

**Tabla 2.** Algunos estudios clínicos hasta el 2.000 de las HBPM comparadas con HNF.

Estudio	Número de pacientes	Tipo de HBPM	Tiempo administración	Resultados
Reducción del daño miocárdico con el tratamiento prolongado con HBPM en enfermedad coronaria inestable	1.276	Dalteparina	40 Días	El tratamiento a largo plazo con HBPM disminuye el número de IM en pacientes con enfermedad coronaria inestable
FRISC II		Dalteparina	5-7 Meses	Redujo muerte, reinfarto, revascularización y uso de HNF
ESSENCE	3.171	Enoxaparina	14 Días	Enoxaparina fue superior a HNF en la reducción de eventos isquémicos en pacientes con angina inestable o infarto no Q
REDUCE	625	Reviparina	28 Días	La administración de reviparina disminuye la reestenosis pos ACTP.
FRICS	1.482	Dalteparina	6-45 Días	Las HBPM son al menos tan efectivas como las HNF para reducir nuevos eventos isquémicos en IM
TIMI IIA: estudio de complicaciones hemorrágicas entre las HNF y enoxaparina	3.910	Enoxaparina	14 Días	Enoxaparina menos hemorragias que las HNF
TIMI IIB: estudio entre HNF y enoxaparina en angina inestable y el infarto no Q	3.910	Enoxaparina	43 Días	Redujo con enoxaparina hasta 205 muertes y eventos isquémicos graves en comparación con HNF
ACTP: Angioplastia coronaria transluminal percutánea.				
Modificado de Bermúdez A, Bermúdez P, Cano P, Medina R, Núñez P, Restrepo H, et al. Heparinas de bajo peso molecular en la cardiopatía isquémica metabólica. Bases moleculares: experiencia clínica y resultados. AVFT 2000; 19: 82-97.				

enfermedad y tratamiento. Buenos Aires: Editorial akadia; 2005.p.333-57.

- Pavón Fernández A.** Avances y controversias de las heparinas de bajo peso molecular. XLII reunión nacional de la AEHH y XVI congreso de la SETH, Simposios. *Haematologica* 2000; **85**: 97-100.
- Brosa Riestra M, Rubio-Terrés C, Nadipell V, Casado Collado A, Martínez Brotons F.** Análisis coste-efectividad de enoxaparina en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes sometidos a cirugía mayor ortopédica. *Farm hosp (Madrid)* 2003; **27**: 210-8.
- Juárez HU.** Síndromes isquémicos coronarios agudos sin elevación del segmento ST: ¿Porque las heparinas de bajo peso molecular? ¿Por qué enoxaparina? *Arch Cardiol Mex* 2004; **74** (Suppl 2): 423-8.
- Gómez-Sandoval P, Diez-Gutiérrez F, Carpintero-Mediavilla LA, Gutiérrez A, Carrera-Díaz S, Vaquero-Puerta C, et al.** Heparinas de bajo peso molecular en el tratamiento de la trombosis venosa profunda. *Angiología* 1999; **3**: 125-36.

## Medicación oral en la diabetes mellitus tipo 2

### Oral medication in type 2 diabetes mellitus

GUSTAVO MÁRQUEZ • COROZAL (SUCRE)

Cada vez están más claras las indicaciones de tratamiento con antidiabéticos orales con diferentes recomendaciones y algoritmos. Estos agentes tienen su lugar solos o en combinaciones racionales, sinérgicas, complementando efectos que apuntan a mayor secreción de insulina y/o aumento de la sensibilidad a la misma. Dichas combinaciones aumentan la efectividad y reducen efectos colaterales adversos por utilizar generalmente dosis inferiores a las manejadas con monoterapia.

También se ha avanzado en el concepto de utilizar cuando se requiera, combinaciones de agentes orales desde un comienzo y algunas veces en combinación con insulina teniendo como puntos de referencia la HbA1c, y el tiempo de

Dr. Gustavo Márquez Salom: Profesor Adjunto de Medicina, División de Lípidos y Diabetes, Universidad Nacional de Colombia. Presidente Federación Diabetológica Colombiana. Corozal, Sucre.  
Correspondencia: e-mail: piedegus@yahoo.es  
Recibido: 26/VII/07 Aceptado: 26/VII/07

respuesta adecuada para conseguir metas. Sobre estos tópicos hay más tendencia al consenso que a la controversia.

