Prescribir para desprescribir: consiguiendo la reversión farmacológica de una paciente

Óscar Baró Pato

Médico de Atención Primaria del Consultorio de Hoyo de Manzanares, Madrid

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una mujer de 68 años con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, tratada inicialmente con antidiabéticos orales e insulina bolo-basal, que logra la reversión farmacológica de su diabetes tras la optimización terapéutica y la pérdida ponderal significativa. La introducción de un agonista del receptor del GLP-1 permitió una reducción progresiva de las dosis de insulina hasta su retirada completa, con mantenimiento del control glucémico óptimo (HbA1c 5,4 % y tiempo en rango del 100 % en MCG). Este caso ilustra cómo la combinación de fármacos que actúan sobre los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y la intervención sobre el peso corporal pueden conducir a una mejoría metabólica sostenida, disminuyendo la complejidad terapéutica y el riesgo de hipoglucemias. La experiencia resalta el papel activo del médico de familia en la identificación de candidatos a la reversión y en el acompañamiento educativo y motivacional del proceso.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, reversión de la diabetes, agonistas del receptor GLP-1, desprescripción, insulinoterapia, Atención Primaria.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Diabetes remission, GLP-1 receptor agonists, Deprescription, Insulin therapy, Primary care.

Mucho hay publicado últimamente a este respecto: que si la reversión se logra en etapas iniciales de la enfermedad[1,5], que si se logra con cambios importantes en los estilos de vida[2,3,4], que si es posible con la cirugía bariátrica[3,4]..., pero si no ocurre con ninguno de nuestros pacientes, a pesar del empeño que ponemos con ellos, podemos llegar a plantearnos: ¿realmente se puede lograr?, ¿tendría algún paciente candidato a lograrlo en mi consulta?, ¿por qué no ocurre?

Asumiendo la veracidad de los datos, mi pregunta retórica es: ¿podemos negar la posibilidad de revertir su diabetes a cualquiera de nuestros pacientes?

En esta ocasión, presentamos un caso clínico que nos muestra, en la práctica clínica de la consulta diaria, cómo el tratamiento farmacológico para lograr un mejor control de la patología, consigue finalmente actuar sobre la causa primaria de la misma y obtener su reversión completa.

Mari Carmen es una mujer de 68 años que en 2005 (hace 20 años) presentó dos controles de glucemias basales patológicos en la revisión de empresa (130 y 155 mg/dL, respectivamente). Se indican cambios en los hábitos de vida y se solicita analítica de sangre de control que presenta una glucemia basal de 202 mg/dL y una HbA1c de 6,8 %, por lo que se inicia tratamiento oral con metformina de 850 mg (1 comprimido cada 8 horas).

Tres meses después, se revisa a la paciente que mantiene unas glucemias basales en torno a 189 mg/dL, por lo que se decide iniciar gliblenclamida 5 mg/24 horas, con buen control de la patología (glucemias basales de 104 mg/dL).

Seis años después (en 2011), Mari Carmen vuelve a tener alteradas sus glucemias basales (en torno a 173 mg/dL), por lo que se decide añadir al tratamiento sitagliptina 50 mg/dL cada 12 horas.

Por mal control, en 2012 la paciente decide acudir a Endocrinología de forma privada, desde donde se inicia una pauta de insulina basal. Un año después, se inicia pauta de insulina bolo-basal, consiguiéndose un control excelente de la patología (HbA1c de 6,5 %).

Acude de nuevo a consulta en 2021, en este caso desea analítica de sangre de control por falta de seguimiento en nuestro centro desde 2013. En ella se muestra un empeoramiento del control glucémico (HbA1c de 7,2 %).

Se comenta con la paciente la posibilidad de centralizar su seguimiento desde Atención Primaria, dada la mejor accesibilidad que tenemos para tratar de mejorar el control; una vez aceptada esta premisa, se propone inicio de tratamiento con análogos del receptor del GLP-1 (aGLP-1) en un primer paso[6], dado que probablemente tengamos una causa subyacente de la DM relacionada claramente con el peso (se suspende el iDPP-4 que tomaba).

La paciente en este momento pesa 86,4 kg (mide 160 cm), por lo que tiene un IMC de 33,75 kg/m^2.

Le solicito perfiles capilares preprandiales para ajustar la insulina basal:

Antes del desayuno	Antes de la comida	Antes de la cena
154	164	129
114	147	109
149	96	129
168	125	121
128	122	138

En vista de los cuales y al iniciar el aGLP-1 (dosis de 0,25 mg/semana) se decide mantener la dosis de insulina basal y controles periódicos de los perfiles.

Al mes, se revisa a la paciente: ha perdido 1 kg de peso y tolera bien el fármaco por lo que se sube la dosis a 0,5 mg/semana.

Tras dos meses, acude de nuevo a revisión. Presenta un peso de 80,7 kg (–5,7 kg), buena tolerancia al fármaco y los siguientes perfiles glucémicos capilares preprandiales:

Antes del desayuno	Antes de la comida	Antes de la cena
95	102	85
97	101	104
119	96	92

Se desprescribe la insulina postprandial y se mantiene el resto de su tratamiento. Asimismo se solicita analítica de control: glucosa basal 78 mg/dL y HbA1c 5,5 %, se felicita a la paciente.

En mayo de 2022 (cinco meses desde su última visita), acude nuevamente a revisión, Mari Carmen pesa 73,9 kg (–12,5 kg).

