

Manuel, ¿qué prefiere: pastilla diaria o pinchazo semanal?

Ana María Cebrián Cuenca

Médica de familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena (Murcia)

Palabras clave: riesgo cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, análogos del receptor GLP1, iSGLT2.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), joven (56 años), con mal control glucémico (hemoglobina glucosilada [HbA_{1c}]: 7,9 %) y con un riesgo cardiovascular muy alto (DM2 con tres factores más de riesgo cardiovascular: obesidad, dislipemia e hipertensión), en el que es de suma importancia la intensificación y prevenir el daño cardiovascular. Por eso, se opta por terapias que ofrecen beneficio cardiovascular, teniendo en cuenta las preferencias del paciente.

HISTORIA CLÍNICA Y DATOS DE INTERÉS

Manuel es un varón de 56 años de edad, comercial de profesión, que viaja mucho por trabajo y come habitualmente fuera de casa.

Como antecedentes personales presenta DM2 desde hace nueve años, hipertensión desde hace diez años, hipercolesterolemia desde hace tres años y gonartrosis derecha recién diagnosticada.

En la exploración física se observa:

- Peso: 98 kg; talla: 170 cm; índice de masa corporal: 34 kg/m²; presión arterial: 145/90 mmHg.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, sin signos de isquemia ni alteraciones de la repolarización.
- Exploración de los pies: sensibilidad conservada. Índice tobillo-brazo izquierdo: 0,9; índice tobillo-brazo derecho: 0,97.
- Retinografía: normal.

En la analítica destacan la glucemia basal: 182 mg/dl; urea: 31 mg/dl; creatinina: 0,85 mg/dl; ácido úrico: 4,6 mg/dl; filtrado glomerular: 98 ml/min/1,73 m²; cociente albúmina/creatinina: 0 mg/g; HbA_{1c}: 7,9 %; colesterol total: 218 mg/dl; triglicéridos: 320 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad: 43 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteí-

nas de baja densidad: 111 mg/dl; aspartato aminotransferasa: 16 UI/l; alanina aminotransferasa: 20 UI/l; fosfatasa alcalina: 64 UI/l.

El paciente está en tratamiento farmacológico con una combinación de metformina-sitagliptina (50/1000 mg/12 h), atorvastatina (20 mg/24 h) y ramipril (10 mg/24 h).

Cuando hacemos la valoración de la adherencia al tratamiento y recomendaciones higienicodietéticas, el paciente nos comenta que no hace dieta porque come fuera de casa de lunes a viernes. No hace ejercicio porque está en el coche todo el día. Refiere que las pastillas se las toma, aunque reconoce que a veces se le olvida alguna.

INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Razones para la intensificación: estamos evaluando a un paciente joven (56 años) con mal control glucémico (HbA_{1c}: 7,9 %) y con un riesgo cardiovascular muy alto (DM2 con tres factores más de riesgo cardiovascular: obesidad, dislipemia e hipertensión).

En la figura 1 se muestra el riesgo cardiovascular en pacientes con DM según las guías de la European Society of Cardiology de 2019¹.

Figura 1. Riesgo cardiovascular en pacientes con DM según las guías de la ESC de 2019

Las guías de la ESC^{1a} se basan en la SCORE de riesgo de las guías europeas para la prevención de la ECV en la práctica clínica² a fin de estratificar el riesgo CV en pacientes con DM y prediabetes

Riesgo muy alto	Paciente con DM y enfermedad CV establecida o daño de órgano diana ^b o 3 o más factores de riesgo ^c o DM1 de larga duración (>20 años)
Riesgo alto	Pacientes con DM y una duración de la DM ≥10 años y al menos otro factor de riesgo, pero no hay daño en el órgano diana
Riesgo moderado	Pacientes jóvenes (DM1 <35 años de edad o DM2 <50 años de edad) y una duración de la DM <10 años sin otros factores de riesgo

^{1a} Modificado de las guías europeas para la prevención de la ECV en la práctica clínica.²
^b Proteinuria, tasa de filtración glomerular estimado ≤30 ml/min/1,73 m², hipertrofia ventricular izquierda o retinopatía.
^c Edad, hipertensión, dislipemia, tabaco y obesidad.
 CV: cardiovascular; DM: diabetes mellitus; DM1: diabetes mellitus tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; ESC: European Society of Cardiology; SCORE: Systematic COronary Risk Evaluation.

