



Sociedad
Latinoamericana
de Aterosclerosis
SOLAT

Boletín INFORMATIVO

Volumen 1 Número 2 Marzo-Abril-2003

CONTENIDO

- 1 Editorial
- 2 Terapia combinada de insulina con antidiabéticos orales en Diabetes tipo 2
- 10 Estatutos de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis
- 14 Actividades científicas a desarrollarse en el 2003
- 15 Hoja de Inscripción a la SOLAT - Beneficios de hacerse miembro
- 16 Hoja de Inscripción a la SILAT - Beneficios de hacerse miembro



Sociedad
Iberolatinoamericana
de Aterosclerosis
SILAT

COMITÉ EDITORIAL

IVÁN DARÍO SIERRA ARIZA

COLOMBIA

silat@cable.net.co

solat@cable.net.co

CARLOS OLIMPO MENDIVIL ANAYA

COLOMBIA

carlosolimpo@hotmail.com

GUSTAVO MÁRQUEZ SALOM

COLOMBIA

zero_marquez@starmedia.com

JOSÉ EMILIO FERNÁNDEZ-BRITTO

CUBA

jfbritto@infomed.sld.cu

JORGE TORRES CALVETE

URUGUAY

rponce@internet.com.uy

JOSÉ BENIGNO PEÑALOSA

PERÚ

Jbpenalosa@terra.com.pe

CAPÍTULO COLOMBIANO

SOLAT

Dr. Iván Darío Sierra Ariza

Presidente

e-mail: solat@cable.net.co

Dr. Luis Fernando Ospino

Vicepresidente

e-mail: lfospino@teleupar.net.co

Dr. Carlos Olimpo Mendivil Anaya

Secretario

e-mail: carlosolimpo@hotmail.com

Dra. Clara Eugenia Pérez Gualdron

Tesorera

e-mail: ceperezg@bacata.unal.edu.co

Vocales:

Dr. Alejandro Díaz Bernier

e-mail: alediber@celcaribe.net.co

Dr. Harold Garcia Touchie

Dr. Carlos Calderón

Dr. Alvaro Rico

EDITORIAL

Estamos muy complacidos con la gran acogida que ha tenido el Volumen 1, Número 1 de nuestro Boletín Informativo. Se imprimieron 6000 boletines: Cinco mil (5000) para entregar a médicos colombianos y mil (1000) para enviar a los miembros de la SILAT y SOLAT en España, Portugal y los países de América Latina.

Recientemente realizamos el VIII Curso Internacional de Actualización y Formación en Diabetes Mellitus, que se llevó a cabo en el Auditorio Alfonso López Pumarejo de la Universidad Nacional de Colombia. El evento contó con la asistencia de 320 médicos; como conferencistas extranjeros invitados nos acompañaron los doctores Mario Zubiarte (Perú) y Yulino Castillo (República Dominicana). Este evento sirvió para estrechar lazos de unión y colaboración entre las autoridades de diferentes capítulos de la sociedad. En el marco del Curso se realizó la Asamblea General Ordinaria del Capítulo Colombiano de la SOLAT, en la cual se eligió la nueva Junta Directiva de la Sociedad para el período 2003-2005, cuya conformación usted encontrará en la página en la contratapa posterior interna.

Aprovechamos para informarle a nuestros lectores acerca de la realización de las Clínicas Nacionales de Diabetes. Las Clínicas son actividades de formación médica en las cuales los profesionales asistentes tienen la oportunidad de dedicarse durante tres días completos a los aspectos más prácticos y relevantes de la Diabetes Mellitus en la práctica clínica, por supuesto en concordancia con la evidencia científica más sólida y reciente. Realizaremos las Clínicas Nacionales de Diabetes en las siguientes fechas: XII Clínica Nacional de Diabetes 29,30, 31 de mayo y 1 de junio de 2003 y la XIII Clínica Nacional de Diabetes del 19 al 22 de junio de 2003. El cupo para éstas actividades es de 50 médicos por clínica y cada uno de los laboratorios patrocinadores cuenta con 10 cupos. Los laboratorios patrocinadores son: Aventis, GlaxoSmithKline, Lilly, Merck, Roemmers y la Unidad de Diabetes de Roche.

Finalmente solicitamos a los Presidentes de los distintos capítulos de la SOLAT y los miembros de la Junta Directiva de la SILAT hacernos los aportes sobre conformación de sus directorios y actividades científicas que tienen proyectadas realizar para difundirlas a través de este Boletín.

Hasta Pronto!

Prof. Dr. Iván Darío Sierra Ariza

TERAPIA COMBINADA DE INSULINA CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN DIABETES TIPO 2

Dr. Carlos Olimpo Mendivil A.*

Dr. Iván Darío Sierra A.*

* División de Lípidos y Diabetes, Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

JUSTIFICACIÓN DE LA TERAPIA COMBINADA

Está ampliamente demostrado que el control glucémico estricto es capaz de retrasar o impedir el desarrollo de complicaciones crónicas en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2)⁽¹⁾. Sin embargo, cada vez se acumula más evidencia indicando que la historia natural de la DM2 implica un deterioro progresivo en el control glucémico **independientemente del tratamiento empleado**⁽²⁾, y que tarde o temprano será necesario recurrir a la terapia combinada para conseguir las metas de control glucémico en un paciente dado.

En el UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), el ensayo clínico controlado más grande y prolongado que se haya realizado en pacientes diabéticos tipo 2, se encontró que la monoterapia farmacológica con insulina durante 9 años era capaz de llevar a las metas tan sólo al 28% de los pacientes, la monoterapia con sulfonilúreas al 24% y la monoterapia con metformina al 13%; y que de manera global, sólo el 25% de los pacientes alcanzan la meta de control a largo plazo con monoterapia⁽³⁾.

