

Consenso de la diabetes tipo 2: posicionamiento de la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes

Belén Benito Badorrey

Médico de familia. ABS Raval Sud, Barcelona. RedGDPS

MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES: THE ADA/EASD POSITION STATEMENT

«A New approach to individualised treatment»

D. R. Mathews (Reino Unido)

«Drugs: which and when»

S. E. Inzucchi (Estados Unidos)

«Will this guidelines make a difference?»

A. Adler (Reino Unido)

En esta mesa se explicó el nuevo el consenso de tratamiento de hiperglucemia de la diabetes tipo 2 elaborado conjuntamente por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD)¹, y que ya había sido presentado en junio de 2012 durante el Congreso ADA celebrado en Filadelfia. En 2006 y 2009 ambas sociedades emitieron sendos documentos de consenso conjuntos, pero no como posicionamiento. El resultado de este nuevo algoritmo es más satisfactorio, flexible y menos incisivo que los anteriores, e introduce al paciente como parte de la responsabilidad del tratamiento, en función de sus necesidades, preferencias, expectativas, etc.

En la parte superior del algoritmo se recomienda cambiar o mantener hábitos de vida saludables, como dieta sana, control de peso y aumento de la actividad física, durante todo el proceso de la diabetes, por lo que aparecen en la línea horizontal del mismo.

El fármaco «estrella» y de primera elección sigue siendo la metformina. Se recomienda de inicio en todos los pacientes, salvo contraindicaciones, por su eficacia, por su nulo o bajo riesgo de hipoglucemias, su efecto neutro o bajo sobre el peso, sus efectos secundarios conocidos y su bajo coste.

En el segundo escalón en biterapia se mantiene la metformina, pero se puede añadir en condición de igualdad cualquier otro fármaco hipoglucemiante oral o inyecta-

ble, quedando la elección a decisión del clínico. Para eso se acompaña de instrucciones en cuanto a eficacia, riesgo de hipoglucemia, cambios en el peso, efectos secundarios y precio sobre cómo combinar cinco grupos de fármacos (sulfonilureas, glitazonas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4, agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 e insulina).

Como tercer escalón proponen añadir un tercer fármaco en función de la biterapia previa, dejando en el mismo nivel de elección la combinación preferida con o sin insulina. En este escalón cualquier combinación de tres fármacos es posible, siempre que incluya metformina.

Finalmente se proponen esquemas de intensificación con insulina, con la misma validez, pudiéndose usar pautas de insulinas basal, basal-bolo o insulinas premezcladas, aunque reconociendo que los nuevos análogos de insulina son más ventajosos por la menor frecuencia de hipoglucemias.

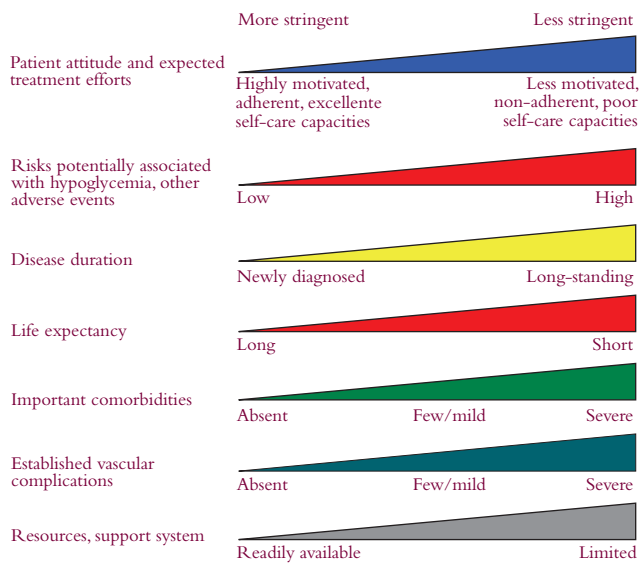
Por otro lado, si la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) es ≥ 9 mg/dl, se aconseja comenzar por una combinación de fármacos o insulina directamente.

Otra de las novedades del documento es la individualización de los objetivos (figura 1), siendo más o menos estrictos en función de los siguientes puntos:

- Actitud y expectativas del paciente, motivación, adherencia y capacidad de autocuidado.
- Riesgo potencial de hipoglucemias u otros efectos adversos.
- Tiempo de evolución de la diabetes.
- Expectativa de vida.
- Comorbilidades importantes.
- Complicaciones vasculares establecidas.

