

Diabetes tipo 2. Los efectos de la intervención en la realidad

Xavier Mundet Tudurí

Área de Docencia, Formación e Investigación. Ámbito de Atención Primaria Barcelona-Ciudad, Institut Català de la Salut. RedGDPS

INTRODUCCIÓN

En esta mesa de comunicaciones se presentaron seis estudios en los cuales se valoraba la repercusión del tratamiento (esencialmente farmacológico) de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la práctica clínica habitual. De todos ellos, únicamente cinco tienen un interés en Atención Primaria y los sintetizaremos a continuación.

EFFECTIVIDAD DE LOS FÁRMACOS ORALES EN LOS PACIENTES DE NUEVO DIAGNÓSTICO. TENDENCIA EN LA REDUCCIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA EN EL REINO UNIDO

A. Manguire, B. Mitchell. *Epidemiology and Data Base Analytics, UBC, Londres, Reino Unido*

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo donde se estudia la reducción de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) tras el inicio de tratamiento con cualquier hipoglucemiante en los pacientes de nuevo diagnóstico de DM2 entre enero de 2006 y febrero de 2011. Se utilizó la base de datos del GPRD (The General Practice Research Database) del Reino Unido, donde quedan registrados los datos clínicos y analíticos de los pacientes incluidos.

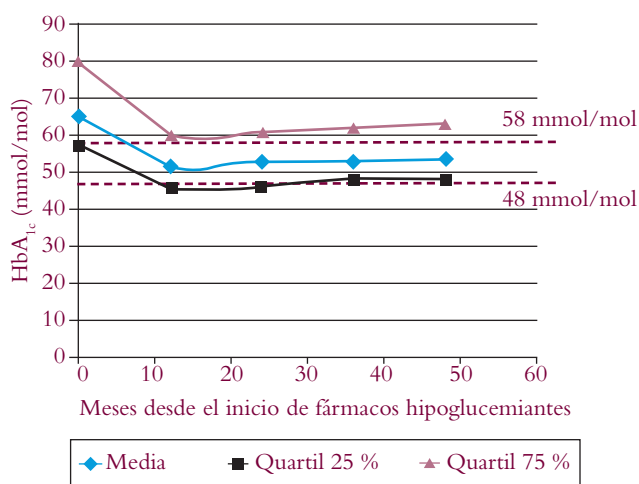
Se analizó la diferencia del valor de la HbA_{1c} previa (seis meses anteriores) y posterior (12, 24, 36 y 48 meses) al inicio del tratamiento con cualquier tratamiento hipoglucemiante.

Se estudiaron 63.060 pacientes, con una edad media de 62 años y un 57 % de género masculino. El 88 % inició el tratamiento con metformina y el seguimiento medio fue de 729 días. La reducción media de la HbA_{1c} fue del 1,84 % al cabo de un año, del 1,75 % a los dos y tres años, y del 1,6 % a los cuatro años. A pesar de esta reducción, muchos pacientes se encontraban con niveles por encima de los valores recomendados (67 % y 74 % a los 12 meses y 48 meses, respectivamente) (figura 1).

Comentario

A pesar de ser un estudio (como destacan los autores) con un elevado número de pacientes, el resultado observado ya es sobradamente conocido en nuestra práctica clínica habitual, como es la eficacia de los fármacos orales utilizados en monoterapia en el inicio de la DM2 y cómo esta eficacia va disminuyendo a medida que progresa la enfermedad.

Figura 1. Hemoglobina glucosilada media después del inicio del tratamiento con hipoglucemiantes



HbA_{1c} : hemoglobina glucosilada.

LA APLICACIÓN DEL MAPA GENÓMICO EN LA DETERMINACIÓN DE LA RESPUESTA GLUCÉMICA DE LA METFORMINA

K. Zhou, C.N.A Plamer, E.R. Pearson. *Medical Research Institute, Dundee, Reino Unido*

Es conocida la eficacia variable en los pacientes tratados con metformina. La hipótesis de los autores de este estudio es que dicha variabilidad tiene una base genética, y concretamente la presencia del genotipo SNP. Para ello

analizaron el mapa genómico de 1.289 pacientes tratados con metformina. Se relacionó la reducción de la HbA_{1C} observada al cabo de 18 meses tras el inicio del tratamiento con la presencia de dicho gen. La presencia del genoma SNP explicaba el 36 % del efecto de la metformina sobre la HbA_{1C}.

Comentario

En los años próximos la genética nos puede explicar muchas evidencias observadas en la práctica clínica que ahora no tienen respuesta, como la descrita en el estudio. Quizá no sea tan lejano el escenario en el cual la tipificación genética sea una rutina como ahora determinar una glucemia o una HbA_{1C} en todo paciente diabético.

ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE Y RIESGO CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. INFORME DEL REGISTRO NACIONAL DE DIABETES SUECO

B. Zethelius, et al. Universidad de Uppsala, Suecia

Se trata de otro estudio del registro nacional sueco mediante el cual los autores estudiaron y categorizaron en cinco grupos de pacientes según el grado (cantidad) de actividad física realizada al inicio y al final del estudio. Se incluyeron 19.133 pacientes entre el año 2004 y 2006. El 43 % era de género femenino, la edad entre 30 y 72 años y ninguno había padecido enfermedad cardiovascular (ECV), insuficiencia cardíaca congestiva o fibrilación auricular. Fueron seguidos hasta el año 2009. El seguimiento medio fue de 4,8 años, equivalente a 66.235 personas/año.

Los resultados del estudio determinan que el grado de ejercicio físico realizado por el paciente diabético se relaciona con una reducción de la ECV fatal y la mortalidad independientemente de los factores de riesgo cardiovascular que presente el paciente.

Comentario

Un estudio que finalmente cuantifica y establece la relación beneficiosa de la práctica del ejercicio físico de los pacientes diabéticos sobre variables finales como son la ECV y la mortalidad. La controversia se podría centrar en la manera como los autores han medido la actividad física. Solamente han valorado el ejercicio físico realizado en el momento inicial y final, sin tener en cuenta los años intermedios.

RIESGO DE PADECER UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. DIFERENCIAS ENTRE LA GLICAZIDA Y LA GLYBURIDA

A. Abdekmonem, D.T. Eurich, J.M. Gamble, J.A. Johnson, J. Seubert, W. Qiu, et al. Facultad de Farmacia y Ciencias Farmacéuticas. Universidad de Alberta, Canadá

Es un estudio retrospectivo de base poblacional (cohorte), en el cual se analiza la incidencia de síndrome coronario agudo (SCA), tanto si requiere hospitalización como si conlleva la muerte, en los pacientes diabéticos afectados de cardiopatía isquémica previa y tratados con una de las dos sulfonilureas: glicazida y la glyburida, entre 1998 y 2008. Mediante la regresión de Poisson, los autores estiman el riesgo relativo (RR) de padecer un SCA.

Los 7.166 que recibieron glyburida presentaron una incidencia de eventos coronarios agudos del 12,7/1.000 persona-año, y los 6.367 que recibieron glicazida de 10,5/1.000 persona-año, lo que supone un RR de 1,20 (intervalo de confianza [IC] 95 %: 1,08-1,33).

Comentario

Según los resultados de este estudio, no todas las sulfonilureas tienen el mismo riesgo cardiovascular. La glyburida es potencialmente más dañina para el corazón que la glicazida. Este incremento en la morbimortalidad cardiovascular se asocia a la inhibición de los canales K_{ATP} que conlleva un aumento de la isquemia miocárdica.

Afortunadamente para nosotros, la glyburida, que según los autores es más cardiotoxica, es una sulfonilurea de escasa prescripción y uso en nuestro país y, por supuesto, su consumo es muy inferior al de glicazida.

METFORMINA Y OTROS HIPOGLUCEMIANTES: RIESGOS Y BENEFICIOS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL SUECO

E. Nils, et al. Department of Medicine, Sahlgrenska Academy, Universidad de Gotemburgo, Suecia

Análisis de las bases de datos del registro nacional sueco para determinar el riesgo de ECV, acidosis láctica, infecciones y mortalidad de los pacientes con DM2 tratados con fármacos orales y en especial con metformina y/o insulina. Entre los años 2004 y 2007, se analizaron 51.675 pacientes

con DM2 tratados farmacológicamente y fueron seguidos durante 3,9 años de media (200.000 pacientes/año).

Los pacientes tratados con insulina en monoterapia presentaron un incremento del riesgo de ECV fatal/ECV no fatal (RR: 1,18; IC 95 %:1,07-1,29), y la mortalidad fue superior a la observada entre los que fueron tratados únicamente con metformina (RR: 1,34; IC 95 %: 1,19-1,50).

Se analizó específicamente y no se observó riesgo de padecer acidosis láctica o aumento de mortalidad en los pacientes en tratamiento con metformina y con un filtrado glomerular (FG) disminuido. Sorprendentemente, en el grupo de pacientes con un FG entre 45 y 60 ml/min/1,73 m², se observó una reducción del riesgo de acidosis láctica (RR:

0,85; IC 95 %: 0,74-0,97) y de cualquier causa de mortalidad (RR: 0,97; IC 95 %: 0,77-0,99).

Comentario

Aunque no se trata de un estudio observacional, sino de un análisis de grandes bases de datos, de él destacaría la reducidísima incidencia de acidosis láctica en los pacientes con FG disminuido y el poder utilizarse sin peligro en pacientes con una reducción del FG leve (clase funcional 3A: FG entre 45 y 60 ml/min). Como clínicos ya observamos que el riesgo de acidosis láctica es muy inferior al atribuido a la metformina. Los resultados de esta comunicación se han publicado posteriormente en *BMJ*¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ekström N, Schiöler, L, Svensson AM, Eeg-Olofsson K, Miao Jonasson J, Zethelius B, et al. Effectiveness and safety of metformin in 51 675 patients with type 2 diabetes and

different levels of renal function: a cohort study from the Swedish National Diabetes Register. *BMJ Open* 2012;2:e001076.