El UKPDS también demostró que una reducción en la hemoglobina glucosilada A1c (HbA1c) de tan sólo 0,9% se traduce en una reducción drástica en el riesgo de presentar complicaciones microvasculares y una fuerte tendencia hacia la reducción de complicaciones macrovasculares⁽¹⁾. En la práctica clínica, sin embargo; lo más usual es que recibamos pacientes que necesitan una reducción de la HbA1c mucho mayor que un 0,9% para llegar a la meta de 6.5% propuesta por la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) y la de 7% propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA); en ese sentido la terapia combinada puede ser una herramienta de gran valor.

Otro elemento que apoya el uso de la terapia combinada es la pérdida de eficacia de los cambios terapéuticos en el estilo de vida (CTEV) a medida que la función residual de la célula beta se va agotando; incluso en el UKPDS tan sólo 15% de los pacientes tratados sólo con CTEV estaban en la meta después de 3 meses⁽⁴⁾. **Sin embargo siempre debe tenerse en claro que la terapia combinada NO es un sustituto del plan de alimentación y ejercicio, sino que son complementarios y que los CTEV potencian la eficacia de cualquier esquema farmacológico.**

En los pacientes con DM2 que están en insulino terapia, se ha demostrado que aumentar la dosis de insulina por encima de cierto límite (80 UI/día), se traduce en muy poca mejoría en el control glucémico, y en cambio si produce un incremento notable en complicaciones como hipoglucemia y ganancia de peso⁽⁵⁾. En el caso de un paciente que no logra las metas a pesar de aumentos progresivos en la dosis de insulina, la mejor elección es iniciar terapia combinada con insulina y un antidiabético oral (ADO) de acuerdo a las características del paciente.

Una última consideración que estimula el uso de terapia combinada es la reciente proliferación de ADO. El número de ADO se ha multiplicado por 5 en los últimos 7 años, y la mayoría tienen mecanismos y sitios de acción diferentes, con efectos sobre la gluconeogénesis, la secreción de insulina, la resistencia a la insulina, el peso corporal y el perfil de lípidos que pueden resultar sinérgicos. Dado el carácter multifactorial de la fisiopatología de la diabetes tipo 2, es deseable atacar diferentes alteraciones fisiológicas buscando obtener mejores resultados.

Absolutamente todos los ensayos clínicos que han comparado terapia combinada contra monoterapia en DM2 han encontrado superior a la

terapia combinada en términos de control glucémico, como se revisará mas adelante.

Por tanto podemos afirmar que la terapia combinada mejora la eficacia de tratamiento, además de reducir el número de inyecciones de insulina y disminuir globalmente los costos ⁽⁶⁾.

TERAPIA COMBINADA CON INSULINA

La terapia combinada con insulina y un antidiabético oral ha demostrado mejorar el control glucémico y reducir la dosis de insulina necesaria para alcanzar las metas ⁽⁷⁾. Todas las combinaciones han demostrado este efecto "ahorrador" de insulina, sin embargo, el ahorro es mucho más importante cuando se inicia la insulinoterapia en combinación que cuando se añade un ADO a un paciente que ya viene con insulina ⁽⁷⁾.

INSULINA + SULFONILÚREAS

Justificación

Desde el punto de vista fisiopatológico ésta combinación motiva una pregunta: Porqué no aumentar sencillamente la dosis de insulina exógena en lugar de añadir un medicamento que lo que hace es aumentar la secreción de insulina?

Es preferible combinar insulina y sulfonilúreas porque en el paciente diabético la hiperglucemia crónica conduce a glucotoxicidad sobre la célula beta, lo que deteriora la respuesta a las sulfonilúreas. Cuando la insulina exógena hace descender rápidamente la glucemia, la célula beta se reincorpora y cuando aparece la acción de la sulfonilúrea es capaz de responder mucho mejor incrementando su secreción de insulina.

Adicionalmente la insulina endógena se ajusta mejor a las variaciones en los requerimientos insulínicos, especialmente durante el ejercicio.

Eficacia

Esto se traduce en una reducción adicional de la HbA1c de 0,5-1% con respecto al empleo de insulina sola, y en un efecto ahorrador que permite

reducir la dosis de insulina alrededor de un 40% ⁽⁷⁾. Adicionalmente, la frecuencia de hipoglucemias es menor con la combinación que con insulinoterapia sola ⁽⁸⁾, y paradójicamente, se reducen los niveles de insulina plasmática ⁽⁹⁾; lo que puede traducirse en menor riesgo cardiovascular a largo plazo.

Ventajas

La combinación de insulina y sulfonilúrea permite reducir las aplicaciones de insulina a una diaria y puede constituirse en un puente en el inicio de la insulinoterapia para el paciente que hace falla secundaria a las sulfonilúreas (en un principio alcanzó las metas con sulfonilúrea pero progresivamente perdió el control metabólico). Al respecto vale anotar que la monoterapia con sulfonilúrea tiende a perder eficacia en el tiempo, a medida que la función de la célula beta se agota ⁽¹⁰⁾.

Las sulfonilúreas se caracterizan por alcanzar un efecto máximo con aproximadamente la mitad de la dosis máxima ⁽¹¹⁾, así que es preferible combinar la sulfonilúrea con insulina u otro ADO que incrementar cada vez mas las dosis.

La evidencia más sólida que apoya el empleo de insulina y sulfonilúreas en combinación derivó de un subestudio del UKPDS llamado UKPDS 57 (8). En este ensayo clínico controlado se aleatorizaron los pacientes a uno de tres grupos de tratamiento:

1. Terapia convencional con solamente plan de alimentación.
2. Monoterapia intensiva con insulina
3. Terapia intensiva con sulfonilúrea +/- insulina

Lo interesante radica en que a los pacientes del grupo de sulfonilúreas, se les añadía tratamiento con insulina si la glucemia de ayuno estaba por encima de 108 mg/dL.

