

XIV Reunión de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna (Valencia, 2020)

Clementina Sánchez Pardo

Médico de familia. Centro de Atención Primaria Canaletes. Cerdanyola del Vallès (Barcelona)

Palabras clave: obesidad, nutrición, medicina personalizada, diabetes mellitus tipo 2, factores de riesgo cardiovascular.

RESUMEN

El pasado 30 y 31 de enero de 2020 se celebró en el Palacio de Congresos de Valencia la XIV Reunión de Obesidad, Diabetes y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). En esta reunión también participaron sociedades científicas como la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Sección de Riesgo Vascular y Rehabilitación Cardíaca de la SEC, la Sociedad Española de Diabetes (SED), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS). En la reunión se recogieron las nuevas aportaciones en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y los aspectos nutricionales. A continuación, se expone un resumen de las comunicaciones defendidas en esta reunión con los puntos relevantes de cada una de ellas.

PAPEL DE LA MEDICIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Ponente: *Javier Delgado Lista*

Los sistemas de medición continua de la glucosa se dividen en dos grupos: **flash** (FreeStyle® Libre; Abbott), con lecturas a demanda, sin conexión con bomba o alarmas (*adds-on*) y sin necesidad de calibración, y monitoreo continuo de la glucosa o **GCM** (Medtronic®, Dexcom®, Eversense®), con lecturas continuas, algunos con conexión con bomba y alarmas programables y la mayoría con necesidad de calibración (1-4/día). Próximamente, se lanzará en España el FreeStyle® 2 (disponible en Alemania), en el que se podrán programar alarmas.

Ventajas de la medición continua de la glucosa: seguridad, asepsia, comodidad y confianza; autocontrol y empoderamiento; comprobación de la glucosa fuera del entorno y mejoría clínica.

Indicaciones en la actualidad: pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) con insulina múltiple diaria en que no se alcancen los niveles objetivo de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) o con fluctuaciones glucémicas diarias. Episodios hipoglucémicos frecuentes: hipoglucemia nocturna; desconocimiento de la hipoglucemia; episodios hipoglucémicos graves; profesión de alto riesgo; embarazo y deseo de embarazo; deportes; niños pequeños; disminución de la capacidad de expresar necesidades o señalar eventos hipoglucémicos y hábitos alimentarios impredecibles.

Standards of Medical Care in Diabetes–2020: los medidores continuos de glucosa escaneados de forma intermitente junto con la terapia con insulina son herramientas útiles para reducir la HbA_{1c} o la hipoglucemia en adultos con DM2 que no cumplen con los objetivos glucémicos.

Los datos del GCM, cuando se combinan con la educación sobre el autocontrol de la diabetes mellitus (DM) y el ajuste de la dosis de medicamentos, pueden ser útiles para identificar y corregir patrones de hiper e hipoglucemia en personas con DM1 y DM2.

¿Qué necesitarían los GCM para adaptarse mejor al paciente con DM2? Facilidad, integración en el entorno, psicología y empoderamiento.

MESA REDONDA COMPARTIDA CON ATENCIÓN PRIMARIA

Intensificación del tratamiento antidiabético al alta hospitalaria y su conexión con Atención Primaria

Ponente: *María Dolores García de Lucas*

Los requerimientos para un plan adecuado de tratamiento al alta hospitalaria son un equipo multidisciplinar, una buena anamnesis sobre la DM del paciente, prever la situación clíni-

ca al alta (situación social y clínica actuales), valorar las necesidades educativas del paciente, su educación de supervivencia (estilo de vida, autocuidado, hipo-hiperglucemias, autoinyección, materiales, recetas, etc.), circuito de comunicación con las especialidades, monitorización y seguimiento al alta, valoración de intensificación y desintensificación personalizada del tratamiento.

Recomendaciones de la American Diabetes Association (2020) en el paciente hospitalizado

- Realización de la HbA_{1c} si no tiene en los últimos tres meses, en el momento del ingreso hospitalario.
- La administración de insulina se hará de acuerdo con un protocolo escrito que predefinirá las dosis de insulina en relación con los valores de glucosa.
- Se administrará insulina cuando la glucemia sea persistentemente ≥ 180 mg/dl.
- En la mayoría de los pacientes se debe mantener la glucemia entre 140 y 180 mg/dl.
- En pacientes seleccionados, se deben fijar objetivos de 110-140 mg/dl, evitando el riesgo de hipoglucemia.
- El régimen más frecuente será el basal-bolo preprandial y pauta correctora.
- Se desaconseja el uso de escalas móviles de insulina ultrarrápida.
- Se considera hipoglucemia cifras < 70 mg/dl, protocolizando su tratamiento.

