

Resumen de los pósteres del 48th Annual Meeting de la European Association for the Study of Diabetes. Berlín, 1-5 octubre de 2012

Ana M.^a Cebrián Cuenca¹, Francisco Carramiñana Barrera²

¹Médico de familia. Centro de Salud de Ayora. Valencia

²Médico de familia. Centro de Salud de San Roque. Badajoz

En el congreso de la European Association for the Study of Diabetes 2012, celebrado en Berlín del día 1 al 5 de octubre, se presentaron un total de 1.270 pósteres divididos en 112 secciones.

Es muy difícil resumir una sección tan amplia. Por ello, hemos hecho una selección de los pósteres más destacados para la Atención Primaria.

En la sección PS 041, titulada «**Hipoglucemia: relación con la terapia**», destaca el **póster número 619: «Impacto del tipo de insulina en las hipoglucemias graves que requieren ingreso y asistencia en urgencias en pacientes diabéticos tipo 2»**. Presentado por M. D. Solomon. Financiado por Sanofi-Aventis US. Disponible en: <http://www.easdvirtualmeeting.org/resources/2971>.

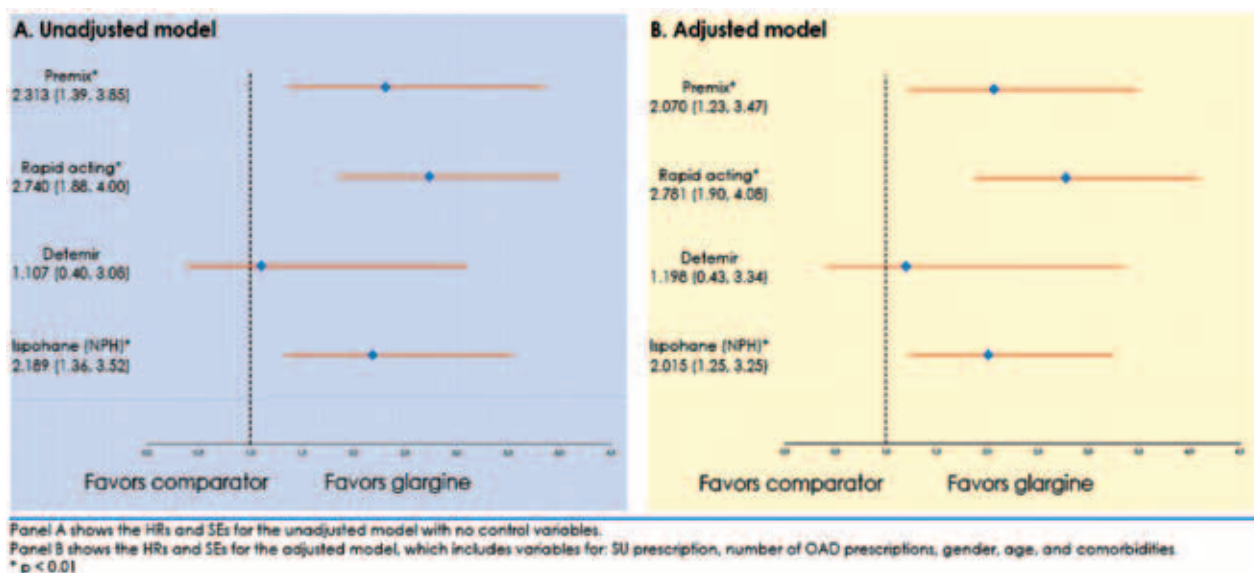
Este estudio de cohortes, retrospectivo, utiliza bases de datos de clínicas privadas, desde el año 1998 al año 2009,

para estudiar a pacientes que inician insulina tras ser tratados al menos durante seis meses con antidiabéticos orales. Presentan una cohorte total de 8.626 pacientes, seguidos durante una media de cuatro años tras la insulinización. De estos, el 1,9 % presentaron algún episodio de hipoglucemia grave en una media de 3,1 años tras la insulinización. Estos fueron significativamente mayores, con el mismo número de antidiabéticos orales y con más comorbilidades.

Concluyen que, entre los pacientes diabéticos tipo 2 que inician terapia con insulina, los que utilizan glargina tienen menos episodios de hipoglucemias graves que requieran ingreso o tratamiento en urgencias, comparados con los que utilizan otros tipos de insulina (figura 1).

De la sección PS 077, titulada «**Terapias con insulina: perspectivas clínicas**», destaca el **póster número 947: «Mejora del control glucémico con una inyección diaria de insulina glargina en diabéticos tipo 2 mal controlados con**

Figura 1. Hazard ratio para el tratamiento con insulina en las hipoglucemias graves



insulina detemir en combinación con antidiabéticos orales en terapia combinada (estudio RESOLUTE)». Presentado por L. Lieve. Estudio financiado por Sanofi-Aventis US. Disponible en: <http://www.easdvirtualmeeting.org/resources/2062>.

