

# La importancia de un control glucémico temprano e intensivo

Con el apoyo de una beca educativa de Novo Nordisk A/S

Radcliffe Medical Education

## El beneficio heredado

- La DM2 es una enfermedad progresiva causada por una disfunción deteriorante de las células  $\beta$  y un aumento de la resistencia a la insulina, por lo que **se necesitan terapias intensivas tempranas** para prevenir/ralentizar la progresiva insuficiencia de las células  $\beta$ <sup>1</sup>
- Varios estudios han demostrado que un control estricto y temprano de la glucemia se asocia a una reducción de los resultados microvasculares, macrovasculares y de la mortalidad, el llamado "**beneficio heredado**"<sup>2-7</sup>

Estudio	Microvascular		ECV		Mortalidad	
UKPDS	↓	↓	↔	↓	↔	↓
DCCT/EDICa	↓	↓	↔	↓	↔	↔
ACCORD	↓		↔			↑
ADVANCE	↓		↔		↔	
VADT	↓		↔	↓	↔	

## UKPDS

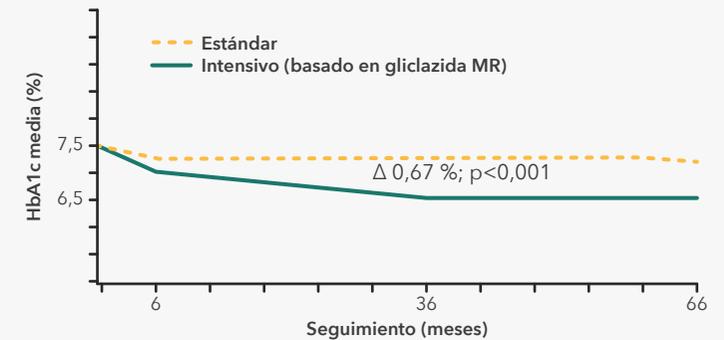
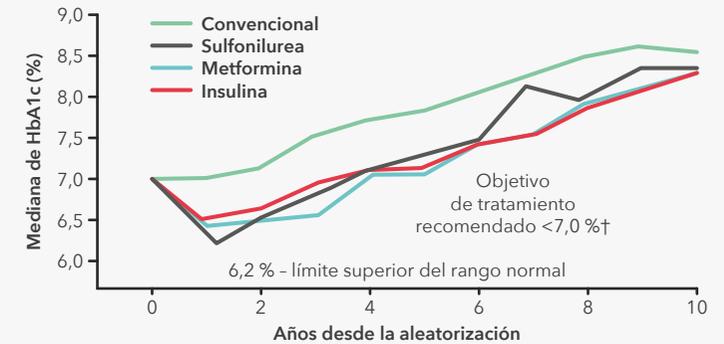
Un ECA multicéntrico y prospectivo de pacientes **recién diagnosticados** con DM2, cuyo objetivo era determinar si la reducción temprana e intensiva de la glucosa disminuiría las complicaciones de morbilidad y mortalidad a largo plazo

- Se asignaron aleatoriamente >4000 individuos a una terapia convencional (restricción dietética) o a una terapia intensiva (sulfonilurea, insulina o, en los sujetos con sobrepeso, metformina) con seguimiento durante 10 años
- Aunque las diferencias entre grupos en el control de la glucosa se perdieron después del primer año, el control intensivo logró una mediana de HbA<sub>1c</sub> del **7,0 %** (frente al **7,9 %** con la terapia convencional) a lo largo de 10 años
- La menor media de HbA<sub>1c</sub> conseguida con el descenso intensivo se unió a una reducción del **24 %** de la **enfermedad microvascular**<sup>2</sup>

## Estudio ADVANCE

Un ECA multicéntrico, factorial 2X2 de **>10.000** adultos con DM2 durante >10 años, con riesgo elevado de enfermedad vascular. El estudio tenía como objetivo examinar si el control intensivo de la glucosa reduce la incidencia de enfermedades macro y microvasculares

- Las terapias intensivas redujeron la HbA<sub>1c</sub> del **7,3 %** al **6,5 %** y produjeron una reducción relativa del **10 %** en el resultado combinado de eventos macro y microvasculares mayores, principalmente como consecuencia de una reducción relativa del **21 %** en la nefropatía<sup>3</sup>



## Mensaje de interés



Las guías subrayan la importancia de **evitar la inercia clínica** en el tratamiento de DM2 y recomiendan varias terapias intensivas tempranas basadas en el **perfil individual del paciente** con **seguimientos regulares cada 3-6 meses**<sup>8</sup>



A pesar de las sólidas pruebas y de las recomendaciones de las guías, existe un retraso considerable en el inicio del control temprano e intensivo de la glucosa en la práctica clínica<sup>9</sup>

**Abreviaturas:** ACCORD, Acción para Controlar el Riesgo Cardiovascular en la Diabetes; ADVANCE, Acción contra la Diabetes y la Enfermedad Vascular); Preterax y Diamicon - Evaluación controlada por RM; AR GLP-1, agonista del receptor del péptido similar al glucagón-1; DCCT, Ensayo sobre el control y complicaciones de la diabetes; DM, diabetes mellitus; DM2: diabetes mellitus de tipo 2; DPP-4i, inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4; ECA: ensayo controlado aleatorio; ECV, enfermedad cardiovascular; EDIC, Epidemiología de complicaciones e intervenciones en diabetes; GLP-1: péptido similar al glucagón-1; HbA<sub>1c</sub>: Hemoglobina A<sub>1c</sub>; MR: liberación modificada; SGLT2i: inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa; UKPDS: The UK Prospective Diabetes Study; VADT: Veterans Affairs Diabetes Trial

**Referencias:** 1. Kathleen A et al. *Curr Diab Rep.* 2013; 13(2):252-260. 2. Holman R et al. *N Engl J Med.* 2008; 359:1577-1589. 3. ADVANCE Collaborative Group. *N Engl J Med.* 2008; 358:2560-72. 4. Hayward RA et al *N Engl J Med.* 2015; 372:2197-206. 5. Laiteerapong et al. *Diabetes Care* 2019; 42(3):416-426. 6. ACCORD Study Group. *N Engl J Med.* 2008; 358: 2545-2559. 7. DCCT/EDIC Study Group. *N Engl J Med.* 2005; 353:2643-2653. 8. Davies MJ et al. *Diabetes Care* 2018; Sep:dc180033. 9. Khunti K. *Lancet Diab & Endoc.* 2017; 11:105-106.