
Editorial

INSULINAS: OPCIONES Y ACCESO LUEGO DE 100 AÑOS. INSULINS: CHOICES AND ACCESS AFTER 100 YEARS.



Carlos Solís

Revista Científica Ciencia y Avance

Periodicidad: Semestral vol. 2, 2022

Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra sus sitios web personal eso en depósito institucionales, después de su publicación en esta revista, siempre y cuando proporcione información bibliográfica que acredite su publicación en esta revista. Licencia Creative Commons Las obras están bajo una <https://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/deed.es>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial- SinDerivar 4.0 Internacional.

Dr. Carlos Solís Sánchez, Clínico Endocrinólogo, Vocal Presidente de la Sociedad de Endocrinología Núcleo Guayas, Sede Nacional Responsable de Servicio Endocrinología Hospital General Norte de los Ceibos, IESS.

Es un gusto poner un grano de arena en la tarea titánica que se viene por parte de muchos, a los que me sumo, en pro de un quehacer mejor desde el punto de vista científico por sobre todo con la firme convicción que estos esfuerzos llevarán de por medio un mejor acontecer a las decisiones de nuestra vida diaria como médico.

Quise realizar este primer escrito sobre una de las moléculas más esenciales del día a día de un clínico, residente, médico de emergencias y obviamente Endocrinólogo, facetas que en diversos momentos de mi vida he desempeñado: LA INSULINA luego de 100 años.

En realidad, hace pocos meses celebramos su invención por Bantin y Best, de uno de los hitos que cambió la historia de la farmacología mundial, la vida de muchos niños y adultos en el mundo y que dio un giro al manejo de patologías de orden metabólico.

Sabemos que al día de hoy según la federación Internacional de Diabetes tenemos más de 500 millones de personas con diabetes en el mundo. Es conocido también que de ese porcentaje entre un 8 a 12% de ellos tienen acceso a la Insulinización, más allá de que existe

autores que mencionan que aproximadamente un 20-30% ya padece de necesidades de Insulinización.

La tecnología también ha hecho su parte y de inicialmente empezar con jeringuillas de vidrio con agujas re esterilizables, hace más de 50 años, hoy existen dispositivos (device) altamente especializados (jeringuillas pre llenadas, agujas milimétricas, bombas de infusión continua) que han venido a dar confort total en la vida de nuestros pacientes.

Desde 2019 el cuadro Nacional de Medicamentos en nuestro País dio paso al re acceso de Análogos de primera generación de acción lenta como la Insulina Glargina, comprendiendo que más allá de haberla retirado sin razón de especialidad, no se deben comparar las insulinas humanas como la NPH, o la Regular (de acción corta) que aún están en nuestros hospitales, con la amplia seguridad que poseen nuevas opciones farmacológicas como la Glargina, como insulina análoga de primera generación, o la Aspart y la Lispro, como insulinas análogas de acción ultra rápida, sin mencionar aún los inalcanzables análogos de acción lenta de segunda generación como degludec o Glargina U 300. El tema en salud no debe caer en costos brutos, debe caer en costo efectividad, y ampliamente la seguridad y el confort son variables medibles y dimensionales en muchísima literatura científica. He ahí la razón de luchar de quienes hacemos esta profesión y tratamos a diario a pacientes con esta enfermedad por su acceso.

Pregunto, al día de hoy, cuántos hospitales tienen acceso a estas moléculas?, Cuántos de nuestros médicos saben utilizarlas?, A cuántos de nuestros alumnos dentro de los pensum académicos que se ofertan, se les ha enseñado a controlar la glucosa de nuestros pacientes, con insulina, no solo como una emergencia, si no como una regla natural, para evitar inflamación, deterioro celular, destrucción programada de tejidos generalizada, comorbilidad, y asegurar seguridad, adherencia terapéutica y demás.

Creo, y alzo la voz con respeto, en este escrito, pero hoy, permítanme ser la voz de quienes no tienen voz, nuestros pacientes.

El acceso es limitado, la adherencia terapéutica muy baja, y por ende el control metabólico de un paciente con diabetes, pobre.

Es ahí donde debemos hacer una pausa y preguntar a donde nos lleva esto, simple, a un aumento inusual de ingresos hospitalarios por pacientes con diabetes descompensada, a seres con esta enfermedad que son bombas de tiempo permanentes con Hemoglobina glicosiladas de 8, 10 y hasta 12 en el día a día de nuestro quehacer diario, de pacientes que aún se aplican la insulina “alrededor del ombligo” peri umbilical, lamentable, cuando es el lugar que no deberían utilizar y que demuestra la falta de clínicas de Insulinización multifuncionales.