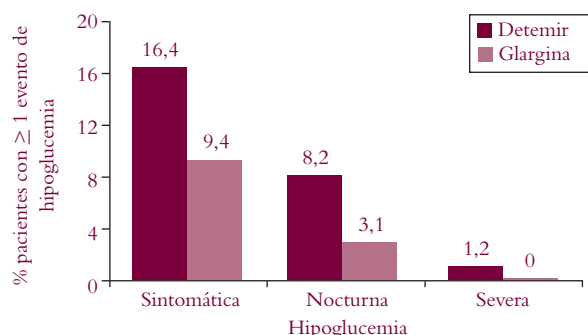
Este estudio presenta un trabajo multicéntrico, llevado a cabo en cinco países, no intervencionista, prospectivo y observacional, con seis meses de seguimiento en 88 clínicas de diabetes, tanto hospitalarias como ambulatorias. Seleccionaron a pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) tratados durante tres o más meses con insulina detemir (con una o dos dosis diarias) en combinación con antidiabéticos orales y con hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) $> 7\%$ a 10% , a los que sus médicos habían cambiado a insulina glargina, según su criterio. Midieron la HbA_{1c} a los seis meses, la glucosa basal en ayunas (FBG), la dosis de insulina, la ganancia de peso, las hipoglucemias durante el último mes (figura 2) y los efectos adversos.

Concluyen que, en condiciones reales, en pacientes mal controlados, el cambio de detemir (una o dos veces al día) por insulina glargina (una dosis diaria) mejora el control glucémico sin aumentar el riesgo de hipoglucemias y los efectos adversos.

En la sección PS 091: «Consecuencias de la diabetes gestacional», se presentó un trabajo español que merece ser destacado. Nos referimos al **póster 1076: «Utilidad de la HbA_{1c} y glucemia basal en ayunas en el screening posparto en mujeres con diabetes gestacional»**. Realizado en el Hospital Universitario del Mar, Barcelona. Presentado por D. Benaiges. Disponible en: <http://www.easdvirtualmeeting.org/resources/2317>.

En este trabajo concluyen que la HbA_{1c} , junto con la FBG, muestra una buena concordancia con los resultados

Figura 2. Hipoglucemias durante las cuatro semanas de terapia con glargina y detemir



del test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) a las dos horas para el diagnóstico de la diabetes y la prediabetes, con un número similar de casos detectados. Refieren también que la combinación de la HbA_{1c} con la FBG aporta una importante reducción del gasto comparada con el TTOG a las dos horas y que podría ser más eficiente como test diagnóstico en el *screening* posparto en mujeres con diabetes gestacional. No obstante, el uso exclusivo de una de estas dos opciones infradiagnostica aproximadamente un 10 % de los casos.

De la sección PS 079: «Aspectos psicológicos II», queremos resaltar el **póster 966: «Diferencias entre las perspectivas del paciente y el médico en la diabetes tipo 2: el estudio MOTIVATE global»**. Presentado por Peter Schwarz. Financiado por Bristol-Myers Squibb y Astra-Zeneca. Disponible en: <http://www.easdvirtualmeeting.org/resources/939>.

El MOTIVATE (Measuring options of treatment interventions in type 2 diabetes mellitus) trata de hallar las diferencias en las percepciones entre los médicos de Atención Primaria y los pacientes con DM2, en relación con el tratamiento de esta enfermedad. Para ello, realizó una encuesta *on line* de 10 minutos, durante septiembre y octubre de 2011, que fue cumplimentada por 2.140 pacientes con DM2 y 1.406 médicos seleccionados aleatoriamente en 13 países, entre ellos España.

Este estudio pone de manifiesto muchas diferencias entre las percepciones de médicos (M)/pacientes(P):

- Preocupan más por las complicaciones de la diabetes (P) que las complicaciones macrovasculares (M/P).
- Mayor preocupación para los P de lo que los M se creen en el control del colesterol y los olvidos en las tomas de la medicación.
- El peso es el mayor reto en el manejo de la diabetes (M).
- Difieren en la duración de la pérdida de peso a corto plazo (P) y a largo plazo (M).
- Ambos prefieren medicamentos que logren una reducción de peso.
- A los P el exceso de peso les afecta emocionalmente menos de lo que percibe el M.
- La ansiedad frente a la autoinyección de insulina/péptido similar al glucagón 1 es sobreestimada por los M.

