?		○		
		¿Dependencia moderada-grave (IB 60-25)?		○		
		¿Dependencia absoluta (IB ≤ 20)?		○		
NUTRICIONAL	Malnutrición	¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No	●		
Sí	○					
COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?		●		
		¿Det.cognitivo leve-moderado (equivalente GDS ≤ 5)?		○		
		¿Det.cognitivo grave-muy grave (equivalente GDS ≥ 6)?		○		
EMOCIONAL	Síndrome depresivo	¿Necesita medicación antidepressiva?	No	●		
	Sí	○				
	Insomnio/ ansiedad	¿Necesita tratamiento habitual con benzodiazepinas y/o otros psicofármacos de perfil sedante para el insomnio / ansiedad?	No	●		
		Sí	○			
SOCIAL	Vulnerabilidad social	¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	No	●		
Sí	○					
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional	¿En los últimos 6 meses ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que haya requerido de neurolépticos?	No	●		
	Sí	○				
	Caidas	¿En los últimos 6 meses ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?	No	●		
	Sí	○				
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (relacionada amb la dependencia y/o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?	No	●		
Sí	○					
Polifarmacia	¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos? (no incluye fármacos condicionales)	No	○			
Sí	●					
SÍNTOMAS	Disnea ++	¿Se atraganta habitualmente cuando come o bebe? y/o en los últimos 6 meses ha presentado infección respiratoria por broncoaspiración?	No	●		
		Sí	○			
	Dolor ++	¿Requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	No	●		
		Sí	○			
	Disnea ++	¿La disnea basal le impide salir de casa y/o requiere de opiáceos habitualmente?	No	●		
		Sí	○			

ENFERMEDADES	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No	●	
		Sí	○		
		Sí++	○		
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva,...)?	No	●	
		Sí	○		
		Sí++	○		
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	No	○	
		Sí	●		
		Sí++	○		
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (enf. de Parkinson, ELA, ...) o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	No	●	
Sí		○			
Sí++		○			
Digestivo	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal,...)?	No	●		
	Sí	○			
	Sí++	○			
Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No	●		
	Sí	○			
	Sí++	○			



Nombre de déficit: 5

Índice Frágil-VIG 0,2

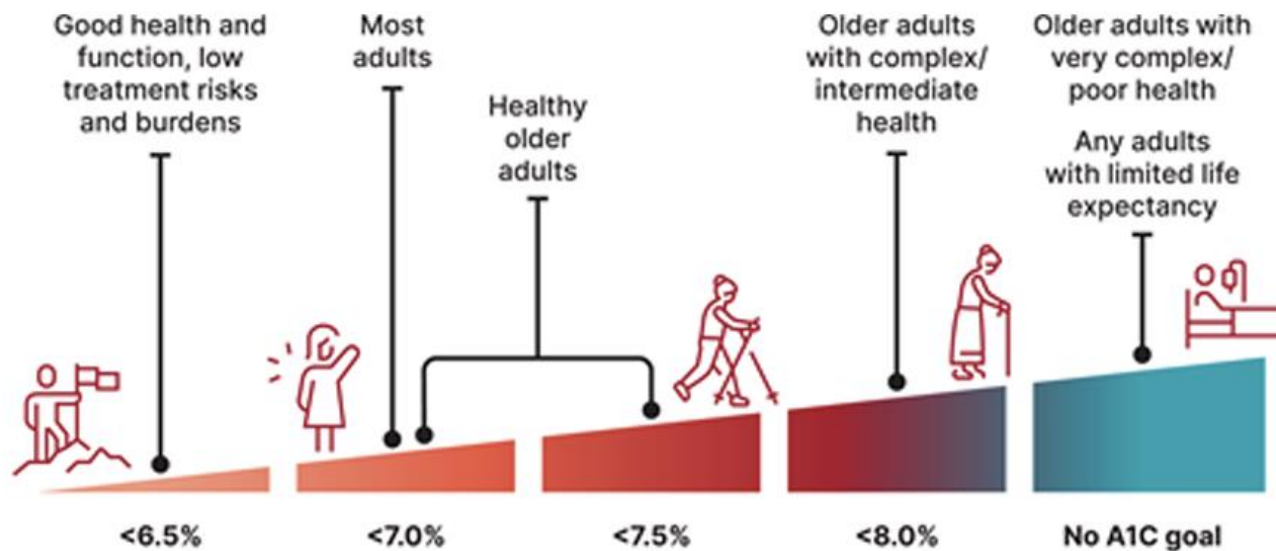
Epadi. Escala de fragilidad Antequera Escala (Valoración de riesgos)

