

# Programa **DiaBATES**. Debates en diabetes.



**Sociedad Valenciana de HTA y Riesgo Vascular (SVHTAyRV)**

**Dr. D. Vicente Giner Galvañ**

FED Jefe de Servicio.

Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico.

Servicio de Medicina Interna.

Hospital Virgen de los Lirios.

Alcoy (Alicante).

*ginervicgal@gmail.com*

Alcoy, Abril 2016

## Introducción

Dentro del campo del riesgo cardiometabólico (RCM) sin duda está siendo la diabetes mellitus (DM) la que está experimentando un verdadero revuelo a raíz del desarrollo de nuevos y novedosos fármacos. El desarrollo de estos nuevos fármacos está abriendo nuevas perspectivas sobre cómo manejar esta enfermedad, haciéndonos plantear a los clínicos situaciones y oportunidades de mejora anteriormente poco imaginables.

A tenor de esta "revolución farmacológica" estamos asistiendo a una verdadera avalancha de publicaciones que en ocasiones no hacen si no alimentar dudas de difícil resolución y que (por fortuna) animan no pocos debates para los cuales la inexistencia de respuestas claras y definitivas no hace sino impulsar un **entramado intelectual de argumentaciones** cuanto menos interesante.

Sin embargo, poco o nada sabemos de las inquietudes y posicionamientos de un colectivo al que en ocasiones no se le da voz en estos debates de grandes expertos y que somos los clínicos que día a día debemos tomar decisiones clínicas en ocasiones ajenas a estos grandes debates.

Esta situación, lejos de ser un hándicap, desde nuestra propuesta, el presente **Programa DiaBATES**, lo vemos como una oportunidad, ¿De qué?: De **conversar y escucharnos todos en temas en diabetes que afectan a nuestro día a día y para los cuales no hay respuestas únicas y definitivas**.

Creemos que "hay mucha tela que cortar" y que una de las voces a escuchar es la de los clínicos de ambos niveles de asistencia, Primaria y Especializada, que día a día vemos diabéticos. Por tanto y en contra de lo que pudiera parecer, no se pretende alcanzar ningún tipo de respuesta. Más bien plantear situaciones que nos hagan **reflexionar sobre algunas verdades que solemos admitir como inamovibles** aunque cuando se analiza la bibliografía en que se sustentan es fácil ver que pocas de estas verdades lo son de carácter definitivo.

No se pretende obtener la respuesta absoluta o final a las dudas que el manejo de la DM en el día de hoy se nos plantean al clínico, si no generar debate (**Programa Diabetes: Debates en Diabetes**) sobre algunas cuestiones que hasta la fecha, en medio de los últimos, numerosos y realmente trepidantes cambios en el campo, en ningún momento se han visto reflejadas, recogidas ni publicadas por el momento. En esta línea, el objetivo final del Programa sería la de **reflejar las opiniones y posicionamientos de los clínicos a través de un documento científico** como punto final de la actividad.

3

### Objetivo

**Conocer las opiniones y posicionamientos** en el manejo de la diabetes de un colectivo fundamental en el manejo de los pacientes diabéticos como son los clínicos (facultativos de Atención Primaria y especializada, personal de Enfermería,...); y que al fin y al cabo son en los que recae la responsabilidad directa y única de tomar las mejores decisiones para sus pacientes diabéticos.

### Metodología

Reuniones presenciales dirigidas por reconocidos líderes de opinión relacionados con la Sociedad Valenciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (SVHTAyRV) y colaboradores de sociedades científica médicas afines a quienes se invitará a participar como en proyectos previos realizados por esta sociedad.

La clave del programa es la **confrontación de opiniones tras la exposición de la evidencia**, es por ello que la actividad debe ser dirigida a todos cuantos facultativos intervengan en el continuo de la diabetes y el riesgo cardiometabólico en general, empezando por los médicos de Atención Primaria, pasando por internistas, nefrólogos, cardiólogos, neurólogos, endocrinos, etc...

En cuanto al alcance de la acción, lógicamente y de forma inicial se plantea la Comunidad Valenciana, ámbito geográfico estricto de la SVHTAyRV, si bien creemos que, en caso de conseguir suficiente apoyo logístico, el modelo

liderado desde la SVHTAyRV podría ser exportable a todo el territorio nacional, lo cual daría pie a la confección de un documento científico “de peso”. No obstante, en ambos casos (autonómico y nacional) deberá siempre quedar claro el liderazgo en el proyecto de la SVHTAyRV y sus miembros.

Debería intentarse realizar una reunión por Departamento de Salud para lograr una suficiente cobertura y representatividad de la muestra. También la máxima representatividad de especialidades tanto en lo tocante a ponentes y moderadores como, ante todo, de participantes.

Las reuniones presenciales constarán de **dos ponentes**, uno de los cuales actuará de **Coordinador** y cuya responsabilidad será la recopilación de encuestas y demás material así como que este llegue al coordinador general (Dr Vte Giner Galvañ. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy: [ginervicgal@gmail.com](mailto:ginervicgal@gmail.com)).

