

Artículo de la semana

¿Cómo y cuándo iniciar insulina en diabetes tipo 2? Propuesta de 2 nuevos algoritmos

El tratamiento con insulina ofrece uno de los abordajes terapéuticos más efectivos para disminuir los niveles de glucosa y de HbA_{1c}, sin embargo, en la práctica clínica el inicio de la terapia con insulina es frecuentemente retardado por factores tanto del médico (desconocimiento, miedo a la hipoglucemia) como del paciente (miedo a las inyecciones, sensación de falla personal, mitos como la ceguera). La indicación de cuando iniciar insulina en la diabetes tipo 2 en la actualidad es aún motivo de controversia y se basa por lo general en la experiencia personal del médico tratante.

Recientemente se publicó en Diabetes Care un “consenso” para definir el momento y el tipo de paciente adecuado para el inicio del tratamiento con insulina. El documento define 3 circunstancias a partir de las cuales se hace la toma de decisiones para el inicio del tratamiento: 1. al diagnóstico o poco después; 2. en presencia de alguna otra enfermedad; 3. en el seguimiento crónico. Las situaciones que “al diagnóstico” pueden llevar a requerimientos de insulina es la presencia de cetonas en orina, que sugieren diabetes tipo 1 y lipólisis, así como la presencia de un desencadenante como infarto, o infecciones. El escenario más difícil de definir es el inicio de insulina en el seguimiento crónico, y basa esta decisión en las características del paciente tales como la meta de HbA_{1c}

que se haya planteado al inicio, el rápido deterioro del control glucémico. (Figura 1)

En esta semana, la revista JAMA publicó un número especial acerca de diabetes, en el cual aparece una revisión sobre el uso de insulina; en esta se menciona brevemente los diferentes esquemas de tratamiento de insulina, el documento recomienda iniciar con esquema de insulina basal con el uso de glargina o detemir, de esta última, en comparación con NPH ambas logran casi idénticas tasas de disminución de la glucemia de ayuno, aunque favorece el uso de detemir por menor riesgo de hipoglucemia; en ambos casos, tanto NPH como detemir requieren por lo general de 2 aplicaciones. Sugiere el uso definitivo de insulina cuando el valor de HbA_{1c} es >10%, el objetivo es disminuir la glucotoxicidad. En esta revisión, se propone otro algoritmo para decidir el inicio de insulina en pacientes con diabetes tipo 2 (Figura 2). Este algoritmo resulta interesante desde el punto de vista de que sugiere evaluar la existencia de barreras psicológicas (ideas, mitos, miedos) para el uso de insulina; el algoritmo incorpora también la posibilidad de que el esquema basal falle y sugiere el uso de insulina ultra-rápida preprandial, y para esto propone dos abordajes diferentes, el primero es respecto del uso de la cuenta de carbohidratos para cierto grupo de pacientes, y segundo el uso de dosis fijas de

insulina ultra-rápida para el grupo de pacientes que no son candidatos para el uso de insulina.

Los dos esquemas recientemente propuestos son en realidad mutuamente complementarios; el publicado en Diabetes Care habla de las diferentes situaciones en las que el uso de insulina es necesaria, y la urgencia de su necesidad varía desde vital hasta una opción a considerarse seriamente; por otro lado el publicado en JAMA habla del inicio de insulina en pacientes tipo 2 durante el seguimiento crónico.

A un punto de vista personal ambos esquemas son muy valiosos, y aportan mucho a un área de la diabetología plagada de controversias, sin embargo no se debe pasar por alto que esta información debe adaptarse a la situación local respecto al tipo de insulina que se sugiere, ya sea por disponibilidad y costo de un tipo de insulina sobre otra.

Eduardo González F.

1. Wallia A., Molitch ME. Insulin Therapy for Type 2 Diabetes. JAMA. Vol 311, No 22. p. 2315.

2. Home P., Riddle M. et al. Insulin Therapy in People with Type 2 Diabetes: Opportunities and Challenges? Diab Care. Vol 37 No. 6.