Después de 6 años de seguimiento, fue necesario añadir insulina al 53% de los pacientes en el grupo de sulfonilúrea, pero esta estrategia se reflejó en una cifra de HbA1c de 6,6% al final del seguimiento, contra 7,1% en el grupo de insulina sola (p=0,006) y 7,6% en el grupo de dieta sola.

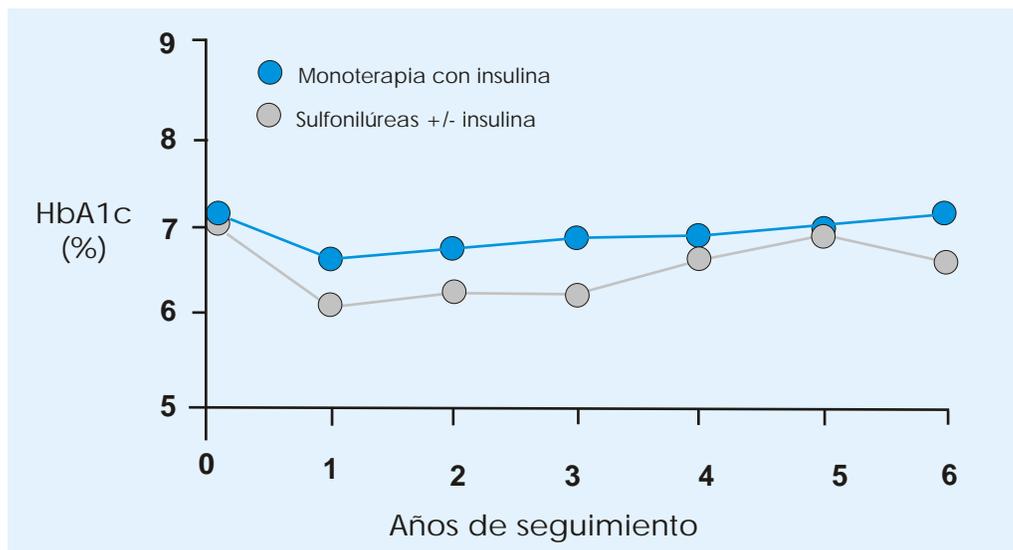


Figura 1: Reducción de HbA1c con terapia intensiva con insulina Vs terapia intensiva con sulfonilúrea + insulina de ser requerida. Adaptado de ⁽⁸⁾.

El comportamiento de la HbA1c durante los 6 años de seguimiento se ilustra en la Figura 1.

Uso

En el paciente que viene siendo tratado con sulfonilúreas y vá a ser pasado a un esquema de terapia combinada con insulina (la mayor parte de los casos en que se emplea el esquema), se instaura una dosis nocturna de insulina NPH o insulina glargina (Lantus) a una dosis de 0,2 UI/Kilo de peso/día y se continúa con la misma dosis de sulfonilúrea que el paciente traía, buscando reforzar el efecto hipoglucemiante con la insulina. La dosis de insulina deberá ajustarse cada semana de acuerdo al autocontrol glucémico y la clínica del paciente.

Cuando se combinan insulina y sulfonilúrea de entrada (caso menos frecuente), se debe emplear solamente la cuarta parte de la dosis máxima de sulfonilúrea buscando evitar una hipoglucemia; pues no conocemos que tanta será la respuesta del paciente a la sulfonilúrea. Con las sulfonilúreas actualmente disponibles en el mercado colombiano y cuyo uso está justificado, esto corresponde a:

- 2 mg de Glimepirida (Amaryl)
- 5 mg de Glibenclamida (Euglucon)
- 30 mg de Gliclazida MR (Diamicron MR)

Generalmente se instaura la terapia combinada con el llamado esquema BIDS (de la sigla inglesa Bedtime Insulin and Daytime Sulphonyl-urea), consistente en administrar la dosis de sulfonilúrea en la mañana, y aplicar una dosis de insulina de acción intermedia (NPH) o Lantus antes de acostarse.

La dosis de inicio de insulina siempre es de 0,2 UI/Kilo de peso/día, ajustando la dosis cuando en el automonitoreo glucémico se encuentre una cifra de glucemia de ayuno elevada por lo menos en dos ocasiones consecutivas. Los ajustes se hacen en pasos de 2UI, para evitar sobredosificaciones.

En pacientes obesos se han obtenido buenos resultados con la combinación de insulina premezclada 70/30 y glimepirida ⁽¹²⁾.

Inconvenientes

El principal inconveniente de la terapia combinada insulina-sulfonilúrea es la ganancia de peso.

Sucede que siempre que el paciente llega con una glucemia > 180 mg/dL, comienza a ganar peso al lograr el control glucémico. La razón es que está dejando de perder carbohidratos en la orina y esos carbohidratos comienzan a estar disponibles para su desviación hacia la síntesis de triglicéridos, que se acumulan en el tejido adiposo. Además, cuando mejora la acción insulínica a nivel hepático la producción hepática de glucosa disminuye, y esto representa un ahorro adicional de energía que tenderá a acumularse.

Los pacientes con hiperglucemias más intensas serán quienes más tiendan a ganar peso durante la terapia insulina-sulfonilúrea. Por tanto podemos enunciar 2 claves para impedir la ganancia de peso al emplear esta combinación:

1. Garantizar la adherencia del paciente al CTEV, que en la gran mayoría de los casos incluirá una alimentación hipocalórica.
2. No esperar a que el paciente desarrolle una hiperglucemia acentuada para iniciar la terapia combinada.

Otro problema que el médico teme al combinar insulina + sulfonilúrea es un aumento en el riesgo de presentar hipoglucemias. Sin embargo en 5 de 7 estudios que han evaluado esta combinación, se ha encontrado la misma frecuencia de hipoglucemia con insulina + sulfonilúrea que con insulina sola ⁽⁷⁾; y en el UKPDS 57 la frecuencia de hipoglucemias fue menor en el grupo de combinación que en el de monoterapia con insulina (1,6% por año Vs 3,2% por año, $p=0,017$)⁽⁸⁾.

