

Burson-Marsteller

La introducción temprana de insulina en DM2 reduce la aparición de graves complicaciones

Según ha expuesto el Prof. Geremia Bolli en el Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

- La meta es alcanzar el objetivo terapéutico de mantener la hemoglobina glicosilada -HbA1c- por debajo del 7%.
- Insulina glargina, el primer análogo de insulina basal de acción prolongada durante 24 horas, que se administra una vez al día, ayuda a más pacientes a conseguir las cifras óptimas de control (A1c<7%) con un menor número de hipoglucemias.

La diabetes tipo 2 es la forma más común de la enfermedad, presente en cerca del 90% de los diabéticos. En este caso, el páncreas produce insulina insuficiente o su acción se encuentra dificultada, obligando a la persona a seguir una dieta alimenticia rigurosa acompañada de ejercicio regular si bien, en la mayoría de los casos, se hace necesario el uso de antidiabéticos orales e insulina.

Según el Prof. Bolli, experto en Medicina Interna de la Universidad italiana de Perugia, "con el paso del tiempo, la mayor parte de los pacientes diabéticos tipo 2 va a requerir insulina para alcanzar los objetivos metabólicos, así como para sostener la hemoglobina glicosilada (HbA1c) dentro de los valores deseables, por debajo del 7%. Hacerlo en el momento adecuado es crucial para el correcto control del paciente".

La diabetes tipo 2 implica un deterioro progresivo de las células beta, motivo por el cual la mayoría de los pacientes con DM2 precisa terapia con insulina, en monoterapia o en combinación con agentes orales. Algunos estudios recientes han demostrado que un tratamiento precoz con insulina no sólo mejora el control glucémico y reduce la aparición de complicaciones sino que también puede prevenir o retrasar la pérdida progresiva de la función de las células beta y posiblemente conducir a una remisión de la diabetes (normoglucemia).

Insulinización precoz, clave para un buen control del paciente

En la mayoría de los casos, las personas con diabetes tipo 2 reciben terapia con insulina unos 10 o 15 años después de ser diagnosticadas, cuando las complicaciones ya han aparecido y se ha perdido la oportunidad de restaurar la disfunción de las células beta.

"Hay que evitar introducir la insulina cuando los agentes orales han dejado de ser eficaces por completo, la enfermedad está descontrolada y las complicaciones ya han aparecido", según asegura el Prof. Bolli. A su juicio, "el médico debe introducir la insulina cuando la medicación oral aún tiene eficacia terapéutica, combinando ambas durante un tiempo. El momento idóneo para introducirla debe estimarlo con

el dato de la HbA1c. Recurrir a la insulina en etapas tempranas de la enfermedad, complementando el tratamiento con orales, permitirá alcanzar y sostener el objetivo de mantener la Hba1c por debajo del 7% reduciendo de este modo la aparición de complicaciones”.

El tratamiento de las personas con diabetes tipo 2 debería ser integral, combinando nutrición médica, ejercicio, control del peso, medicaciones orales e insulina, en monoterapia o en combinación, con el fin de lograr un buen control glucémico.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 mal controlados, no recibe insulina o recibe dosis de insulina que no son las adecuadas para alcanzar estos objetivos recomendados, lo que puede explicar por qué la mayoría de los diabéticos tiene un A1c por encima del 7%.

Los pacientes deberían comenzar el tratamiento con insulina mucho antes de lo que lo hacen actualmente, según concluye el estudio prospectivo UKPDS, que establece el momento de comenzar el tratamiento con insulina cuando la glucemia supera los 6 mmol/l con el objetivo de preservar la célula beta. El estudio demostró igualmente que el control de la diabetes se conseguía con mayor facilidad con una terapia insulínica que con diabéticos orales o simples cambios en el estilo de vida del enfermo.

Según asegura el Prof. Bolli “en los próximos años se duplicará el número de diabéticos en el mundo y la terapia con insulina puede ser el mejor recurso para controlar los niveles de glucosa en muchos pacientes a medida que la deficiencia insulínica progresa”.

Insulina glargina, aliado en el control metabólico del paciente

El mal control glucémico es el responsable de la mayoría de las graves complicaciones diabéticas crónicas, micro y macrovasculares. Insulina glargina, la primera insulina basal de acción prolongada durante 24 horas, con un sólo pinchazo, ayuda a hacer posible la estabilidad de los valores de la glucosa sanguínea.

Recientes estudios clínicos elaborados con insulina glargina han demostrado buenos resultados en el control glucémico, al tiempo que un menor riesgo de hipoglucemia, especialmente nocturna. Insulina glargina proporciona una cobertura de insulina durante 24 horas sin registrar ningún pico pronunciado de acción, es decir, no presenta pico de actividad máxima en términos de reducción de los niveles de glucosa en sangre, sino que su acción es constante.

Insulina glargina - insulina basal de acción prolongada - juega un papel fundamental en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Ayuda a los pacientes diabéticos a conseguir sus objetivos de control minimizando los riesgos de episodios hipoglucémicos y con un menor incremento de peso que si el tratamiento se realiza con insulina NPH.

La utilización de insulina glargina con agentes antidiabéticos orales reduce la complejidad del tratamiento en los pacientes con DM2 ya que se utiliza una única inyección y se puede administrar a cualquier hora del día (siempre a la misma hora). Es un tratamiento flexible, seguro y efectivo que permite conseguir una alta satisfacción y aceptación por parte del paciente.