



# AVANCES EN DIABETOLOGÍA

[www.elsevier.es/avdiabetol](http://www.elsevier.es/avdiabetol)



## EDITORIAL

### El nuevo «Position statement of the ADA/EASD on the management of hyperglycemia in type 2 diabetes». Perspectiva desde el Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes

### The new «Position statement of the ADA/EASD on the management of hyperglycemia in type 2 diabetes». Point of view of the Spanish Diabetes Society Consensus and Clinical Guidelines Working Group

El pasado mes de abril se publicó un posicionamiento conjunto de la American Diabetes Society (ADA) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD) sobre el control de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2<sup>1</sup>. Aunque en los años 2006<sup>2</sup> y 2009<sup>3</sup> se habían publicado 2 documentos conjuntos de consenso sobre este mismo tema, no representaban la posición oficial de ninguna de estas asociaciones. Sin embargo, en esta ocasión se trata de un posicionamiento oficial tras la designación de un grupo de trabajo, la revisión sistemática de la literatura y múltiples reuniones antes de llegar al documento final.

El resultado final es ciertamente mucho mejor que el de anteriores consensos. Insiste en que la toma de decisiones debe estar centrada en el paciente e introducen la necesidad de evaluar las características del paciente y de la enfermedad para definir los objetivos de control, aunque ello sea varios años después de que fuera recomendado por otras sociedades científicas<sup>4,5</sup>. Las recomendaciones de la Sociedad Española de Diabetes (SED) de 2010<sup>6</sup> reflejaban ya claramente este concepto al dividir incluso los objetivos de control de hemoglobina glucosilada en 2 grandes grupos en función de las características de los pacientes.

Este posicionamiento, al igual que las recomendaciones de la SED, considera que aunque la mayoría de los pacientes requerirán tratamiento farmacológico ya desde el diagnóstico, las modificaciones del estilo de vida deben ser el primer escalón del tratamiento, y más aún, deben mantenerse a lo largo de todo el proceso, incluyendo una educación continuada y estructurada.

Se mantiene la recomendación de la utilización de la metformina como primera opción farmacológica universal, siempre que no exista contraindicación. El gran cambio

respecto a anteriores consensos ADA/EASD se produce en el segundo escalón. En él se ponen en pie de igualdad asociados a la metformina todos los fármacos antidiabéticos incluyendo la insulina, y la elección debe adaptarse a las características de cada paciente, volviendo así a coincidir con las recomendaciones de los últimos años en los consensos de otras sociedades. Como ahora se aconseja, la elección del fármaco que debe añadirse a la metformina en este segundo escalón debe realizarse en función de las características del paciente y de las de cada uno de los fármacos, fundamentalmente sus efectos sobre el peso corporal y las hipoglucemias, ya que se reconoce que su efectividad es prácticamente la misma, disminuyendo aproximadamente un 1% la HbA1c. Algunas combinaciones, como la de la metformina con las sulfonilureas o con la insulina, se justifican en este escalón debido a su menor coste.

En el tercer escalón, y tras la asociación de 2 fármacos, al menos en la figura podemos ver que se ponen en el mismo nivel la triple terapia sin insulina y aquellas que incluyen la adición de insulina, generalmente insulina basal. Sin embargo, la escasa potencia de las asociaciones sin insulina, su nada despreciable riesgo de efectos adversos y la falta de apoyo de la evidencia científica en cuanto a su efectividad<sup>7-9</sup> hacen muy discutible esta recomendación, a pesar de su amplia utilización en la práctica clínica. Desde nuestro punto de vista sería deseable un apoyo más decidido a la adición de insulina en este escalón, en el que deberían tenerse en cuenta también los efectos sobre la adherencia al tratamiento de la polifarmacia<sup>10</sup>, así como las implicaciones de coste-beneficio.

El último paso del tratamiento sería la intensificación del tratamiento con insulina. La novedad en este escalón

es la valoración de que en este momento son igualmente válidas las pautas basal bolo como las pautas de insulinas premezcladas en dosis múltiples, las cuales pueden adaptarse mejor a las características de algunos pacientes<sup>11</sup>. Por otro lado, reconocen las ventajas de los análogos de insulina, sobre todo en términos de menor frecuencia de aparición de hipoglucemias<sup>12</sup>.

