



# 12 prácticas que se podrían mejorar en la atención a los pacientes con factores de riesgo cardiovascular

# 12 prácticas que se podrían mejorar...

## ¿Qué deberíamos evitar?

1

No alcanzar el control de los factores de RCV.



2

Contribuir a la inercia terapéutica en el tratamiento de la dislipemia y no alcanzar los objetivos terapéuticos de cLDL.



3

Solicitar la determinación de colesterol con menos frecuencia de la recomendada.



4

No fijar los objetivos de control adecuados para evaluar el RCV en pacientes con dislipemia aterogénica.



5

Infradiagnosticar la HTA.



6

Retrasar el tratamiento farmacológico de la HTA.



## ¿Qué debemos hacer?

Establecer objetivos terapéuticos en función del RCV de los pacientes para controlar los factores que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Establecer un régimen intensivo de estatinas para alcanzar el objetivo de cLDL y, si no se consigue, intensificar el tratamiento con ezetimiba y, si es preciso, con un inhibidor de la PCSK9.

Evaluar el perfil lipídico completo como parte del cribado del RCV.

Utilizar el colesterol no HDL o la apoB para definir los objetivos terapéuticos en pacientes con dislipemia aterogénica.

Implementar programas de cribado de la HTA, así como medirla de forma oportunistas, para detectarla precozmente.

Poner tratamiento farmacológico desde el inicio a todos los pacientes hipertensos, excepto a los que tienen RCV bajo e HTA de grado 1 y a los ancianos frágiles.

7

Tratar a los pacientes hipertensos con monoterapia de inicio.



Empezar desde el inicio con modificaciones en el estilo de vida y con dos fármacos en un único comprimido en casi todos los pacientes.

8

Retrasar la asociación de un 3.<sup>er</sup> fármaco en pacientes con HTA en los que no se consigue controlar la PA con dos fármacos.



Cambiar de forma precoz a una asociación triple en caso necesario.

9

Infradiagnosticar la diabetes.



Realizar el cribado oportunista en pacientes  $\geq 35$  años o con factores de riesgo.

10

Solicitar la HbA<sub>1c</sub> con menos frecuencia de lo aconsejado.



Determinar la HbA<sub>1c</sub> en todos los pacientes diabéticos, como parte de la evaluación inicial y durante el seguimiento para evaluar el cumplimiento del objetivo glucémico.

11

No intensificar el tratamiento de la diabetes para alcanzar el objetivo glucémico.



Añadir nuevos fármacos al esquema terapéutico si el paciente no alcanza el objetivo terapéutico a los 3-6 meses.

12

No transmitir al paciente diabético la relevancia de cumplir el tratamiento.



Fomentar la educación diabetológica y concienciar sobre la relevancia de cumplir el tratamiento.

## ... y 1 recomendación

+

Retrasar el inicio de la terapia combinada en pacientes con diabetes.



Valorar la terapia combinada desde el inicio mediante una decisión consensuada con el paciente.

1



## ¿Qué deberíamos evitar?

No alcanzar el control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV).

## ¿Qué debemos hacer?

Establecer objetivos terapéuticos en función del RCV de los pacientes para controlar los factores que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

En la población española, la prevalencia y el grado de control de los factores de RCV es poco favorable, especialmente en los pacientes con RCV alto y muy alto<sup>1</sup>. En el estudio IBERICAN, el 47 % de los pacientes tenían hipertensión arterial (HTA) (mal controlada en el 42 %), el 50 % tenían dislipemia (mal controlada en el 74 %), el 19 % tenían diabetes (mal controlada en el 24 %), el 33 % eran obesos y el 18 % eran fumadores<sup>2</sup>.

Uno de los cambios más importantes de las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, por sus siglas en inglés) es el planteamiento de un **abordaje escalonado** para tratar los factores de RCV:

- El primer paso propone objetivos más laxos e independientes del RCV.
- El segundo paso propone objetivos más estrictos, en función del RCV y las comorbilidades.

En todos los casos, una vez conseguido el paso 1, se valoraría intensificar el tratamiento para lograr los objetivos del paso 2. En los pacientes con RCV alto o muy alto, se deja abierta la posibilidad de pasar directamente al paso 2. Los autores plantean la estrategia de dos pasos para reducir los efectos adversos sin comprometer el logro de los objetivos. En todos los pacientes, en el primer paso se recomienda dejar de fumar y adoptar hábitos saludables. El resto de los objetivos e intervenciones para cada tipo de paciente se resumen en la **tabla 1** (página siguiente)<sup>3</sup>.

