

A modo de resumen

José Luis Torres Baile

Médico de familia. Centro de Salud Rodríguez Paterna. Logroño (La Rioja)

Hemos repasado en esta revista la utilización de la insulina: sus indicaciones, el inicio de la insulinización, los ajustes según los objetivos de control glucémico y la intensificación del tratamiento. También se ha hecho una puesta al día sobre las nuevas insulinas.

La insulina es un fármaco necesario en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La mayoría de los diabéticos en algún momento la necesitan, bien de forma transitoria debido a descompensaciones agudas, bien de forma permanente como parte de su tratamiento.

La indicación más frecuente para iniciar el tratamiento con insulina en la DM2 es el fracaso de la terapia con antidiabéticos orales debido a la progresiva evolución de la enfermedad.

La pregunta que surge es la siguiente: si su uso es necesario en la mayoría de los diabéticos, ¿por qué tardamos tanto en prescribirla o en intensificar el tratamiento cuando el paciente está con insulina basal?

La insulina presenta menos contraindicaciones y efectos secundarios que el resto de los antidiabéticos y tiene escasas interacciones farmacológicas (únicamente con determinados fármacos que pueden potenciar o reducir su efecto hipoglucemiante). Entonces, ¿cuál es el problema? ¿El miedo a las posibles hipoglucemias?, ¿que engorda?, ¿que produce cáncer?, ¿la falta de seguridad en su manejo por parte del equipo terapeuta?, ¿las resistencias del paciente a utilizarla?...

Normalmente iniciamos el tratamiento de la DM con cambios en el estilo de vida y, si no es suficiente, pautamos antidiabéticos orales al principio en monoterapia y luego en combinación con otros fármacos orales. En muchas ocasiones pautamos la insulina a los pacientes con más años de evolución de la enfermedad, con complicaciones ya establecidas o con comorbilidades, es decir, en pacientes más susceptibles a las hipoglucemias. Estudios sobre la inercia terapéutica de los profesionales revelan un retraso importante en la intensificación del tratamiento, curiosamente en los pacientes con menos años de evolución de la diabetes, que son los que más

se podrían beneficiar de un control glucémico estricto. Un estudio realizado en centros de Atención Primaria en nuestro país¹ revela que los cambios en el tratamiento se hacían cuando los valores medios de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) estaban 1,4 puntos por encima de los objetivos terapéuticos, que eran tener una $HbA_{1c} \leq 7\%$. La inercia clínica disminuía conforme aumentaban los valores de HbA_{1c} y la complejidad del tratamiento, es decir, la inercia clínica era mayor cuando los pacientes estaban tratados con modificaciones de estilos de vida o con terapia oral que cuando lo estaban con insulina asociada o no a fármacos orales.

Como hemos visto, los objetivos han de individualizarse en función de la edad, de la duración de la diabetes, de la presencia de complicaciones o comorbilidades y de las preferencias del paciente. Si tenemos en cuenta estas orientaciones, es probable que se incida más en intensificar el tratamiento en los pacientes con menos años de evolución de la diabetes que precisan un control glucémico estricto y se minimice el riesgo de hipoglucemias en pacientes más evolucionados y con más comorbilidades, cuyo objetivo de HbA_{1c} estaría alrededor del 8%. No debemos olvidar que estamos hablando de glucemias medias estimadas en torno a 200 mg/dl.

En el estudio mencionado anteriormente, el porcentaje de pacientes mayores de 65 años con una $HbA_{1c} < 8\%$ era del 82,5%. Además, en una revisión sobre la terapia con insulina en pacientes con DM2 publicada recientemente², se señala que existen evidencias en la práctica clínica diaria de que las hipoglucemias son escasas si el objetivo es alcanzar niveles de HbA_{1c} del 7,4%.

Cuando se inicia el tratamiento con insulina suele haber ganancia de peso, y eso hace que en ocasiones dudemos al prescribirla o en intensificar el tratamiento, pues se produce mayor aumento de peso a medida que se avanza desde el régimen más simple (insulina basal) al más complejo (basal bolo)³.

Un estudio reciente analiza los factores asociados a la ganancia de peso en 2179 diabéticos al año de haber iniciado el tratamiento con insulina⁴. El aumento medio de peso fue

de 1,78 kg, y los factores predictivos para ganar peso fueron: tener al inicio del tratamiento una HbA_{1c} más alta, un índice de masa corporal más bajo y precisar una mayor dosis de insulina. Los distintos regímenes de insulina no fueron un factor predictivo. Tampoco hubo asociación con la HbA_{1c} al año de tratamiento ni con los cambios en esta.

Con todo ello, si decidimos pautar insulina a un paciente es porque lo consideramos imprescindible para un adecuado control glucémico y porque el paciente lo acepta, con lo que la posible ganancia de peso no debería ser, en términos generales, un problema.

Diversos estudios epidemiológicos han relacionado el uso de insulina o el tipo de insulina utilizada con el aumento del riesgo de desarrollar determinados tumores. La Agencia

Europea de Medicamentos concluye que no hay evidencia suficiente que apoye esta relación, ya que los estudios son de base poblacional; no obstante, señalan que, al igual que con el resto de medicamentos, seguirán evaluando las insulinas por si aparecieran nuevos datos.

Para terminar, una cuestión importante es saber cuándo iniciar el tratamiento con insulina. Esta decisión depende en gran parte del conocimiento y de la práctica que el médico tenga sobre la utilización de la insulina y de la predisposición del paciente a vencer las inseguridades y miedos que la administración inyectable de esta, los autocontroles y las posibles hipoglucemias generen en él. Una adecuada formación clínica del equipo terapéutico, junto con una buena empatía, es la base para poder avanzar con éxito en el tratamiento de la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mata-Cases M, Benito-Badorrey B, Roura-Olmeda P, Franch-Nadal J, Pepió-Vilabí J, Saez M, et al. Clinical inertia in the treatment of hyperglycemia in type 2 diabetes patients in primary care. *Curr Med Res Opin* 2013;29(11):1495-502.
2. Home Ph, Riddle M, Cefalu WT, Bailey C, Bretzel RG, Del Prato S, et al. Insulin therapy in people with type 2 diabetes: opportunities and challenges? *Diabetes Care* 2014;37:1499-508.
3. Holman RR, Farmer AJ, Davies MJ, Levy JC, Darbyshire JL, Keenan JF. 4-T Study Group. Three-year efficacy of complex insulin regimens in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009;361:1736-47.
4. Balkau B, Home Ph, Vincent M, Marre M, Freemantle N. Factors associated with weight gain in people with type 2 diabetes starting on insulin. *Diabetes Care* 2014;37:2108-13.