> Identificación del paciente

Edad en años <input checked="" type="radio"/> < 75 <input type="radio"/> 75 - 84 <input type="radio"/> > 84	Test de Pfeiffer <input type="radio"/> Puntuación 3 - 10 <input checked="" type="radio"/> Puntuación 1 - 2
Índice de Barthel AVD <input checked="" type="radio"/> Dependencia leve > 60 <input type="radio"/> Dependencia moderada 21 - 60 <input type="radio"/> Dependencia grave 0 - 20	Índice de Charlson abreviado <input checked="" type="radio"/> 1 - 2 <input type="radio"/> > 2
Escala de valoración socio-familiar <input type="radio"/> < 10 <input checked="" type="radio"/> 10 a 16 <input type="radio"/> > 16	Pluripatológico <input checked="" type="radio"/> Sí (según proceso) <input type="radio"/> No

Interpretación del grado de fragilidad:

- 2 - Grado de fragilidad: Bajo
 Observaciones (opcional)



Fuente: Asociación Americana de Diabetes (ADA). *Novedades en los Estándares de Atención en Diabetes 2025*. Sociedad Española de Diabetes.



¿EXISTE DEBATE ANTES DE INSULINIZAR?

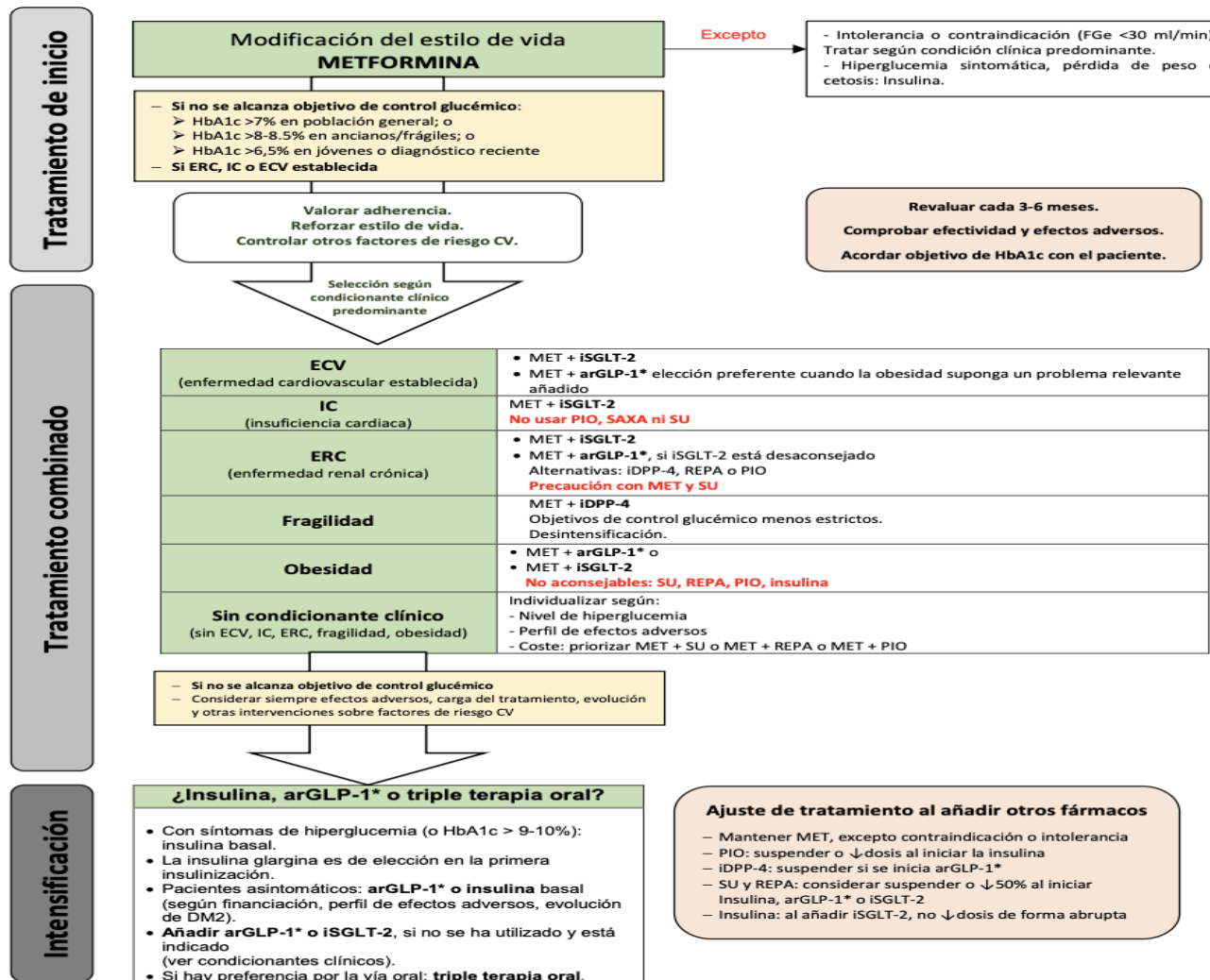




¿Existe alternativa a la insulinización en este paciente?

	Ventaja ↑	⚠ Limitación
arGLP-1 / GIP-GLP-1	✓ Potente reducción HbA1c y peso.	⚠ Posible respuesta insuficiente en DM2 evolucionada.
Intensificación oral	✓ Sencillez.	⚠ Menor potencia glucémica.
Insulina basal	✓ Mayor eficacia sobre glucemia basal.	⚠ Necesidad de educación terapéutica.

Datos clave: DM2 larga evolución | HbA1c 8,8% | Síntomas presentes | Fracaso de terapia doble optimizada (Metformina + Empagliflozina).