Para prevenir hipoglucemias en el paciente que recibe terapia combinada insulina-sulfonilúrea se deben emplear las dosis indicadas de ambos fármacos, así como cuidar horarios de comidas y realizar los ajustes en la dosis de insulina con mucha cautela. En ese sentido glimepirida ofrece una ventaja sobre las demás sulfonilúreas, al asociarse con menor frecuencia de hipoglucemias por preservar la inhibición de la secreción endógena de insulina cuando la glucemia baja demasiado ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Justificación

La insulina, a pesar de ser un excelente fármaco hipoglucemiante, produce en casi la totalidad de los pacientes una ganancia de peso que oscila entre los 2 y los 5 Kilos. Se ha descrito que una disminución en la HbA1c de 2,5% empleando insulinoterapia sola se asocia con una ganancia de 5 Kg de peso en un año ⁽⁷⁾. Dado que el sobrepeso y la obesidad se asocian con importantes comorbilidades y con un aumento en el riesgo cardiovascular, sería bueno poder combinar la insulina con un ADO que prevenga o disminuya la ganancia de peso.

La metformina, al incrementar la sensibilidad hepática y periférica a la insulina, reduce la ganancia de peso asociada a la insulinoterapia.

Eficacia

La combinación insulina-metformina genera una reducción adicional de la HbA1c de 1-2% al compararla con insulina en monoterapia, y permite disminuir la dosis de insulina en un 20-30% ⁽⁷⁾. El riesgo de hipoglucemia es menor que con insulina en monoterapia y se generan reducciones en el colesterol total y el cLDL de entre un 8 y un 10% (15).

Ventajas

La combinación insulina-metformina es la combinación de insulina y ADO que se asocia con la menor ganancia de peso. En el estudio FINFAT se comparó la ganancia de peso en pacientes diabéticos tipo 2 que venían en monoterapia con sulfonilúreas y que se aleatorizaron a uno de 4 regímenes de terapia combinada⁽¹⁶⁾:

- 1- Insulina NPH nocturna + Glibenclamida en la mañana.
- 2- Insulina NPH nocturna + Metformina en la mañana.
- 3- Insulina NPH nocturna + Glibenclamida y Metformina en la mañana.
- 4- Insulina NPH nocturna + Insulina NPH en la mañana.

La ganancia de peso con cada uno de los esquemas en el estudio FINFAT se ilustra en la Figura 2.

Metformina se asoció con la menor ganancia de peso a un año, manteniendo el peso neutral; mientras que los otros tres grupos presentaron aumentos de peso de distinta magnitud, siendo como era de esperarse, mucho mayor en quienes recibían una segunda dosis de insulina en la mañana.

Uso

Se emplea una dosis matutina o al almuerzo de metformina (500-850 mg), y una dosis nocturna de insulina NPH o Lantus 0,2 UI/Kilo de peso/día. Los criterios de ajuste de dosis son iguales a los mencionados para sulfonilúreas.

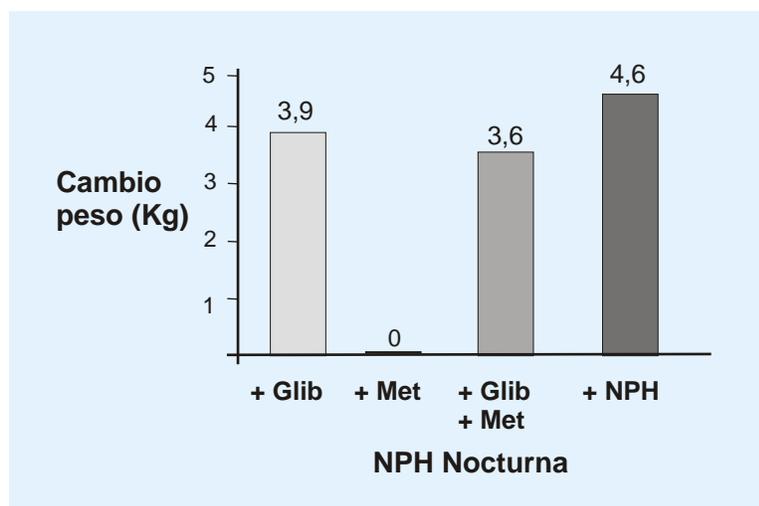


Figura 2: Ganancia de peso con diferentes esquemas de terapia combinada con insulina. Modificado de ⁽¹⁶⁾.

Inconvenientes

La terapia combinada insulina-metformina no se debe emplear en pacientes con alteraciones de la función renal, en pacientes con insuficiencia cardíaca, en pacientes con EPOC, en pacientes con insuficiencia hepática de cualquier grado, estados hipoxémicos de cualquier etiología ó en mujeres embarazadas.

Si un paciente viene con terapia insulina-metformina y va a ser sometido a cirugía mayor, debe suspenderse temporalmente la metformina y ajustar la dosis de insulina. Lo mismo aplica para pacientes con infecciones agudas, infarto miocárdico u otro tipo de descompensación aguda.

No es recomendable emplear metformina en pacientes mayores de 60 años, por la disminución en la tasa de filtración glomerular que acompaña a la edad y por la alta frecuencia de comorbilidades en este grupo de pacientes.

INSULINA + TIAZOLIDINDIONAS

Justificación

Las tiazolidindionas (TZD) son los ADO que mas atacan la resistencia periférica a la insulina, especialmente en tejido adiposo.

Administrar insulina concomitantemente con un ADO que mejora la respuesta periférica a la insulina es un enfoque lógico desde el punto de vista fisiopatológico.

Eficacia

La combinación insulina-TZD es la que más efecto ahorrador de insulina tiene.

