P-143

DESESCALADA COMPLETA DE INSULINA TRAS UN DEBUT DE DIABETES TIPO 2 CON HIPERGLUCEMIA SEVERA: EL VALOR DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ana Esteban Flores[1], Juana Flores Torrecillas[2], Encarnacion Esparza Perez[2]

[1] *Centro de Salud Molinos Marfagones*
[2] *Centro de Salud Cartagena Casco*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 años, con antecedentes de [completar: HTA, dislipemia, sobrepeso/obesidad, otros], diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en octubre de 2024 en su consulta de Atención Primaria (AP), con glucemia basal de 317 mg/dL y HbA1c de 14,3%. Dada la hiperglucemia marcada, se inicia tratamiento con antidiabéticos orales [especificar] e insulina basal [dosis inicial]. Se acompaña de un plan estructurado de modificación del estilo de vida, con recomendaciones dietéticas y aumento progresivo de la actividad física, y de educación terapéutica en autoanálisis, titulación de insulina y prevención de hipoglucemias, con seguimiento compartido entre medicina y enfermería.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al diagnóstico: peso 79,6 kg, IMC 27,5 kg/m^2, perímetro abdominal 95 cm, PA 151/75 mmHg. Analítica: glucemia basal 317 mg/dL, HbA1c 14,3%, perfil lipídico y función hepática sin alteraciones, FG >90 mg/dL, cociente albúmina/creatinina no calculable. Retinopatía sin alteraciones. Exploración de los pies normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Juicio clínico: DM2 de debut con hiperglucemia severa y glucotoxicidad. Tras ajuste terapéutico y pérdida ponderal progresiva, la paciente alcanza una HbA1c de 6,2%, con glucemias basales siempre inferiores a 130 mg/dL. Se optimiza el tratamiento oral y se inicia la desescalada de insulina reduciendo las unidades de forma progresiva, hasta su retirada completa. Actualmente mantiene un excelente control glucémico con metformina, iDPP-4 e iSGLT2, ha perdido unos 16 kg y mantiene un plan adecuado de dieta y ejercicio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diabetes autoinmune del adulto (LADA) o DM1, por la intensidad de la hiperglucemia inicial; la buena respuesta a fármacos orales y la retirada de insulina sin deterioro del control apoyan el origen tipo 2. Diabetes secundaria a pancreatopatía, fármacos hiperglucemiantes (corticoides) o endocrinopatías. Diabetes monogénica (MODY), poco probable por edad y fenotipo. Se descartaron descompensaciones agudas (cetoacidosis y estado hiperosmolar).

CONCLUSIONES

Una HbA1c muy elevada al diagnóstico no implica insulinización definitiva. La insulina puede usarse de forma temporal para revertir la glucotoxicidad, y debe reevaluarse periódicamente. La deprescripción de insulina es factible y segura desde AP cuando se consiguen los objetivos de control, con reducción progresiva de dosis y monitorización estrecha. La combinación de fármacos con beneficio metabólico y ponderal (iSGLT2), junto con una intervención intensiva sobre el estilo de vida y una pérdida de peso significativa, fue clave en este caso. La enseñanza principal es la importancia de la reevaluación continua del tratamiento y del abordaje individualizado y longitudinal que ofrece la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S183-S215. doi:10.2337/dc26-S009.

CÓMO CITAR

Esteban Flores A, Flores Torrecillas J, Esparza Perez E. DESESCALADA COMPLETA DE INSULINA TRAS UN DEBUT DE DIABETES TIPO 2 CON HIPERGLUCEMIA SEVERA: EL VALOR DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):137-138. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4