(*) los arGLP-1 están financiados si IMC ≥30 kg/m² y en terapia combinada con otros antidiabéticos, incluyendo insulina, cuando éstos junto con dieta y ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado; arGLP-1: análogos de receptores del péptido GLP-1; CV: cardiovascular; FGe: filtrado glomerular estimado; iDPP-4: inhibidores de dipeptidil peptidasa 4 (gliptinas); iSGLT-2: inhibidores selectivos del transportador renal de glucosa (gliflozinas); MET: metformina; PIO: pioglitazona; REPA: repaglinida; SAXA: saxagliptina; SU: sulfonilureas.



Intensificación

¿Insulina, arGLP-1* o triple terapia oral?

- Con síntomas de hiperglucemia (o HbA1c > 9-10%):
insulina basal.
- La insulina glargina es de elección en la primera
insulinización.
- Pacientes asintomáticos: **arGLP-1*** o **insulina basal**
(según financiación, perfil de efectos adversos, evolución
de DM2).
- **Añadir arGLP-1* o iSGLT-2**, si no se ha utilizado y está
indicado
(ver condicionantes clínicos).
- Si hay preferencia por la vía oral: **triple terapia oral**.











Varón
71 años
Ex-camionero (jubilado)



Mapa de Vulnerabilidad Social



Parámetro	Paciente (Caso 2)	Objetivo de Referencia (Guías)	Situación
 HbA1c	8,8%	7,0% - 8,0%	 Fuera de objetivo
 Basal (Casa)	126 - 173 mg/dl	80 - 130 mg/dl	 Fuera de rango
 Preprandial	138 - 164 mg/dl	< 130 mg/dl	 Elevada
 Postprandial	> 190 mg/dl	< 180 mg/dl	 Elevada



¿Por qué Insulinizar y no maximizar la dosis oral?

Tratamiento Actual

Rx
Metformina
850mg/12h
Pres

Dosis NO máximas

Rx
Empagliflozina
10mg/24h
Prescripción



Maximizar Dosis Oral

Lenta acción terapéutica. Ineficaz para frenar síntomas catabólicos agudos inmediatos (fatiga, nicturia).
No recomendado en guías con un franco ascenso de HbA1c hacia el 9%.