En septiembre de ese mismo año, pesa 70,5 kg (–15,9 kg) y unos perfiles de glucemia capilar envidiables:

Antes del desayuno	Antes de la comida	Antes de la cena
90	82	89
93	95	90
99	94	103
97	101	99

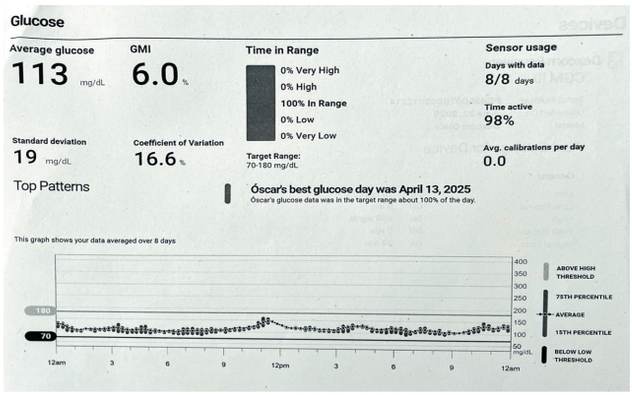
En marzo del 2023, mantiene cifras de peso y hemoglobina glicosilada por lo que decido bajar dosis de insulina basal de 20 UI a 12 UI.

Seis meses después, presenta perfiles preprandiales estables, peso estable y HbA1c 5,7 %; se baja insulina basal a 8 UI y se sube el a-GLP1 a 1 mg/semana, con el fin de optimizar el peso de la paciente a pesar del buen control glucémico.

Acude a los nueve meses (junio 2024): peso 66 kg (–20,4 kg) y HbA1c 5,4 %.

En este momento se decide suspender la insulina basal, pero dado que la paciente expresa su miedo a empeorar el control glucémico, se acuerda con ella la posibilidad de utilizar un sistema de monitorización continua de glucosa (SMCG). Desde entonces no ha precisado nuevas dosis de insulina y en su primer informe de la MCG presentó un tiempo en rango (TIR) del 99 %, con un coeficiente de variación (CV) de 18 %.

Como se muestra en la imagen, su último perfil ambulatorio de glucosa, en inglés *Ambulatory Glucose Profile* (AGP) (de junio de 2025) muestra un TIR del 100 % con un CV de 16,6 % y una HbA1c estimada de 6,2 %.



En este caso, la paciente mantiene el uso de dos fármacos antidiabéticos como son la metformina y el aGLP-1, pero es evidente que el tratamiento de su obesidad ha logrado mejorar su patología de base hasta llegar a un control óptimo con una

menor complejidad en su tratamiento, así como un menor riesgo de complicaciones e hipoglucemias.

Más allá del hecho de haber logrado o no revertir la diabetes, según las definiciones descritas en la actualidad en los documentos de consenso[1], lo que verdaderamente tenemos es una paciente que sí considera haberlo logrado, que ha mejorado su peso, su funcionalidad y ha dicho *bye bye* a la insulina, por el momento...

Tabla 1. Resumen con los criterios para determinar la remisión de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Parámetro	Criterio de remisión	Valor umbral	Comentario clínico
HbA1c	Por debajo del punto diagnóstico de DM	< 6,5 %	Refleja control glucémico sostenido en los últimos 2–3 meses
Glucosa plasmática en ayunas	Por debajo del umbral diagnóstico	< 126 mg/dL (7,0 mmol/L)	Indica normalización del metabolismo basal de la glucosa
Glucosa posprandial (2 horas)	Por debajo del umbral diagnóstico	< 200 mg/dL (11,1 mmol/L)	Evalúa la respuesta glucémica tras una carga de glucosa

Fuente: Adaptado de Rothberg A, Lean M y Laferrère B, tal como se discute en Remission of type 2 diabetes: always more questions, but enough answers for action, publicado en *Diabetologia* (2024), por Aaron Rothberg, Mike Lean y Blandine Laferrère[1].

Estos criterios se interpretan en el contexto de ausencia de tratamiento farmacológico hipoglucemiante y con seguimiento clínico adecuado, ya que la remisión no equivale a curación y requiere vigilancia continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rothberg A, Lean M, Laferrère B. Remission of type 2 diabetes: always more questions, but enough answers for action. Diabetologia. 2024;67(4):602-610. doi: 10.1007/s00125-023-06069-1.
2. Zhang Y, Yang Y, Huang Q, Zhang Q, Li M, Wu Y. The effectiveness of lifestyle interventions for diabetes remission on patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2022 Feb;20(1):64-78. doi: 10.1111/wvn.12608.
3. Vasdeki D, Koufakis T, Tsamos G, Busetto L, Zebekakis P, Kotsa K. Remission as an Emerging Therapeutic Target in Type 2 Diabetes in the Era of New Glucose-Lowering Agents: Benefits, Challenges, and Treatment Approaches. Nutrients. 2022;14(22):4801. doi: 10.3390/nu14224801.
4. Chang TJ. Mechanisms and the strategy for remission of type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Investig. 2023 Mar;14(3):351-353. doi: 10.1111/jdi.13948.
5. Hao S, Umpierrez GE, Daley T, Vellanki P. Intervention with Therapeutic Agents, Understanding the Path to Remission in Type 2 Diabetes: Part 1. Endocrinol Metab Clin North Am. 2023 Mar;52(1):27-38. doi: 10.1016/j.ecl.2022.07.003.
6. Fundación redGDPS. Algoritmo de diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad [Internet]. Madrid: redGDPS; 2024 Nov 21 [consultado 05/10/2025]. Disponible en: https://www.redgdps.org/algoritmo-obesidad-2024