

Condicionantes clínicos

Jorge Navarro Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Valencia. INCLIVA. Universitat de València. CIBERESP

Existen diversas situaciones clínicas especiales donde conviene adaptar la estrategia general de insulinización.

PACIENTES CON OBESIDAD DE GRADO 2 O SUPERIOR

En general, no son aconsejables los fármacos que incrementan el peso corporal (sulfonilureas, repaglinida, pioglitazona e insulina) y se debe dar preferencia a los que presentan un efecto neutro (metformina o inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 [iDPP4]) o de pérdida (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 [SGLT2] o análogos del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 [arGLP1]).

En pacientes con diabetes mellitus (DM) y obesidad de grado 2 o superior (índice de masa corporal > 35 kg/m²) ya insulinizados, se recomiendan fármacos que favorezcan la pérdida de peso (iSGLT2 o arGLP1).

PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (ESTADIOS 4 Y 5)

En pacientes con un filtrado glomerular (FG) de 30-45 ml/min/1,73 m² se pueden utilizar iDPP4, repaglinida, metformina, pioglitazona, arGLP1 o insulina, teniendo presente que con FG < 30 ml/min/1,73 m² solo se podrán mantener repaglinida, iDPP4 o insulina. El uso de metformina está contraindicado en pacientes con FG inferior a 30 ml/min/1,73 m².

PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Recientemente, se han publicado cuatro estudios de seguridad cardiovascular (EMPA-REG con empagliflozina, CANVAS con canagliflozina, LEADER con liraglutida y

SUSTAIN-6 con semaglutida) que modifican el nivel de evidencia y el grado de las recomendaciones en pacientes con muy alto riesgo cardiovascular o que ya han presentado un evento cardiovascular, priorizando en este tipo de pacientes fármacos de dos grupos terapéuticos (iSGLT2 y arGLP1), por su potencial beneficio, teniendo en cuenta los niveles de FG de los pacientes y respetando las precauciones y contraindicaciones.

HIPERGLUCEMIA INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES

En los pacientes con glucocorticoides de acción intermedia (prednisona, prednisolona, deflazacort o triamcinolona) y sin tratamiento previo con insulina, en monodosis matutina, se puede iniciar insulina *neutral protamine Hagedorn* (NPH)/bifásica antes del desayuno, manteniendo los hipoglucemiantes orales. En los que reciben dos o más dosis de corticoides de acción intermedia, la pauta insulínica de elección son dos dosis de insulina NPH/bifásica. En los pacientes no tratados con insulina, la dosis estimada se distribuirá como 2/3 de la dosis total antes del desayuno y el 1/3 restante antes de la cena. En los pacientes con corticoides de larga duración (betametasona o dexametasona), son preferibles los análogos de insulina de larga duración (una dosis de insulina glargina o dos dosis de insulina detemir) porque conllevan menor riesgo de hipoglucemia. En los pacientes previamente tratados con múltiples dosis de insulina, se deberán aumentar todas las dosis de insulina (basal y preingesta) un 20-30 %.

PACIENTES FRÁGILES O EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los pacientes ancianos presentan un mayor riesgo de hipoglucemias, por lo que la insulinización en estos casos suele iniciarse, especialmente en ancianos frágiles, con una dosis diaria de insulina más baja (0,1-0,2 UI/kg) que en sujetos

más jóvenes con DM tipo 2. Los análogos de insulina (basal o rápida) ocasionan menos hipoglucemias.

En el final de la vida o con cuidados paliativos el objetivo fundamental es evitar que el paciente padezca los síntomas de los niveles extremos de glucemia: la hipoglucemia y la hiperglucemia sostenida > 270 mg/dl. Se empleará el menor número de fármacos y se optimizarán los controles de glucemia capilar. Debemos tender a usar las pautas más simples que sea posible y, de entrada, es recomendable el empleo de dosis única de una insulina basal.

CUMPLIMIENTO DEL RAMADÁN

Las personas con DM de religión musulmana, aunque están exentas del ramadán (mes en el que no se pueden ingerir alimentos ni bebidas desde el amanecer hasta el anochecer), frecuentemente desean cumplir el ayuno. Durante el ramadán se realizan dos ingestas al día (*iftar*, tras ponerse el sol, y *suhur*, antes de que amanezca), tienen lugar cambios en referencia a los hábitos dietéticos (se preparan algunos

alimentos ricos en hidratos de carbono y al finalizar se realiza un aumento de la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono) y es habitual el consumo de bebidas que contienen hidratos de carbono de absorción rápida.

En pacientes con DM tipo 2 tratados con insulina, existe un riesgo mayor de hipoglucemia, y, particularmente, en los de edad avanzada y en los de larga evolución. Se acepta la utilidad de una dosis única de insulina glargina o NPH, el uso de dos dosis de NPH o bien una o dos dosis de insulina detemir. Es posible que puedan necesitar insulina rápida para cubrir el aporte calórico de las dos ingestas permitidas.

PUNTOS CLAVE

En pacientes en tratamiento con insulina deben contemplarse unas situaciones especiales que requieren un ajuste terapéutico: obesidad > 35 kg/m², enfermedad renal crónica grave (FG < 45 ml/min/1,73 m²), enfermedad cardiovascular, anciano frágil o en cuidados paliativos, en tratamiento con corticoides y cuando desean cumplir el ramadán.