La disminución de la dosis de insulina puede oscilar entre un 40 y un 50% ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Se produce una reducción adicional de 1,0 1,2% en la HbA1c al comparar con insulina sola, y se aumenta el cHDL en un 8-10%. Con pioglitazona se han evidenciado reducciones de triglicéridos alrededor de 30 mg/dL. A diferencia de lo encontrado con TZD en monoterapia, en terapia insulina-TZD no se han evidenciado aumentos en el colesterol total (CT) ni en el colesterol de LDL (cLDL).

El riesgo de hipoglucemias es significativamente mayor que con insulina en monoterapia; y la eficacia en el tratamiento se correlaciona con la frecuencia de hipoglucemias.

Ventajas

La disminución notable en la dosis de insulina, y la mejoría en varios factores de riesgo cardiovascular (cHDL, sensibilidad a la insulina) son las principales ventajas de esta combinación. Sin embargo aún hacen falta estudios a mas largo plazo, dado que los mas prolongados han durado 6 meses.

Uso

Se administra una dosis matutina de 30 mg de pioglitazona ó 4 mg de rosiglitazona, y una dosis nocturna de insulina NPH o Lantus 0,15 UI/Kilo de peso/día.

Inconvenientes

La terapia combinada insulina-TZD es la que mas incremento de peso genera en los pacientes. Se ha calculado una ganancia promedio de 3,5 a 5,0 Kg, dependiendo de la dosis de TZD empleada ^(7,17,18).

Sin embargo al parecer la mayor parte de ese tejido adiposo adicional pertenece a depósitos subcutáneos y no a depósitos intraabdominales, que son los que se correlacionan con un aumento en el riesgo cardiovascular ⁽¹⁹⁾. Suele generarse también retención hídrica que se traduce en edema periférico leve, disminución de la hemoglobina plasmática en ~0,5 mg/dL y del hematocrito en ~2% ⁽¹⁸⁾.

Como se mencionó anteriormente, la frecuencia de hipoglucemias puede aumentar, ya que el efecto hipoglucemiante de la insulina se ve enormemente potenciado por la acción de las TZD sobre la sensibilidad insulínica. Por ese motivo se recomienda iniciar con una dosis de insulina ligeramente mas baja que en las otras combinaciones.

INSULINA + MEGLITINIDAS

Justificación

De una manera similar a las sulfonilúreas, se espera que la combinación de insulina y meglitinidas tenga un efecto sinérgico; y que mientras la insulina exógena elimina la glucotoxicidad sobre la célula beta, la meglitinida estimule la secreción insulínica

fisiológica, en este caso sólo en el período postprandial.

Eficacia

Los estudios sobre combinación de insulina y meglitinidas son muy escasos. Sin embargo un pequeño estudio antes-después⁽²⁰⁾ reportó una reducción adicional de HbA1c de 1,2% sin incremento en la frecuencia de hipoglucemias y con reducción en la dosis de insulina en la mayoría de los pacientes (62%). Ya se están adelantando trabajos mas grandes y de mayor duración para establecer la utilidad de ésta combinación.

INSULINA + ACARBOSA

Justificación

Aunque cada vez tienen un uso mas restringido, en especial en nuestro país; los inhibidores de alfa-glucosidasas intestinales son fármacos seguros y pueden constituir una opción en el tratamiento de la DM2. El objetivo de ésta combinación es proveer una regulación de la glucemia basal con insulina y controlar los picos hiperglucémicos postprandiales con acarbosa.

Eficacia

La adición de acarbosa a un paciente que viene siendo tratado con insulina disminuye ligeramente los requerimientos de insulina. La HbA1c desciende un 0,4-0,7% adicional a lo obtenido con insulina sola ⁽²¹⁾. Puede producirse un leve descenso en el peso corporal, o éste puede permanecer constante. Suele darse una ligera reducción de triglicéridos plasmáticos.

Uso

La combinación insulina-acarbosa se puede emplear en un paciente que ya está en insulino-terapia pero no alcanza las metas a causa de grandes picos hiperglucémicos postprandiales. Se emplean 50 mg de acarbosa con cada comida, y una dosis nocturna de 0,2 UI/Kilo de peso/día de insulina NPH o Lantus.

Otro uso que está tomando mayor popularidad es utilizar la acarbosa para retardar la absorción de una colación nocturna en un paciente que está en insulino terapia. Muchos de los pacientes que se aplican insulina NPH en la noche experimentan hipoglucemias en la madrugada como consecuencia del pico de acción insulínica 6 a 8 horas después de la aplicación. En éstos pacientes se indica la ingestión de una colación nocturna, pero no siempre ésta alcanza a cubrir al paciente hasta la madrugada. La administración de un comprimido de acarbosa de 100 mg junto con la colación nocturna ayuda a retrasar la absorción de la misma, y puede reducir el riesgo de hipoglucemia en la madrugada.

COMBINACIONES CON ANÁLOGOS DE INSULINA

Insulina glargina (Lantus)

La insulina glargina (Lantus) es un análogo de insulina de una sola aplicación diaria que no tiene pico de acción y da una insulinización basal durante 24 horas con una sola dosis. Aunque aún no está disponible en Colombia, será introducida en el país en septiembre de éste año. **En un estudio que comparó la eficacia de insulina NPH + ADO Vs insulina glargina + ADO se encontró una eficacia similar de los dos esquemas, con una frecuencia de hipoglucemias 35% menor, y de hipoglucemias nocturnas 56% menor con el empleo de insulina glargina⁽²²⁾.**

RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA EN TERAPIA COMBINADA CON INSULINA

- La idea de instaurar terapia combinada es, además de mejorar el control glucémico; disminuir el número de aplicaciones de insulina, así que no tiene sentido adicionar un ADO y dejar al paciente con 2 o 3 aplicaciones diarias. **Se debe emplear una sola dosis diaria de insulina.**
 - Se recomienda dejar la dosis de ADO constante y ajustar la de insulina, es muy difícil ajustar los requerimientos de ambos fármacos al mismo tiempo.
- Se debe propender por el autocontrol glucémico en todos los pacientes diabéticos, pero mucho más en los que están en terapia combinada, a fin de optimizar el control y evitar hipoglucemias.