Sin embargo, la **estrategia de dos etapas es muy controvertida**, ya que no se define cuándo hay que pasar al segundo paso y existe el riesgo de pérdidas de seguimiento y no alcanzar los objetivos. Aunque se deja abierta la puerta para pasar directamente al segundo paso en los pacientes de riesgo muy alto, no se da una recomendación clara. Según algunos autores (incluida la Sociedad Española de Cardiología), este planteamiento no ayuda a vencer la inercia terapéutica, una de las mayores dificultades para controlar los factores de RCV<sup>4,5</sup>.

Para estratificar a los pacientes en función del RCV, se tienen en cuenta<sup>6</sup>:

- En personas aparentemente sanas, el riesgo de morbimortalidad cardiovascular a 10 años mediante la tabla **SCORE2** en pacientes de 40-69 años y **SCORE2-OP** en pacientes de 70-90 años.
- Las **enfermedades** que aumentan el RCV, incluidas la insuficiencia renal crónica, la hipercolesterolemia familiar, la enfermedad cardiovascular arterioesclerótica (ECVA) y la diabetes.
- Los **factores modificadores del riesgo**, como el estrés psicológico, la etnia, la fragilidad, la historia familiar, la genética, los determinantes socioeconómicos, la exposición ambiental, la composición corporal y la estimación del calcio coronario mediante coronariografía.

**Tabla 1.** Objetivos de tratamiento según el perfil del paciente

Perfil del paciente	Objetivos preventivos (PASO 1)	Objetivos de intensificación (PASO 2)
Personas aparentemente sanas	Se iniciará el tratamiento farmacológico hipolipemiante o antihipertensivo según el RCV o si la PAS es >160 mmHg	
<50 años	PAS <140 a 130 mmHg, si se tolera* cLDL <100 mg/dl	PAS <130 mmHg, si se tolera* RCV alto: cLDL <70 mg/dl y reducción ≥50% del valor basal Riesgo muy alto: cLDL <55 mg/dl y reducción ≥50% del valor basal
50-69 años		
≥70 años	PAS <140 mmHg, si se tolera* cLDL <100 mg/dl	Valorar objetivos específicos de acuerdo con las indicaciones de la guía clínica
Pacientes con insuficiencia renal crónica	PAS <140 a 130 mmHg, si se tolera* cLDL <100 mg/dl y reducción ≥50% del valor basal Otros si hay ECVA o DM	RCV alto: cLDL <70 mg/dl RCV muy alto: cLDL <55 mg/dl
Pacientes con hipercolesterolemia familiar	PAS <140 a 130 mmHg, si se tolera* cLDL <100 mg/dl y reducción ≥50% del valor basal Otros si hay ECVA o DM	RCV alto: cLDL <70 mg/dl RCV muy alto: cLDL <55 mg/dl
<b>Pacientes con DM</b>		
DM de corta duración (p. ej., <10 años), bien controlada, sin daño orgánico específico ni otros factores de RCV	No se recomiendan objetivos adicionales	
Sin ECVA ni daño orgánico específico grave	PAS <140 a 130 mmHg, si se tolera* cLDL <100 mg/dl HbA <sub>1c</sub> <7%	PAS <130 mmHg, si se tolera* cLDL <70 mg/dl y reducción ≥50% del valor basal iSGLT-2 o arGLP-1
Con ECVA o daño orgánico específico grave	PAS <140 a 130 mmHg, si se tolera* cLDL <70 mg/dl HbA <sub>1c</sub> <8% iSGLT-2 o arGLP-1 Si hay ECV: antiagregante plaquetario	PAS <130 mmHg, si se tolera* cLDL <55 mg/dl y reducción ≥50% del valor basal iSGLT-2 o arGLP-1 Se podrían añadir nuevos tratamientos
Pacientes con ECVA	PAS <140 a 130 mmHg, si se tolera* cLDL <70 mg/dl y reducción ≥50% del valor basal Antiagregante plaquetario	PAS <130 mmHg, si se tolera* cLDL <55 mg/dl Se podrían añadir nuevos tratamientos

\*PAD <80 mmHg

arGLP-1: agonista del receptor del péptido 1 similar al glucagón, cLDL: colesterol de las lipoproteínas de baja densidad, DM: diabetes *mellitus*, ECV: enfermedad cardiovascular, ECVA: enfermedad cardiovascular arterioesclerótica, iSGLT-2: cotransportador de sodio y glucosa de tipo2, PAD: presión arterial diastólica, PAS: presión arterial sistólica, RCV: riesgo cardiovascular

**Fuente:** Visseren *et al.*<sup>3</sup>.

2



### ¿Qué deberíamos evitar?

Contribuir a la inercia terapéutica en el tratamiento de la dislipemia y no alcanzar los objetivos terapéuticos de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL).

