

Diálogos



en Diabetes

## ¿Qué porcentaje de pacientes alcanza las metas glucémicas en el mundo y en nuestro país?

Presentación realizada por la

**Dra. María Lidia Ruiz Morosini**



Médica, especialista en diabetología y nutrición, miembro del Centro de Diabetes y Enfermedades Metabólicas (CODIME), Ciudad de Buenos Aires, Argentina

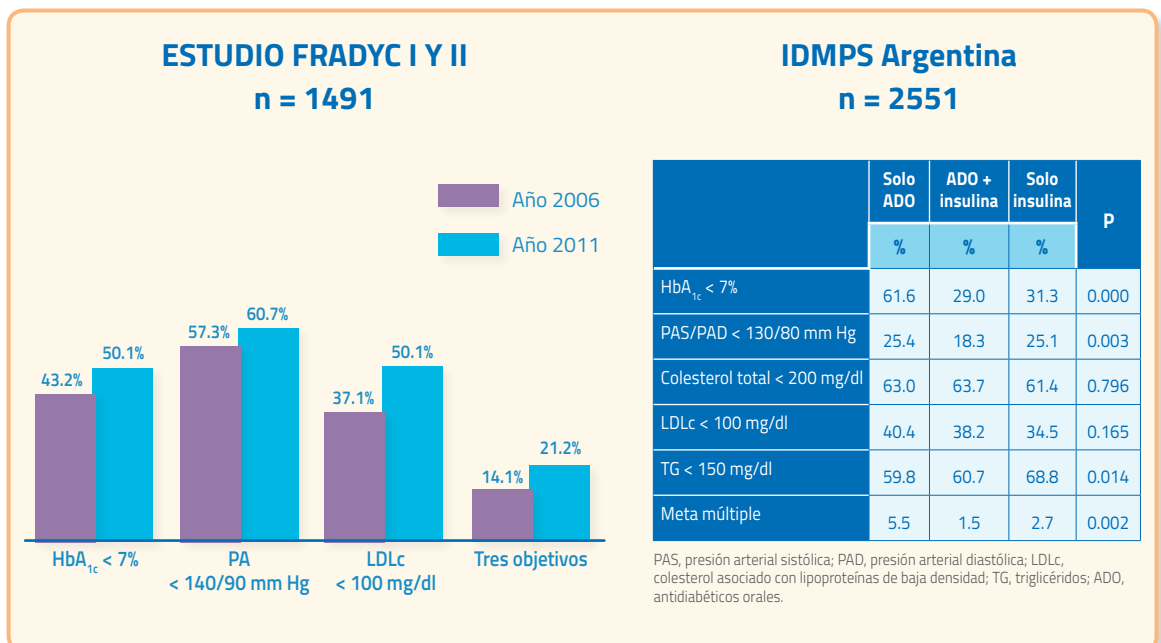
# Pacientes glucémicos

1

Los últimos estudios demuestran que menos del 50% de los individuos con diabetes llegan a cifras de hemoglobina glicosilada (HbA<sub>1c</sub>) menores del 7%. En el *International Diabetes Management Practice Study (IDMPS)* realizado en 17 países, el 37% de los pacientes con diabetes no lograron la meta.

2

En Argentina, hay dos estudios que muestran los porcentajes en cuanto al control de la diabetes; el IDMPS, en el que solo el 5.5% de los pacientes tratados con hipoglucemiantes orales logran el objetivo de HbA<sub>1c</sub> < 7%, presión arterial < 130/80 mm Hg y valores de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) < 100 mg/dl; por su parte, el estudio FRADYC I y II, realizado por el comité de hipertensión arterial (HTA) de la Sociedad Argentina de Diabetes, mostró que solo el 21% de las personas logran tres metas glucémicas.