Para poder materializar la fase final de escritura de un documento donde se reflejen las opiniones de los participantes es **fundamental el papel de los coordinadores y la recopilación de la información a través de la recogida y envío de las denominadas Fichas de Reunión Local**.

Para facilitar la participación y el debate entre asistentes en cada reunión deben reunirse **no más de 25 asistentes** (idealmente **20**) con la intención de constituir **4-5 grupos de cinco componentes** entre los cuales deben elegir un **portavoz**. En este sentido la sala de la reunión debe distribuirse de forma que haya **equipo de proyección** habitual y **megafonía** además de capacidad para contar con **4-5 mesas para trabajo en grupo**.

### **Programa actividad presencial**

Se dividirá de entrada a los asistentes en **grupos de cinco asistentes**. Cada grupo nombrará un **portavoz**.

Tanto a la entrada como a la salida, se pasará una **encuesta** a los asistentes con quince-veinte cuestiones al respecto de la diabetes, su tratamiento farmacológico así como el riesgo cardiometabólico a ella asociado. La misma encuesta se distribuirá al final de la reunión. No se trata de valorar el nivel de conocimiento existente sobre la diabetes, sino las opiniones al respecto del manejo de la diabetes y el riesgo cardiometabólico a ella asociado tanto en términos absolutos como tras la intervención de los ponentes (el debate).

Se plantearán varias preguntas al respecto del manejo de la diabetes y el RCM a ella asociada. La reunión se articulará alrededor de estas preguntas. Para cada parte/pregunta **el ponente dará argumentos a favor así como en contra explicando el soporte científico de la argumentaciones**. Las intervenciones de los ponentes serán breves, claras y concisas, huyendo de revisiones exhaustivas, buscando la exposición de una opinión personal (del ponente) y dejando un tiempo para las preguntas por parte de los asistentes.

En la parte final se deberá dejar un tiempo para que **cada grupo establezca una respuesta razonada a cada pregunta para su puesta en común y discusión**. Aparte, de forma individual, cada asistente deberá entregar su respuesta (Sí/No) a cada una de las preguntas formuladas. A modo de conclusión se entregará el número de Síes y Noes obtenidos para cada pregunta por cada uno de los subgrupos participantes así como por el total de asistentes a la reunión a efectos de poder realizar cálculos estadísticos porcentuales básicos. El objetivo de repetir la encuesta inicial no es otro que el observar si el debate de las cuestiones ha hecho modificar las opiniones y posicionamientos de los asistentes.

La estructura general de las reuniones presenciales quedaría como sigue:

- 1.- **Presentación y Encuesta basal de posicionamiento de asistentes** sobre actitudes en diabetes. **10 min.**  
*A entregar a la entrada o bien dejar una por cada asistente en las mesas. Hay que explicar que el objetivo no es examinar a nadie si no el obtener opiniones basadas en la praxis clínica real del día a día. Es por ello que no hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo opiniones.*

2.- **Debate 1: Actualización en seguridad cardiovascular de los fármacos antidiabéticos disponibles. Del UKPDS al TECOS y otros.**

20 min + 10 min de discusión.

*Se trata de hacer una revisión cronológica y crítica (¿Por qué no a todos los antidiabéticos se les ha exigido lo mismo?) de la bibliografía al respecto de la seguridad CV de los antidiabéticos y la evidencia existente desde el UKPDS, pasando por la finalmente falsa polémica con rosiglitazona (Informe conjunto EMA y FDA 2012), la publicación de los primeros estudios prospectivos específicos pasando por el TECOS (eue, lógicamente debe tener una extensión "esencial") y otros más recientes.*

3.- **Debate 2: ¿Tienen todos los diabéticos por el simple hecho de serlo un riesgo vascular incrementado?**

20 min + 10 min de discusión.

*La mayoría de documentos y Guías sitúan directamente al paciente diabético en la categoría de prevención secundaria al considerarlo de elevado riesgo. No obstante, existen autores que, basándose en estudios de calidad, abogan por la individualización del riesgo. Así, a modo de ejemplo, recordemos las tablas de Riesgo del UKPDS. Por no hablar de la polémica de los diabéticos tipo 1, con un riesgo absoluto bajo pero relativo en principio elevado. Las consecuencias de defender cada una de las posturas en el día a día clínico son claras y plantea preguntas del tipo, en caso de tener que individualizar, ¿Hacen falta las tablas de RCv en la población diabética realmente si, como parece, todos están en prevención secundaria de entrada por el simple hecho de ser diabéticos?. ¿Qué escala de riesgo uso?*

4.- **Debate 3: ¿Deben necesariamente tomar metformina todos los diabéticos?**

20 min + 10 min de discusión.