BIBLIOGRAFÍA

1. U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas and insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:837-852
2. U.K. Prospective Diabetes Study Group: U.K. Prospective Diabetes Study 16. Overview of 6 years' therapy of type II diabetes: a progressive disease. *Diabetes* 1995;44:1249-1258
3. Turner R, Cull CA, Frighi V et al. Glycemic control with diet, sulphonylurea, metformin or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus. Progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). *JAMA* 1999;281:2005-2012
4. U.K. Prospective Diabetes Study Group: U.K. Prospective Diabetes Study 7: Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients. *Metabolism* 1990;39:905-12
5. Abaira C, Colwell JA, Nutall FQ et al. Veterans Affairs Cooperative Study on glycemic control and complications in type II diabetes (VA CSDM). Results of the feasibility trial. *Diabetes Care* 1995;18:113-1123
6. Erle G, Lovise S, Stocchiero C et al. A comparison of preconstituted, fixed combinations of low-dose glyburide plus metformin versus high-dose glyburide alone in the treatment of type 2 diabetic patients. *Acta Diabetol* 1999;36:61-65
7. Yki-Jarvinen H. Combination therapies with insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:758:767
8. Wright A, Felix Burden AC, Paisey R, et al. Sulphonylurea inadequacy: Efficacy of addition of insulin over 6 years in patients with type 2 diabetes in the U.K. Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 2002;25

9. Yki-Jarvinen H, Kappila M, Kujansuu E et al. Comparison of insulin regimens in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1992;327:1426-1433
10. Melander A, Lebovitz HE, Farber OK: Sulphonylureas: Why, which, and how. *Diabetes Care* 1990;13(suppl 3):18-30
11. Groop LC, Barzilai N, Ratheiser K et al. Dose-dependent effects of glyburide on insulin secretion and glucose uptake in humans. *Diabetes Care* 1991;14:724-7
12. Riddle MC, Schneider J. Beginning insulin treatment of obese patients with evening 70/30 insulin plus glimepiride versus insulin alone. *Diabetes Care* 1998;21:1052-1057
13. Draeger E. Clinical profile of glimepiride. *Diabetes Res Clin Pract* 1995;28(suppl):S139-S146
14. Holstein A, Plaschke A, Egberts E-H. Lower incidence of severe hypoglycaemia in type 2 diabetic patients treated with glimepiride versus glibenclamide. (Abstract) *Diabetologia* 2000;43(suppl 1):A40
15. Relimpio F, Pumar A, Losada F et al. Adding metformin versus insulin dose increase in insulin-treated but poorly controlled Type 2 diabetes mellitus: an open-label randomized trial. *Diabet Med* 1998;15:997-1002
16. Yki-Jarvinen H, Ryysy L, Nikkila K, et al. Comparison of bedtime insulin regimens in patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1999;130:389-396
17. Rubin C, Egan J, Schneider R. Pioglitazone 014 Study Group. Combination therapy with pioglitazone and insulin in patients with type 2 diabetes (Abstract). *Diabetes* 1999;48:A110
18. Raskin P, Rendell M, Riddle M. A randomized trial of rosiglitazone in patients with inadequately controlled insulin-treated type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1226-32
19. Kawai T, Takei I, Oguma Y et al. Effect of troglitazone on body fat distribution in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 1999;22:908-12
20. de Luis DA, Aller R, Cuellar L et al. Effect of repaglinide addition to NPH insulin monotherapy on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2001;24:1844-45
21. Kelley DE, Bidot P, Freedman Z et al. Efficacy and safety of acarbose in insulin-treated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1998;21:2056-61
22. Yki-Jarvinen H, Dressler A, Ziemien M. Less nocturnal hypoglycemia and better post-dinner glucose control with bedtime insulin glargine compared with bedtime NPH insulin during insulin combination therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23:1130-36

ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE ATEROSCLEROSIS (SOLAT)

Aprobados por unanimidad en la Asamblea del 25 de septiembre de 1997.

CAPÍTULO I

NOMBRE, OBJETIVOS, DOMICILIO.

Artículo 1o. Nombre :

La Sociedad será sin ánimo de lucro y se denominará **SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE ATEROSCLEROSIS (SOLAT)**.

Artículo 2o. Objetivos:

- a. Propender al adelanto y divulgación de los conocimientos científicos y técnicos en el campo de la Aterosclerosis.
- b. Promover la investigación y discusión de los trabajos científicos.
- c. Favorecer la asistencia médica y social de los pacientes con Aterosclerosis, la prevención de la enfermedad y sus complicaciones.
- d. Estrechar las relaciones entre los expertos en la materia a nivel Latinoamericano, propiciando actividades que contribuyan a este fin.
- e. Efectuar publicaciones periódicas sobre aterosclerosis.

Artículo 3o. Domicilio :

Será la ciudad de Santafé de Bogotá donde reside la Secretaria General y el Director Ejecutivo con la posibilidad de ser cambiada por la Asamblea en el momento que lo considere necesario.

CAPÍTULO II

MIEMBROS DE LA SOCIEDAD.

Artículo 4o. La Sociedad estará constituida por **Capítulos**.

Paraqrafo 1o. Cada país latinoamericano tiene derecho a tener un Capítulo.

Paraqrafo 2o. Cada Capítulo será autónomo, por lo cual debe cumplir con las leyes establecidas por el país.

Artículo 5o. Serán miembros de la Sociedad los socios de los distintos Capítulos en la categoría que cada Capítulo le asigne.

Paraqrafo 1o. Tienen derecho a ser miembros de cada Capítulo todos los profesionales que trabajen en el área de la Aterosclerosis y expresen su deseo y tramiten su ingreso a la misma.

CAPÍTULO III

ORGANIZACION.

Artículo 6o. La Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT) estará regida por:

- a. Una Asamblea Delegada
- b. Una Junta Directiva.

