



► 20 Abril, 2015

# Abanico de terapias para cada situación clínica de diabetes

El paciente obeso, el anciano y pluripatológico y el que está en fase avanzada requieren un abordaje específico

VALENCIA  
**ENRIQUE MEZQUITA**  
 dmredaccion@diariomedico.com

Las nuevas estrategias terapéuticas para la diabetes tipo 2 (DM2) abarcan los diferentes contextos clínicos, como se ha puesto de manifiesto en una mesa al respecto en el XXVI Congreso de la Sociedad Española de Diabetes (SED), en Valencia.

Aquí se ha abordado el papel de los inhibidores del SGLT-2 en el paciente obeso con diabetes tipo 2, una familia farmacológica destacada entre las novedades terapéuticas por el presidente de la SED, Edelmiro Luis Menéndez, pues su mecanismo de acción favorece la disminución del peso (ver *DM del 17-IV-2015*).

También se ha hablado de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4) como la opción terapéutica más segura para el paciente complejo (anciano y/o con insuficiencia renal), ya que existe un menor riesgo de hipoglucemias que con el manejo de las sulfonilureas, según ha puesto de manifiesto Francisco Javier García Soidán, médico de familia del Centro de Salud de Porriño (Pontevedra).

García Soidán ha enumerado los objetivos para alcanzar un tratamiento óptimo en pacientes ancianos frágiles con DM2: "Evitar síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia; mejorar la calidad de vida, evitar efectos adversos de medicamentos y pérdida de peso por nutrición inadecuada; prevenir complicaciones micro y macrovasculares, y valorar el riesgo cardiovascular", matizando que "no es necesario que el control glucémico sea tan intensivo como en otros pacientes, y en cambio puede

umentar la mortalidad en este colectivo".

Así, el estudio *Accord* mostró una tasa mayor de eventos/año tanto de hipoglucemia leve como grave con el control intensivo comparado con el estándar. Por ello, según consensos recientes, mientras que el objetivo de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en ancianos no frágiles es de 7-7,5 por ciento, en los frágiles es de 7,6-8,5 por ciento.

El médico se ha referido a dos estudios de un año de

Mientras que el objetivo de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en pacientes ancianos no frágiles es de 7-7,5 por ciento, en los mayores frágiles es del 7,6-8,5 por ciento

seguimiento donde se observa que por cada hipoglucemia en pacientes con inhibidores de DPP4, hay tres en el otro grupo. No obstante, también ha hecho hincapié en que todas las sulfonilureas "no son iguales" y, en caso de manejar alguna de ellas, se ha decantado por la gliclazida y la glimepirida pues son las "más seguras" y con menos riesgo de hipoglucemias.

## ESTUDIO CAROLINA

García Soidán ha aludido a los próximos resultados del estudio *Carolina (Cardiovascular Outcome Study of Linagliptin vs Glimepiride in Patients With Type 2 Diabetes)*, un ensayo multicéntrico, internacional, randomizado y doble ciego para valorar la seguridad cardiovascular de linagliptina



Paolo Rossetti, del Hospital Francesc de Borja.



Francisco Javier García Soidán.

(inhibidor de DPP-4) frente a glimepirida (sulfonilurea), sobre 6.000 pacientes con DM2 y riesgo cardiovascular elevado.

En el inicio de la insulinización de la DM2, otro contexto clínico frecuente, los análogos de insulina de acción prolongada son superiores a la insulina NPH ya que presentan menor variabilidad, duración y seguridad, y además imitan mucho mejor la secreción fisiológica de insulina.

No obstante, la NPH -con un coste directo de compra menor- es una opción válida y a contemplar al inicio

de la insulinización, porque, en general, aún es bajo el riesgo de hipoglucemia y las diferencias entre ambos tratamientos pueden ser difícilmente apreciables, ha expuesto Paolo Rossetti, de la Unidad de Diabetes del Hospital Francesc de Borja, de Gandía (Valencia).

