

Nueva edición virtual de la reunión anual de la European Association for the Study of Diabetes: principales novedades del congreso de la European Association for the Study of Diabetes 2021

Fátima Victoria Villafañe Sanz¹, Rosa Vela Cepeda²,
Francisco Javier Cornejo Martín², Óscar Baró Pato³,
Myriam Menéndez Ortega⁴

¹ Médica residente R3 en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ² Médico de familia. Centro de Salud El Naranjo. Fuenlabrada (Madrid). ³ Médico de Atención Primaria. Consultorio de Hoyo de Manzanares (Madrid). ⁴ Médica de familia. Consultorio Local de Brunete (Madrid)

- **Ensayo clínico aleatorizado, cruzado, doble ciego.** Duración: 12 meses. 525 pacientes → 458 pacientes.
- Analiza **3 antidiabéticos:** pioglitazona, sitagliptina y canagliflozina.
- **Objetivos principales:**
 - ¿Alcanzan las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad, en comparación con las no obesas, mayor descenso de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) cuando están **en tratamiento con pioglitazona que con sitagliptina?** **Sí.**
 - ¿Alcanzan un descenso mayor de la HbA_{1c} las personas con DM2 y filtrado glomerular estimado (FGe) de 60-90 ml/min/1,73 m², en comparación con las que tienen un FGe normal (> 90 ml/min /1,73 m²), **cuando se las trata con sitagliptina que con canagliflozina?** **Sí.**
- **Otros objetivos:**
 - Preferencia del paciente por uno de los tratamientos.
 - Fármaco relacionado con:
 - Mayor pérdida de peso: canagliflozina.
 - Menos reacciones adversas: sitagliptina.
 - Mejor tolerancia: pioglitazona.
- **Individualizar.**
- Realizar estudios similares incluyendo fármacos nuevos.

- Este estudio se llevó a cabo para evaluar la eficacia y seguridad de la empagliflozina frente al placebo en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección conservada tanto en pacientes con y sin DM2.
- Participaron 5988 pacientes (2997 recibieron tratamiento con empagliflozina y 2991 placebo) con una media de seguimiento de 26 meses.
- Criterios de inclusión: pacientes ≥ 18 años con y sin diabetes mellitus (DM), con IC con fracción de eyección $>40\%$ y clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) II-IV, con tasa de FGe ≥ 20 ml/min/1,73m² y péptido natriurético cerebral N-terminal >300 o >900 pg/ml si el paciente presentaba fibrilación auricular.
- El objetivo primario del estudio fue un compuesto de muerte por causa cardiovascular y hospitalización por IC (hasta el primer evento). Los objetivos secundarios fueron la hospitalización por IC (la primera y recurrentes) y la tasa de deterioro del filtrado glomerular (FG).
- Resultados de la variable principal: la empagliflozina demostró una reducción de un 21 % frente a placebo (*hazard ratio* [HR]: 0,79; intervalo de confianza del 95 % [IC95 %]: 0,69-0,90; $p < 0,001$) sin observarse diferencias estadísticamente significativas en la muerte cardiovascular, aunque sí una tendencia al beneficio con una reducción del 9 % (HR: 0,91; IC95 %: 0,76-1,09).
- Resultados de las variables secundarias: la hospitalización por IC fue menor con empagliflozina que con placebo (HR: 0,73; IC95 %: 0,61-0,68; $p < 0,01$) y la tasa de deterioro del FG fue más lenta en el grupo de empagliflozina que en el de placebo ($-1,25$ frente a $-2,62$ ml/min/1,73 m²/año; $p < 0,01$).
- No se observaron diferencias entre los 2 grupos de pacientes con y sin DM en cuanto a la reducción del riesgo de hospitalización por IC. Por el contrario, la empagliflozina demostró un mayor enlentecimiento en la caída del FG en pacientes con DM con respecto a los pacientes sin DM. Analizando la eficacia hipoglucemiante, la empagliflozina no disminuyó la HbA_{1c} en pacientes sin DM2, y en aquellos con DM2 y prediabetes esta retrasó la necesidad de inicio de la insulina. Por lo tanto, la decisión de iniciar tratamiento con empagliflozina en pacientes con IC con fracción de eyección conservada no debería depender del estado de glucemia del paciente.

Tratamiento de la obesidad: ¿es el futuro del tratamiento de la diabetes?

- La obesidad es una gran amenaza para la salud pública.
- El 12 % de los adultos padece obesidad y el 39 % tiene sobrepeso.
- Infradiagnóstico de la DM en población con obesidad.
- Tipos de obesidad:
 - Androide: relacionada con alteraciones endocrinometabólicas.
 - Ginoide: relacionada con problemas mecánicos.
- El índice de masa corporal no diferencia masa magra de masa grasa.
- Para valorar el grado de adiposidad, lo mejor es combinar el índice de masa corporal con la circunferencia de cadera.
- Intervenciones en estilo de vida, el tratamiento farmacológico para la obesidad y la cirugía metabólica son efectivos en la reducción de peso y de eventos adversos cardiovasculares mayores en personas con DM2 y obesidad.

El desconocimiento hipoglucémico: ¿qué estrategias tenemos para prevenirlo y gestionarlo?

La **hipoglucemia** es el nivel de glucosa en sangre inferior a lo normal y se divide en **3 categorías**:

- **Nivel 1**, con niveles <70 g/dl → **alerta de hipoglucemia**.
- **Nivel 2**, con niveles <54 mg/dl → **hipoglucemia grave**.
- **Nivel 3** → **hipoglucemia severa**. Corresponde a aquella situación que necesita tratamiento debido a una disfunción cognitiva.

Aproximadamente el 25 % de los pacientes con DM tipo 1 y el 10 % de los pacientes con DM2 dependientes de insulina no saben reconocer aquellas situaciones de hipoglucemia que les alertarían para poder tomar medidas cuanto antes.

El **diagnóstico** consta de 3 pasos imprescindibles:

- **Preguntar al paciente** utilizando varias escalas (Clarke, Gold) que nos ayudan a conocer el riesgo de sufrir hipoglucemias que tiene el paciente.
- **Comprobar los niveles de glucosa** a través del glucómetro y ver cuántos episodios se han registrado con niveles de <54 mg/dl sin síntomas.
- **Preguntar a la familia** sobre con qué frecuencia reconocen una situación de hipoglucemia.

La **prevención** tiene como objetivo principal evitar la exposición hipoglucemias graves (<54mg/dl), puesto que es a partir de este nivel cuando aparecen, exponencialmente, secuelas neurológicas. Esto se puede conseguir a través de:

- Un adecuado **programa de educación terapéutica** en el manejo de la DM.
- Habilidad en la **monitorización de los niveles de glucosa**.

¡El primero paso es abordar el desconocimiento de la hipoglucemia en nosotros mismos!

- Cranston I, Lomas J, Maran A, Macdonald I, Amiel SA. Restoration of hypoglycaemia awareness in patients with long-duration insulin-dependent diabetes. *Lancet*. 1994;344(8918):283-7.
- Lawton J, Rankin D, Elliott J, Heller SR, Rogers HA, De Zoysa N, et al.; UK NIHR DAFNE Study Group. Experiences, views, and support needs of family members of people with hypoglycemia unawareness: interview study. *Diabetes Care*. 2014;37(1):109-15.