

**Dra. Xiana Rodríguez Villalón.**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud. Porriño.  
Coordinadora gallega de RedGDPS.

**Dr. José Llópez Castedo.**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud. Moaña.  
Área sanitaria de Vigo. Miembro RedGDPS.



# Deprescripción en diabetes mellitus tipo 2: cuando menos, es más

**L**a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica frecuente, especialmente en adultos mayores, con una prevalencia del 14,8% en España. Su asociación con otras patologías cardiovasculares conduce a la polifarmacia, lo que puede aumentar el riesgo de efectos adversos e interaccio-

nes medicamentosas. En este contexto, la deprescripción se plantea como una estrategia clave, entendida como la retirada planificada, supervisada y gradual de fármacos, con el objetivo de reducir la carga terapéutica, evitar la iatrogenia y mejorar la calidad de vida del paciente.

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DEPRESCRIBIR EN LA DM2?

El tratamiento de la DM2 no se debe entender únicamente como una forma de mantener un control glucémico adecuado, sino que se debe tener en cuenta la gestión de las comorbilidades y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes. A medida que evoluciona la enfermedad, la relación riesgo-beneficio de algunos medicamentos puede cambiar, y lo que antes era un tratamiento esencial puede volverse innecesario o incluso producir complicaciones (1).

Para hablar de deprescripción es imprescindible ligarlo con el paciente frágil (2), ya que será en este tipo de personas en los que se debe tener más en cuenta. La fragilidad es definida por la OMS como “el deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos”.

En este tipo de pacientes, un control estricto de la glucosa suele asociarse a la intensificación del tratamiento, normalmente con insulina y otros hipoglucemiantes, que pueden conllevar más riesgos, como hipoglucemias graves, caídas, fracturas y hospitalizaciones, afectando directamente a su calidad de vida.

Además de los riesgos físicos, la polifarmacia aumenta la complejidad del tratamiento, lo que reduce la adherencia y dificulta la monitorización por parte del médico de la efectividad de los mismos. Es importante entender que **la deprescripción en este contexto no significa reducir la atención médica, sino optimizar los tratamientos para adaptarlos mejor a las necesidades de los pacientes**, especialmente en etapas más avanzadas de la enfermedad.

## ¿CUÁNDO CONSIDERAR LA DEPRESCRIPCIÓN?

Es fundamental realizar una evaluación periódica del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 desde una perspectiva holística, considerando tanto la enfermedad como las características individuales del paciente.

La deprescripción debe valorarse especialmente en pacientes con síndromes geriátri-

cos (3). Entre estos, la fragilidad y la dependencia pueden hacer que el beneficio de un control glucémico estricto sea limitado o incluso perjudicial, aumentando el riesgo de eventos adversos. De igual manera, en pacientes con demencia moderada o avanzada, la carga terapéutica puede ser desproporcionada respecto al impacto que tiene en su evolución. La sarcopenia, definida como la pérdida de masa muscular, fuerza y funcionamiento de los músculos en los adultos mayores, se asocia con mayor riesgo de caídas y deterioro funcional por lo que también justifica una estrategia menos estricta en el control glucémico, evitando fármacos que puedan contribuir al desgaste muscular o a episodios de hipoglucemia.

Los **pacientes con alto riesgo de hipoglucemias** son por tanto aquellos en los que deberemos tener especial precaución, especialmente quienes presentan episodios recurrentes o severos, lo cual es frecuente en tratamientos con sulfonilureas o insulina. En estos casos, la sustitución por fármacos con un perfil de hipoglucemias menor, como los inhibidores de DPP-4, los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) o los agonistas GLP-1, puede reducir significativamente el riesgo de complicaciones graves.

