

EL DIRECTOR DE LA REVISTA «AVANCES EN ENDOCRINOLOGÍA» EXPONE
LAS DIFERENTES OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA LOS DIABÉTICOS

La insulina sintética provoca menos hipoglucemias

JAVIER AMPUDIA Endocrinólogo H. Clínico Valencia

David Ruipérez
Madrid

Aunque el doctor Ampudia desarrolla su labor profesional en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, también dirige «Avances en Endocrinología», la revista oficial de la Sociedad Española de Diabetes.

- Hablemos de insulina. ¿No todos los diabéticos deben inyectársela?

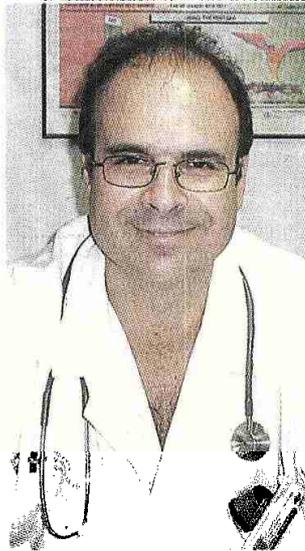
- En el diabético tipo 1, las células beta encargadas de fabricar la insulina son defectuosas y el enfermo necesita inyectarla desde el principio. En el caso de la diabetes tipo 2, lo que tenemos es un problema metabólico, una resistencia a la insulina que evoluciona a lo largo de los años. Al principio el problema puede controlarse con fármacos y, en un momento dado, también necesitará insulina para evitar las graves complicaciones que acarrea la diabetes.

- ¿Cuáles son esas complicaciones?

- Básicamente, las dividimos en dos grupos. Complicaciones microangiopáticas, que afectan a vasos sanguíneos pequeños, de la retina, el riñón o los nervios periféricos; y también puede sufrir problemas en los grandes vasos —macroangiopáticos— que se traducen en un infarto de miocardio, ictus o en enfermedad vascular periférica. Los pacientes diabéticos no mueren por un fallo renal, sino que el 85 por ciento de los fallecidos responde a causas cardiovasculares. La diabetes aumenta entre dos y cuatro veces el riesgo cardiovascular y la insulina es esencial para controlar la enfermedad y evitar este fatal desenlace.

- ¿Cuántos tipos de insulina están a disposición de los pacientes?

- Las insulinas han evolucionado a lo largo de los años con el objeto de emular de la mejor manera posible la secreción fisiológica de insulina. En los últimos diez años han aparecido análogos a la insulina que se obtienen tras modificarla mediante bioingeniería genética. Estas últimas son versiones sintéticas de las de toda la vida, que se dividen en dos grupos. La insulina regular, de acción rápida tiene un efecto de



«El paciente no se queja por los pinchazos, sino por tener que medirse la glucosa y prever lo que va a comer»

unas 4 a 6 horas y es la que se inyecta con cada comida. La insulina NPH (Neutral Protamine Hagedorn) es de acción intermedia y dura unas 14 horas. Intentan realizar la función del páncreas entre comidas, lo que denominamos ritmo basal. Los análogos de la insulina han aportado ventajas. Una de ellas es que su acción en el organismo es más rápida y se producen menos episodios de hipoglucemia. Además, algunos análogos de la NPH tienen una acción de 24 horas, lo que implica que el paciente sólo se pincha una vez al día esta insulina, aparte de las de las comidas, claro.

- Esclavos de los pinchazos...

- Al final son cuatro o cinco pinchazos al cabo del día. Pero el paciente no suele quejarse por eso, más que el pinchazo lo más molesto es tener que medir la glucemia para calcular la dosis de insulina en función de lo que se prevé se vaya a comer, etc. La diabetes es una enfermedad que exige que el paciente sea responsable para que su enfermedad esté controlada. En el primer trimestre del año 2007 llegará la insulina inhalada para los más reticentes a las inyecciones.