### ¿Qué debemos hacer?

Prescribir un régimen intensivo de estatinas para alcanzar el objetivo de cLDL y, si no se consigue, intensificar el tratamiento con ezetimiba y, si es preciso, con un inhibidor de la proproteína-convertasa subtilisina/kexina de tipo 9 (PCSK9).

En España, existe una infrautilización del tratamiento hipolipemiante. Por ejemplo, aunque solo el 26 % de los pacientes logran el objetivo de cLDL en prevención secundaria, las estatinas de alta potencia solo se emplean en el 45 % de los pacientes y la ezetimiba, en el 14 %. La inercia terapéutica es frecuente: no se amplía el tratamiento en un 70 % de casos<sup>7</sup>.

Los objetivos terapéuticos propuestos por la guía de la ESC y la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS, por sus siglas en inglés) de 2019 se fundamentan en la amplia evidencia científica que confirma que **cuanto mayor es la reducción absoluta del cLDL, mayor es la reducción del RCV**. Estos objetivos son los siguientes<sup>8</sup>:

- Riesgo muy alto: reducción  $\geq 50$  % del valor basal y cLDL <55 mg/dl.
- Riesgo alto: reducción  $\geq 50$  % del valor basal y cLDL <70 mg/dl.
- Riesgo moderado: cLDL <100 mg/dl.
- Riesgo bajo: cLDL <116 mg/dl.

Las **estatinas** son el tratamiento farmacológico de elección para alcanzar estos objetivos. La elección se hará en función de la potencia hipolipemiante y del RCV del paciente. Si no se alcanza el objetivo con una estatina de alta potencia a la máxima dosis, se recomienda añadir **ezetimiba**. Si esto no es suficiente, se debe valorar añadir un **inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 9 PCSK9**<sup>8</sup>.



3



### ¿Qué deberíamos evitar?

Solicitar la determinación de colesterol con menos frecuencia de la recomendada.

### ¿Qué debemos hacer?

Evaluar el perfil lipídico completo como parte del cribado del RCV.

Un estudio publicado en 2016 sugiere que, en algunas áreas de España, se solicitan menos pruebas de colesterol de las que serían necesarias para cribar de forma adecuada a la población e identificar a pacientes con hipercolesterolemia<sup>9</sup>.

De acuerdo con las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de 2022, no hay evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad para determinar el colesterol sérico en población sana, por lo que lo más razonable es incluirlo en cualquier análisis de sangre **a partir de los 18 años** y con una **periodicidad mínima de 4 años**<sup>6</sup>.

Por otro lado, la guía de la ESC/EAS recomienda evaluar el perfil lipídico como **parte del cribado del RCV**<sup>8</sup>. Este cribado debe realizarse en hombres >40 años, en mujeres >50 años o posmenopáusicas o a cualquier edad si existen condiciones clínicas sugestivas de RCV alto o muy alto<sup>8,10</sup>. En pacientes con riesgo bajo o moderado, las diferentes guías clínicas recomiendan realizar el seguimiento en intervalos de entre 4 y 6 años<sup>4</sup>.

El perfil lipídico incluye la determinación del **colesterol total (CT)**, del **cLDL**, del **colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cHDL)** y de los **triglicéridos (TG)**. El cLDL es el parámetro principal para el cribado, el diagnóstico y el seguimiento de las dislipemias; mientras que el CT y el cHDL se utilizan en la estimación del RCV<sup>8</sup> mediante las tablas SCORE2 y SCORE2-OP<sup>3</sup>. La determinación de los TG permite identificar a pacientes que pueden tener un mayor RCV del que refleja su nivel de cLDL<sup>8</sup>.

4

## ¿Qué deberíamos evitar?

No fijar los objetivos de control adecuados para evaluar el RCV con pacientes con dislipemia aterogénica.

## ¿Qué debemos hacer?

Utilizar el colesterol no HDL o la apolipoproteína B (apoB) para definir los objetivos terapéuticos en pacientes con dislipemia aterogénica.

