P-214

MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: CUANDO EL PERFIL GLUCÉMICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL CAMBIAN LA DECISIÓN DE INSULINIZAR

Francisco Andrés Martínez Ortiz[1], María Soledad Araujo Luis[1], Almudena Castaño Reguillo[1]

[1] *C.S. Los Ángeles*

CASO

Varón de 86 años con DM2 de 20 años de evolución, infección por VIH controlada y ERC G3b (FGe 32 mL/min/1,73 m^2), en seguimiento conjunto por Medicina Interna y Atención Primaria. Presenta DMAE exudativa con deterioro visual grave, precisando lupa para leer y manejar su medicación. Vive con su esposa, también de edad avanzada. En tratamiento con linagliptina 5 mg/día y canagliflozina 100 mg/día, presenta HbA1c 9%, poliuria y glucemias preprandiales en torno a 190 mg/dL. Ante el control glucémico subóptimo, Medicina Interna plantea iniciar insulina glargina 6-7 UI/día.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Antes de iniciar la insulinización, en Atención Primaria se revisa el perfil glucémico domiciliario. Se objetiva que, aunque existe hiperglucemia basal, las mayores excursiones se producen tras las comidas. Durante la educación diabetológica se solicita al paciente que realice una demostración práctica con el dispositivo de insulina. Ante la indicación de seleccionar 6 UI, selecciona 12 UI, evidenciando dificultad para identificar correctamente la escala debido a su deterioro visual.

Orientación diagnóstica: DM2 con control subóptimo, con componente basal elevado y predominio de hiperglucemia posprandial, en paciente de edad avanzada, ERC y déficit visual grave. La valoración en AP identifica una dificultad objetiva para administrar con precisión la dosis prescrita, con riesgo de sobredosificación inadvertida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron progresión de la DM2, incumplimiento terapéutico, hiperglucemia secundaria a infección o fármacos y desajuste entre ingesta y tratamiento. El perfil glucémico, sin datos de descompensación aguda, orientó hacia la necesidad de actuar especialmente sobre el componente posprandial.

CONCLUSIONES

Tras comunicación con Medicina Interna, se consensua no iniciar insulina y mantener linagliptina y canagliflozina. Se añade repaglinida antes de las comidas, con titulación según glucemias y la indicación «si no come, no toma», tras revisar posibles interacciones con el tratamiento antirretroviral. A los tres meses, HbA1c 7,7%, desaparición de la poliuria y ausencia de hipoglucemias.

La HbA1c refleja el control glucémico global, pero el análisis del perfil permite identificar qué componente requiere mayor intervención. En este caso, la revisión longitudinal en Atención Primaria evidenció un importante componente posprandial y, simultáneamente, una limitación funcional que condicionaba la seguridad de la insulinización. La demostración práctica de la técnica permitió detectar un riesgo de sobredosificación no evidente en la prescripción. La valoración longitudinal del paciente, su capacidad funcional y su entorno puede transformar una intensificación farmacológica en una intervención realmente segura e individualizada.

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
3. Sinclair A, Dunning T, Rodriguez-Mañas L. Diabetes in older people: new insights and remaining challenges. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;3(4):275-85.
4. International Diabetes Federation. Managing older people with type 2 diabetes: global guideline. Brussels: International Diabetes Federation; 2013.

5. Gómez-Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor FJ, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Med Clin (Barc). 2013;140(3):134.e1-134.e12.

Nº de Comunicaciones: 155

CÓMO CITAR

Martínez Ortiz FA, Araujo Luis MS, Castaño Reguillo A. MÁS ALLÁ DE LA HBA1C: CUANDO EL PERFIL GLUCÉMICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL CAMBIAN LA DECISIÓN DE INSULINIZAR. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):184-185. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4