Insulina Basal

Control rápido y efectivo de síntomas (hiperglucemia sintomática).
Indicación directa de algoritmos (SEMERGEN / redGDPS 2026) ante fracaso de ADNI con HbA1c > 8.5% y clínica cardinal.

La insulina no es un fracaso del paciente; es la herramienta clínica exacta para revertir el cuadro sintomático actual.

Plan de Implementación: Superando la Barrera Educativa

Paso 1: Inicio Seguro (Prescripción)

- Añadir Insulina Basal: 10 UI al día (administración nocturna).
- Mantener Metformina (850mg/12h) y Empagliflozina (10mg/24h).

Paso 2: Educación Terapéutica Crítica (Soporte)

- **Contexto:** Paciente que vive solo y aislado; requiere instrucción empática y clara.
- **Instrucción:** Rotar la zona de inyección a diario y cambiar la aguja en cada uso.



Paso 3: Titulación Autónoma (Seguimiento)

- **Regla de ajuste:** Subir 2 UI al día si los controles de glucemia basal son > 140 mg/dl durante 3 días consecutivos.
- Programar seguimiento telefónico estrecho para asegurar la adherencia y mitigar la soledad funcional.

¿CÓMO INYECTAR LA INSULINA?

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA¹²

Rotar con cada pinchazo la zona y dentro de dicha zona

- Insulinas rápidas: brazos y abdomen
- Insulinas lentas: nalgas y muslos

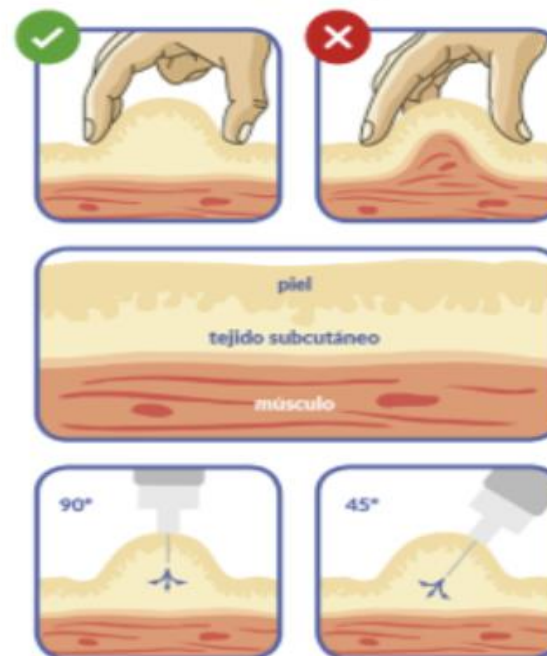


Cómo rotar las zonas de inyección³

RECOMENDACIONES³

- Rotar
- Purgar
- Conservar la insulina en uso a temperatura ambiente y en nevera las demás
- No reutilizar las agujas
- No inyectar en zonas con inflamación, durezas, cicatrices, lunares, tatuajes o hematomas

PELLIZCO³



- Evitar que la insulina pase al músculo
- El pellizco es necesario en niños y personas delgadas
- Levantar el tejido subcutáneo con 2 o 3 dedos, sin forzar
- Mantener el pellizco durante toda la inyección, hasta después de sacar la aguja



RECUERDA:

- 90° ángulo de inyección con agujas de 4 mm
- 45° ángulo de inyección con agujas de +4 mm