La dislipemia aterogénica es una alteración lipídica asociada a un RCV alto que se caracteriza por la combinación de cHDL bajo, TG elevados y una alta proporción de partículas LDL pequeñas y densas, con o sin aumento del cLDL. En España, la prevalencia varía entre el 3 % y el 18 % en función de la población estudiada, aunque la cifra tiende a ser superior en pacientes diabéticos (34 %), pacientes de alto riesgo con cLDL controlado (21 %) o pacientes con enfermedades vasculares (21 %-34 %). A pesar del impacto que tiene sobre el RCV, esta condición permanece infradiagnosticada y existe una gran heterogeneidad a la hora de definir los objetivos de control por parte de los médicos de atención primaria<sup>11</sup>.

Para evaluar la dislipemia aterogénica se recomienda realizar un **perfil lipídico completo**, además del cálculo del **colesterol no HDL**, del **índice TG/cHDL** —que estima las partículas LDL pequeñas y densas— y del **índice CT/cHDL**. Los hallazgos característicos de la dislipemia aterogénica son<sup>12</sup>:

- TG >150 mg/dl.
- cHDL <40 mg/dl en hombres y <45 en mujeres.
- cLDL >100 mg/dl.
- colesterol no HDL >130 mg/dl.
- CT/cHDL >5 en hombres y >4,5 en mujeres.
- TG/cHDL >2.

Los marcadores de mayor utilidad para evaluar el RCV atribuible a la dislipemia aterogénica son el colesterol no HDL (con valor superior al cLDL) o la apoB y los triglicéridos. El colesterol no HDL representa la suma del colesterol de las lipoproteínas que contienen apoB, que son las aterogénicas. Por ello, en pacientes con dislipemia aterogénica se recomienda utilizar el **colesterol no HDL o la apoB para definir los objetivos terapéuticos**, que son<sup>12</sup>:

- RCV moderado: colesterol no HDL <130 mg/dl y apoB <100 mg/dl.
- RCV alto: colesterol no HDL <100 mg/dl y apoB <80 mg/dl.
- RCV muy alto: colesterol no HDL <85 mg/dl y apoB <65 mg/dl.

5



## ¿Qué deberíamos evitar?

Infradiagnosticar la HTA.

## ¿Qué debemos hacer?

Implementar programas de cribado de la HTA, así como medirla de forma oportunista, para detectarla precozmente.

En el mundo, alrededor de un 50 % de las personas que tienen HTA no son conscientes de ello. Esto ocurre con independencia del nivel de renta de los países<sup>13</sup>. En España, este porcentaje es del 40 %<sup>6</sup>.

La ESC y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) recomiendan que todos los adultos tengan la PA reflejada en su historia clínica y que conozcan sus cifras. Posteriormente y hasta los 50 años, la periodicidad del cribado es la siguiente<sup>13</sup>:

- Al menos **cada 5 años**, si la presión arterial es **óptima** (<120/80 mmHg).
- Al menos **cada 3 años**, si la presión arterial es **normal** (120-129/80-84 mmHg).
- Al menos **1 vez al año**, si la presión arterial es **normal-alta** (130-139/85-89 mmHg).

Debemos considerar medir la PA con más frecuencia a los pacientes mayores de 50 años, ya que con el envejecimiento los aumentos de la PA son más pronunciados<sup>13</sup>.

El PAPPS de 2022 amplía la recomendación de la medición anual para los pacientes mayores de 40 años o con factores de riesgo de HTA (por ejemplo, sobrepeso u obesidad, cifras de PA normal-alta o raza negra)<sup>6</sup>.

6



## **X** ¿Qué deberíamos evitar?

Retrasar el tratamiento farmacológico de la HTA.

## **✓** ¿Qué debemos hacer?

Poner tratamiento farmacológico desde el inicio a todos los pacientes hipertensos, excepto a los que tienen RCV bajo e HTA de grado 1 y a los ancianos frágiles.

En España, según los datos del estudio ENRICA, el 21% de los hipertensos no recibe tratamiento farmacológico<sup>14</sup>, a pesar de que las guías europeas recomiendan **iniciar el tratamiento farmacológico de forma inmediata** y simultánea a las intervenciones sobre los hábitos de vida en casi todos los pacientes hipertensos<sup>13</sup>.

Son excepciones los pacientes con PA normal-alta, con HTA de grado 1 y RCV bajo, y los mayores frágiles<sup>13</sup>. En pacientes con HTA grado 1 con riesgo de moderado a bajo se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico si la PA sigue sin estar controlada a los 3-6 meses de iniciar las medidas higiénico-dietéticas<sup>6</sup>.

El motivo es que la mayoría de los pacientes requieren tratamiento farmacológico además de intervenciones en el estilo de vida para lograr un control óptimo de la PA<sup>13</sup>.



