

El uso de la insulina en el nuevo algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS (2014)

Sara Artola Menéndez

Coordinadora de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (redGDPS)

En el número de mayo de 2014 de *Diabetes Práctica*¹, se presentó el algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con lo que se actualizaba la última versión de 2009. Dicho algoritmo enfoca el tratamiento de la DM2 de forma personalizada. Para decidir la mejor opción terapéutica, el clínico debe contemplar las características particulares de la enfermedad, la comorbilidad, las preferencias del paciente y los recursos disponibles.

El control glucémico es un factor clave para la prevención de complicaciones a largo plazo.

Es conocida la dificultad para optimizar el control metabólico², debido, entre otros factores, a la propia naturaleza progresiva de la enfermedad, que obliga en una mayoría de los casos en las fases avanzadas a la terapia con insulina. En todos los ámbitos de la práctica clínica el uso de la insulina tiende a retrasarse. En una encuesta multinacional que involucró a 66 000 pacientes diabéticos, la hemoglobina glucosilada media en el momento del inicio de la insulinización fue del 9,5 %, y el 90 % de los participantes tenía ya algún tipo de complicación al iniciar dicha insulinización³. Existen múltiples barreras en el inicio de la terapia con insulina: riesgo de hipoglucemia, aumento de peso, miedo a las inyecciones, connotaciones de la terapia de insulina tales como enfermedad avanzada y fracaso personal, etc.; pero, con todo, a menudo es más el médico que el paciente quien decide posponer la terapia con insulina⁴.

Dentro de las opciones terapéuticas, la insulina constituye un elemento insustituible para el control de los pacientes en cualquiera de las fases evolutivas de la enfermedad. En algunas circunstancias, se utiliza desde el momento del diagnóstico, cuando el control metabólico está alterado por procesos intercurrentes, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como a más largo plazo en la evolución tardía de la enfermedad. La forma de insulinar también se adapta a las distintas condiciones, bien de inicio o de

intensificación terapéutica (insulinización basal, basal plus, bolo basal, premezclas, etc.). Existen varias formas de terapia que ofrecen efectos complementarios adecuados a las necesidades individuales, valoran las circunstancias en las que la insulina se puede utilizar, consideran regímenes de combinación y plantean algunas orientaciones en objetivos personalizados y tácticas para el control glucémico en la DM2.

El algoritmo de la redGDPS dibuja de forma esquemática la posición de la insulina en las distintas fases evolutivas de la enfermedad, pero es difícil definir un punto específico individual para iniciar la terapia con insulina. La mayoría de los médicos no utiliza un esquema «algorítmico» en las decisiones terapéuticas, de ahí que quizá sea más apropiado abordar la insulinización a partir de la pregunta ¿cuáles son las opciones para un individuo que necesita mejorar el control glucémico?, y proporcionar un listado resumiendo ventajas/inconvenientes, evidencias, etc., que sirvan de guía para adoptar finalmente la mejor decisión terapéutica.

Parece necesario desarrollar de forma más amplia el uso y manejo de las diferentes pautas según los distintos escenarios clínicos.

En este monográfico de *Diabetes Práctica* sobre el uso de la insulina en el nuevo algoritmo de la redGDPS, el Dr. Alemán explica la finalidad del propio algoritmo, los Dres. Millaruelo y Sangrós revisan los objetivos individualizados del control glucémico y el Dr. Mata introduce la insulinización basal y la intensificación en pacientes sintomáticos, seguido del Dr. García, que desarrolla las pautas de ajuste terapéutico. Finaliza el Dr. Torres con el resumen de las conclusiones.

A pesar de la larga historia sobre el uso de la insulina, queda mucho por aprender acerca de la insulinoterapia como piedra angular del manejo de la DM2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alemán JJ, Artola S, Franch J, Mata M, Millaruelo JM, Sangrós FJ; en nombre de la RedGDPS. Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: control glucémico. *Diabetes Práctica* 2014;05(01):1-48.
2. Vinagre I, Mata-Cases M, Hermsilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care* 2012;35(4):774-9.
3. Home P, Naggar NE, Khamseh M, González-Gálvez G, Shen C, Chakkarwar P, et al. An observational non-interventional study of people with diabetes beginning or changed to insulin analogue therapy in non-Western countries: the A1chieve study. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;94:352-63.
4. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al.; International DAWN Advisory Panel. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005;28:2673-9.