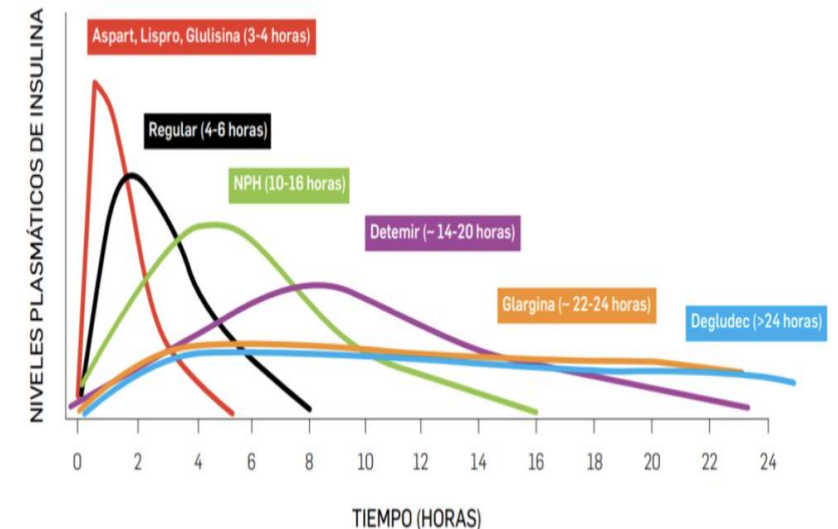
¿Qué tipos de insulina basal hay?

1º Generación

- NPH
- Insulina detemir
- Insulina glargina 100 U/m
- Vida media ~ 24 h
- Menor riesgo hipoglucemias que NPH