Se trata de un póster que nos muestra una fotografía de cómo vemos la DM2 los pacientes y los médicos, sobre la que debemos reflexionar y autorreflejarnos.

En la sección PS 052: «Diabetes y cáncer», hemos destacado el **póster 701: «La glucemia posprandial predice**

la mortalidad por cáncer en la DM2: lecciones de 14 años de seguimiento del estudio de San Luis Gonzaga Diabetes». Realizado en el Departamento de Clínica y Ciencias Biológicas de la Universidad de Turín, Orbassano, Italia. Presentado por F. L. Cavalot. Con el apoyo de Becas Región del Piamonte. Disponible en: <http://www.easdvirtualmeeting.org/resources/682>.

Bajo la premisa de la conocida asociación de la DM2 con algunas neoplasias relacionadas en principio con factores como la obesidad, la resistencia a la insulina, la hiperinsulinemia y el tipo de tratamiento, se intenta conocer el valor predictivo para la mortalidad por cáncer de la HbA_{1c}, la FBG y la glucemia posprandial (GPP) en el seguimiento durante 14 años de los pacientes con DM2 de la cohorte perteneciente al San Luigi Gonzaga Diabetes Estudio. La población era de Turín, Piamonte, al noroeste de Italia. En esta cohorte se analizó el valor predictivo de los factores de riesgo cardiovascular.

Se estudiaron 622 pacientes con DM2 (varones/mujeres: 340/282, edad: 62,1 ± 9,4 años, duración de la DM2: 9,6 ± 7,9 años) y se recogieron datos desde 1995 a 2009. Mediante el modelo de regresión de Cox, se evaluó el poder predictivo para la mortalidad por cáncer de la HbA_{1c}, la FBG y la GPP al inicio y ajustado a la edad, el sexo, la duración conocida de la DM2, el tabaquismo, el índice de masa corporal, la presión arterial sistólica y diastólica, el colesterol total y ligado a lipoproteínas de alta densidad, los triglicéridos, la tasa de excreción de albúmina y creatinina en suero.

Se diseñaron cuatro modelos con las variables glucémicas, y todas las variables no-glucémicas actuaron como factores correctores (tabla 1).

En el seguimiento, fallecieron 192 sujetos de los 622 de la cohorte, 49 como consecuencia de un cáncer. En todos los modelos, la edad y el hábito de fumar resultaron ser significativos entre los predictores no-glucémicos.

En este trabajo concluyen que el control de la glucosa en sangre es un predictor de la mortalidad por cáncer en la DM2. En los modelos estadísticos, la GPP es el componente más relevante como predictor de la mortalidad por cáncer en la DM2.

En la sección PS 069: «Detección, prevención y tratamiento precoz», hemos seleccionado un póster realizado en España, con población rural, el **póster número 870: «Prevención de la diabetes con dieta mediterránea. Resultados preliminares del primer año de intervención del estudio Egabro-Pizarra»**. Realizado en los departamentos

Tabla 1. Modelos con las variables glucémicas y los valores de *hazard ratio* tras análisis con modelo de Cox

Modelo	HR	IC 95 %	P
A (HbA _{1c} < 1 %)	1,241	1,015-1,517	0,036
B (FBG < 1 mmol/l)	1,066	0,965-1,177	NS
C (GPP < 1 mmol/l)	1,108	1,021-1,202	0,014
D (HbA _{1c} , FBG y GPP para GPP < 1 mmol/l)	1,108	1,021-1,202	0,014

FBG: glucemia en ayunas; GPP: glucemia posprandial; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; HR: *hazard ratio*; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

de Endocrinología y Nutrición de los Hospitales Universitario Carlos Haya, IBIMA, CIBERDEM de Málaga y del Reina Sofía de Córdoba, presentado por S. Valdés, además tuvimos la oportunidad de presenciar su defensa y explicación posterior, que nos hizo personalmente. Con el apoyo de las subvenciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ISCIII, CIBERDEM. Disponible en: <http://www.easdvirtualmeeting.org/resources/844>.

El objetivo de este estudio fue comprobar si un programa de intervención en los estilos de vida, que incluyera el patrón de dieta mediterránea, puede prevenir la incidencia de la DM2 en al menos el 50 % de los sujetos y revertir la DM2 recién diagnosticada en una población semiurbana de Andalucía (sur de España), referida a Cabra (Córdoba) y Pizarra (Málaga). Otro objetivo fue detectar qué factores influyen en el éxito de la intervención.