Artículo 7o. La Asamblea Delegada estará conformada por:

- a. El Presidente
- b. Los Presidentes de cada capítulo
- c. Un Delegado de cada capítulo y
- d. El Director Ejecutivo.

Artículo 8o. La Asamblea Delegada se reunirá una vez cada 2 años, durante el Congreso de la Sociedad.

Artículo 9o. Serán funciones principales de la Asamblea:

- a. Elección del Presidente , Vicepresidente y Fiscal , quienes serán electos por un solo período.
- b. Elección del Director Ejecutivo, quien podrá ser reelegido.
- c. Reformar los estatutos.
- d. Designación sede del próximo Congreso.
- e. Fijación cuotas que aportaran los Capítulos.
- f. Consideración de los informes rendidos por la Junta Directiva saliente.

Artículo 10o. Se hará quórum con los dignatarios que conforman la Asamblea Delegada y que participen de la misma.

Artículo 11o. Las decisiones de la Asamblea serán tomadas por la mayoría absoluta de votos y en caso de empate, el voto dirimente lo tiene el Presidente.

Artículo 12o. La Junta Directiva estará integrada por:

- A. El Presidente.
- b. El Vicepresidente.
- c. El Secretario.
- d. El Tesorero.
- e. El Director Ejecutivo.

Artículo 13o. Los Miembros de la Junta Directiva durarán dos años en sus funciones, excepto el Director Ejecutivo que puede ser reelegido.

Artículo 14o. Serán funciones de la Junta Directiva:

- a. Colaborar en la organización del Congreso de la Sociedad.
- b. Reunirse mínimo una vez por año.
- c. Asesorar y colaborar con los Capítulos en actividades Científicas.
- d. Otras que le sean asignadas por la Asamblea Delegada.

Artículo 15o. Serán funciones del Presidente:

- A. Presidir las sesiones de la Junta Directiva y la Asamblea Delegada.

- b. Rendir informe a la Asamblea Delegada sobre las labores realizadas durante su período.
- c. Representar a la Sociedad en los actos científicos, académicos o sociales a que hubiera lugar.
- d. Nombrar al Secretario y Tesorero.

Artículo 16o. Serán funciones del Vicepresidente:

- a. Reemplazar al Presidente en caso de ausencia y colaborarle en la gestión.

Artículo 17o. Serán funciones del Secretario:

- a. Atender cumplidamente todas las labores que este cargo requiere.

Artículo 18. Serán funciones del Tesorero:

- a. Velar por los intereses económicos de la Sociedad.

Artículo 19o. Serán funciones del Fiscal :

- A. Controlar y Supervisar las tareas económicas de la Junta Directiva y aprobar los balances presentados por la misma.

Artículo 20o. La Sociedad tendrá un Director Ejecutivo quien dependerá jerárquicamente del Presidente.

Artículo 21o. Serán funciones del Director Ejecutivo:

- a. Convocar a reunión de Junta Directiva cuando el Presidente lo solicite.
- b. Mantener el Directorio de la Sociedad actualizado.
- c. Publicar el Boletín Informativo de la Sociedad.
- d. Mantener una correspondencia ágil con los distintos Capítulos de la Sociedad.
- e. Llevar los Libros de actas de las Asambleas de la Sociedad.

CAPÍTULO IV

PATRIMONIO Y CUOTAS

Artículo 22o. Las cuotas de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SO-LAT) serán:

- A. Cuota anual de sostenimiento de los Capítulos.
- b. Ingresos por actividades propias de la Sociedad (Congreso, Cursos, Simposios, etc).
- c. Donaciones.
- d. Otros.

Artículo 23o. El valor de la cuota de sostenimiento de los Capítulos será fijado por la Asamblea Delegada.

Artículo 24o. Los Capítulos que no se encuentren al día con la tesorería perderán su derecho a votar en la Asamblea Delegada.

CAPÍTULO V

SANCIONES

Artículo 25o. La Asamblea Delegada de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT) hará una primera y segunda

amonestación y una suspensión definitiva a aquellos Capítulos que no cumplan con sus obligaciones éticas, científicas o que incurran en deslealtad con la misma.

EN NUESTRO PRÓXIMO BOLETÍN

¿Se puede prevenir la diabetes tipo 2?

La gran mayoría de los esfuerzos investigativos y de salud pública en todo el mundo se están enfocando en este momento hacia la detección temprana, el tratamiento adecuado y el retraso en la aparición de las complicaciones de la diabetes tipo 2.

Sin embargo está comenzando a prosperar la idea de que la diabetes es una enfermedad PREVENIBLE, y no es necesario esperar a que aparezca para poder intervenir.

En ese sentido cabe preguntarnos: ¿Qué intervenciones pueden retrasar o prevenir la aparición de la diabetes tipo 2? ¿Es necesaria alguna intervención farmacológica? ¿Qué rol pueden jugar los cambios terapéuticos en el estilo de vida?

En el próximo boletín revisaremos la evidencia clínica más relevante en cuanto a prevención de diabetes tipo 2, enfatizando en el análisis crítico de los estudios y en su aplicabilidad en el marco de la práctica clínica diaria.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS A DESARROLLARSE EN EL 2003

Congreso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA).

Málaga, 14 al 17 de mayo

Informes: e-mail: www.searteriosclerosis.org

Duodécima Clínica Nacional de Diabetes.

Bogotá, 29, 30, 31 de mayo y 1 de junio

Informes: e-mail: silat@cable.net.co, solat@cable.net.co

63rd Scientific Sessions of the American Diabetes Association (ADA).

New Orleans, 14 al 18 de junio

Décima Tercera Clínica Nacional de Diabetes.

Bogotá, 19 al 22 de junio

Informes: e-mail: silat@cable.net.co, solat@cable.net.co

VII Congreso de la SOLAT y V Congreso de la SILAT.