### Las estrategias para mejorar la adhesión de los pacientes son:

- ⊙ Mejorar la comunicación paciente-profesional/equipo de salud.
- ⊙ Simplificar el régimen terapéutico (dosis menos frecuentes, formas de dosificación, horarios de toma).
- ⊙ Advertir y preguntar sobre la presencia de efectos adversos (p. ej., test de Morisky-Green).
- ⊙ Uso de tecnología aplicada a la información y a la comunicación en salud (TIC).
- ⊙ Planificación de objetivos y toma de decisiones en forma colaborativa en un equipo interdisciplinario basado en la entrevista motivacional (uso de preguntas abiertas y escucha reflexiva).
- ⊙ Definir la etapa de cambio (modelo de Prochaska: el paciente está en etapa precontemplativa, contemplativa, de preparación, de acción, de mantenimiento o de recaída).
- ⊙ Buscar la ambivalencia (¿El paciente quiere o no cambiar?).
- ⊙ Trabajar con el balance decisional (ventajas y desventajas del cambio de hábitos).
- ⊙ Fijar metas periódicas (*smart goals*).
- ⊙ Proponer escalas de cambio: de confianza e importancia (p. ej., con el plan de alimentación).
- ⊙ Utilizar la estrategia FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).



### En conclusión, se deben fijar metas medibles, específicas, temporales, alcanzables y significativas para lograr adhesión y cumplimiento.

M	● Medible
E	● Específica
T	● Temporal
A	● Alcanzable
S	● Significativa

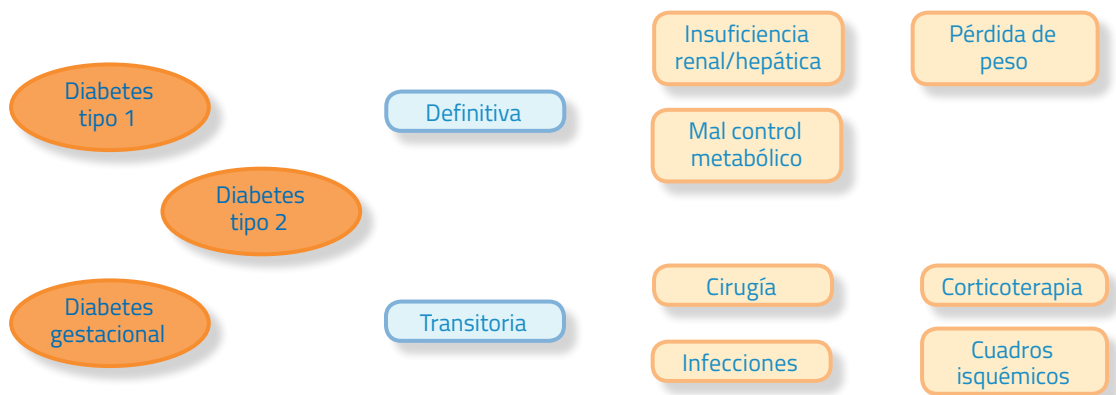
Adaptado de American Diabetes Association, 2019.<sup>2</sup>

# Indicaciones de insulino terapia

1

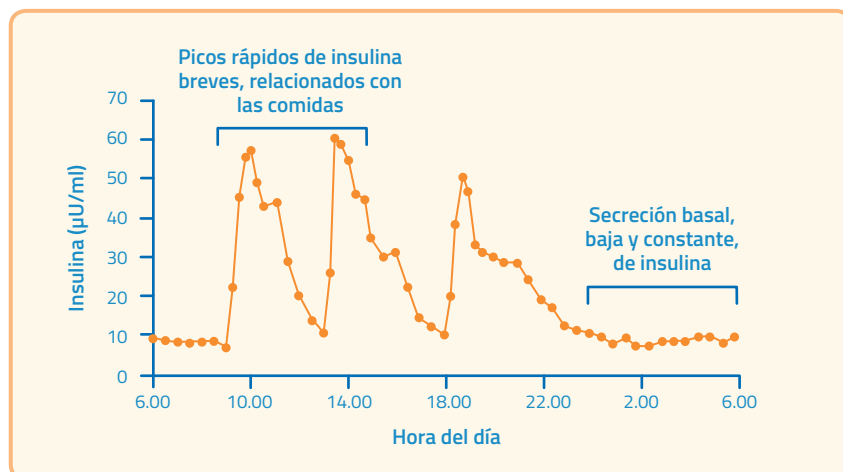
La insulinización para las personas con diabetes mellitus (DBT) puede ser:

- ⊙ Intensificada en DBT tipo 1 (DBT1).
- ⊙ Definitiva o transitoria para pacientes con DBT tipo 2 (DBT2).
- ⊙ En mujeres con diabetes gestacional.