7



## **X** ¿Qué deberíamos evitar?

Tratar a los pacientes hipertensos con monoterapia de inicio.

## **✓** ¿Qué debemos hacer?

Empezar desde el inicio con modificaciones en el estilo de vida y con dos fármacos en un único comprimido en casi todos los pacientes.

En los últimos años, ha aumentado mucho el uso de la terapia combinada, lo cual ha redundado en un mejor control de la HTA. En España, en 2002, más de la mitad de los pacientes hipertensos estaba con monoterapia, mientras que en 2010 ya solo 1 de cada 3 pacientes tomaba un único fármaco antihipertensivo. Sin embargo, todavía queda camino por recorrer<sup>15</sup>.

La mayoría de los pacientes con HTA necesitarán tomar dos o más fármacos combinados para alcanzar cifras adecuadas, más aún teniendo en cuenta que las guías europeas actuales recomiendan para la mayoría de los pacientes <65 años el objetivo de  $\leq 130/80$  mmHg, si el tratamiento se tolera bien<sup>13</sup>.

El **tratamiento combinado de inicio siempre es más eficaz que la monoterapia**, incluso si comparamos el tratamiento en dosis bajas con la monoterapia en dosis máxima, ya que involucra distintos mecanismos de acción. Además, el tratamiento inicial con la asociación de dos fármacos es seguro y bien tolerado, incluso en pacientes con HTA de grado 1<sup>13</sup>.

Se recomienda combinar los dos fármacos en un único comprimido, ya que aumenta el cumplimiento y el control de la PA<sup>13</sup>.

No obstante, se recomienda el **tratamiento inicial con monoterapia** en los siguientes casos<sup>13</sup>:

- Pacientes con PA normal-alta y RCV alto.
- Pacientes ancianos frágiles.
- Pacientes con bajo riesgo, HTA de grado 1 y PA sistólica <150 mmHg.

8



## ¿Qué deberíamos evitar?

Retrasar la asociación de un tercer fármaco en pacientes con HTA en los que no se consigue controlar la PA con dos fármacos.

## ¿Qué debemos hacer?

Cambiar de forma precoz a una asociación triple en caso necesario.

Entre un 25 % y un 30 % de los pacientes con HTA necesitará una combinación de tres fármacos para tener bien controlada la PA. Por tanto, en caso de ser necesario, se recomienda el cambio precoz a una combinación triple. La combinación es probablemente más eficaz que el aumento de dosis<sup>13,16</sup>.

9



## ¿Qué deberíamos evitar?

Infradiagnosticar la diabetes.

## ¿Qué debemos hacer?

Realizar el cribado de oportunistas en pacientes  $\geq 35$  años o con factores de riesgo.

Una buena parte de los pacientes con diabetes no están diagnosticados. En Europa, se estima que el 37,9 % de la población tiene diabetes sin saberlo, mientras que, en España, según el estudio Di@bet.es, esta cifra ascendería hasta casi el 50 %<sup>17</sup>.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) recomienda realizar el cribado oportunista de diabetes en las siguientes circunstancias<sup>18</sup>:

- En pacientes con **sobrepeso u obesidad** que tienen uno o más de los siguientes **factores de riesgo**:
  - Familiar de primer grado con diabetes.
  - Etnia de alto riesgo (p. ej., afroamericano, latino, nativo americano, asiático-americano, isleño del Pacífico).
  - Antecedentes de enfermedad cardiovascular.
  - HTA.
  - Nivel de cHDL <35 mg/dl y/o TG >250 mg/dl.
  - Síndrome de ovario poliquístico.
  - Inactividad física.
  - Trastornos asociados a la resistencia a la insulina (síndrome de ovario poliquístico o *acantosis nigricans*).
- En pacientes con **prediabetes** debe realizarse anualmente.
- En mujeres con diagnóstico de **diabetes gestacional** debe hacerse de por vida, al menos, cada 3 años.
- En pacientes **≥35 años**.
- Pacientes **infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana**.

Si los resultados del cribado son normales, el cribado debe repetirse **al menos cada 3 años**, aunque se puede aumentar la frecuencia en función de los resultados iniciales y del nivel de riesgo<sup>18</sup>.

Disponemos de 3 pruebas para el cribado de la diabetes: la glucemia basal, la sobrecarga oral de glucosa (SOG) de 75 g y la HbA<sub>1c</sub>, aunque la **glucemia basal es el método más recomendado** por su sencillez y coste-eficacia<sup>6,19</sup>. Los criterios diagnósticos de diabetes son<sup>18,19</sup>:

- Glucemia basal  $\geq 126$  mg/dl.
- Glucemia  $\geq 200$  mg/dl a las 2 horas de la SOG.
- HbA<sub>1c</sub>  $\geq 6,5$  %.
- Glucemia aleatoria  $\geq 200$  mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica.