Es decisión del clínico individualizar la terapia con insulina basal, teniendo en cuenta que el riesgo absoluto de hipoglucemia al comienzo de la insulinización es bajo

"La diferencia entre ambos no se aprecia en todos: cuando no hay secreción insulínica (el modelo típico es la DM tipo 1 o la 2 en estadio avanzado), las diferencias de farmacodinámica se aprecian bien, pero si tienen una secreción endógena residual, esas diferencias se compensan por la función betacelular residual".

En este segundo caso, "no hay que sobrestimar el beneficio de los análogos", pues hay evidencia científica de que NPH y análogos de primera generación son equivalentes en términos de control metabólico, algo que "parece válido para los de segunda generación".

Para el especialista, "es decisión del clínico individualizar el tratamiento con insulina basal según el riesgo, y tener en cuenta que el riesgo absoluto de hipoglucemia al comienzo de la insulinización es muy bajo".

En su opinión, aunque a nivel clínico la magnitud de las diferencias en el enfermo *naïve* a insulina es pequeña, "con el paciente delante no sabemos si está en el 50 por ciento que tiene hipoglucemias y entonces ahí sí influye el riesgo relativo, reducido con los análogos".

Una opción propuesta es iniciar con NPH en el primer o dos años iniciales y "pasar rápidamente a análogos cuando los pacientes presenten hipoglucemias". Otra posibilidad es "recurrir a los análogos en aquellos con más riesgo por la hipoglucemia (pacientes frágiles con complicaciones)".

## Páncreas artificial, una realidad con margen de mejora

VALENCIA  
**ENRIQUE MEZQUITA**

El desarrollo del páncreas artificial es uno de los últimos avances tecnológicos y en el que los estudios clínicos se han multiplicado en los últimos cinco años, sobre todo centrados en el control nocturno de hipoglucemias. Diferentes prototipos han demostrado que "el páncreas artificial permite aumentar el porcentaje de tiempo que la glucemia permanece en rango de objetivo y disminuir la glucemia media con una incidencia inferior o igual de hipoglucemias", según explicó Jorge Bondía, investigador del Instituto de Automática e Informática Industrial de la Universidad Politécnica de Valencia (UPV), en el congreso

de la SED. En su opinión, "queda todavía margen de mejora para el control tras la ingesta, pero el páncreas artificial ya es, a día de hoy, una realidad".

## NUOVO CONTROLADOR

Precisamente, Bondía es coinvestigador principal, junto con Josep Vehí, de la Escuela Politécnica Superior de la Universidad de Gerona (UdG), de un ensayo clínico pionero en España para estudiar la eficacia de un páncreas artificial, en el que participan 20 pacientes del Hospital Clínico Universitario de Valencia y del Hospital Clínico de Barcelona (ver *DM del 22-5-2014*). El ensayo clínico está dirigido por Francisco Javier Ampudia-Blasco, del Servicio de En-

docrinología y Nutrición del hospital valenciano, en colaboración con Paolo Rossetti, del Hospital Francesc de Borja, de Gandía (Valencia), y del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico Universitario de Valencia (Incliva), e Ignacio Conget, Marga Giménez y Carmen Quirós, del Hospital Clínico de Barcelona.

DM ya adelantó que en este nuevo sistema el controlador interpreta los resultados de glucosa proporcionados por un sensor de glucosa y decide, cada 15 minutos, la cantidad de insulina que hay que administrar de manera automática. El sistema está especialmente diseñado para compensar de forma eficiente el incremento de va-

lores de glucosa producido por una comida, con el objetivo de tener un buen control glucémico sin inducir hipoglucemias posteriores por sobreinsulinización.

Para ello, explicaba Bondía a DM, "se incorpora un sistema avanzado de limitación de la llamada insulina a bordo, que se encuentra en el organismo pero todavía no ha actuado. Dicho sistema adapta en tiempo real la glucosa objetivo del algoritmo principal de control para evitar hipoglucemias y aumentar el tiempo en valores normales de glucemia". Bondía matizaba que, tras este ensayo, "serán necesarios más estudios que demuestren la eficacia en condiciones cercanas a la vida diaria del paciente".