

USO DE TERAPIA CON INCRETINAS EN PACIENTES CON HIPERGLUCEMIA HOSPITALIZADOS (Dra. María Requena Angulo – Hospital General Universitario Gregorio Marañón).

I. ACTUALIZACIÓN

TERAPIA ACTUAL

Habitualmente el tratamiento utilizado para la hiperglucemia en el medio intrahospitalario es la insulina intravenosa o subcutánea. En pacientes críticos suele administrarse intravenosa debido a su vida media corta y al rápido ajuste de glucemias.

En pacientes con DM tipo 2 ingresados fuera de la UCI, se suele llevar a cabo una terapia con insulina subcutánea: análogos de insulina basal o insulina de acción intermedia (NPH) combinada con insulina de acción rápida. En pacientes que habitualmente no siguen un tratamiento con insulina se comienza con una dosis de 0.3-0.5 U/Kg/día. En pacientes ancianos o con deterioro de la función renal debe comenzarse con una dosis inferior a 0.3 U/Kg/día.

Pacientes con inadecuada ingesta oral o aquellos con nutrición parenteral deben recibir una dosis de insulina basal de 0.15-0.25 U/Kg/día y análogos de insulina de acción rápida para mantener niveles de glucemia entre 140 y 180 mg/dl.

LIMITACIONES DE LA PRÁCTICA HABITUAL

A pesar de que la terapia intensiva con insulina en pacientes ingresados en la UCI es el tratamiento habitual en los hospitales, puede ser una fuente de complicaciones y de pobres resultados. Un análisis realizado entre 2006 y 2008 reveló que la insulina era el fármaco con el mayor número de errores hospitalarios. Varios metanálisis han demostrado que el ratio de riesgo de que ocurra una hipoglucemia en pacientes tratados con terapia intensiva con insulina en comparación con un tratamiento convencional en la UCI es 7 veces mayor. Las hipoglucemias se han asociado a mayor riesgo cardiovascular (prolongación QT, isquemia, angina, arritmias, muerte súbita) y aumento de factores de inflamación.

TERAPIA CON INCRETINAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Las guías actuales no permiten el uso de incretinas como tratamiento de hiperglucemias en el hospital. Aun así, existe un aumento en la evidencia acerca de la eficacia y la seguridad de estos fármacos en pacientes de medicina general, pacientes quirúrgicos y en los pacientes críticos de la UCI. Ha demostrado un mejor control glucémico, un descenso de las necesidades de insulina y del riesgo de hipoglucemia, especialmente en pacientes quirúrgicos.

Terapia con incretinas fuera de la UCI

En un estudio reciente se demuestra que pacientes con DM 2 tratados con dieta, ADOs y bajas dosis de insulina (menos de 0.4U/Kg) pueden ser tratados de forma más segura con inhibidores de DPP-4 junto con una dosis correctora de insulina rápida antes de las comidas o junto con una insulina basal. No hay estudios que demuestren la eficacia en este contexto de los análogos de GLP-1. A pesar de ello, los análogos GLP-1 tienen un importante potencial de mejora en el control glucémico y en la capacidad para disminuir las necesidades de insulina.

La sociedad de cirujanos torácicos recomienda mantener los ADOs 24 horas antes de la cirugía.

Terapia con incretinas en pacientes críticos y en la UCI

Está en aumento el número de evidencias que sostienen que el uso de GLP-1 nativo en pacientes ingresados mejora el control glucémico y disminuye el número de hipoglucemias y de las necesidades de insulina. En comparación con la insulina, el uso de GLP-1 nativo tiene similares resultados en el control glucémico en pacientes en el postoperatorio pero ha demostrado una mejor función del ventrículo izquierdo después de un infarto agudo de miocardio y en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Un estudio reciente compara la eficacia y seguridad del uso de exenatide versus terapia intensiva con insulina en pacientes pediátricos que sufren importantes quemaduras y no son diabéticos. En los dos grupos se demuestran controles de glucemias similares. Las dosis necesarias de insulina en el grupo de administración de exenatide fueron significativamente inferiores.

En otro estudio reciente realizado a pacientes ingresados en la UCI, de los cuales el 75% eran diabéticos tipo 2, se administra exenatide. Se demuestra que el 10% de pacientes con exenatide presentan hipoglucemia en comparación con un 21% de los registrados en el control histórico de pacientes tratados con insulina. El 20% del grupo de exenatide presentaron náuseas y de ellos, el 15% tuvo que suspender el tratamiento.

En resumen, la terapia con incretinas mejora el control glucémico con bajo riesgo de hipoglucemias. Además, favorece los efectos metabólicos y cardiovasculares. Tiene un efecto secundario gastrointestinal controlable. Disminuye las necesidades de insulina.

Los estudios preliminares con GLP-1 nativo aseguran que esta molécula tiene potencial para mejorar la función cardíaca en pacientes con fallo cardíaco y eventos isquémicos agudos. Es posible que estos resultados tan favorables extiendan el uso de análogos de GLP-1 y de los inhibidores de DPP4. De todas formas son necesarios más ensayos clínicos controlados y randomizados.