O.J.D.: 13987
E.G.M.: No hay datos
Tarifa (€): 1540

GACETA MÉDICA

Fecha: 15/11/2010
Sección: ACTUALIDAD
Páginas: 26

"Las agencias tardarán más que antes en aprobar nuevos antidiabéticos"

Edelmiro Menéndez
Vicepresidente de la Sociedad Española de Diabetes

GM C. OSSORIO
Barcelona

Edelmiro Menéndez es vicepresidente segundo de la SED y endocrinólogo del Hospital Central de Asturias. Durante el Día Mundial de la Diabetes las iniciativas emprendidas por la SED persiguieron la implicación de los agentes sanitarios y los pacientes en la prevención.

Pregunta. Según el estudio Di@bet, un tercio de los pacientes que tiene DM2 lo desconoce...

Respuesta. De este trabajo se desprende esa cifra, pero en los estudios que se han hecho hasta ahora los resultados eran aún peores, aproximadamente la mitad lo desconocían. Aun así, un tercio aún es mucho. Si lo desconocen, el diagnóstico se va a hacer muy tarde, y muchos pacientes se detectan cuando ya tienen alguna complicación de la diabetes. La primera que aparece es la retinopatía diabética.

P. ¿Qué falla en los canales de prevención?

R. Esto es un problema de salud pública, que está fallando de una forma estruendosa. Porque cada vez hay más diabéticos. La prevalencia es superior, en este estudio ha salido en España el 12 por ciento de los mayores de 18 años, es una cifra que supera las peores previsiones de los organismos internacionales. La razón es que no logramos ningún éxito en las recomendaciones sobre los hábitos de vida.

"La cifra de prevalencia supera las peores previsiones de los organismos internacionales"

P. ¿Qué suponen las nuevas terapias basadas en incretinas para el manejo de la enfermedad?

R. Suponen una opción para los pacientes que no consiguen un control adecuado con metformina. Asociadas con ella, las terapias basadas en incretinas, como los inhibidores de GLP1 y los análogos de DDP-4, conforman la segunda línea de tratamiento de esta enfermedad evolutiva.

Los inhibidores de DPP-4 actúan sobre la enzima que degradan estas hormonas, por lo que las secretinas endógenas actúan más. Sin embargo, los análogos de GLP1 mimetizan el efecto de las incretinas y las dosis a las que se dan tienen un efecto más potente. De estos últimos sólo hay uno comercializado, la exenatida; y liraglutida aún está en investigación. De los inhibidores, ya contamos con sitagliptina, vildagliptina y saxagliptina.

P. ¿Qué ventajas destaca de cada familia?

R. Los análogos de GLP1 son los que además de control glucémico consiguen pérdida de peso real, por lo que están más indicados para pacientes obesos. Sin embargo, han de administrarse por vía parenteral, mientras que los inhibidores de DPP-4 presentan la ventaja de ser orales. Éstos no modifican el peso, o lo disminuyen muy ligeramente, pero esto ya es positivo.

P. ¿Qué nuevas líneas de investigación están en marcha?

R. Hay una familia nueva de fármacos en ensayos clínicos que tiene un mecanismo de acción muy sencillo. Son inhibidores del transportador de glucosa a nivel del riñón, es decir, aumenta la eliminación de glucosa por la orina. Realmente parecen efectivos en la disminución de la glucemia. Los ensayos clínicos que demuestran su utilidad ya están hechos, pero ahora están pendientes de perfil de seguridad. Las agencias quizás ahora tardarán más que antes en aprobar nuevos fármacos. El gran problema actualmente es que para que las agencias reguladoras aprueben fármacos para la diabetes es que haya seguridad absoluta de que no haya efectos cardiovasculares negativos, como se ha visto con rosiglitazona. Ello exige que haya estudios a largo plazo, que se están realizando.

P. ¿Cómo se está gestionando la retirada de rosiglitazona?

R. No parece que haya ningún problema. Es posible que ya no quede ningún paciente en España con rosiglitazona. Tenemos la suerte de que no es único, contamos también con la pioglitazona, que es de la misma familia. Lo que se ha hecho en los pacientes que estaban bien controlados con rosiglitazona ha sido cambiar a este otro fármaco que no tiene los efectos secundarios.

P. ¿Destacaría alguna novedad en las pautas de insulinización?

R. En los últimos tiempos han cambiado poco, porque deberíamos tener nuevas insulinas y no lo hemos conseguido. La pauta más intensiva cada vez se usa más, es la mejor, la llamada bolo basal. Por una parte, se inyecta una insulina basal, que provee de una cantidad fija de insulina para todo el día, y se complementa con insulinas rápidas antes de cada comida para evitar los picos de glucemia. Es más compleja porque hay que pincharse más veces, a no ser que se utilicen las bombas de infusión continua de insulina.

P. ¿Se logrará una insulina oral?

R. Sería lo ideal, pero de momento no se ha desarrollado una insulina oral y no parece que vaya a lograrse. Hay varios proyectos en investigación con este objetivo. Ya han fracasado otras fórmulas alternativas como la administración por vía nasal.

"Los inhibidores de transportador de glucosa parecen realmente efectivos"

P. La asociación de la diabetes con otras patologías cada vez es más evidente...

R. Sí, de hecho la obesidad es la causa de la diabetes. No es la única, porque hay una parte genética muy importante. Después existe lo que conocemos como síndrome metabólico, por algún motivo se asocia siempre la diabetes con la hipertensión y con alteraciones en los lípidos, fundamentalmente los triglicéridos, el HDL colesterol bajo, todo es una suma de factores de riesgo cardiovascular. Más de la mitad de los diabéticos son hipertensos. También hay cada vez más evidencias que apuntan al papel de la inflamación en el desarrollo de la diabetes.

Ante esta situación, está más que clara la necesidad de un tratamiento integral de la enfermedad.