2

Para insulinar al paciente, lo más importante es saber que se debe reflejar el ciclo fisiológico del páncreas. A lo largo del día, el páncreas produce insulina basal cuyo papel es actuar en cetosis para una secreción basal y constante durante el ayuno, luego se produce la insulinización prandial para cada una de las ingestas.



3

La dosis tiene en cuenta el peso y la edad del paciente. Lo habitual es iniciar con 0.2 UI/kg de peso en pacientes con DBT2.

### Requerimiento diario de insulina

Dosificación de insulina	
EDAD	REQUERIMIENTOS
Lactantes y preescolares	De 0.1 a 0.4 UI/kg/día
5 a 14 años	De 0.5 a 0.8 UI/kg/día
Desarrollo puberal (Tanner II-III)	De 0.9 a 1.5 UI/kg/día
Pubertad tardía (Tanner)	Hasta 2.0 UI/kg/día
Después de la pubertad	De 0.5 a 1.0 UI/kg/día
Adultos	De 0.5 a 1.0 UI/kg/día
Embarazo	De 0.1 a 0.7 UI/kg/día

**0.2 UI/kg para inicio DBT2**

4

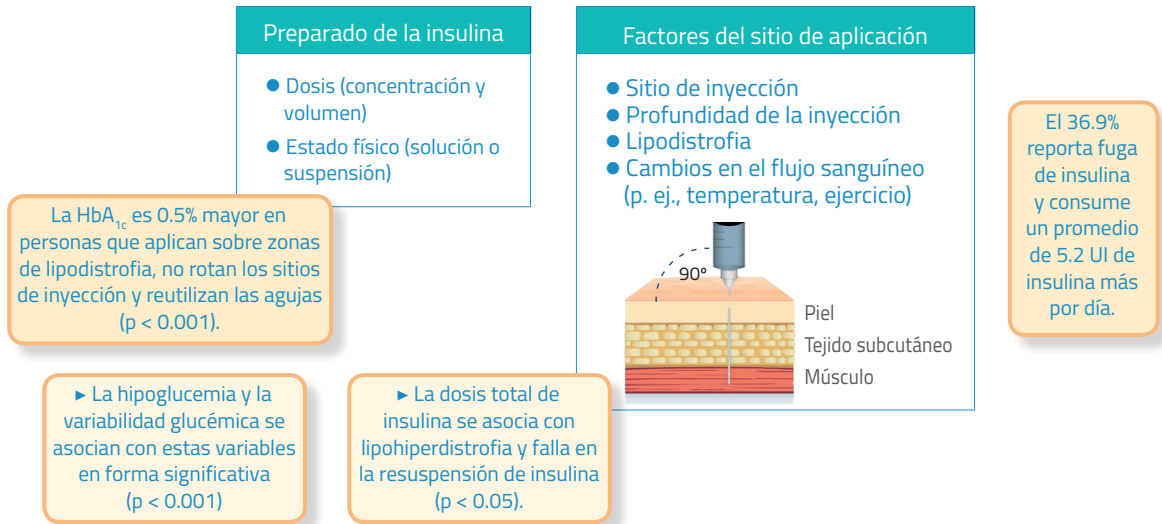
El tipo de insulina se elige en concordancia con la tendencia a la hipoglucemia, con las situaciones de ayuno que presente el paciente y con la facilidad del tratamiento. La dosis se adecúa al ejercicio, al cambio de peso, a la educación, a situaciones de intercurencia, entre otros factores. Tener en cuenta la insulinoresistencia psicológica que se presenta en pacientes con DBT2.



# 5

Los factores que influyen sobre la absorción de la insulina se observan en el gráfico.

