O.J.D.: 50707
E.G.M.: No hay datos
Tarifa: 2232 €

DIARIO MEDICO

Fecha: 29/06/2011
Sección: MEDICINA
Páginas: 1,10

RAFA M. MARIN

Rafael Simó, del Hospital Valle de Hebrón.

Una aproximación individualizada implica distintas cifras de HbA1c

El nivel idóneo de hemoglobina glucosilada (HbA1c) puede variar dependiendo del paciente, según se ha expuesto en un simposio en la reunión anual de la Asociación Americana de Diabetes, en San Diego.

PÁG. 10

O.J.D.: 50707
E.G.M.: No hay datos
Tarifa: 2232 €

DIARIO MEDICO

Fecha: 29/06/2011
Sección: MEDICINA
Páginas: 1,10

DIABETES RAFAEL SIMÓ, DEL VALLE DE HEBRÓN, INDICA QUE LAS GUÍAS DEBEN ADAPTARSE

"No hay que buscar un HbA1c de 7 en todos los pacientes"

En uno de los simposios de la reunión de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), se ha analizado el uso de las incretinas en la diabetes tipo 2 (DM2) y se ha expuesto el futuro próximo de las insulinas. La gran pregunta es cuál es el momento para iniciar la terapia con insulina.

Rafael Simó, especialista del Hospital Valle de Hebrón.

José A. Plaza San Diego

Jaime A. Davidson, de la Universidad de Texas y presidente de la Worldwide Initiative for Diabetes Education, ha ejercido como moderador en una mesa organizada por Novo Nordisk, en la que han participado Rafael Simó, del Hospital Valle de Hebrón (Barcelona), Eugenio Cersosimo, también de la Universidad de Texas, y Fernando Lavalle, del Hospital José E. González, de México. Davidson ha preparado el terreno con cifras: la prevalencia de la DM2 aumentó en un 79 por ciento entre los 30 y los 39 años en Estados Unidos en la década de 1990, mientras que el 55 por ciento de los afectados no recibe las recomendaciones terapéuticas adecuadas.

Simó ha dado más juego y ha comenzado rebatiendo la idea de mantener siempre la hemoglobina glucosilada (HbA1c) a niveles de 7: "El objetivo es individualizar la terapia, sabiendo que perseguir esta cifra no siempre se traduce en un aumento de la supervivencia". A su juicio, hay pacientes en los que el objetivo debe acercarse más al 8 que al 7: "Las guías no siempre tienen razón y los ensayos no son el mundo real". Este especialista cree que el momento adecuado para comenzar la terapia insulínica, generalizando, es "cuando no hay respuesta a medidas higiénico-dietéticas combinadas con metformina en un paciente con problemas en la secreción insulínica, caso de que no haya respuesta a fármacos orales o a inhibidores de GLP-1 después de 2-3 meses".

Entre las ventajas de la insulina degludec destaca la absorción sostenida, la menor variabilidad y menor afinidad e influencia con el factor IGF-1

El abordaje de la enfermedad debe empezar en la atención primaria, pero hay trabajos que señalan que, en este nivel, se puede tardar más de nueve años en comenzar con insulina, por lo que pasan cuatro años más hasta lograr el objetivo de hemoglobina glucosilada". El buen cumplidor de terapias es la mejor diana para el tratamiento insulínico, pues "la adherencia es clave en este tipo de abordaje".

La mejor insulina sería "una duradera, poco variable, adaptable al estilo de vida y de fácil manejo". En este sentido, ha apuntado a la insulina degludec como opción con futuro "gracias a su absorción sostenida, menor variabilidad y menor afinidad e influencia con el factor IGF-1, ya que cada vez está más claro que con DM2 hay un mayor riesgo de cáncer". La insulina degludec, que se puede combinar con análogos de acción rápida, se ha probado con administración diaria y tres veces por semana y, aunque en ambos se reduce la hemoglobina glucosilada, es preferible la administración diaria porque reduce mejor la hipoglucemia.

Simó ha finalizado con las perspectivas futuras, destacando los nuevos análogos de insulina con mayor selectividad para el receptor IR-B, la posibilidad de las insulinas orales, "un clásico de futuro que no acaba de llegar", y las combinaciones de análogos lentos de insulina con agonistas de GLP-1 "para reducir los problemas cardiovasculares y mejorar el control del peso".

Sobre la metformina

Como punto final, ha dejado un par de detalles: uno, "no hay que mantener la metformina sí o sí al insulinizar, sino personalizar la terapia" y dos, "hay que seguir las posibilidades de la metformina como protector frente al cáncer; hay estudios que lo sugieren, y de hecho ya se utiliza en adyuvancia con quimioterápicos de última generación, pero los datos no se han confirmado lo suficiente".

Lavalle ha destacado la importancia de la terapia con incretinas, representada en el uso de agonistas del receptor GLP-1 (liraglutida y exenatide) y en los inhibidores de DPP-4 (sitagliptina, linagliptina, vildagliptina…), y ha destacado la necesidad de controlar la glucemia "sin olvidar el control lipídico, del peso y de otros muchos factores definitivos en la DM2". Como ejemplo de la relevancia de las incretinas como alternativa terapéutica, ha apuntado que el 50 por ciento de pacientes tratados con sulfonilureas necesitan tras seis años terapia insulínica para mantener los niveles glucémicos.

Simó se ha centrado en los efectos adversos de los tratamientos (más hospitalizaciones e infartos con sulfonilureas; acidosis láctica y contraindicaciones en insuficiencia hepática con metformina; fracturas óseas y riesgo de infarto con tiazolidindionas, entre otros casos) y pronostica un futuro "basado en terapias en combinación que corrijan los defectos fisiopatológicos de cada paciente". Con respecto a los obesos, sugiere el uso de metformina junto a análogos de GLP-1.

DIARIO MEDICO.COM

José Antonio Plaza repasa el día a día del congreso y sus vivencias en San Diego en su blog.