

**¿Debe el tratamiento intensivo de la diabetes mellitus tipo 2 ser un indicador de actividad de la atención primaria?**

---

***Should intensive treatment of type 2 diabetes mellitus be an indicator of primary care activity?***

Señor Editor,

Recientemente el American College of Physicians (ACP) publicó una revisión crítica utilizando la meto-

dología AGREE II de seis guías de práctica clínica (GPC) en las cuales se hace referencia al objetivo de control glicémico en diabetes mellitus tipo 2. Entre las guías revisadas se incluyen las elaboradas por *American Diabetes Association* (ADA), el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), el *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI), entre otras. Se observó que algunas GPC presentaban una baja rigurosidad científica en su elaboración debido a que no utilizaban revisiones sistemáticas de la literatura para apoyar sus conclusiones (por ejemplo, ADA)<sup>1</sup>.

Los autores informan que la evidencia utilizada para sustentar en las GPC el tratamiento intensivo en diabetes mellitus tipo 2 provienen de cinco ensayos clínicos: ACCORD<sup>2</sup>, VADT<sup>3</sup>, ADVANCE<sup>4</sup>, UKPDS 33<sup>5</sup> y UKPDS 34<sup>6</sup>. En conjunto, estos estudios no demuestran que el tratamiento intensivo (hemoglobina glicosilada o HbA1c < 7%) en comparación con el tratamiento estándar (HbA1c 7%-8%) reduzca la mortalidad general o la incidencia de eventos cardiovasculares. Si bien se observa un efecto en las complicaciones microvasculares, este es escaso y solo ocurre en resultados subrogados como es la progresión de la proteinuria y el uso de fotocoagulación. La incidencia de efectos adversos en el tratamiento intensivo es más frecuente, destacando las hipoglicemias severas. En vista a estos resultados, el ACP sugiere que el objetivo terapéutico de HbA1c para la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se encuentra entre 7% y 8% y que se debe considerar la de-intensificación de la terapia en quienes tienen una HbA1c < 6,5%.

La recomendación realizada por la ACP es concordante con lo reportado en una revisión sistemática con meta-análisis reciente sobre los objetivos terapéuticos para prevenir la nefropatía diabética<sup>7</sup>. En esta publicación se concluye que el tratamiento intensivo de la diabetes mellitus tipo 2 tiene resultados comparables al tratamiento estándar en la incidencia de insuficiencia renal terminal, mortalidad general y eventos cardiovasculares mayores. Los beneficios clínicos del tratamiento intensivo son escasos y solo se observa una reducción en el inicio de la microalbuminuria (Número Necesario a Tratar o NNT = 143), la progresión de la microalbuminuria (NNT = 500) y en la incidencia del infarto agudo al miocardio no fatal (NNT = 1.000). Debido a la falta de consenso en la definición de hipoglicemia severa, los autores realizaron una revisión narrativa en la cual se observó una incidencia anual dos a tres veces mayor en el grupo de tratamiento intensivo.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, resulta cuestionable que el tratamiento intensivo de diabetes mellitus tipo 2 sea un indicador de actividad de la atención primaria (IAAPS). El beneficio de un tratamiento intensivo parece ser escaso y sus riesgos frecuentes. En todas las guías clínicas existe consenso de que los objetivos de control glicémicos deben ser definidos individualmente y no poblacionalmente. El énfasis en el tratamiento intensivo centra en exceso el proceso de atención en el control glicémico y deja en un segundo plano actividades muy importantes como son los cambios en el estilo de vida, el cese del hábito tabáquico y el uso de estatinas. Creo que la evidencia actual nos debe

llevar a replantear este indicador y seguir las recomendaciones realizadas por la ACP.

*Jorge Pacheco*

*Médico de Familia. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.*

## Referencias

1. Qaseem A, Wilt T, Kansagara D, Horwath C, Barry M, Forciea M. Hemoglobin A1c Targets for Glycemic Control With Pharmacologic Therapy for Nonpregnant Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: A Guidance Statement Update From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2018; 168 (8): 569-76.
2. Gerstein H, Miller M, Byington R, Goff D, Bigger J, Buse J, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. The action to control cardiovascular risk in diabetes study group. *N Engl J Med* 2008; 358 (24): 2545-59.
3. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009; 360 (2): 129-39.
4. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. The ADVANCE Collaborative Group. *N Engl J Med* 2008; 358 (24): 2560-72.
5. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352 (9131): 837-53.
6. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352 (9131): 854-65.
7. Ruospo M, Saglimbene V, Palmer S, De Cosmo S, Pacilli A, Lamacchia O, et al. Glucose targets for preventing diabetic kidney disease and its progression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD010137. DOI: 10.1002/14651858.CD010137.pub2.

Correspondencia a:

Jorge Pacheco  
Chacabuco esquina Janequeo s/n. Concepción, Octava Región,  
Chile.  
jorge.pacheco260@gmail.com