P-212

CUANDO INTENSIFICAR NO ES SUFICIENTE: ABORDAJE DEL MAL CONTROL GLUCÉMICO EN UN PACIENTE CON LIMITACIÓN FUNCIONAL

Raquel Lopez Zarza[1], Cristina Merino Platero[1], María Ester Montes Belloso[1]

[1] *C.S. Isabel II (Parla, Madrid)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO, EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Varón de 62 años con diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución, sin complicaciones macro ni microvasculares, que vive solo. Presenta distrofia simpático-refleja en miembro superior derecho y lesión muscular en extremidad inferior izquierda tras una caída, ambas con importante limitación funcional. Presentaba HbA1c del 8% pese a metformina, sitagliptina y empagliflozina a dosis máximas. Inicialmente no cumplía criterios de financiación para agonistas GLP-1 por IMC <30 kg/m^2.

Tres meses después, la HbA1c aumentó al 9,6%. Aunque inicialmente rechazaba la insulinización por la dificultad para manejar los dispositivos con una mano prácticamente inutilizada, además de vivir solo y presentar barrera idiomática, se seleccionó el dispositivo más adecuado y se inició insulina basal con titulación progresiva.

Ante la escasa mejoría se añadió semaglutida, titulada hasta 1 mg semanal. Pese a tratamiento intensivo, incluyendo 46 UI/día de insulina basal, persistieron HbA1c próximas al 10%, por lo que se intensificó a pauta basal-bolo. En junio de 2026 presentó HbA1c del 11,2%.

Ante el mal control persistente se realizó una revisión integral del tratamiento, reproduciendo en consulta la administración de insulina y semaglutida con los propios dispositivos del paciente, y se inició monitorización continua de glucosa (MCG).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico persistente pese a tratamiento intensivo, en contexto de importantes barreras funcionales y sociales para el autocuidado. Antes de continuar aumentando dosis se consideró prioritario identificar factores corregibles mediante revisión de técnica, dispositivos, consumo de medicación y seguimiento estrecho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se valoraron progresión de la diabetes, adherencia insuficiente, errores de administración, escasa rotación de zonas de inyección, alimentación inadecuada, pauta insulínica insuficiente y causas secundarias de hiperglucemia.

Aunque el paciente refería una administración correcta, la observación directa evidenció que recibía una cantidad de semaglutida muy inferior a la prescrita y dejaba unidades de insulina sin administrar en los bolígrafos. Tras corregir la técnica e iniciar MCG, el tiempo en rango aumentó del 31% al 62% en una semana.

CONCLUSIONES

El mal control glucémico no siempre requiere mayor intensificación farmacológica. Ante una HbA1c elevada pese a insulinoterapia intensiva deben revisarse adherencia, técnica de administración y capacidad funcional.

Este caso destaca la importancia de observar directamente cómo el paciente utiliza sus dispositivos, individualizar la educación diabetológica y emplear la MCG como apoyo para valorar la respuesta. Ante un resultado inesperado, identificar y corregir las barreras reales de autocuidado puede ser más eficaz que continuar aumentando el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).

CÓMO CITAR

Lopez Zarza R, Merino Platero C, Montes Belloso ME. CUANDO INTENSIFICAR NO ES SUFICIENTE: ABORDAJE DEL MAL CONTROL GLUCÉMICO EN UN PACIENTE CON LIMITACIÓN FUNCIONAL. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):183-184. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4