Un plan de alta adecuado, según la American Diabetes Association (2020), debe incluir los siguientes aspectos:

- Conciliación de los medicamentos.
- Informe estructurado al alta para el médico de familia y enfermería.
- Revisión en el mes posterior al alta por el médico de familia o el especialista.
- Suministrar a los pacientes el equipamiento necesario para el tratamiento y educación esencial para su manejo seguro.

Valor de los estudios de *real world data* en diabetes

Ponente: Josep Franch Nadal

Los ensayos clínicos aleatorizados incluyen normalmente a pacientes de un rango de edad delimitado, sin determinadas comorbilidades y sin determinadas medicaciones concomitantes. Los pacientes de la práctica clínica real pueden ser de cualquier edad, con cualquier comorbilidad, medicación concomitante o diversidad y complejidad.

Los ensayos clínicos aleatorizados generan evidencia y los *real world data* generan experiencia.

La discusión entre la preponderancia de los ensayos clínicos aleatorizados frente a los *real world data* es estéril. Son complementarios y se necesitan para tener la mejor evidencia posible que podamos aplicar a nuestros enfermos.

MESA REDONDA SOBRE OBESIDAD. LA OBESIDAD COMO ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI. POSICIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA POR UN ABORDAJE CENTRADO EN EL PACIENTE CON OBESIDAD

Ponente: Juana Carretero Gómez

La obesidad, enfermedad crónica compleja y problema de salud pública, precisa de un enfoque multidisciplinar y de un abordaje holístico e individualizado, centrado en el paciente y que considere las desigualdades sociales, económicas y culturales.

Es recomendable pesar, calcular el índice de masa corporal y medir el perímetro abdominal a todos los pacientes atendidos en las consultas y hospitalizados. Es preciso recoger el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en sus distintos grados (clasificación de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), así como realizar el cribado de sus comorbilidades asociadas: DM2, enfermedad cardiovascular, síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño, albuminuria, enfermedad del hígado graso no alcohólica, artrosis y síndrome depresivo, entre otras.

Modificación de hábitos alimentarios, promoción de estilo de vida saludable y práctica de ejercicio físico deben ser el pilar del tratamiento del sobrepeso y de la obesidad.

Todos los pacientes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, especialmente si presentan factores de riesgo cardiovascular, deben recibir asesoramiento nutricional o bien información de los cauces necesarios para su derivación a un profesional cualificado o criterios de derivación de cirugía bariátrica o metabólica.

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) considera que los tratamientos farmacológicos autorizados para la obesidad se deberían financiar según indicaciones consensuadas entre distintas sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad de acuerdo con las evidencias científicas disponibles.

CRONONUTRICIÓN Y DIABETES

Ponente: Ana Beatriz Rodríguez Moratino

Los ritmos circadianos son importantes en la regulación del metabolismo glucídico, ya que alteran la sensibilidad a la insulina y la tolerancia a la glucosa. Si se produce **desincronización** (se come todos los días a distintas horas), el organismo no lo asume adecuadamente. Además, realizar tres comidas al día con buen desayuno, aumento de ingesta de proteínas y mayor número de horas de ayuno se asocia a un aumento en la sensibilidad a insulina, disminución del colesterol total/hambre/inflamación, mejor ritmo circadiano y autofagia. Por el contrario, la ingesta de más de seis comidas al día con escaso o nulo desayuno, gran aporte de grasas y azúcares en la dieta y menos horas de ayuno está asociada a menor sensibilidad a insulina, a un aumento de colesterol total/hambre/inflamación, a la destrucción de la microbiota y a DM2.

La cronodisrupción (dormir poco) eleva el riesgo de obesidad. Se debe incluir una evaluación del estado de ritmos circadianos en exámenes médicos rutinarios.

La crononutrición abre una ventana preventivoterapéutica contra la obesidad y la DM2.

MESA REDONDA. LA IMPORTANCIA DE LA DIABETES EN EL PACIENTE ANCIANO PLURIPATOLÓGICO

Ponentes: Ignacio Vallejo Maroto, Pilar Cubo Romano

El cambio del patrón demográfico y epidemiológico de las enfermedades ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población y un incremento de la utilización de recursos sanitarios, como es la hospitalización.