Las últimas controversias o tendencias a cambios se han suscitado más con base a varios puntos: lentificar el desgaste funcional y de masa de células beta, prevenir eventos cardiovasculares y tener seguridad con las diferentes intervenciones.

La rosiglitazona demostró poder prevenir la diabetes tipo 2 (estudio DREAM) y lentificar la declinación funcional de las células beta en diabetes tipo 2 (estudio ADOPT). Como no se demostró prevención de eventos cardiovasculares o influencia favorable sobre éstos y hubo mayor frecuencia de insuficiencia cardiaca congestiva y edema en los tratados con la rosiglitazona, algunos se preguntan si la seguridad no es la suficiente para justificar sus beneficios.

Ante la posibilidad de que la rosiglitazona pueda aumentar el riesgo de infarto miocárdico, se ha generado controversia sin que haya un estudio contundente que permita confirmar esta aseveración, al punto que la droga cuenta con respaldo

de la FDA y EMEA y su aprobación sigue vigente. La droga puede ser utilizada por médicos que identifiquen bien el perfil de riesgo para efectos colaterales evitándola cuando se encuentren condiciones que favorecen tales efectos.

Existen buenas expectativas sobre la protección de la célula beta con incremento de masa y función con el uso de incretinas y hasta el momento los inhibidores de dipeptidil-peptidasa IV y los análogos del GLP-1 parecen seguros.

Ninguno de los antidiabéticos orales ha logrado demostrar efecto significativo benéfico para reducir complicaciones cardiovasculares, por lo tanto, si bien esta cualidad fuera deseable, su ausencia no resulta limitante para el uso de estos agentes que tienen otras propiedades benéficas.

Hay argumentos importantes para no recomendar sulfonilureas en casos de LADA o de diabetes tipo 2 con tendencia a la cetosis.

Se debe tratar de identificar el perfil clínico de los pacientes con diabetes tipo 2 para la selección de medicamentos orales y sus combinaciones.

## ¿Cuál es el problema con la osteoporosis y cómo se trata?

### ¿What is the problem with osteoporosis? How is it treated?

ELÍAS FORERO • BARRANQUILLA

El problema de la osteoporosis es que esta patología ya es un gran problema de salud pública que tiene todas las probabilidades de aumentar, debido al progresivo envejecimiento de la población y como consecuencia de esto las fracturas van a ser cada vez más frecuentes. La osteoporosis se define como una patología esquelética caracterizada por el compromiso de la resistencia del hueso que predispone a una persona a un riesgo creciente de fracturas. La resistencia del hueso se refleja fundamentalmente en la integración de la densidad y la calidad del hueso. La densidad del hueso se expresa como gramos de mineral por área o volumen y en cualquier individuo está determinada por el pico de masa ósea y la cantidad de pérdida ósea. La calidad del hueso se refiere a la arquitectura, recambio óseo, a la acumulación del daño (eg., microfractura) y a la mineralización. El deterioro óseo produce un aumento en el riesgo de fracturas en vértebras, muñeca y cadera que tienen alta morbimortalidad (1).

Las consecuencias clínicas y la carga económica que produce esta enfermedad obligan a que se tomen medidas orientadas a identificar individuos que están en riesgo para hacer una intervención apropiada. Muchos factores de riesgo

se asocian al desarrollo de una fractura osteoporótica, incluyendo la obtención de un bajo pico de masa ósea, factores hormonales, el uso de ciertas drogas (eg., glucocorticoides), el tabaquismo, la actividad física baja, la baja ingesta de calcio y de vitamina D, la raza, la baja estatura y a antecedentes familiares personales o de fractura (2, 3). Todos estos factores deben ser considerados al determinar el riesgo de presentar una fractura y cuál será el tratamiento requerido.

Debido a que el riesgo de presentar una fractura por osteoporosis es más alto en mujeres mayores que en hombres mayores, todas las mujeres posmenopáusicas deben ser interrogadas para evaluar el riesgo de desarrollar osteoporosis. La evaluación de la densidad mineral ósea debe ser reservada para las pacientes en el riesgo más alto, incluyendo todas las mujeres mayores de 65 años, mujeres posmenopáusicas más jóvenes con alguno de los factores de riesgo mencionados

Dr. Elías Forero Illera: Médico Internista Reumatólogo. Docente Universidad del Norte. Barranquilla.

Correspondencia: e-mail: eforero@uninorte.edu.co

Recibido 18/VII/07 Aceptado: 25/VII/07