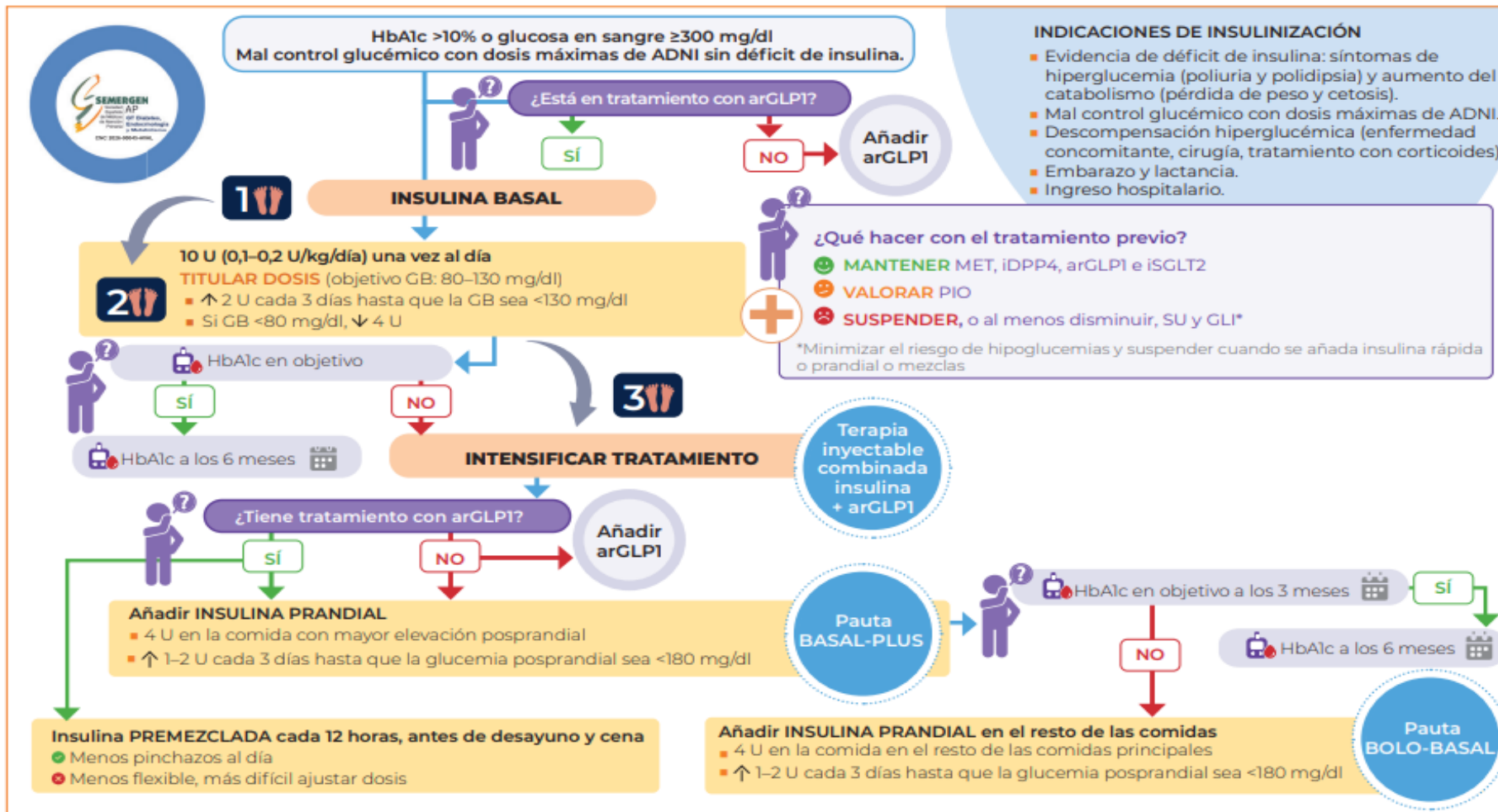
2º Generación

- Insulina glargina 300 U/ml
- Insulina degludec
- Vida media > 24 h, 1 vez al día y mayor flexibilidad (cualquier momento del día)
- Menor riesgo hipoglucemias y permiten un menor volumen de administración para alcanzar la misma dosis de insulina, en comparación con las de 1º generación



- Las personas con DM2 pueden necesitar tratamiento con insulina en cualquier momento de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta las fases avanzadas, si el control de la glucemia así lo requiere.
- La insulina basal se considera la pauta de elección cuando el tratamiento con fármacos no insulínicos es insuficiente para alcanzar los objetivos de control glucémico.
- Antes de considerar el ajuste de dosis de insulina es esencial revisar el grado de cumplimiento, los puntos y la técnica de inyección.

Esquema de insulinización en la diabetes tipo 2 en 3 pasos. SEMERGEN (Revisado 2026)



Documento de manejo práctico DM2. GT diabetes, endocrinología y metabolismo SEMERGEN 2024.

HbA1c: hemoglobina glicada; **ADNI:** antidiabéticos no insulínicos; **arGLP1:** agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; **U:** unidades; **GB:** glucemia basal; **MET:** metformina; **iDPP4:** inhibidores de la dipeptidilpeptidasa 4; **iSGLT2:** inhibidores transportador sodio-glucosa tipo 2; **PIO:** pioglitazona; **SU:** sulfonilureas; **GLI:** glinidas.

Elaborado por el Grupo de Trabajo de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo. Esquema de insulinización en la diabetes tipo 2 en 3 pasos. SEMERGEN (Revisado 2026).

Guías Clínicas SEMERGEN: manejo práctico del paciente con DM2 en Atención Primaria.

Cuquerella Medical Communications. Queda rigurosamente prohibida, sin previa autorización por escrito de los editores, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento.



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

OBJETIVOS



- Fomentar hábitos saludables y el bienestar psicológico.
- Dar soporte e información para la toma de decisiones.
- Autogestión del tratamiento.

- **Mejorar los resultados clínicos, disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes.**

HERRAMIENTAS



- Educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes.
- Recomendaciones nutricionales.
- Práctica de actividad física.
- Abandono del tabaquismo.
- Apoyo psicológico, en el caso de que fuera necesario.

BENEFICIOS



- Mejor conocimiento de la diabetes y el autocuidado.
- Mejor control glucémico y del resto de factores de riesgo cardiovascular.
- Mejor control del peso.
- Mejor calidad de vida.
- Disminución de la mortalidad.

- Conductas de aceptación de la enfermedad más positivas.
- Menor coste sanitario.
- Mayor uso de atención primaria.
- Uso menos frecuente de la atención en urgencias y servicios hospitalarios.

MOMENTOS CRÍTICOS



- En el diagnóstico.
- Anualmente o cuando no se cumplen los objetivos terapéuticos.
- Surgen factores que complican la enfermedad (médicos o psicosociales).
- Cuando ocurren transiciones en la atención.