Ante esta situación debemos reflexionar sobre tres aspectos relevantes:

- **Aumentar nuestras competencias profesionales** para adaptarnos a este cambio.
- **Reorientar la atención hacia las necesidades y vulnerabilidades** de las personas que incluya estrategias para la atención de ancianos frágiles, cribado de desnutrición hospitalario, programas de movilización precoz y prevención del delirio.
- **Fomentar una actividad menos fragmentada y con más trabajo en equipo** que incluya otros perfiles profesionales (farmacia, rehabilitación, psicólogos, dietistas, etc.).

MESA DE CONTROVERSIAS. ¿TENEMOS EVIDENCIA EN LA SEGURIDAD DE LAS SULFONILUREAS?

Ponentes: Javier Ena Muñoz, Pablo Pérez Martínez

La gliclazida y la glimepirida se asociaron con un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular en comparación con la glibenclámda. Se deben considerar posibles diferencias en el riesgo de mortalidad al seleccionar una sulfonilurea.

En el ECA CAROLINA se confirma que la incidencia de cualquier hipoglucemia fue cinco veces superior con glimepirida frente a linagliptina. La frecuencia de eventos adversos fue similar entre grupos. Hubo un aumento moderado de peso con la glimepirida.

Las nuevas evidencias no apoyan la seguridad de las sulfonilureas; actualmente, su indicación como segundo anti-diabético solo se debe a un criterio economicista.

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS: ¿POR QUÉ NO BAJAN LAS AMPUTACIONES?

Ponente: Dolores López Carmona

Los pacientes con DM tienen 15 veces más riesgo de sufrir una amputación que la población general. El desarrollo de unidades de Pie Diabético, dirigidas hacia el diagnóstico precoz y la optimización de tratamiento, han permitido el descenso de la incidencia de amputaciones en las últimas décadas. Entre 2010 y 2014 el número de amputaciones no traumáticas mayores permaneció estable y se observó un incremento de amputaciones menores. El «remanente de amputaciones» corresponde a las formas menos frecuentes de enfermedad arterial periférica de DM: necrosis y lesiones no revascularizables.

Indicaciones de amputación: úlcera que no cura >6 semanas (\pm infección de tejidos profundos o sepsis), necrosis distal y lesiones isquémicas críticas distales no revascularizables.

La reducción de las amputaciones requiere de un enfoque «vascular» que implique a todos los profesionales que tratan a pacientes con DM.

Los componentes esenciales del tratamiento son deshabitación tabáquica, ejercicio físico, cuidados del pie y optimización del tratamiento médico. El estudio COMPASS propone tratamiento combinado con ácido acetilsalicílico + rivaroxaban.

El incremento de enfermedad arterial periférica es constante y global.

SEMAGLUTIDA: PRESENTE Y FUTURO

Ponente: Tina Vilsboll

El panorama del tratamiento para la DM2 está en constante evolución.

Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 se recomiendan cuando es necesario minimizar la hipoglucemia o el aumento de peso. En el programa SUSTAIN, la semaglutida se asoció con reducciones consistentes en HbA_{1c} y mayores proporciones de sujetos que alcanzaron objetivos glucémicos de <7 % y ≤6,5 %; también se asoció con reducciones consistentes en el peso corporal y el índice de masa corporal, y mayores proporciones de sujetos que lograron respuestas de pérdida de peso de ≥5 y ≥10 %. En SUSTAIN-6, los pacientes tratados con semaglutida experimentaron una reducción significativa del riesgo del 26 % en el resultado compuesto primario.

¿PODEMOS IR MÁS ALLÁ EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA HOSPITALARIA Y AL ALTA? ESTUDIO COBALTA

Ponentes: Francisco Javier Carrasco Sánchez, Antonio Pérez Pérez

Estudio de fase IV:

- **Objetivo principal:** evaluar la eficacia de la intensificación al alta con 300 UI/ml de insulina glargina basal (GLA-300) en pacientes con DM2 hospitalizados y mal controlados con insulina basal o antidiabéticos no insulínicos (HbA_{1c} ≥8,0 % en el momento del ingreso), valorado por la reducción de la HbA_{1c} a los seis meses tras el alta.
- **Diseño de estudio:** ensayo clínico de fase IV, nacional, multicéntrico, abierto de un solo grupo y con un seguimiento de 26 semanas. 21 centros: servicios de Medicina Interna.
- **Conclusión:** el uso de GLA-300 en un régimen basal-bolo-corrección y su titulación de acuerdo con un algoritmo predefinido es eficaz y seguro durante la hospitalización.