Hace algunos años, en la revista ALAD, publiqué el primer trabajo de una casuística ecuatoriana de más de 400 pacientes con diabetes que ingresaron al Hospital Teodoro Maldonado Carbo, por descompensación metabólica, durante 3 años de observación de las variables que sustentaron este ingreso, la de mayor impacto fue evidenciar lo que ya sabíamos, un *75% de los pacientes ingresados poseían una Hemoglobina glicosilada mayor a 8.5*, y desde ese entonces, como hemos mejorado? Pedimos la Hemoglobina glicosilada al ingreso de nuestros pacientes ? Sabemos para que sirve ? Enseñamos a realizar auto monitoreo a nuestros pacientes ?

Lamentablemente, la respuesta es no, y eso conlleva otro efecto, el ingreso y reingreso de nuestros pacientes en los hospitales, a escalonamientos de terror desde glicemias mayores a 400 manejadas solo con insulina de rescate (regular) y que son dados de alta exactamente como ingresaron, sin desconocer su manejo y por ende condenados a formar un círculo vicioso de descontrol permanente. Debo ser enfático, no es culpa de alguien específico, es culpa de todos y he ahí el interés de plasmar estas líneas.

Creo en la Salud Pública, honrosamente, pertenezco a ella, pero debemos realizar una readecuación en el manejo de nuestros pacientes con diabetes e Insulinización.

Creo en la creación de clínicas de insulinización, donde los pacientes asistan, a ser educados, así es, como lo leen, educados en el manejo de la

insulina, que sepan qué hacer ante una hiperglicemia, que se adhieran al **auto monitoreo glicémico**, piedra angular del control metabólico. Con los años, he acuñado una frase que la expongo “un paciente que usa insulina sin realizarse auto monitoreo, es como un ser humano que conduce un carro en la noche con las luces apagadas, es decir va a ciegas”; esto debemos cambiarlo.

Debemos priorizar que la glucometría en un hospital sea **un signo vital**, cuantas veces, hemos atendido hipoglicemias, al frente de nuestros ojos y nos dejamos llevar por la semiología o el estado estuporoso, de un cerebro que entra en caos, con la falta de glucosa, cómo un hemo glucotest puede cambiar la vida de un ser humano, y cuando se lo descubre tarde, cómo lo puede sentenciar.

Debemos implementar sistemas de control continuo de glucosa en áreas críticas y coronarias, la tecnología ahora nos pone a la mano esas maravillas, son sistemas que nos permiten un control permanente de la glicemia de un paciente, como monitoreamos la presión o el ritmo cardiaco, basados en los datos de comorbilidad y aumento del costo hospitalario, por liberar a mansalva infusiones continua de insulina o uso escalonado de la misma, con las fatídicas escalas, que están totalmente reprobadas en la literatura internacional.

Imaginen por un instante que son pacientes, que los han tenido 3 a 5 días despertándolos con un pinchazo (que más parece un arponazo) ya que a veces ni hay el disparador adecuado, o simplemente no

hay lancetas y usamos jeringuillas; y los despiertan a las 5 am con un saludo, que es un agujijón en el pulpejo, porque “ES QUE TENGO QUE CONTROLARLE EL AZUCAR”, creen Uds., que esa persona, estará presta a realizarse otro control cuando salga del hospital? Pues no, ninguno de nosotros lo haría.

Quiero pensar que esta Pandemia nos ha quitado mucho, pero nos ha enseñado más, una de estas lecciones es que la Salud Pública es un bien esencial, y que debemos priorizar los gastos pero también debemos condicionar mejoría de control metabólico, asegurar el acceso a tecnología de punta, así como el derecho que les asiste a los pacientes con diabetes, de tener su mejor opción insulínica, sus jeringuillas, sus lancetas y la educación constante.

Creo y finalizo debemos humanizar el mundo de la insulinización, si lo que deseamos es tener mejores resultados y gente controlada, para disminuir las cifras de infartos agudos de miocardio, eventos cerebro vasculares, pies y piernas vascularmente destrozados o amputados, gente con ceguera prematura, mayor cantidad de pacientes dializados o en fila para la misma, hospitalizados,

comórbidos, y cirugías cuyas heridas se reabren o se complican.

Invito a todos, insisto a todos: a las Universidades, ya que de ahí nacen los nuevos médicos, los hospitales, centros de entrenamiento y formación, los especialistas, quienes debemos hacer una introspección y poner nuestro grano de arena, y nuestras autoridades en busca de la prioridad en el manejo y el mejoramiento del control glucémico pre, inter, trans y post hospitalario, a las sociedades tanto científicas como comunitarias, a dar la importancia al tema.

De seguro, ahí serán tiempos mejores, para nuestros pacientes y habremos cumplido nuestra función de manera integral, la creación de clínicas de insulinización, el ingreso de moléculas de segunda generación, combinadas y sustentables, pero sobre todo que no solo se quede en un cuadro básico de papel, que se implementen en nuestros hospitales, que se entrene a nuestro personal y por sobre todo que se sostenga su acceso, ahí sí estaremos haciendo Salud Pública en control de la diabetes insulino requirente.