Para confirmar el diagnóstico, en ausencia de hiperglucemia inequívoca, se necesitan dos resultados alterados de la misma prueba en momentos diferentes o de diferentes pruebas en el mismo momento<sup>6,18</sup>.

10



### ¿Qué deberíamos evitar?

Solicitar la HbA<sub>1c</sub> con menos frecuencia de lo aconsejado.

### ¿Qué debemos hacer?

Determinar la HbA<sub>1c</sub> en todos los pacientes diabéticos, como parte de la evaluación inicial y durante el seguimiento para evaluar el cumplimiento del objetivo glucémico.



Un estudio publicado en 2014 indica que la HbA<sub>1c</sub> se solicita menos de lo que sería apropiado para el correcto diagnóstico de nuevos pacientes y el adecuado seguimiento y control de los ya diagnosticados<sup>20</sup>.

La HbA<sub>1c</sub> refleja la glucemia media durante los últimos 3 meses, por lo que es la **prueba recomendada para evaluar el control glucémico**<sup>18</sup>. Aunque la HbA<sub>1c</sub> es menos sensible que la glucemia basal o la SOG para identificar pacientes con diabetes desconocida, es superior para detectar a pacientes con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares<sup>19</sup>.

La ADA recomienda determinar la HbA<sub>1c</sub> en la evaluación inicial y como parte del seguimiento en todos los pacientes con diabetes. La frecuencia de la determinación puede variar en función de la situación clínica, el tratamiento y el juicio clínico. En pacientes con buen control glucémico se recomienda determinar la HbA<sub>1c</sub> **al menos 2 veces al año**, mientras que en pacientes que no alcanzan los objetivos terapéuticos o en los que se debe ajustar el tratamiento se recomienda hacerlo cada **3 meses**, con análisis adicionales cuando sea necesario<sup>18</sup>.

11



## ¿Qué deberíamos evitar?

No intensificar el tratamiento de la diabetes para alcanzar el objetivo glucémico.

## ¿Qué debemos hacer?

Añadir nuevos fármacos al esquema terapéutico si el paciente no alcanza el objetivo terapéutico a los 3-6 meses.

Una alta proporción de pacientes diabéticos no consigue alcanzar el objetivo terapéutico. Una de las causas de este mal control glucémico es la **inercia terapéutica**, es decir, la falta de inicio o intensificación del tratamiento cuando este está indicado. En muchos casos, no se intensifica el tratamiento hasta que el nivel de HbA<sub>1c</sub> es muy superior al objetivo terapéutico y se hace con un retraso considerable respecto al recomendado<sup>21</sup>. En España, el estudio INERCIA reveló que aproximadamente el 50 % de los pacientes con una HbA<sub>1c</sub> ≥7 % no recibió intensificación del tratamiento<sup>22</sup>.

Mantener un buen control glucémico reduce el riesgo de complicaciones microvasculares<sup>18</sup>. Las guías plantean como un objetivo apropiado una **HbA<sub>1c</sub> <7% para la mayoría de los pacientes**. No obstante, se recomienda individualizar el tratamiento en función de las características y preferencias de los pacientes. De este modo, se admite un objetivo más estricto (HbA<sub>1c</sub> <6,5 %) en pacientes que puedan alcanzarlo sin riesgo de hiperglucemia o de otros efectos adversos. Del mismo modo, se puede plantear un objetivo menos exigente (HbA<sub>1c</sub> <8 %) en pacientes con antecedentes de hipoglucemia, con esperanza de vida limitada, con complicaciones vasculares avanzadas, con comorbilidades o en pacientes con comorbilidades o diabetes de larga evolución en los que no se alcance el objetivo a pesar de realizar las intervenciones apropiadas<sup>18,19</sup>.

Se recomienda **revisar el esquema farmacológico, la adherencia y el cumplimiento del objetivo terapéutico cada 3-6 meses**. Si no se alcanza el objetivo terapéutico, no se debe retrasar la intensificación del tratamiento<sup>18,19</sup>.

12



### **X** ¿Qué deberíamos evitar?

No transmitir al paciente diabético la relevancia de cumplir el tratamiento.

### **✓** ¿Qué debemos hacer?

Fomentar la educación diabetológica y concienciar sobre la relevancia de cumplir el tratamiento.