La multimorbilidad, que implica la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona, y la polifarmacia (4), cuando se emplean múltiples medicamentos, por lo general más de cinco al día constituyen otro escenario clave ya que la presencia de cinco o más comorbilidades en un paciente incrementa el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos. De manera similar, en pacientes con antecedentes de delirio, caídas frecuentes o malnutrición, la optimización del tratamiento debe orientarse a minimizar riesgos en lugar de perseguir un control glucémico estricto, ya que este puede agravar su estado clínico. En pacientes con esperanza de vida limitada, como aquellos con enfermedades crónicas avanzadas o en situación paliativa, el objetivo principal debe ser el confort y la calidad de vida, priorizando estrategias terapéuticas menos agresivas y adaptadas a la capacidad funcional del paciente en lugar de insistir en objetivos metabólicos estrictos.

Por último, los pacientes con un control glucémico excesivo, es decir, aquellos con »

ADEMÁS DE  
LOS RIESGOS  
FÍSICOS,  
LA POLIFARMACIA  
AUMENTA  
LA COMPLEJIDAD  
DEL TRATAMIENTO,  
LO QUE REDUCE  
LA ADHERENCIA  
Y DIFICULTA  
LA MONITORIZACIÓN  
POR PARTE  
DEL MÉDICO  
DE LA EFECTIVIDAD  
DE LOS MISMOS



» valores de HbA1c muy bajos, pueden beneficiarse de una reducción de la carga farmacológica, evitando un control innecesariamente estricto que no aporte beneficios adicionales y que, por el contrario, aumente el riesgo de hipoglucemias y eventos adversos.

## ESTRATEGIAS PARA UNA DEPRESCRIPCIÓN SEGURA

La deprescripción debe seguir una estrategia planificada que implique una evaluación integral y la participación activa del paciente. Antes de tomar decisiones, es fundamental analizar el tratamiento actual en su totalidad, considerando tanto los fármacos empleados para el control de la diabetes mellitus tipo 2 como aquellos destinados a otras comorbilidades. Esta revisión debe enmarcarse dentro del contexto bio-psico-social del

paciente, teniendo en cuenta su estado de salud general, sus expectativas y sus objetivos terapéuticos.

**El tratamiento debe estar siempre individualizado, ya que los objetivos glucémicos varían en función de la carga terapéutica y el riesgo de hipoglucemias.** En pacientes frágiles, con síndromes geriátricos como demencia avanzada, sarcopenia o dependencia, la prioridad no es alcanzar un control glucémico estricto, sino preservar su calidad de vida. En estos casos, puede aceptarse una HbA1c de hasta 8,5%, evitando así el uso de tratamientos intensivos que podrían generar más perjuicios que beneficios. Sin embargo, la deprescripción no solo implica ajustar cifras y reducir fármacos, sino también garantizar que el paciente comprenda el proceso y participe en la toma de decisiones.

Los pacientes frágiles y con diabetes ten-

drán por tanto a la polimedicación, no solo por los fármacos antidiabéticos. Es importante mencionar otro tipo de fármacos que hay que tener en cuenta para la deprescripción. Es el caso por ejemplo de las **estatinas**, siendo un tipo de fármacos que su uso evitan eventos futuros debe considerarse su uso en función de la esperanza de vida. Diversos estudios evidenciaron que pacientes mayores de 75 años sin un evento cardiovascular previo no hay un beneficio clínico evidente en mantenerlo.

Se deben tener en cuenta por tanto todos los fármacos y seguir los mismos pasos para su deprescripción, existen en la literatura métodos para identificar ese tipo de medicamentos. Los más significativos son los criterios de Beers y los STOPP (5).

