P-022

INSULINA: SALVAVIDAS EN EL PASADO, ¿NECESARIA EN EL PRESENTE?

M.ª Luisa De Santiago Hernando[1], Cristina Domínguez Tena[1], Natalia García Ibarguchi[1]

[1] *Centro de Salud Valle de la Oliva, Majadahonda (Madrid)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 49 años que en agosto de 2020 presenta debut diabético asintomático con detección de glucemia de 339 mg/dL, en la analítica previa al ingreso por neumonía COVID-19; donde además recibe corticoterapia y por tanto insulinización, inicialmente planteada como transitoria, además de metformina. Endocrinología confirma posteriormente diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y añade repaglinida. Tras asistencias irregulares a especializada, Atención Primaria asume progresivamente el seguimiento, con buenos controles hasta 2023, donde la HbA1c 8%, se intensifica educación alimentaria, metformina y se añade dapagliflozina, alcanzando HbA1c 6,6%. En 2024 vuelve a descompensarse, se intentan ajustar hiperglucemias intensificando la insulina y se pierde el seguimiento debido a que el diagnóstico de cáncer de su esposa modificó profundamente la dinámica familiar, reduciendo su disponibilidad para el autocuidado y la organización de las comidas. En febrero de 2026, coincidiendo con el alta de su mujer, decide retomar sus cuidados de salud, planteándose una estrategia de simplificación terapéutica adaptada a su disposición y posibilidades reales para el cambio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En febrero de 2026, presenta HbA1c (8,4%) e IMC (28,9 kg/m^2), con glucemia basal de 189 mg/dL, triglicéridos 173 mg/dL y ALT 56 U/L. Refería glucemias basales cercanas a 195 mg/dL y posprandiales habitualmente >200 mg/dL, en tratamiento con insulina glargina 30 UI/día, metformina y dapagliflozina, además de estatina. Tras la intervención, en julio de 2026 alcanza HbA1c 7,1% e IMC 25,99 kg/m^2, sin necesidad de insulina.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

DM2 con control glucémico insuficiente, sobrepeso, en un contexto psicosocial que había condicionado discontinuidad asistencial. Se inicia semaglutida con titulación progresiva, educación diabetológica intensiva, ejercicio pactado, refuerzo positivo y seguimiento frecuente según necesidad de estímulo. La insulina basal se reduce progresivamente hasta 8 UI y posteriormente se retira. Se mantienen metformina, dapagliflozina y semaglutida 1 mg por vía subcutánea semanal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el estudio etiológico inicial se consideró diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). El estudio de autoinmunidad pancreática resultó negativo y la evolución clínica posterior apoyó el diagnóstico de DM2.

CONCLUSIONES

La deprescripción no debe entenderse como una simple retirada farmacológica, sino como un proceso dinámico, individualizado y compartido. En Atención Primaria, los tiempos terapéuticos deben adaptarse a las creencias, prioridades, acontecimientos vitales y posibilidades reales del paciente. La educación diabetológica práctica, con especial énfasis en la alimentación, el refuerzo positivo y un seguimiento flexible y frecuente según las necesidades de estímulo pueden transformar un periodo de abandono en una oportunidad de autocuidado sostenido y simplificación segura del tratamiento.

CÓMO CITAR

De Santiago Hernando ML, Domínguez Tena C, García Ibarguchi N. INSULINA: SALVAVIDAS EN EL PASADO, ¿NECESARIA EN EL PRESENTE? Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):57. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4