

En ocasiones no se logran los objetivos terapéuticos fijados

## **Expertos ratifican la idoneidad de usar insulina precozmente en DM2**

**El tratamiento precoz con insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo II (DM2) es una alternativa cada vez mejor valorada, ya que en muchos casos, a pesar de un tratamiento con fármacos orales a dosis correctas y un buen cumplimiento de la dieta y el ejercicio, no se consiguen los objetivos terapéuticos; así, la alternativa es el inicio del tratamiento insulínico temprano, que puede retrasar el curso de la enfermedad, según un análisis que publica el Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra en su último número.**

Félix Espoz felix.espoz@unidadeditorial.es

El índice de prevalencia de diabetes en España ha crecido en un 50 por ciento desde 1993 y alcanzó el año pasado el 6,5 por ciento de la población entre 30 y 65 años. Los autores de la investigación, María José Ariz, del Servicio Navarro de Salud, y Javier Lafita, del Servicio de Endocrinología del Hospital de Navarra, aseguran que "en la mayoría de pacientes inicialmente se podrá instaurar un tratamiento combinado de fármacos orales con insulina de acción intermedia o prolongada en dosis única diaria".

"Son muchos los pacientes en los que por muy diversas circunstancias éste tratamiento vital se retrasa en exceso", señala a CF Alfonso López Alba, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario de Canarias. Muchas veces a causas de miedos del paciente por "mitos populares", como el de que podría producir ceguera, "infundado", o por miedo a las agujas, situación superada por los nuevos dispositivos.

### **Nueva postura**

Sin embargo, cada vez va tomando más fuerza no esperar. Felipe Juanas, diabetólogo del Hospital Universitario Miguel Servet, de Zaragoza, asegura a CF que es partidario de la utilización temprana de la insulina en pacientes con diabetes tipo II, aunque matiza que se debe estudiar cada caso por separado, siempre para proteger las células beta, y que se debe intentar que vaya acompañado de un diagnóstico precoz.

Los autores del estudio navarro explican los casos en los que se debe tomar insulina: cuando en el momento del diagnóstico hay niveles de glucemia elevado es necesaria la insulina de forma transitoria para vencer la glucotoxicidad; cuando hay cetonurias positivas y/o síntomas de hiperglucemia severos y/o pérdida de peso; cuando hay un mal control metabólico pese a un tratamiento farmacológico adecuado; en el embarazo, y cuando una patología hace que se descompense el control metabólico.

Además, López Alba explica que la diabetes tipo II pasa por varias fases: en la primera la insulina esta incrementada en un intento de la célula beta por

sobrepasar la insulinoresistencia; pero posteriormente la célula beta acaba claudicando y la insulina que produce ya no es suficiente para introducir la glucosa en el interior de las células, a pesar incluso de la utilización de los antidiabéticos orales (ADO). Este fenómeno se denomina fallo secundario de los fármacos ADO, y es entonces necesario dar inicio al tratamiento con insulina.

Las estrategias actuales intentan mantener el máximo tiempo posible esa reserva de insulina con la modificación de estilos de vida mejorando el régimen alimentario y el ejercicio físico y con fármacos que mejoran la sensibilidad a la insulina, incrementan su producción por las células beta o actúan en relación con otras hormonas que favorecen la utilización de la glucosa. "La única manera de proteger el tesoro que representan las células beta es mediante la insulina", explica Juanas.

Los autores del estudio hacen referencia a que en el momento del diagnóstico ya sólo funciona el 50 por ciento de las células beta, y en los años siguientes el deterioro progresa. A los 6 años de estar en tratamiento con sulfonilureas, el 53 por ciento de los pacientes precisa insulina, y a los 9 años, el 80 por ciento. Con un diagnóstico temprano de la enfermedad, y con algunas estrategias terapéuticas como el inicio temprano de tratamiento insulínico, estos periodos se podrían alargar.

### **En combinación**

Los autores del estudio afirman, además, que si no hay contraindicación la asociación más recomendada será la de insulina con meformina y que si no se pudiera dar ésta, se asociará la insulina con sulfonilureas. Señalan que cuando a un paciente lo están tratando con dos fármacos y no se logra un buen control de la enfermedad no se debe caer en la tentación de asociar un tercer fármaco.

"No está recomendada la asociación de insulina con glitazonas por el elevado riesgo de insuficiencia cardiaca que comporta", señala el estudio. Además, describe que no hay estudios suficientes que avalen la utilización de insulina con glinidas. Sin embargo, "pueden ser de utilidad en caso de insuficiencia renal moderada", agrega.

### **Terapia intensiva: sólo en jóvenes**

Cuando no se logran los objetivos metabólicos de la utilización precoz con insulina en pacientes con diabetes tipo II se debe utilizar una terapia intensiva. Esta recomendación la publica en su último número el Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra.

"Hay que tener en cuenta que este tipo de tratamientos son de manejo complicado y comportan un riesgo elevado de hipoglucemia. Estaría justificado su uso en pacientes jóvenes y al inicio de las complicaciones microvasculares", señala el texto.

Los autores, María José Ariz, del Servicio Navarro de Salud, y Javier Lafita, del Servicio de Endocrinología del Hospital de Navarra, destacan además que en pacientes mayores o en los que no se presentan complicaciones, el tratamiento debería ser más conservador, ya que "podría aportar más riesgo que beneficios".

"Estas pautas de insulinización son similares a las que reciben los pacientes diabéticos tipo I: terapia bolo-basal. Son tratamientos que combinan una insulina de acción intermedia o prolongada junto con insulina de acción rápida (generalmente análogos de insulina) antes de cada comida", añaden los autores del estudio navarro.