A continuación se resumen los puntos de vista de cada ponente durante la intervención en el congreso.

Figura 1. Representación de los elementos de toma de decisiones usando los esfuerzos apropiados para alcanzar los objetivos glucémicos



Bajo el título «Un nuevo enfoque a la individualización» comenzó el Dr. Mathews, coautor del posicionamiento. Explicó que este documento no sigue una dirección única o secuencial del tratamiento, sino que se trata de una visión tridimensional, basado en la toma de decisiones, haciendo hincapié en que se trata de un posicionamiento centrado en el paciente, como su propio título describe.

Justifica la realización del documento conjunto por la necesidad de ambas sociedades, ADA/EASD, de tener un posicionamiento común. Además, han aparecido nuevos fármacos y evidencias que había que ubicar.

Ya no es válido el «cuanto más bajo, mejor», ya que se considera que es una visión demasiado simplista, habida cuenta de las nuevas evidencias que incluyen la HbA_{1c} como objetivo-control, y que han usado terapias agresivas, con los resultados ya conocidos en el estudio ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) y otros.

Explicó cómo tomamos las decisiones en la práctica clínica y los elementos que nos influyen en las mismas, como la opinión de los expertos y las guías, las evidencias científicas, la visión propia del médico y del paciente, los proveedores y controladores, y las nuevas investigaciones.

Finalmente y en resumen, dijo que el nuevo algoritmo se basa en tres escalones terapéuticos: el primero, cambio en el estilo de vida; en el segundo, añadir metformina, y en el tercero, cualquier fármaco es posible.

Le siguió el Dr. Inzucchi como autor del posicionamiento, que explicó los puntos clave del nuevo consenso bajo el título «Fármacos. ¿Cuáles y cuándo?».

Empezó comparando la diferencia temporal en la aparición de nuevos fármacos antihipertensivos frente a hipoglucemiantes: mientras que los primeros han salido a la luz progresivamente, un buen número de antidiabéticos han surgido en apenas quince años de forma exponencial (excepto sulfonilureas e insulina), lo que supone una dificultad en la selección del fármaco óptimo para la hiperglucemia (figura 2).

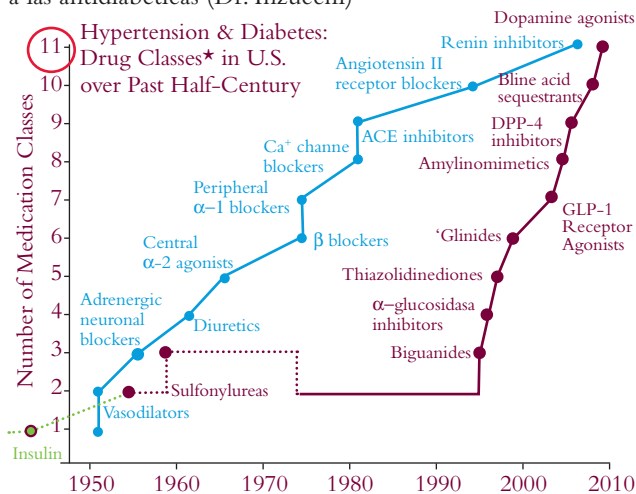
Después, tras un breve paso por los algoritmos precedentes, como el anterior ADA/EASD, el American College of Endocrinologist y el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), expuso en detalle el nuevo posicionamiento.

Uno de los objetivos del nuevo posicionamiento es hacer una medicina mínimamente disruptiva o dañina, reduciendo los efectos secundarios que aparecen en mayor o menor medida en las terapias combinadas.

Según un metaanálisis de terapias hipoglucemiantes de Bennet, publicado en 2011, y que analiza 140 ensayos clínicos y 26 estudios de observación: «la mayoría de ellas reducen por igual la HbA_{1c}, alrededor del 1 %, tanto en monoterapia como en biterapia, aumentando el riesgo de hipoglucemia y los efectos secundarios cuando se emplean tratamientos más complejos con dobles y triples terapias».