## Factores que influyen sobre la absorción de insulina



En el estudio FITER, que evaluó las técnicas de aplicación de insulina, se encontró que la dosis total de insulina se asocia con la lipodistrofia y con la falla de resuspensión. La hipoglucemia y la variabilidad glucémica van a estar muy relacionadas con el impacto en la HbA<sub>1c</sub>.

Adaptado de Frid *et al.*, 2016.<sup>4</sup>

# 6

La educación en las técnicas de aplicación de la insulina es fundamental para lograr el éxito terapéutico.

### Bibliografía

1. Gagliardino JJ, Aschner P, Baik SH, Chan J, Chantelot JM, Ilkova H, et al. Patients' education, and its impact on care outcomes, resource consumption and working conditions: Data from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). *Diabetes Metab* 38(2):128-134, Abr 2012.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care* 42(Suppl 1):S1-S2, Ene 2019.
3. Davies M, D'Alessio D, Fradkin J, Kernan W, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 41(12):2669-2701, Dic 2018.
4. Frid A, Kreugel G, Grassi G, Halimi S, Hicks D, Hirsch L, et al. New insulin delivery recommendations. *Mayo Clin Proc* 91(9):1231-1255, Sep 2016.

Las conferencias de la Dra. María Lidia Ruiz Morosini en **Diálogos Servier en Diabetes** fueron organizadas por Laboratorio Servier. El Departamento Editorial de SIIC realizó la supervisión científica, la aplicación y adecuación de imágenes, el diseño y la adaptación literaria a esta versión que reproduce con objetividad la exposición de la conferencista, responsable de las opiniones vertidas en ella. Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2021.

# DIAMICRON® MR 60

## GLICLAZIDA



Tu compañero de  
*confianza*

### para el Tratamiento Esencial de la DT2

✓  
**Control Glucémico Eficaz:** 4 de cada 5 pacientes bajo control en el largo plazo<sup>1</sup>

✓  
**Muy bajo riesgo de hipoglucemia:** similar a iDPP4<sup>2</sup> y el más bajo de su clase<sup>3</sup>

✓  
**Seguridad cardiovascular<sup>1</sup>**

✓  
**Protección renal** en todas las instancias de la diabetes tipo 2<sup>4</sup>

