Tecnologías y tratamientos avanzados en la diabetes

**4597**

**Por: Dr. José Ramón Calle**
Asesor Médico de la Fundación para la Diabetes. Especialista en Endocrinología del Hospital Clínico de Madrid.

Temas: [Tratamiento](http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulos/b/3) , [Avances/Investigación](http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulos/b/24)



Se acaba de celebrar en París la octava edición del **Congreso sobre los últimos avances en el tratamiento de la diabetes** (ATTD 2015, International Conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes). En esta ocasión no se ha presentado ninguna novedad deslumbrante, pero sí una serie de trabajos que suponen **pasos en la dirección correcta a la hora de facilitar la vida y evitar las complicaciones de las personas con diabetes**.

Como en los últimos años, la parte del león del congreso se la han llevado las **bombas de insulina**. Se han presentado los últimos modelos de los diferentes laboratorios, cada vez más cómodos para el paciente y con mayor eficacia y seguridad. Hasta ahora las bombas de insulina están infrautilizadas, especialmente en España, donde sólo las utilizan el 6-7 % de las personas con diabetes tipo 1, frente a más del 30 % en otros países como Estados Unidos, Noruega o Países Bajos. De hecho, en el congreso se han presentado estudios que demuestran cómo muchas personas con diabetes tipo 2 tratadas con insulina también pueden ser candidatas a tratarse con una bomba de insulina.

Sin embargo, más que de las bombas de insulina convencionales, en el congreso se ha hablado de los pasos que nos tendrían que llevar a la **bomba de insulina de asa cerrada o páncreas artificial**, es decir, la bomba de insulina en la que el paciente pudiera despreocuparse de medir la glucosa y de ponerse insulina, ya que la bomba iría acoplada a un sensor que mediría en todo momento el nivel de glucosa y segregaría la insulina en función de dicha glucemia. Podríamos decir que nos vamos acercando poco a poco. Para ello necesitamos que los sensores de monitorización continua sean más fiables, y los últimos modelos mejoran dicha fiabilidad. También necesitamos que haya menos retraso entre la glucosa medida donde se coloca la aguja de los sensores, el líquido intersticial, y la sangre, y también vamos mejorando, de manera que ahora el desfase es de pocos minutos. La insulina también debiera pasar rápidamente a la sangre en respuesta a una cifra de glucosa y aquí tropezamos con que en lugar de ir a la vía porta, como la que segregan las personas no diabéticas, pasa primero al tejido que hay debajo de la piel. Se han intentado vías diferentes a la subcutánea, como la peritoneal, con resultados prometedores aunque todavía hay que mejorarlos. En cualquier caso, hemos podido ver cómo en grupos controlados bombas de asa cerrada experimentales funcionan razonablemente bien, aunque todavía estamos lejos de que puedan estar comercializadas. Lo que sí que tenemos ya son bombas de insulina en las que la bomba hace lo que se conoce como una suspensión predictiva: hasta ahora, algún modelo de bomba acoplada a sensor de glucosa paraba la bomba durante 2 horas cuando se producía una hipoglucemia. La novedad está en que ahora es posible que la bomba calcule que se va a producir una bajada en los próximos 30 minutos y pare su infusión hasta revertir esta situación.

Para poder aproximarnos más al ideal del páncreas artificial sería importante contar con insulinas más rápidas que las insulinas actuales, más lentas que las de las personas no diabéticas. Llevamos años detrás de estas insulinas y hemos tenido la oportunidad de ver los resultados de estudios que parecen avalar el que dentro de poco podamos tener estas insulinas.

Lo que sí es una realidad, al menos en Estados Unidos, es una**nueva insulina inhalada**, la Afrezza. Hay que reconocer que la mayoría de los especialistas mira con reticencia a las insulinas inhaladas después del gran fiasco que supuso la anterior inhalada, la Exubera, retirada al poco tiempo de su comercialización por el propio laboratorio por la mala aceptación por parte de médicos y pacientes. Incluso, con posterioridad a su retirada, supimos que algún estudio apuntaba a posibles alteraciones pulmonares. Ahora parece que la nueva insulina es mejor, más precisa en la dosificación, más pequeña que su predecesora y realmente es posible que dentro de poco sea una buena herramienta terapéutica. En Europa todavía no está comercializada y, mientras esto sucede, habrá que estar atentos para comprobar si los buenos datos con los que contamos hasta ahora se confirman.