

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN PACIENTES MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO.

Mónica Sánchez, Mercè Abad, Pablo Sancho, Pedro Gil, Cristina Hernández, Rafael Simó, Olga Simó Servat.
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.
Proyecto SED, beca Guido Rufino 2024

INTRODUCCIÓN:

- El **deterioro cognitivo** representa un desafío creciente en la población geriátrica con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
- Puede **dificultar significativamente el manejo de tratamientos complejos y el uso de dispositivos tecnológicos.**
- La **microperimetría es una herramienta sencilla de implementar que mide la neurodegeneración de la retina y que se ha relacionado con presencia de deterioro cognitivo (Simó R et al. Diabetologia 2026).**
- La **avanzada edad de la población con diabetes tipo 2 y MDI junto a la prevalencia infradiagnosticada de deterioro cognitivo hace plantearnos su viabilidad clínica.**

OBJETIVO: Evaluar si los **test de screening de deterioro cognitivo (MoCA y microperimetría)** permiten identificar pacientes con **DM2 mayores de 65 años con dificultades en el uso de la MCG.**

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Pacientes DM2 >65 años
- Tratamiento MDI
- Inicio de MCG en Hospital de Día, HUVH

N = 123 PACIENTES

Observacional

Unicéntrico

Prospectivo

Vida Real

ABR 2024

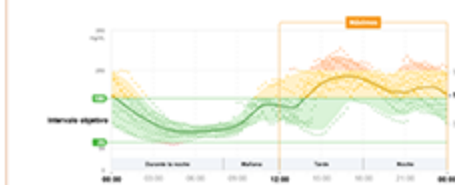
DIC 2025

Programa educativo estructurado

- Primer día**
Grupos pequeños (máx 5)
Incorporar al cuidador
Inserción del sensor y uso básico
Diferencias glu capilar y del sensor
Alarma de hipoglucemia y actuación
- Segundo día (+10-14D)**
Grupos pequeños (máx 5)
Incorporar al cuidador
Inserción del sensor y uso básico
Administración de insulina y dieta.
Individualización de las alarmas

**MoCA y microperimetría
Clarke, DTSQ, DDS, EsDQOL, PAID*

- Revisión de los primeros datos glucométricos**



Se decide seguimiento posterior.

**A los 6 meses se repiten exploraciones iniciales.*

RESULTADOS:

Control Metabólico	Basal	6 meses	p
TIR	65.13 ± 20.4	66.73 ± 18.1	0.36
Glucosa promedio	178.97 ± 153.6	162.79 ± 25.84	0.29
GMI	7.24 ± 0.07	7.23 ± 0.62	0.77
TBR	1.14 ± 2.64	1.1 ± 3.59	0.88
TAR	32.78 ± 21.15	32.11 ± 18.44	0.72
TAR muy alto	9.35 ± 11.67	7.84 ± 9.53	0.2
TAR	23.43 ± 13.92	25.27 ± 12.84	0.55
CV	28.73 ± 6.25	28.93 ± 8.01	0.76
Event glucosa baja	1.78 ± 3.37	1.55 ± 3.17	0.45
Uso sensor	91.33 ± 11.29	90.45 ± 12.79	0.54
Dur. Hipoglucémias	54.6 ± 75.4	34.3 ± 62.4	0.026

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el control metabólico inicial o a los 6 meses entre los pacientes con riesgo de deterioro cognitivo y los normocognitivos

35,8%

Tenían tanto MoCA como microperimetría alterados

20,8%

Requerían soporte del cuidador para manejo de la MCG, siendo este % mayor en los pacientes en riesgo de DCL: **35.29% vs 12.9% (p=0.02).**

CONCLUSIONES:

La **MCG es viable en PACIENTES DE EDAD AVANZADA** con **DM2** incluso con riesgo de **DETERIORO COGNITIVO**, especialmente cuando existe **APOYO DEL CUIDADOR** y **PROGRAMAS EDUCATIVOS ADAPTADOS**