

- (clase III, el nivel de evidencia: C; nueva recomendación).
- Para los pacientes que presentan un hematoma lobar de más de 30 mL y menos de 1 cm de la superficie, la evacuación de la HIC supratentorial por craneotomía estándar se puede considerar (clase IIb, nivel de evidencia: B; directriz revisada de la anterior).
 - Dada la naturaleza potencialmente grave y complejo patrón de la evolución de la discapacidad, todos los pacientes con HIC deben tener acceso a la rehabilitación multidisciplinaria como el nivel más pronto posible (clase IIa, nivel de evidencia: B).

Esta guía clínica es aplicable a nuestro entorno, mejorando el tratamiento de los pacientes afectos de una HIC.

F. Epelde

*Unidad de Soporte a Urgencias, Hospital de Sabadell,
Consorci Hospitalari Parc Taulí, Sabadell,
Barcelona, España*

Correo electrónico: epelde@comb.es.

doi:10.1016/j.rce.2010.09.003

Efectividad del tratamiento con bomba de infusión continua de insulina con sensor de glucemia en diabetes mellitus tipo 1[☆]

Bergenstal RM, Tamborlane WV, Ahmann A, Buse JB, Dailey G, Davis SN, et al. Effectiveness of sensor-augmented insulin-pump therapy in type 1 diabetes. *N Engl J Med* 2010; 363:311–320.

Antecedentes: El desarrollo más reciente de nuevas tecnologías para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 (DM-1) incluye a una variedad de bombas de infusión continua de insulina con sensores de glucemia (BICSG) cuya eficacia no ha sido valorada en comparación con los protocolos de inyecciones múltiples de insulina (IMI).

Método: Ensayo clínico multicéntrico (30 centros de Estados Unidos y Canadá), aleatorizado y controlado. El estudio comparó el tratamiento de diabéticos tipo 1 con BICSG en relación con IMI. No se utilizó placebo de un año de duración, en el que se compara la eficacia de una BICSG frente a la de un régimen de IMI. Se incluyó a 485 pacientes (329 adultos y 156 niños) con control inadecuado de su DM-1, definido como la presencia de niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1C) mayores a 8,5%. Los pacientes recibieron análogos de insulina recombinante y fueron controlados por un equipo de clínicos expertos. La medición principal fue el cambio en los niveles de HbA1C observados tras un año de tratamiento.

☆ Ensayo financiado por Medtronic y otros; ClinicalTrials.gov NCT00417989.

Resultados: El nivel medio de HbA1C basal fue de 8,3% en los dos grupos de estudio y disminuyó al cabo de un año a 7,5% en los tratados con BICSG y a 8,1% en los que recibieron IMI ($p < 0,001$). La proporción de pacientes que alcanzó el objetivo de HbA1C (< 7%) fue superior en el grupo de terapia con BICSG (28%) que en el grupo de tratamiento con IMI (10%). La incidencia de hipoglucemias graves en el grupo de terapia con BICSG (13,31 casos por 100 personas/año) no difirió de forma significativa de la observada en el grupo de tratamiento con IMI (13,48 por 100 personas/año, $p = 0,58$). No hubo diferencias significativas en el peso en ninguno de los grupos.

Conclusiones: Tanto en adultos como en niños con DM-1 inadecuadamente controlada, el tratamiento con BICSG consiguió una mejoría significativa en los niveles de HbA1C, en comparación con el tratamiento estándar de IMI. En el grupo de terapia con BICSG una proporción significativamente mayor de adultos y de niños alcanzó el valor objetivo de HbA1C.

Comentario

Este estudio demuestra, que la utilización de BICSG consigue en pacientes con DM-1 un mejor control glucémico que el tratamiento con IMI, sin que se acompañe de un incremento en la incidencia de hipoglucemias. Estos hallazgos son relevantes ya que el mal control glucémico se asocia a una mayor incidencia de eventos microvasculares, tanto en pacientes con DM-1 (Estudio DCCT. NEJM. 1993;329:977-86) como en enfermos con DM-2 (Estudio ACCORD. NEJM. 2010;363:233-44).

En este estudio no se examinó la calidad de vida, siendo presumible la existencia de diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento evaluadas. Los propios autores señalan otras limitaciones del estudio que no afectan a su validez. La utilización de BICSG requiere un entrenamiento especial. En menores de 7 años es obligatoria la supervisión constante de un adulto y todos los pacientes deben poder consultar con expertos en diabetes durante las 24 horas de cada día.

A pesar de estas evidencias favorables la adopción generalizada de esta tecnología puede ser limitada. En España las bombas de insulina, así como los consumibles asociados, están financiadas por el Sistema Nacional de Salud (Orden SCO/710/2004), pero no sucede lo mismo con los sensores de glucemia. Es posible que el tratamiento con bomba de insulina provisto de un sensor de glucemia pueda ofrecer un mayor beneficio que el tratamiento con inyecciones múltiples de insulina en pacientes seleccionados con DM-1.

R.E. González Rodiles Heredia
*Hospital Universitario La Paz,
Madrid, España*

Correo electrónico: roswellenrique@yahoo.es.

Disponible en Internet el 30 de diciembre de 2010

doi:10.1016/j.rce.2010.09.004