Lima, 9 al 12 de julio

Informes: e-mail: apoa@terra.com, silat@cable.net.co, solat@cable.net.co

XIX Congreso Colombiano de la Asociación Colombiana de Medicina Interna - American College of Physicians .

Corozal - Sucre del 15 al 17 de agosto

Informes: Dr. Gustavo Márquez Salom: e-mail gusmar52@hotmail.com,

Graciela Perdigon: e-mail: gracielperdigon@epm.net.co

Congreso de la International Diabetes Federation (IDF).

Paris 25 al 29 de agosto. Informes: www.idfparis2003.org

Cursos Regionales de Actualización y Formación en Diabetes Mellitus.

Cartagena 19 de septiembre y Barranquilla 20 de septiembre

Informes: danvito@hotmail.com, helyhndez@ctgred.net.co, jbrugues@ctgred.net.co, sysco79@yahoo.com.

7th International Congress on Atherosclerosis.

Kyoto, 26 de septiembre al 2 de octubre

XI Congreso Portugués de Aterosclerosis.

Almancil (Portugal) 29 de octubre al 1 de noviembre

Informes: Dr. Manuel Carrageta: e-mail: mcarrageta@mail.telepal.pt, spa_atheros@hotmail.com

Dr. Pedro Marques da Silva: e-mail: silvpm@netcabo.pt



SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE ATEROSCLEROSIS (SOLAT)

HOJA DE INSCRIPCIÓN **Miembro Titular**

¿CÓMO HACERSE MIEMBRO?

1. Llenar la hoja de Inscripción.
2. Consignar en la cuenta Conavi No: 2071-844-3138 , la suma de \$ 30.000.00.
3. Enviar la hoja de inscripción y el recibo de consignación por Servientrega o Deprisa a la Carrera 11 No: 90-07 oficina 306 , Bogotá. D.C.- Colombia.

Nombres: _____

Apellidos: _____

Profesión: _____ **Especialidad:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

Dirección para correspondencia: _____

Ciudad: _____ **País:** _____

Teléfono: _____
 Código País **Código Ciudad** **Número**

Fax: _____ **e-mail:** _____

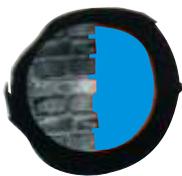
Cuota de Inscripción: Lo establecido por cada capítulo
Para Colombia: Treinta Mil pesos colombianos por año (\$ 30.000.00 x año)

FIRMA



BENEFICIOS:

- Recibir el Boletín Informativo de la SILAT - SOLAT, seis (6) números por año.
- Pagar la mitad de los aranceles por concepto de inscripción en los cursos y congresos que realice la sociedad.
- Asesoría en la realización de protocolos de investigación en el área.
- Ayuda en la consecución de recursos para la ejecución de protocolos de investigación en el área.
- Elegir y ser elegido para los cargos directivos de la sociedad.
- Posibilidad de publicar artículos de revisión en el boletín, previa aprobación por el Comité Editorial.



SOCIEDAD IBEROLATINOAMERICANA DE ATEROSCLEROSIS (SILAT)

HOJA DE INSCRIPCIÓN **Miembro Ordinario**

¿CÓMO HACERSE MIEMBRO?

1. Llenar la hoja de Inscripción.
2. Entregar a una de las autoridades de la SILAT en su país la hoja de inscripción diligenciada y la suma de treinta dólares (U\$ 30) o treinta euros (€ 30).

Nombres: _____

Apellidos: _____

Profesión: _____ **Especialidad:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

Dirección para correspondencia: _____

Ciudad: _____ **País:** _____

Teléfono: _____
Código País Código Ciudad Número

Fax: _____ **e-mail:** _____

Cuota de Inscripción: Treinta Dólares (U\$ 30) o Treinta Euros (€ 30) por año.

FIRMA

BENEFICIOS:

- Recibir la Revista Clínica e Investigación en Arteriosclerosis, seis (6) números por año.
- Recibir el Boletín Informativo de la SILAT - SOLAT, seis (6) números por año.
- Pagar la mitad de los aranceles por concepto de inscripción en los cursos y congresos que realice la sociedad.
- Elegir y ser elegido para los cargos directivos de la sociedad.
- Posibilidad de publicar artículos de revisión o trabajos de investigación en la revista, previa aprobación por el Comité Editorial.
- Posibilidad de publicar artículos de revisión en el boletín, previa aprobación por el Comité Editorial.

AUTORIDADES DE LA

SILAT

Presidente

Dr. Iván Darío Sierra Ariza
silat@cable.net.co
Colombia

Primer Vicepresidente

Dr. Manuel Carrageta
mcarrageta@mail.telepal.pt
Portugal

Segundo Vicepresidente

Dr. Juan Rubiés-Prat
España

Secretario

Dr. José Emilio Fernández -Britto
jfbritto@infomed.sld.cu
Cuba

Vicesecretario

Dr. Juan Carlos Laguna
España

Tesorero

Dr. Jorge Torres Calvete
rponce@internet.com.uy
Uruguay

Vicetesorero

Dr. Luis Álvarez-Sala
España

Vocales

Dr. Héctor Cintora (Argentina)
Dr. Jorge Solano (Paraguay)
Dr. Xavier Pintó (España)
Dr. Walmir Coutinho (Brasil)
Dr. Atilio Rigotti (Chile)
Dr. Mario Zubiato (Perú)
Dr. Pedro Marques da Silva (Portugal)
Dr. María Emilia Blanes (México)
Dr. Francisco Aulestia (Ecuador)

AUTORIDADES DE LA

SOLAT

Presidente

Dr. José Benigno Peñalosa

Vicepresidente

Dr. Carlos González Infantino

Secretario

Dr. Mario Zubiato

Tesorero

Dra. María Luisa Sáenz Bazán

Fiscal

Dr. José Emilio Fernández-Britto

Director Ejecutivo

Dr. Iván Darío Sierra Ariza