

ÚLTIMAS EVIDENCIAS EN...

La diabetes mellitus tipo 2 tema destacado en el XVI Congreso SEMG

Dr. Carlos Miranda Fernández-Santos

Grupo Diabetes de la SEMG

La diabetes mellitus es una enfermedad de una gran prevalencia en el momento actual y que tiene ya importantes repercusiones sanitarias y un alto coste por sí misma y por sus complicaciones, pero que aún las tendrá mayores en el futuro al ser su incidencia y prevalencia crecientes, alcanzando proporciones epidémicas en todo el mundo

Los estudios de prevalencia en España son muy heterogéneos yendo desde el 5,6 por ciento de prevalencia en el estudio de Franch et al en León hasta el 18,7 por ciento del estudio de De Pablos et al en Guía (Canarias).

El aumento de prevalencia que se ha observado en los distintos estudios se debe por una parte a haber bajado a 110 mg/dl el punto de corte para el diagnóstico de diabetes mellitus (que antes estaba en 140 mg/dl) y al progresivo envejecimiento de la población – ya que la diabetes es más prevalente cuanto mayor es la edad, teniendo entre las personas de 65-74 años una prevalencia del 16,7 por ciento y alcanzando entre los mayores de 75 años el 19,3 por ciento – pero, por otra parte, también se debe al llamado estilo de vida occidental con sobrepeso, menor actividad física y dieta inadecuada, que genera una incidencia cada vez mayor tanto de la diabetes en sí como de las situaciones llamadas prediabetes por la ADA (GBA y TAG).

A finales del siglo pasado la OMS hizo una valoración de qué población mayor de 20 años

en todo el mundo era diabética en 1995 y cuanta lo sería en el 2025. Entonces se estimó la prevalencia total mundial en un 4 por ciento en 1995, la cual pasaría al 5,4 por ciento en 2025, pasando a su vez el número total de diabéticos en el mundo de 135 millones en 1995 a 300 millones en 2025. Hasta el momento, los datos empíricos obtenidos han ido confirmando con creces esas estimaciones.

La importancia de las complicaciones

La incidencia y severidad de las complicaciones en la diabetes aumenta con la edad, con el tiempo de evolución de la enfermedad, y además, con el mal control glucémico en el caso de las complicaciones microvasculares (retino, nefro y neuropatía diabéticas) y con la presencia de otros factores de riesgo cardiovasculares (HTA, dislipemia, tabaquismo, obesidad) en el caso de las complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares).



- Retinopatía diabética.- A los 20 años del diagnóstico el 60 por ciento de los pacientes con DM2 (y el 100 por ciento de los DM1) tienen retinopatía diabética. El riesgo relativo (RR) de pérdida de visión es 20 veces mayor que la población no diabética, de manera que la diabetes es la causa del 20-30 por ciento de las cegueras registradas en España.
- Nefropatía diabética.- El RR de padecer insuficiencia renal es 25 veces mayor en la diabetes mellitus, de forma que a los 10-20 años de evolución, entre un tercio y la mitad de los diabéticos tienen algún grado de daño renal y la diabetes es la primera causa de inclusión en programas de tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal).
- Neuropatía diabética.- Es una complicación muy frecuente, de forma que a los 10 años de evolución la presentan el 40 por ciento de los diabéticos.
- Complicaciones macrovasculares.- Comprenden la cardiopatía isquémica, la arteriopatía periférica y las enfermedades cerebrovasculares.

El estudio de Framingham ya demostró que la diabetes aumentaba mucho el riesgo cardiovascular, sobre todo en las mujeres. Hoy sabemos que también lo aumentan los llamados estados prediabéticos. Se conoce hoy también que la diabetes mellitus acelera y agrava el proceso de la aterogénesis determinando una mayor gravedad y extensión de las lesiones y una mayor morbimortalidad. De hecho, la enfermedad coronaria es la primera causa de muerte en los diabéticos.

Los costes de la Diabetes

En todos los estudios se observa que los elevados costes de la DM son aún mayores en

la diabetes mal controlada y se multiplican por 3, por 5 o por 10, respectivamente, cuando aparecen las complicaciones microvasculares, macrovasculares o ambas a la vez. El coste del paciente diabético resulta mucho mayor que el del paciente no diabético, colocando las cifras algún estudio (Oliva et al 2004) en 1.290 – 1476 euros/año de coste del paciente

El objetivo fundamental del tratamiento de la DM2 es prevenir el desarrollo de las complicaciones crónicas microangiopáticas y macrovasculares

diabético frente a 865 euros/año para el paciente no diabético, señalando además que el número medio de visitas al médico de familia por parte del diabético es de 9 y que entre un tercio y la mitad de las consultas del endocrinólogo son por la diabetes. Las hospitalizaciones representan el mayor coste en los diabéticos (933 millones de euros) seguidas por el gasto en farmacia.

Estrategias terapéutica

El objetivo fundamental del tratamiento de la DM2 es prevenir el desarrollo de las complicaciones crónicas microangiopáticas y macrovasculares, causantes de su elevada morbimortalidad, optimizando el control metabólico. La historia natural de la DM2 conduce hacia el deterioro progresivo del control glucémico. La dificultad de mantener unos niveles de glucemia óptimos se ha atribuido a la pérdida de la función de la célula beta-pancreática y ello ha sido adecuadamente documentado con los resultados obtenidos en el estudio UKPDS. Nuevas opciones farmacológicas recientemente comercializadas intentan



preservar y recuperar esa célula beta.

El plan terapéutico debe ser adaptado a las circunstancias individuales de cada paciente, presencia de complicaciones significativas y compromiso del paciente. Dicho plan debe incluir intervenciones a diferentes niveles:

- Control de todos los factores de riesgo cardiovascular.
- Tratamiento farmacológico de la DM hasta conseguir objetivos óptimos.
- Modificación de los estilos de vida.
- Educación Terapéutica y autocontrol de la enfermedad

Los profesionales, las sociedades científicas y la guerra de los algoritmos

Hasta hace no mucho tiempo existía un cierto consenso entre las sociedades de expertos en DM si bien siempre hubo matices tanto en los objetivos terapéuticos y los diferentes escalones de tratamiento. En el momento actual parece que en lo único que se está de acuerdo es que la anteriormente temida y no

siempre tolerada por el paciente, la metformina, es el fármaco de inicio en todo paciente con DM 2 salvo contraindicación.

Quizás la máxima polémica sea la difusión en octubre 2008 y su publicación en Diabetes Care en enero 2009 del nuevo algoritmo ADA-EASD donde establece diferencias entre grupos farmacoterapéuticos claramente criticables y ya debatidas por expertos que lo califican de poco razonable. En el momento actual parece importante ser prudente e individualizar las decisiones según cada paciente, que por otra parte también tiene algo que decir. Parece más razonable decantarse actualmente más por algoritmos como el GEDAPS y el de la Canadian Diabetes Association que permiten utilizar todas las opciones terapéuticas dependiendo de las características de cada caso clínico.

Intentaremos durante el XVI Congreso Nacional y X Internacional de Medicina General y de Familia a celebrar en Oviedo del 17 al 20 de Junio de 2009 actualizar conocimientos e intercambiar experiencias que finalicen en un mejor control del paciente diabético tipo 2, un reto hasta ahora no conseguido a porcentajes óptimos.