La intensificación con GLA-300 al alta en pacientes mal controlados con insulina basal o antidiabéticos no insulínicos permitió alcanzar el objetivo de control glucémico en la mayoría de los pacientes con un perfil de seguridad adecuada, independientemente de la edad o el uso de insulina basal previo; asimismo, hubo una gran satisfacción con el tratamiento inde-

pendientemente de la edad o el uso previo de insulina basal. La dosis de insulina varió significativamente a lo largo del estudio, con una evolución similar para los diferentes subgrupos de pacientes.

MINIMIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR-RENAL-METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: LA REVOLUCIÓN DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2

Ponentes: José María Fernández Rodríguez, Miguel Camafort Babkouski

La empagliflozina se asocia a menor riesgo de rehospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) y mortalidad temprana.

Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) continúan aportando nuevos datos como terapia antidiabética de elección en protección cardiovascular y renal.

En pacientes con enfermedad cardiovascular, IC y enfermedad renal diabética, se deben usar iSGLT2 o agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1. Con los iSGLT2 se obtiene un beneficio cardiovascular precoz. En caso de IC, los iSGLT2 rápidamente producen beneficio; esto se objetiva con empagliflozina ya desde 45 días tras el alta. El beneficio renal con los iSGLT2 se obtiene independientemente del filtrado glomerular o la albuminuria basal. El paciente mayor es el que más se beneficia de los iSGLT2, como demuestran datos del EMPAREG y del DAPA-HF. Los datos disponibles sobre iSGLT2 nos indican que los mecanismos de protección cardiovascular/renal van más allá del simple efecto hipoglucemiante y que sus efectos también son beneficiosos en pacientes sin DM.

DIABETES E INSUFICIENCIA CARDÍACA: ¿DÓNDE ESTAMOS Y A DÓNDE VAMOS?

Ponente: José Carlos Arévalo Lorido

La DM aumenta más del doble la posibilidad de desarrollar IC.

El cuadro clínico de los pacientes con DM e IC va desde la cardiopatía isquémica y la cardiopatía hipertensiva hasta la miocardiopatía diabética.

Los fármacos antidiabéticos, fundamentalmente los iSGLT2, mejoran el pronóstico de los pacientes con ambas patologías y se postulan como uno de los tratamientos de elección.

¿POR QUÉ UTILIZO AGONISTAS DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 1 EN MI PRÁCTICA CLÍNICA?

Ponentes: Carmen Suárez Fernández, David León Jiménez

Son fármacos hipoglucemiantes eficaces, seguros (no inducen hipoglucemia) y fáciles de manejar; es el grupo con mayor impacto favorable en el peso y se pueden combinar con todos los hipoglucemiantes; tienen un efecto favorable sobre los factores de riesgo cardiovascular, de manera que mejoran el perfil de riesgo cardiovascular del paciente; aportan beneficio cardiovascular y tendrían efectos adicionales a los cardiovasculares.

Han demostrado ser capaces de reducir la morbilidad y mortalidad de un amplio espectro de pacientes con DM2 mejorando su calidad de vida.

Principales efectos secundarios: gastrointestinales, que disminuyen a lo largo del tiempo.

COMENTARIOS A LAS NOVEDADES DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION DE 2020

Ponente: Pedro Pablo Casado Escribano

- Individualización de objetivos sin cambios y simplificación de la tabla de correlación glucémica-HbA_{1c}.
- El desarrollo de la medición continua de glucosa está forzando su implementación en las guías.
- Énfasis en vencer la inercia terapéutica en el tratamiento de la hiperglucemia y la ECV.
- Nueva recomendación sobre búsqueda activa de hipoglucemias desapercibidas o asintomáticas en pacientes con tratamiento de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO DE ABORDAJE DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Ponente: José María Fernández Rodríguez

Las recomendaciones de 2020 priorizan las situaciones clínicas sobre los objetivos metabólicos (figuras 1 y 2). La individualización del tratamiento farmacológico y la adecuación de las nuevas evidencias en las diferentes situaciones clínicas ayudarán a la toma de decisiones. Se incorporan las nuevas evidencias en enfermedad cardiovascular, IC y enfermedad renal diabética.

GUÍA DE NUTRICIÓN POR PATOLOGÍAS EN MEDICINA INTERNA. UN PASO MÁS EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN

Ponentes: Enrique Maciá Botejara, Alberto Miján de la Torre, Elena Escudero Álvarez

El coste en términos económicos y de morbimortalidad de la malnutrición es alto.