Este estudio de cohortes poblacional incluyó 320 sujetos, seleccionados en las poblaciones referidas, después de realizar un TTOG y que mostraran alguna alteración de la glucosa en ayunas (IFG) o tolerancia alterada a la glucosa (IGT) o diabetes no diagnosticada (DM2). Los individuos en la cohorte de Cabra (n = 160) fueron incluidos en un programa de estilo de vida intensivo con visitas regulares para lograr los objetivos de los hábitos alimentarios, el ejercicio y el peso, dentro del patrón de dieta mediterránea (grupo de intervención [GI]). Los individuos en la cohorte de Pizarra (n = 160) fueron remitidos a sus médicos habituales con las recomendaciones estándares sobre cambios de estilo de vida (grupo de control [GC]).

Después de un año de seguimiento, desarrolló DM2 el 9,1 % de los individuos con IFG o IGT en el GC en comparación con el 4,7 % en el GI (P < 0,01). En este grupo, el 60 % presentaron una reversión completa de la IFG o la IGT (comparado con el 47 % en el GC). De los recién

diagnosticados de DM2, el 46,7 % revirtió a IFG/IGT o normal en el GC, frente al 73 % en el GI ($P < 0,01$). La intervención tuvo un gran efecto en la glucemia y las mediciones antropométricas. Ninguna variable de referencia antropométrica predijo el efecto del tratamiento o la evolución en el año de seguimiento, pero mejoró la glucosa en sangre asociada con la pérdida de peso.

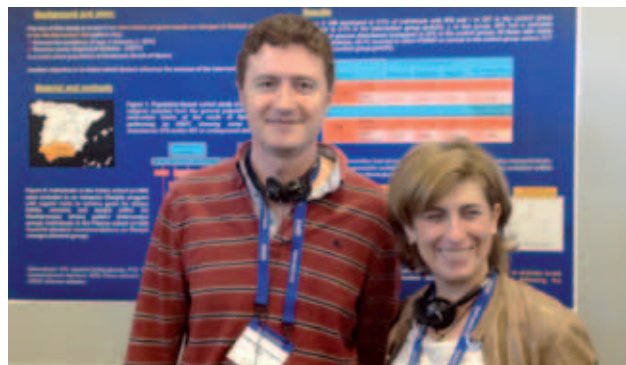
Como nos explicaron los autores (figura 3), después de un año de intervención, han demostrado que la hiperglucemia (incluso de rango DM2) se puede normalizar sin medicamentos en el 50 % de los sujetos a través de cambios de estilo de vida.

De la sección PS 107: «Riesgo, fisiopatología y resultados cardiovasculares en la diabetes tipo 2», y PS 108: «Aspectos farmacológicos y resultados cardiovasculares», hemos seleccionado el **póster n.º 1223**, por corresponder con una publicación del Steno Diabetes Center: **«Reducción de los accidentes cerebrovasculares durante el tratamiento intensificado multifactorial en los pacientes diabéticos tipo 2 con microalbuminuria»**. Realizado en Dinamarca entre el Steno Diabetes Center, con varios centros hospitalarios, la Fundación Novo Nordisk y el Hagedorn Research Institute, todos ellos de Dinamarca. Fue defendido por J. Ølgaard. Disponible en: <http://www.easdvirtualmeeting.org/resources/2040>.

Este estudio tuvo como objetivo comparar el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) en el GC y el GI, en el estudio Steno 2.

Ciento sesenta pacientes con DM2 y microalbuminuria (30–300 mg/l) fueron aleatorizados en GC o GI. Los pacientes del GC fueron seguidos según las recomendaciones de las guías de práctica clínica nacionales para la diabetes, mientras que los pacientes del GI fueron seguidos con un

Figura 3. Sergio Valdés y Ana Sierra, autores del estudio tras la presentación del póster en la sesión de la European Association for the Study of Diabetes



grupo de terapia intensiva tanto farmacológica como conductual. El seguimiento se realizó durante una media de 7,8 años. Sufrieron ACV un total de 14 pacientes, 3 en el GI y 11 en el GC, que presentaron 3 (tasa de recurrencia = 0 %) y 20 ataques (media = 1,8, tasa de recurrencia = 55 %) durante el seguimiento, respectivamente. En una regresión de Cox, el tratamiento intensivo y la tensión sistólica de base se presentaron como factores de riesgo independientes del desarrollo de ACV (*hazard ratio* 0,23 [0,07–0,84] y 1,03 [1,01–1,06]), respectivamente.

La intervención intensiva reduce el riesgo relativo de ACV en un 75 % (riesgo relativo = 0,25 [0,07–0,89]) y el riesgo absoluto de ACV en un 10 %.

Tras el análisis de los datos se concluye que la intensificación de la intervención multifactorial se asocia con un riesgo significativamente reducido de ACV y sus recurrencias en la cohorte del Steno 2 en pacientes DM2 con microalbuminuria. Este hallazgo confirma la importancia de la intervención intensiva en la protección cardiovascular.