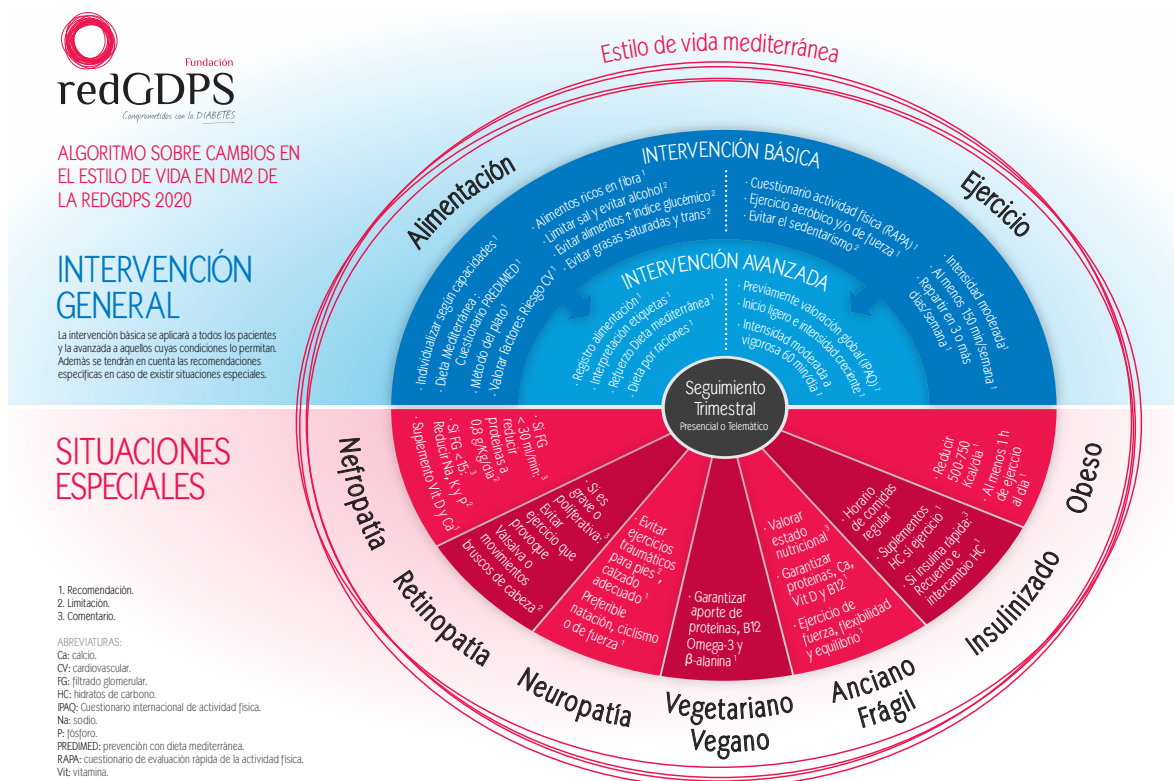
Por lo tanto, estamos ante un paciente con DM tipo 2 y con riesgo cardiovascular muy alto que, como hemos visto en la exploración, no presenta complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía, neuropatía) ni macrovasculares, en el que es de suma importancia la intensificación y prevenir el daño cardiovascular.

Tratamiento propuesto

Lo primero que hacemos es abordar las recomendaciones básicas en DM, dieta y ejercicio, basándonos en el algoritmo de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS) (figura 2)³.

Respecto al tratamiento farmacológico, en el caso de Manuel (un paciente joven, con riesgo cardiovascular muy alto y obesidad), debemos priorizar tratamientos que hayan demostrado beneficio cardiovascular y bajada de peso. En este sentido, nos inclinaremos por dos grupos terapéuticos: los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (de administración oral) y los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1) (de administración subcutánea, diaria o semanal, dependiendo de las moléculas).

Figura 2. Algoritmo sobre cambio en el estilo de vida en diabetes mellitus de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud de 2020³



A la hora de elegir el tratamiento más apropiado para el paciente (figura 3), le explicamos las alternativas posibles, los pros y contras de cada terapia y la vía de administración y posología. El paciente prefirió la inyección semanal (el arGLP1) antes que tomar una pastilla diaria. Es importante hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones porque redundará en una mejoría de la adherencia⁴.

Entre los arGLP1 de posología semanal, elegimos la semaglutida. En pacientes con DM tipo 2 y riesgo cardiovascular alto, la semaglutida ha demostrado disminuir el objetivo primario a expensas de reducir ictus no fatales. Ha mostrado también nefroprotección y reducción de los procedimientos de revascularización coronaria y periférica⁵.

Se le retira la sitagliptina y se le deja con metformina (1000 mg/12 h). Se añaden 0,25 mg/semana durante un mes de semaglutida, intensificando a 0,5 mg/semana durante un mes, tras lo cual se le deja con dosis de mantenimiento de 1 mg/semana.

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

A los tres meses el paciente perdió 5 kg de peso y su índice de masa corporal bajó a 32 kg/m². Se redujo un 1,3 % la HbA_{1c} y quedó en el 6,5 %.

Valoración del paciente

El paciente al principio presentó náuseas (ya le habíamos advertido que pasaría), pero en la actualidad está muy contento con el tratamiento.

Valoración del profesional

Respecto a nuestra labor como profesionales, estamos muy satisfechos con el tratamiento, debido a la consecución de los objetivos propuestos: la reducción de HbA_{1c}, la bajada de peso y la mejora de la adherencia al tratamiento. Además, le estamos dando al paciente un fármaco con beneficio cardiovascular.

Figura 3. Ciclo de decisiones para el manejo glucémico del paciente con diabetes tipo 2 centrado en el paciente



Extraído de American Diabetes Association. Diabetes Care. 2020;43(Suppl 1):S37-S47.

EAAD: educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes; ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; ERC: enfermedad renal crónica; GAC: glucemia autocontrolada; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; IC: insuficiencia cardíaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020;41:255-323.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al.; ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37:2315-81.
3. Carrillo L, Sanz N, Álvarez A, Aranbarri I, Gómez O, García J. Algoritmo sobre cambio en el estilo de vida en DM2 de la redGDPS 2020. Disponible en: URL: <https://www.redgdps.org/algoritmo-de-estilos-de-vida-de-la-fundacion-redgdps> [último acceso: 9 de noviembre de 2020].
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2020: obesity management for the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2020;43(Suppl. 1):S89-97.
5. Marso SP, Bain SC, Consoli A, Eliaschewitz FG, Jódar E, Leiter LA, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375:1834-44.