Se echa de menos alguna mención al papel de las nuevas estrategias de tratamiento en las que por medios quirúrgicos o mecánicos intestinales (cirugía metabólica, *endobarrier*) se consigue la pérdida de peso, así como la modificación de la secreción de incretinas<sup>13</sup>.

Finalmente, en este consenso se discuten las limitaciones existentes en la actualidad para la correcta valoración de las opciones terapéuticas sobre objetivos finales de valor como la enfermedad cardiovascular, la calidad de vida o la función de la célula beta, en lo que esperamos se avance en los próximos años.

En definitiva, este posicionamiento ADA/EASD sigue la línea de las últimas recomendaciones en cuanto a la necesidad de la individualización de los objetivos de control y de la elección de los fármacos en función de las características de cada paciente, insiste en las modificaciones del estilo de vida como la base del tratamiento durante toda la vida del paciente con diabetes, y reconoce las ventajas de los análogos de insulina así como la utilidad de todas las pautas de insulino terapia intensiva.

## Conflicto de intereses

Edelmiro Menéndez Torre ha recibido honorarios por actividades docentes por invitación de Sanofi, Novo Nordisk, MSD, Novartis, GSK y Lilly, y ha participado en ensayos clínicos financiados total o parcialmente por Novo Nordisk, Sanofi-Aventis y Lilly.

## Bibliografía

- 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.
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Heine RJ, Holman RR, Sherwin R, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2006;29:1963–72.
- Nathan D, Buse J, Davidson M, Ferrannini E, Holman R, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes mellitus: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetologia*. 2009;52:17–30.
- Canadian Diabetes Association. Guidelines, clinical practice of diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008;32 Suppl 1:s53–62.
- Rodbard H, Jellinger P, Davidson J, Einhorn D, Garber A, Grumberger G, et al. AACE/ACE consensus statement by an American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology consensus panel on type 2 diabetes mellitus: an algorithm for glycemic control. *Endocr Pract*. 2009;15:540–59.
- Menéndez Torre E, Lafita Tejedor J, Artola Menéndez S, Millán Núñez-Cortés A, Alonso García A, Puig Domingo M, et al. Diabetología para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Avances en Diabetología*. 2010;26:331–8.
- Schwartz S, Sievers R, Strange P, Lyness WH, Hollander P. Insulin 70/30 mix plus metformin versus triple oral therapy in the treatment of type 2 diabetes after failure of two oral drugs: efficacy, safety, and cost analysis. *Diabetes Care*. 2003;26:2238–43.
- Lingvay I, Legendre JL, Kaloyanova PF, Zhang S, Adams-Huet B, Raskin P. Insulin based versus triple oral therapy for newly diagnosed type 2 diabetes: which is better? *Diabetes Care*. 2009;32:1789–95.
- Ortega Millán C, Fornos Pérez JA, García Mayor R, Menéndez Torre E. Diabetología. Tema de actualidad. Triple terapia en diabetes tipo 2: revisión sistemática de la evidencia disponible. *Avances en Diabetología*. 2010;26:276–80.
- Bailey CJ, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *Int J Clin Pract*. 2011;65:314–22.
- Rosenstock J, Ahmann AJ, Colon G, Scism-Bacon J, Jiang H, Martin S. Advancing insulin therapy in type 2 diabetes previously treated with glargine plus oral agents: prandial premixed (insulin lispro protamine suspension/lispro) versus basal/bolus (glargine/lispro) therapy. *Diabetes Care*. 2008;31:20–5.
- Riddle MC, Rosenstock J, Gerich J. The treat-to-target trial: randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 2003;26:3080–6.
- Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2009;122:248e5–56e5.

Edelmiro Menéndez Torre  
 Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital  
 Universitario Central de Asturias, Oviedo, España  
 Correo electrónico: [edelangot@gmail.com](mailto:edelangot@gmail.com)