Una toma diaria de hasta 120 mg

30  
COMPRIMIDOS

60  
COMPRIMIDOS



DIAMICRON MR 60 - Glizidaza 60 mg - Comprimidos de liberación modificada. Acción terapéutica: Antidiabético oral. Sulfonamidas. Composición: Cada comprimido de liberación modificada contiene Glizidaza 60 mg. Excipientes: Lactosa monohidrato, Hipromelosa, Maltodextrina, Estearato de Magnesio, Sílice coloidal anhidra. Indicaciones terapéuticas: Diabetes no insulina-dependiente (tipo 2) en el adulto cuando el régimen alimenticio, el ejercicio físico y la reducción ponderal solos, no son suficientes para restablecer el equilibrio glucémico. Posología y modo de administración: Vía oral. Dosis según criterio médico. Orientativa: En el adulto la dosis diaria puede variar de medio a 2 comprimidos (30 a 120mg) en una sola toma. Se recomienda tomar el medicamento con el desayuno. Se recomienda tragar el medio o el/los comprimido/s enteros, sin masticar ni desintegrar en caso de olvido de una dosis, no se debe aumentar la dosis del día siguiente. Como para todo fármaco hipoglucemiante, la posología debe ajustarse según la respuesta metabólica individual del paciente (glucemia, HbA1c). Dosis inicial recomendada es de 30 mg diarios (medio comprimido). No se deberán superar los 120 mg diarios (dosis máxima recomendada). La posibilidad de partir un comprimido de 60 mg permite el uso de dosis de 30 mg con medio comprimido, de 90 mg con un comprimido y medio, y de 120mg con dos comprimidos. Reacciones adversas: Hipoglucemias con síntomas tales como cefaleas, hambre intenso, náuseas, vómitos, cansancio, trastornos del sueño, agitación, agresividad, disminución de la concentración, de la vigilancia y las reacciones, depresiones, confusión, trastornos visuales y del habla, afasia, temblores, parestia, trastornos sensoriales, vértigos, sensación de impotencia, pérdida del dominio de sí mismo, delirio, convulsiones, respiración superficial, bradicardia, somnolencia y pérdida del conocimiento pudiendo llegar hasta la coma y muerte. Pueden observarse signos de contrebregulación adrenérgica: sudoración, piel húmeda, ansiedad, taquicardia hipertensión, palpitaciones, angina de pecho y arritmia cardíaca. Los síntomas desaparecen generalmente al ingerir hidratos de carbono (glúcidos). En caso de hipoglucemia grave o prolongada, se puede imponer un tratamiento médico e incluso una hospitalización. Otras reacciones adversas: Se han registrado trastornos digestivos como dolor abdominal, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea y constipación. Se han comunicado con menor frecuencia las siguientes reacciones adversas: reacciones cutáneas y subcutáneas: erupción cutánea, prurito, urticaria, angioedema, eritema, erupción maculopapular; reacciones ampulosas (como el síndrome de Stevens Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica) y excepcionalmente, erupción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS). Reacciones raras: Alteraciones hematológicas: anemia, leucopenia, trombocitopenia, granulocitopenia. Alteraciones hepatobiliares: Aumento de las enzimas hepáticas, hepatitis (excepcionalmente). Interrumpir el tratamiento en caso de ictericia colestásica. Alteraciones oculares: La clase se han descrito casos de entropionia, agranulocitosis, anemia hemolítica, pancitopenia y vasculitis alérgica, hiponatremia, niveles elevados de las enzimas hepáticas, insuficiencia hepática (ej. colestasis ictericia) e incluso hepatitis; estas remitieron luego de la interrupción del tratamiento o progresaron a insuficiencia hepática con amenaza vital en casos aislados. Contraindicaciones: Este medicamento está contraindicado en casos de hipersensibilidad a la glizidaza, a otras sulfonilureas, a las sulfamidas o a algunos de los excipientes utilizados; diabetes tipo 1, cetoadidosis diabética, precoma o coma diabético, insuficiencia renal o hepática graves. (En estos casos se recomienda recurrir a la insulina); tratamiento con miconazol, lactancia. Este medicamento está generalmente desaconsejado en asociación con fenilbutazona y danazol. Embarazo: No hay datos o estos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de glizidaza durante el embarazo. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de glizidaza durante el embarazo. No se recomienda el uso de hipoglucemiantes orales, dado que la insulina es la droga de primera elección para el tratamiento de diabetes durante el embarazo. Lactancia: A falta de datos sobre el paso a la leche materna y considerando el riesgo de hipoglucemia neonatal, la glizidaza está contraindicada en madres lactantes. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/hijos. Fertilidad: No se observaron efectos sobre la fertilidad en ratas hembras y machos. Presentación: Envases conteniendo 30 y 60 comprimidos de liberación modificada. Industria Francesa. Venta bajo receta. Ante la eventualidad de una sobredosificación concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de toxicología. Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez, tel. (011) 4962-6666/7247. Hospital Posadas, tel. (011) 4654-6648/4638-7777 u otro centro de intoxicación. Conservar a temperatura no mayor de 30°C en su envase original. Medicamento autorizado por el Ministerio de Salud Cert. N° 36.246. SERVIER ARGENTINA S.A. Av. Castañares 3222 (C1400HS) C.A.B.A., Argentina. Tel: 0800-777-SERVIER (7378437) Directora Técnica: Nayla Sabatella (farmacéutica) www.servier.com. Última versión: Octubre 2020. 1. Patel A. et al. Advance Collaborative Group. N Engl J Med. 2008. 358(24) 2560-2572. 2. Al Sifri et al. Int J Clin Pract 2011;11:1132-1140. 3. Schopman JE et al. Diabetes Metab Res Rev. 2014;30:11-22. 4. Wong et al. Diabetes Care. 2016.