En atención primaria, la **falta de adherencia al tratamiento diabético** se sitúa entre el 30 % y el 51 % de los pacientes que toman antidiabéticos orales y en el 25 % de los pacientes insulinizados. El incumplimiento terapéutico impide alcanzar el objetivo glucémico, aumenta la morbimortalidad y reduce la calidad de vida de los pacientes<sup>23</sup>.

Las causas de la falta de adherencia son muy variadas y pueden atribuirse al paciente, a la enfermedad, al tratamiento, a factores socioeconómicos o al sistema sanitario. Existen varias estrategias que pueden aplicarse desde atención primaria para mejorar la adherencia al tratamiento diabético, de entre las que destacan<sup>19</sup>:

- **Simplificar los esquemas de tratamiento** (favorecer tratamientos con posologías sencillas a ser posible, de una vez al día y asociar fármacos a dosis fijas en el mismo comprimido).
- Utilizar las **nuevas tecnologías para monitorizar la falta de adherencia** y estimular el seguimiento del tratamiento mediante mensajes o llamadas telefónicas al paciente.
- Realizar **intervenciones educativas** para motivar a los pacientes y para que comprendan su enfermedad y la relevancia del tratamiento.
- Utilizar **psicoterapia** breve en la consulta.



## ¿Qué solemos hacer?

Retrasar el inicio de la terapia combinada en pacientes con diabetes.

## ¿Qué podríamos considerar?

Valorar la terapia combinada desde el inicio mediante una decisión consensuada con el paciente.

En España, la metformina en monoterapia constituye el tratamiento inicial en más del 80 % de los pacientes diabéticos, mientras que la terapia combinada solo se prescribe en el 11 % de los pacientes recién diagnosticados<sup>24</sup>.

De acuerdo con las principales guías clínicas, la metformina sigue siendo el fármaco preferido para el tratamiento inicial de la diabetes<sup>18,19</sup>. No obstante, algunos estudios han demostrado que el inicio temprano de la terapia combinada permite alcanzar el objetivo terapéutico más rápido y retrasa el fracaso del tratamiento<sup>25,26</sup>. Teniendo en cuenta el beneficio clínico de esta estrategia, la guía de la ADA propone **considerar de forma individualizada la terapia combinada desde el inicio**, mediante una decisión consensuada con el paciente<sup>18</sup>.

Además, también se recomienda iniciar la terapia combinada en pacientes recién diagnosticados que tienen un nivel de **HbA<sub>1c</sub> entre un 1,5 % y un 2 % por encima del objetivo terapéutico**<sup>18</sup>.

## REFERENCIAS

1. Amor AJ, Masana L, Soriguer F, Goday A, Calle-Pascual A, Gaztambide S, et al. [Estimación del riesgo cardiovascular en España según la guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica](#). Rev Esp Cardiol. 2015; 68 (5): 417-25.
2. Cinza Sanjurjo S, Prieto Díaz MÁ, Llisterri Caro JL, Pallarés Carratalá V, Barquilla García A, Rodríguez Padial L, et al. [Características basales y manejo clínico de los primeros 3.000 pacientes incluidos en el estudio IBERICAN \(Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal\)](#). Semergen. 2017; 43 (7): 493-500.
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Back M, et al; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. [2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice](#). Eur Heart J. 2021;42(34):3227-337.
4. Valle A, Pérez S OA. [Boletín No. 174. Lo más relevante de las guías europeas de prevención cardiovascular – ESC 2021](#) [Internet]. Puesta al Día en Cardiología. 2021 [consultado 14 feb 2023]. [Aprox. 14 pantallas].
5. Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica y Comité de Guías de la SEC. [Comentarios a la guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica](#). Rev Esp Cardiol. 2021; 75 (5): 364-9.
6. Orozco-Beltran D, Brotons-Cuixart C, Banegas Banegas JR, Gil Guillen VF, Cebrian Cuenca AM, Martin Rioboo E, et al. [Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022](#). Aten Primaria. 2022;102444.
7. Galve E, Cordero A, Cequier A, Ruiz E, González-Juanatey JR. [Grado de control lipídico en pacientes coronarios y medidas adoptadas por los médicos. Estudio REPAR](#). Rev Esp Cardiol. 2016; 69: 931-938.
8. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. [Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular](#). Rev Esp Cardiol. 2020; 73 (5): 403.e1-e70.
9. Salinas M, López-Garrigós M, Flores E, Uris J, Leiva-Salinas C; Pilot Group of the Appropriate Utilization of Laboratory Tests (REDCONLAB) working group. [Potential risk for inappropriate dyslipidemia screening in Primary Care in Spain](#). Rev Lab Clin. 2016; 9 (2): 48-53.
10. Lago F, Escribano D, Párraga I. [Guía de dislipemias. Comentarios desde la perspectiva del médico de familia](#). [Internet]. España: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2020 [consultado 14 feb 2023]. 23 p.
11. Capón J, Díaz A, Méndez E, Crespo N, Cuello C, Seco JA. [Diagnóstico de la dislipidemia aterogénica por los médicos de atención primaria en España](#). SEMERGEN. 2021; 47 (2): 99-105.
12. Ascaso JF, Millán J, Hernández-Mijares A, Blasco M, Brea A, Díaz A, et al. [Dislipidemia aterogénica 2019. Documento de consenso del Grupo de Dislipidemia Aterogénica de la Sociedad Española de Arteriosclerosis](#). Clin Investig Arterioscler 2020; 32 (3): 120-25.
13. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. [Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial](#). Rev Esp Cardiol. 2019; 72 (2): 160.e1-e78.
14. Banegas JR, Gijón-Conde T. [Hipertensión arterial: el problema de salud crónico más frecuente en España. Una llamada a la acción](#). Hipertens Riesgo Vasc. 2022; 39 (3): 121-127.