Es imprescindible que el paciente y su entorno perciban este ajuste terapéuti-»

## PUNTOS CLAVE PARA LA DEPRESCRIPCIÓN EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

PUNTO CLAVE	CIRCUNSTANCIAS PARA CONSIDERAR LA DEPRESCRIPCIÓN
Fragilidad y dependencia	Evitar controles glucémicos estrictos debido a riesgos de hipoglucemia, caídas y hospitalizaciones.
Demencia moderada o avanzada	Reducir la carga farmacológica, priorizando la calidad de vida sobre el control glucémico estricto.
Sarcopenia	Evitar hipoglucemiantes que agraven el desgaste muscular o provoquen hipoglucemias.
Alto riesgo de hipoglucemias	Sustituir sulfonilureas o insulina por fármacos con menor riesgo de hipoglucemia.
Multimorbilidad y polifarmacia	Minimizar riesgos de interacciones medicamentosas y efectos adversos.
Antecedentes de delirio, caídas frecuentes o malnutrición	Optimizar tratamientos para minimizar riesgos en lugar de perseguir objetivos glucémicos estrictos.
Esperanza de vida limitada	Priorizar tratamientos menos agresivos y enfocados en el confort.
Control glucémico excesivo	Evitar fármacos que disminuyan innecesariamente la HbA1c y aumenten el riesgo de hipoglucemias.
Uso de estatinas en mayores de 75 años sin eventos cardiovasculares previos	Valorar el beneficio clínico respecto a la esperanza de vida y el riesgo de eventos adversos.
Evaluación periódica del tratamiento	Considerar ajuste o retirada de fármacos según la evolución del paciente.

» co no como un abandono, sino como una medida que busca su bienestar. Para ello, se requiere una comunicación abierta, en la que se expliquen claramente los beneficios y riesgos de la deprescripción, así como las alternativas disponibles. Un enfoque de toma de decisiones compartida aumenta la aceptación del proceso y favorece la adherencia a las nuevas pautas de tratamiento, asegurando que el paciente se sienta acompañado y seguro.

La retirada de los fármacos debe realizarse de forma gradual y monitorizada, evitando interrupciones bruscas que puedan des-

compensar el control metabólico. La reducción escalonada permite que el organismo se adapte progresivamente, disminuyendo el riesgo de efectos adversos. Además, es crucial llevar a cabo un seguimiento cercano, vigilando posibles cambios en los niveles de glucosa y detectando cualquier deterioro clínico o síntoma inesperado.

Por último, todo cambio debe registrarse en la historia clínica para facilitar su seguimiento. Un control regular permitirá realizar ajustes si es necesario y asegurarse de que la deprescripción no tenga un impacto negativo en la evolución del paciente. **D**

## CONCLUSIONES

La deprescripción en la diabetes mellitus tipo 2 es una herramienta fundamental para asegurar un tratamiento adecuado y seguro, especialmente en personas frágiles. Al adaptar la medicación a las necesidades cambiantes del paciente, se pueden evitar riesgos innecesarios, mejorar la calidad de vida y reducir la carga terapéutica.

La deprescripción no debe verse como una reducción de la atención, sino como una forma de optimizar el tratamiento, personalizándolo según la situación clínica de cada paciente.

Los profesionales sanitarios deben integrar la deprescripción como una práctica rutinaria en su abordaje de la diabetes, siempre con la participación activa del paciente y con un seguimiento estrecho para asegurar el mejor resultado posible.

## BIBLIOGRAFÍA

- Deng Z, Thompson W, Korenvain C, Lega IC, Farrell B, Lochnan H, et al. Benefits and Harms of Deprescribing Antihyperglycemics for Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Can J Diabetes*. 2022 Jul;46(5):473–9.
- Hernández-Negrín H, López-Sampalo A, Ricci M, Velasco MÁP, Gómez-Huelgas R. Manejo terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2 en personas con edad avanzada o frágiles. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2024 Mar 1;31(3):148–57.
- Gimeno Orna JA, García García B. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano: la seguridad es una prioridad. *Rev Clin Esp*. 2020 Apr 1;220(3):184–5.
- Arriagada L, Carrasco T, Araya M. Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. *Rev Med Clin Las Condes*. 2020;31(2):204-210.
- Velilla NM, Valencia MG, Sola BL. Deprescripción en el anciano diabético. *Diabetes Práctica - redGDPS* [Internet]. Available from: <https://www.diabetespractica.com>. 2015 Dic.