Reconoció que hay una escasa o insuficiente evidencia a largo plazo sobre el efecto farmacológico relativo

Figura 2. Evolución de las terapias antihipertensivas frente a las antidiabéticas (Dr. Inzucchi)



a mortalidad, enfermedad cardiovascular, nefropatía o neuropatía.

Además, recaló que la necesidad de individualizar se hace evidente sobre todo en personas mayores, donde los objetivos pueden ser más laxos (HbA_{1C} 7,5-8,5 %) y en quienes se deberían elegir terapias que minimicen los efectos secundarios.

Finalmente, elucubró sobre el futuro del tratamiento hiperglucemiante y de las guías que vendrán, marcadas por la posible aparición de «nuevas metforminas» que bajen el riesgo cardiovascular y la introducción de la cirugía bariátrica, entre otros, en los algoritmos de tratamiento.

En último lugar, la Dra. Adler hizo un discurso crítico sobre las guías, bajo el título: «¿Marcará esta guía la diferencia?». Primero elogió una parte del nuevo consenso por el trabajo que ha supuesto, por ser sensible y centrado en el paciente y porque abre nuevos retos al individuo con importantes comorbilidades.

Recordó que la individualización no es nueva y que otras guías, como la NICE, ya la habían incluido en sus textos. Además, explicó ampliamente que los pacientes tienen diferentes perspectivas, prioridades y objetivos en su proceso de salud en relación con los profesionales que los atienden y que, por tanto, no deberían escribirse guías sin contar con su colaboración, usando para ello un lenguaje más comprensible.

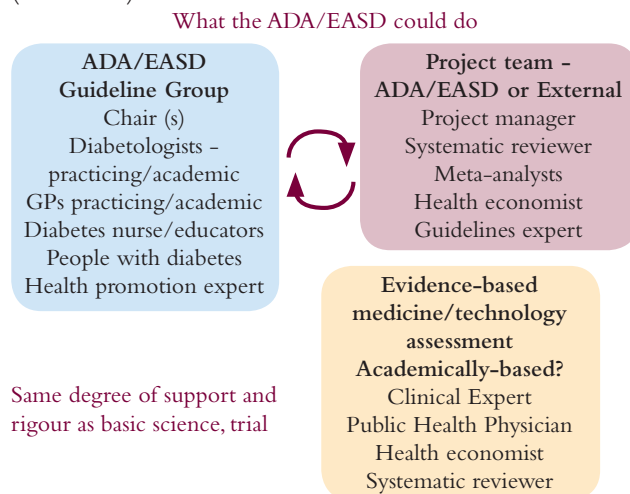
Criticó la falta de directriz en el segundo escalón: «después de la metformina, añada usted lo que quiera».

Remarcó que hay muchos fármacos que no funcionan en muchas personas y que no es lo mismo el coste que el valor de los mismos.

Además, expresó un deseo para que las guías fueran más transparentes (figura 3) y elaboró una serie de puntos a seguir para conseguirlo:

- Aspirar a ser incuestionablemente buenas.
- En la próxima ronda deberán ser más concluyentes, transparentes, basadas en la evidencia y esforzarse en hacerlo mejor.

Figura 3. Esquema de cómo la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) deberían elaborar el posicionamiento (Dra. Adler)



- Dirigidas a marcar la diferencia.
- La acreditación requeriría un compromiso de recursos.
- Deberían estar realmente centradas en el paciente.

PUNTOS CLAVE

- El objetivo glucémico y los tratamientos hipoglucemiantes deben individualizarse.
- La dieta, el ejercicio y la educación siguen siendo la base del plan terapéutico.
- La metformina es el fármaco de primera línea si no hay contraindicaciones.
- Después de la metformina, hay pocos datos que nos guíen. Terapias combinadas con uno o dos fármacos orales o inyectables son razonables, minimizando los efectos secundarios cuando sea posible.
- Al final, muchos pacientes necesitan insulina, sola o en combinación con otros agentes.
- Todas las decisiones sobre el tratamiento, cuando sea posible, deberían ser tomadas con el paciente, centradas en sus preferencias, necesidades y valores.
- La reducción exhaustiva del riesgo cardiovascular debería ser el mayor objetivo del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of

the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012;35:1364-79.