15. Barrios V. [Terapia combinada para el tratamiento de la hipertensión arterial. Actualidad en cardiología clínica](#) [Internet]. Oct 2017 [consultado 14 feb 2023]; 4-5.
16. Gorostidi M, Santamaría R, Oliveras A, Segura J. [Hipertensión arterial esencial](#). Nefrología al día [Internet]. 27 abr 2020 [consultado 14 feb 2023]; 31 p.
17. Rojo-Martínez G, Valdés S, Soriguer F, Vendrell J, Urrutia I, Pérez V, et al. [Incidence of diabetes mellitus in Spain as results of the nation-wide cohort di@bet.es study](#). Sci Rep. 2020; 10 (1): 2765.
18. American Diabetes Association. [Standards of medical care in diabetes 2022](#). Diabetes care. 2022; 45 (Supl. 1). 270 p.
19. García Soidán J (coord.). [Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS](#) [Internet]. España: Fundación redGDPS; 28 nov 2018 [consultado 14 feb 2023]. 264 p.
20. Salinas M, López-Garrigós M, Uris J, Leiva-Salinas C; Appropriate Utilization of Laboratory Tests (REDCONLAB) working group. [A study of the differences in the request of glycated hemoglobin in primary care in Spain: A global, significant, and potentially dangerous under-request](#). Clin Biochem. 2014; 47 (12): 1104-7.
21. Mata M. [Inercia terapéutica en el tratamiento de la diabetes tipo 2](#). Diabetes Práctica 2017; 08 (Supl Extr 1): 1-20.
22. González-Clemente JM, Font B, Lahoz R, Llauradó G, Gambús G. [Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no insulinizados en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Estudio INERCIA](#). Med Clínica 2014;142(11):478-84.
23. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. [Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones](#). Aten Primaria. 2015; 48 (6): 406-20.
24. Moreno-Juste A, Poblador-Plou B, Aza-Pascual-Salcedo M, González-Rubio F, Malo S, Libroero López J, et al. [Initial Therapy, Regimen Change, and Persistence in a Spanish Cohort of Newly Treated Type 2 Diabetes Patients: A Retrospective, Observational Study Using Real-World Data](#). Int J Environ Res Public Health. 2020; 17 (10): 3742.
25. Abdul-Ghani MA, Puckett C, Triplitt C, Maggs D, Adams J, Cersosimo E, et al. [Initial combination therapy with metformin, pioglitazone and exenatide is more effective than sequential add-on therapy in subjects with new-onset diabetes. Results from the Efficacy and Durability of Initial Combination Therapy for Type 2 Diabetes \(EDICT\): a randomized trial](#). Diabetes Obes Metab 2015; 17 (3): 268-75.
26. Matthews DR, Paldanius PM, Proot P, Chiang Y, Stumvoll M, Del Prato S, et al. [Glycaemic durability of an early combination therapy with vildagliptin and metformin versus sequential metformin monotherapy in newly diagnosed type 2 diabetes \(VERIFY\): a 5-year, multicentre, randomised, double-blind trial](#). Lancet Lond Engl 2019; 394 (10208): 1519-29.



© 2023 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.  
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.



**almirall**

feel the science