P-010

DIABETES TIPO 3C: CUANDO EL RETO NO ES BAJAR LA HBA1C, SINO EVITAR LAS HIPOGLUCEMIAS

Isabel María Peral Martínez[1], Jose Fausto Franco Pineda[1], Ramona Duran Ramírez[1]

[1] *C.S. Puerto Lumbreras*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 61 años que cambia de médico de familia y acude a consulta de Atención Primaria para continuidad asistencial por mal control glucémico persistente. Como antecedentes destacaban diabetes mellitus tipo 3c secundaria a duodenopancreatectomía con esplenectomía por pseudomasa inflamatoria pancreática (2013), insuficiencia pancreática exocrina y gastroparesia mixta.

En la valoración inicial presentaba una diabetes de elevada complejidad, con importantes oscilaciones glucémicas, episodios repetidos de hipoglucemia, pérdida ponderal, ingresos digestivos frecuentes y horarios de alimentación muy irregulares por su actividad laboral en hostelería. Además, se objetivaron dificultades en la técnica de administración de insulina y en la utilización del sistema de monitorización continua de glucosa.

Desde Atención Primaria se inició un seguimiento longitudinal coordinado con Enfermería de Diabetes, Digestivo y Endocrinología, centrado en la educación terapéutica y la individualización del tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La revisión sistemática del perfil glucémico ambulatorio mostró inicialmente una elevada exposición a hipoglucemias (tiempo bajo rango del 19%), junto con una marcada variabilidad glucémica (coeficiente de variación 48,6%) y un tiempo en rango del 60%.

La HbA1c presentó importantes oscilaciones durante el seguimiento (13,7%-6,9%-9,7%-8,3%), sin reflejar adecuadamente la complejidad clínica ni el riesgo de hipoglucemia.

Durante las sucesivas consultas en Atención Primaria se identificaron múltiples factores potencialmente modificables: ausencia de tiempo de espera tras la administración de insulina rápida, utilización incompleta de la monitorización continua de glucosa, escasa rotación de las zonas de inyección, falta de autoajuste de las dosis y dificultades derivadas de la gastroparesia y de los horarios laborales.

Se reforzó la educación diabetológica, se revisó periódicamente el perfil glucémico ambulatorio junto con la enfermera referente en diabetes, se adaptaron los algoritmos de corrección de insulina y se individualizó el tratamiento según la composición de las comidas, la actividad física y la evolución digestiva.

Tras la intervención, el tiempo bajo rango se redujo y se mantuvo habitualmente entre el 2% y el 6%, con disminución de las hipoglucemias clínicamente relevantes pese a persistir una diabetes pancreatógena de elevada complejidad.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes mellitus tipo 3c secundaria a duodenopancreatectomía, asociada a insuficiencia pancreática exocrina y gastroparesia.

La reevaluación integral realizada desde Atención Primaria permitió identificar que el principal problema clínico no era únicamente una HbA1c elevada, sino la coexistencia de una gran variabilidad glucémica y un elevado riesgo de hipoglucemias favorecido por la fisiopatología de la enfermedad y por múltiples factores modificables.

Las decisiones terapéuticas se orientaron prioritariamente a mejorar la seguridad glucémica, utilizando el perfil glucémico ambulatorio como herramienta para individualizar el tratamiento y minimizar las hipoglucemias antes que perseguir una reducción aislada de la HbA1c.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron como factores responsables del mal control glucémico la diabetes pancreatógena, la gastroparesia diabética y posquirúrgica, la insuficiencia pancreática exocrina, la variabilidad en la absorción intestinal, la irregularidad de la ingesta por motivos laborales, los errores en la técnica de administración de insulina y el uso inadecuado de la

monitorización continua de glucosa.

CONCLUSIONES

La diabetes tipo 3c constituye uno de los mayores retos asistenciales para Atención Primaria por la coexistencia de insulinopenia, insuficiencia pancreática exocrina, gastroparesia, riesgo nutricional y elevada variabilidad glucémica.

Este caso demuestra que la reevaluación sistemática realizada desde Atención Primaria permitió detectar factores potencialmente modificables que condicionaban el riesgo de hipoglucemias. La educación terapéutica, el análisis seriado del perfil glucémico ambulatorio, la optimización de la técnica de insulinización y la coordinación con Enfermería de Diabetes y Atención Hospitalaria hicieron posible individualizar el tratamiento y reducir de forma mantenida la exposición a hipoglucemias.

La principal enseñanza es que, en la diabetes tipo 3c, el éxito terapéutico debe valorarse priorizando la seguridad glucémica, la reducción de la variabilidad y la preservación del estado nutricional, más que por la consecución aislada de una cifra de HbA1c.

CÓMO CITAR

Peral Martínez IM, Franco Pineda JF, Duran Ramírez R. DIABETES TIPO 3C: CUANDO EL RETO NO ES BAJAR LA HBA1C, SINO EVITAR LAS HIPOGLUCEMIAS. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):49-50. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4