*Hoy en día parece una verdad incontrovertible el uso de la metformina de forma universal. Pero nos olvidamos que dicha recomendación se basa en los resultados obtenidos en un subestudio del UKPDS en apenas 441 diabéticos tipo 2 obesos. Si en la actualidad tenemos evidencias de el beneficio CV cardiovascular con moléculas más modernas. ¿Realmente tiene sentido mantener la recomendación de inicio de tto en todo diabéticos por encima de otras opciones?. Respecto de los costes no olvidemos que el coste por fármacos apenas supone un 10-20% de la factura relacionada con el manejo de la diabetes, siendo la máxima carga la derivada de las complicaciones crónicas.*

5.- **Debate 4: ¿Es lícito plantear la retirada de la insulina una vez esta se ha iniciado?**

20 min + 10 min de discusión.

*Es generalizada la idea de que la insulina es el paso final en el tratamiento de la diabetes. De tal forma que la diabetes tipo 2, inicialmente resistente a insulina, acaba siendo insulinoopriva y requiere del aporte exógeno de la hormona. Sin embargo, los nuevos antidiabéticos han demostrado efectos beneficiosos sobre la obesidad, principal elemento relacionado con la resistencia insulínica, así como también de protección de la célula beta. La evidencia nuevamente es escasa, pero existe una base patofisiológica y farmacológica suficiente para su planteamiento. También ensayos clínicos demostrativos de la capacidad de los nuevos ADOs en retrasar la insulinización e incluso en la reducción de dosis de insulina asociada a su uso.*

## 6.- Debate 5: ¿Es realmente necesaria la terapia secuencial para el manejo de la diabetes?.

20 min + 10 min de discusión.

*El esquema terapéutico defendido y usualmente seguido por la mayoría de los clínicos es el secuencial propugnado por la EASD y la ADA. En este esquema, salvo a la metformina, se sitúa en la misma categoría y escalón a todos los demás antidiabéticos. De otro lado, se invoca la monoterapia y sólo en ausencia de control la combinación. Ello choca con el hecho de que al diagnóstico más de la mitad de diabéticos ya presenta repercusión orgánica (llegamos muy tarde en la evolución) y ya apenas tienen reserva pancreática. Por otro lado, desde un punto de vista patofisiológico sería lógico un abordaje multimecanismo a través de fármacos con distintos mecanismos dada la naturaleza tan multisistémica que determina el desarrollo y evolución de la enfermedad y sus complicaciones. Así, en contraposición con el esquema de la EASD y ADA, cabe contraponer el de los Endocrinólogos Norteamericanos.*

7

## 7.- Puesta en Común y votación (30 min).

*Cada portavoz debe exponer la respuesta a cada pregunta planteada en los debates y decidida por los componentes del grupo junto a su justificación.*

*Una vez escuchados a los portavoces el moderador reformulará las preguntas de los debates y habrá votación de todos los asistentes a manos alzadas. El resultado de las votaciones se reflejará en la Ficha de la reunión Local.*

## 8.- Encuesta Final de posicionamiento de asistentes sobre actitudes en diabetes.

## 9.- Complimentación Ficha Reunión Local.

*El Moderador de cada reunión deberá rellenar un documento preestablecido (Anexo 2) que permita la explotación estadística de la información de cada reunión y global. Deberá dar información al respecto de número de asistentes (y su especialidad) y para cada pregunta deberá calcular (%) qué proporción de asistentes ha votado por Sí o No. También emitirá la información de cada grupo indicando qué opción ha defendido y con qué argumentación. El ponente/moderador será responsable de guardar toda la información y hacerla llegar al Comité Científico por las vías que se establezcan. Debe existir el compromiso de entrega del material de cada reunión no más tarde de las 48 horas de su realización.*

Fuentes bibliográficas "clave": Estudios *TECOS*, *Odyssee*, *Time to insulin* e *Insulin Sparing* entre otros.

Tiempo global final: **3.00 horas**.

Al finalizar la reunión el Coordinador deberá hacer llegar al Coordinador General (Dr Vte Giner) el siguiente material:

- 1.- Encuestas de posicionamiento BASAL y FINAL de cada participante.
- 2.- Ficha final resumen de la reunión local.

Para favorecer el diálogo NO HABRÁ PAUSA CAFÉ, En su lugar habrá catering en la misma sala para que en cualquier momento los asistentes se sirvan cuanto quieran y crean.

Los materiales para cada una de las sesiones serán elaborados por un Comité Científico seleccionado por miembros de reconocido prestigio miembros de la SVHTAyRV así como de expertos afines, siendo el objetivo siempre el de promover la discusión científica, huyendo de presentaciones “cerradas”, buscando huir de los tópicos y “lo ya sabido”. El objetivo deberá ser siempre “ir más allá de lo existente en los documentos oficiales”. El objetivo final de todo material generado debe ser el promover la “polémica constructiva” y hacer que todo el mundo opine.

8

### Organiza

Sociedad Valenciana de HTA y Riesgo Vascular (SVHTAyRV) con el apoyo logístico de MSD España en la Comunidad Valenciana.

### Aval científico

Sociedad de Medicina Interna de la CV (SMICV)

Sociedad Valenciana de Cardiología

Sociedad Valenciana de Endocrinología

Sociedad Valenciana de Nefrología

### Acreditación

Actividad Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad Valenciana en **25 de abril de 2016** con el número **160046010116A** recibiendo:

**1,1 Créditos**