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- **Priorizar el consumo de alimentos ricos en antioxidantes, como frutas, verduras o ensalada.** Se recomienda el consumo de fruta entera (no en zumos ni puré).
- **Incluir proteínas magras en las comidas,** como carne blanca, pescado, huevos o proteínas vegetales (legumbres, soja...), ya que son saciantes y nos ayudan a preservar la masa muscular durante la pérdida de peso y del envejecimiento.
- **Ajustar la cantidad de hidratos de carbono según gasto energético y objetivo de peso de cada paciente, seleccionar aquellos de mayor calidad como legumbres o cereales de alto contenido en fibra** y menor índice glucémico (avena, quinoa o integrales).
- **Priorizar el consumo de grasas saludables insaturadas, como aceite de oliva, frutos secos o aguacate.**
- **Limitar el consumo de grasas saturadas y grasas trans:** estas grasas se encuentran principalmente en carnes rojas, productos lácteos enteros, alimentos ultraprocesados y comida rápida.
- **Reducir todo lo posible el consumo de azúcares refinados.**
- **Elegir el agua como bebida principal.**
- **Limitar el consumo excesivo de sal y reemplazarlo en parte por especias.**
- **Métodos de cocinado:** priorizar las elaboraciones a la plancha, al horno o al vapor y evitar las elaboraciones de fritos, rebozados, tempuras, etc.
- No hay un número estándar recomendado de comidas al día, se debe individualizar según las preferencias y disponibilidad de horarios del paciente.



CONCLUSIONES

- La insulinización en DM2 es un proceso efectivo manejable desde Atención Primaria.
- La educación del paciente es clave para el éxito.
- Seguimiento estrecho del paciente para la adherencia al tratamiento
- El uso de análogos de insulina basal reduce el riesgo de hipoglucemia y simplifica el régimen.



Reflexión

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar

British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e84-e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Results Compared with a 1-year RGP-patient relationship, the OR for use of OOH services decreased gradually from 0.87 (95% CI = 0.86 to 0.88) after 2-3 years' duration to 0.70 (95% CI = 0.69 to 0.71) after >15 years. OR for acute hospital admission decreased gradually from 0.88 (95% CI = 0.86 to 0.90) after 2-3 years' duration to 0.72 (95% CI = 0.70 to 0.73) after >15 years. OR for dying decreased gradually from 0.92 (95% CI = 0.86 to 0.98) after 2-3 years' duration, to 0.75 (95% CI = 0.70 to 0.80) after an RGP-patient relationship of >15 years.

Conclusion Length of RGP-patient relationship is significantly associated with lower use of OOH services, fewer acute hospital admissions, and lower mortality. The presence of a dose-response relationship between continuity and these outcomes indicates that the associations are causal.

La importancia de la longitudinalidad

Mantener el mismo médico de familia reduce:

	2-3 años	15 años
Uso de servicios de urgencias	↓ 13%	↓ 30%
Hospitalizaciones	↓ 12%	↓ 28%
Mortalidad	↓ 8%	↓ 25%



Uso de servicios de urgencias

↓ 13%

↓ 30%



Hospitalizaciones

↓ 12%

↓ 28%



Mortalidad

↓ 8%

↓ 25%

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg, Steinar Hunskaar. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice, 4 October 2021

Infografía publicada en: Añel Rodríguez RM, Palacio Lapuente J. Atención urgente y en el día: cómo abordar los problemas causados por la sobrecarga de la Atención Primaria. AMF 2022; 18(2): 94-102. Disponible en <https://amf-semfyc.com/web/article/3081>



CONCLUSIONES

Mensajes para llevarse a casa

- El manejo de la DM2 debe centrarse en la persona y no únicamente en la HbA1c.
- El riesgo cardiovascular, renal y la insuficiencia cardiaca condicionan la elección del tratamiento.
- La obesidad constituye un objetivo terapéutico en sí misma y debe abordarse de forma precoz.
- Evitar la inercia terapéutica es clave para mejorar el pronóstico de las personas con DM2.
- La insulinización es una herramienta eficaz y segura cuando está indicada, y no debe considerarse un fracaso terapéutico.
- Los profesionales de Atención Primaria desempeñan un papel esencial en la adecuación terapéutica, la adherencia, la educación diabetológica y la seguridad del paciente.



Si alguien desea una buena salud,
primero debe preguntarse si está
listo para eliminar las razones de
su enfermedad. Solo entonces es
posible ayudarlo.

Hipócrates



MUCHAS GRACIAS