



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-132 - Nuestra EXPERIENCIA en la práctica clínica con el cambio de terapia insulínica basal a degludec en diabetes mellitus tipo 1

C.M. Díaz Perdignes, A. Muñoz Garach, M. Molina Vega, M. Damas Fuentes, C. Hernández García, I. Mancha Doblas y F.J. Tinahones Madueño

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Objetivos: Con la reciente aparición de las nuevas insulinas basales se busca lograr un mejor control glucémico basado en una menor variabilidad, con una reducción del número de hipoglucemias, así como minimizar la ganancia ponderal. En nuestro estudio evaluamos nuestra experiencia con insulina degludec (ID) en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1).

Material y métodos: Se evaluaron características basales (edad, sexo, duración de la DM1, complicaciones micro-macrovasculares, peso, IMC, HbA1c, terapia insulínica basal, hipoglucemias registradas en el último mes catalogadas en 5 hipoglucemias, entre 5-10 hipoglucemias y > 10 hipoglucemias). Posteriormente se reevaluaron los pacientes tras la modificación terapéutica. Se compararon grupos mediante el test T Wilcoxon para comparación de medias (distribuciones no normales) y se compararon la diferencia en el número de hipoglucemias con el test McNemar.

Resultados: Analizamos los datos de 27 pacientes tras 6 meses del cambio de insulina. El 51,9% fueron varones y 48,1% mujeres, edad media $38 \pm 12,9$ años, tiempo medio de evolución de la enfermedad de $15,1 \pm 8$ años. En el 11,1% de los casos son hipertensos, 3,7% tienen historia de cardiopatía isquémica, 18,5% retinopatía diabética, 3,7% nefropatía y ninguno neuropatía. Tras la intervención no hubo modificaciones estadísticamente significativas en glucemia basal ($184,7 \pm 52,3$ vs $176,31 \pm 62,7$ mg/dl), ni HbA1c ($7,5 \pm 0,98$ vs $7,3 \pm 0,78\%$). Sin embargo, el 70,4% tenía HbA1c < 7% con el nuevo tratamiento. La dosis de insulina en U/kg ($0,71 \pm 0,18$ vs $0,65 \pm 0,2$ U/kg), peso ($71,12 \pm 16,3$ vs $72,6 \pm 17$ kg), IMC ($27,5 \pm 3,9$ vs $25,3 \pm 3,9$ kg/m²) tampoco presentaron diferencias estadísticamente significativas. Se observan cambios significativos en la disminución de dosis de insulina basal ($29,05 \pm 9,25$ vs $24,8 \pm 9$ UI) p 0,03. La insulina lenta previa al cambio fue 88,9% glargina, 7,4% detemir y NPH 3,7%. El momento de inyección era 33,3% en desayuno, 7,4% en almuerzo, antes de dormir 29,6%, desdoblada entre desayuno y cena 3,7% y entre desayuno y antes de dormir 11,1%. Se registraron las hipoglucemias en el último mes antes tras el cambio de insulina a ID; el 37% de los casos presentó previo al cambio, menos de 5 hipoglucemias, entre 5-10 hipoglucemias el 29,6% y más de 10 hipoglucemias el 33,3%. Tras la instauración de ID el 70,4% registró menos de 5 hipoglucemias, entre 5-10 en el 14,8% y más de 10 hipoglucemias 11,1%. Por lo que observamos un descenso significativo en el número de hipoglucemias (75% con > 10 hipoglucemias antes del cambio de tratamiento pasan a 5, tras la modificación terapéutica, p: 0,009).

Conclusiones: Las nuevas insulinas basales de perfil más prolongado logran un mejor control de hipoglucemias con menor dosis de insulina basal. Parece haber una tendencia hacia una mejoría de HbA1c y glucemia en ayunas, pero harían falta una muestra mayor que en nuestro estudio para demostrar diferencias

estadísticamente significativas.