El adecuado cribado de nuestros pacientes minimiza el problema y es coste-efectivo.

Una valoración nutricional en fases tempranas de la enfermedad permitiría una intervención precoz y, posiblemente, mejoraría el pronóstico de los pacientes con IC.

El *Mini Nutritional Assessment* (MNA) se considera el instrumento de referencia para la valoración nutricional de la IC.

Las dietas con un índice glucémico bajo y ricas en fibra pueden proporcionar beneficios metabólicos y clínicos en personas con obesidad, resistencia a la insulina y DM.

CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO DIABÉTICO EN EL PACIENTE CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Ponente: José Manuel Ramos Rincón

Glucemia basal en el momento del diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en todos los pacientes; glucemia basal cada 6-12 meses y glucemia basal a los 3-6 meses del inicio del tratamiento antirretroviral (TARV).

Riesgo de DM en pacientes con VIH:

- VIH >50 años: mayor riesgo. Empezaron el TARV antes de 1999. Estavudina, nelfinavir e indinavir.
- VIH <50 años: menor riesgo. Empezaron el TARV después de 1999. CD4 más elevados.

Antidiabéticos y VIH:

- **Dolutegavir** (inhibe la integrasa del VIH): hay que aumentar la metformina.
- **Sulfonilurea** (recomendada en las guías de la European AIDS Clinical Society [EACS]): requiere ajuste de dosis con cobicistat, inhibidor de la proteasa (IP) e inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos nucleósidos (inhiben el citocromo P450 3A4).

- **Pioglitazona:** en pacientes con lipoatrofia (no se da metformina).
- **IP** (inhibidores del citocromo P450 2C8): hay que aumentar los niveles de pioglitazona.
- **Gliflozinas-iSGLT2:** ritonavir, inductor de la uridinadifosfato glucuronosiltransferasa; requiere aumentar la dosis de canagliflozina (300 mg).

Figura 1. Recomendaciones en el tratamiento farmacológico de la DM2 según la situación clínica del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI

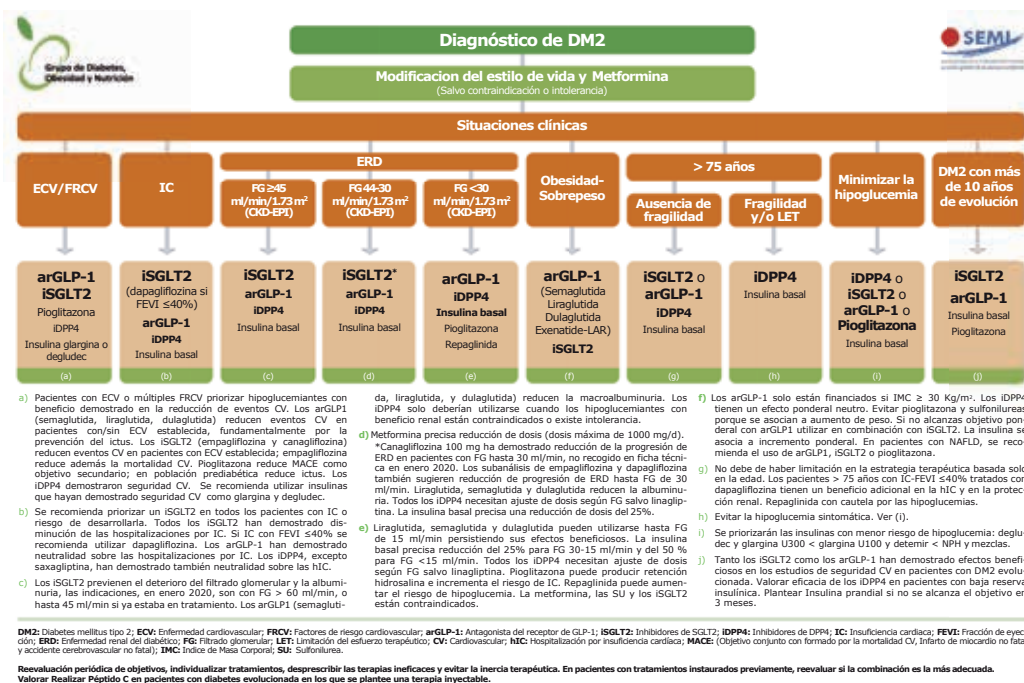


Figura 2. Recomendaciones en el tratamiento farmacológico de la DM2 según las cifras de HbA_{1c} del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI

