

Diabetes mellitus tipo 2. Algoritmo terapéutico

Introducción

La diabetes tipo 2 resulta de un déficit de secreción de insulina y de una resistencia a la acción de la hormona en los tejidos periféricos, predominando la insulinopenia en los pacientes con normopeso y la resistencia a la insulina en los pacientes con sobrepeso.

Los cambios de estilo de vida (alimentación equilibrada y ejercicio físico regular) deben estar presentes desde el diagnóstico. Dado que es una patología crónica resulta conveniente incluir a las personas con diabetes tipo 2 en un programa de educación diabetológica.

El incumplimiento terapéutico (en torno al 50%) es la primera causa de mal control glucémico.

Fármacos hipoglucemiantes orales

Existen los siguientes grupos de fármacos hipoglucemiantes:

1. **Insulinosensibilizadores:**
 - a. Biguanidas (metformina).
 - b. Glitazonas (rosiglitazona y pioglitazona).
2. **Insulinosecretadores:**
 - a. Sulfonilureas.
 - b. Secretagogos de acción rápida (repaglinida).
3. **Incretinas:**
 - i. Incretinimiméticos (análogos del GLP-1): exenatida y liraglutida.
 - ii. Potenciadores del efecto incretina (inhibidores de la DPP4): sitagliptina y vildagliptina
2. **Inhibidores absorción de carbohidratos:** acarbosa o miglitol.

Los insulinosensibilizadores (mejoran la sensibilidad a la insulina) están dirigidos especialmente a pacientes con sobrepeso u obesidad.

Las sulfonilureas y la **repaglinida** actúan sobre la célula pancreática estimulando la insulina, comportando riesgo de hipoglucemia.

La repaglinida y los inhibidores alfa-glucosidasas tienen una acción postprandial.

Las **incretinas** aumentan la secreción de insulina estimulada por la ingesta, inhiben la secreción de glucagón y tienen efectos tróficos sobre la célula beta. Los análogos del GLP-1 deben administrarse por vía parenteral (subcutánea), inducen pérdida de peso y tienen mayores efectos secundarios. Los inhibidores de la DPP-4 se administran por vía oral, prácticamente carecen de efectos gastrointestinales y son neutros respecto al peso. Se recomiendan en tratamiento combinado con metformina, glitazonas o sulfonilureas.

Diabetes mellitus tipo 2. Algoritmo terapéutico

Fármacos orales

	Met	SU	SAR	IaG	Glit	Incr
Glucemia	Basal	Basal	Popsprandial		Basal	Basal
HbA1c	1,5-2		10,5-2	10,5-1	11-1,5	11
Hipoglucemias	No	Frec	Menos	No		No
Peso	No	Aum	Menos	No	Desc	Aum
Insulinemia	Desc	Aum	Menos	No	Desc	Aum
Lípidos	Mejora	No		1TG	Mejora	No
Adversos	Diarrea	No		Flatul	Edemas, IC	No

Met: metformina, **SU:** sulfonilureas, **SAR:** secretagogos de acción rápida (repaglinida), **IaG:** inhibidores alfa-glucosidasas, **Glit:** glitazonas, **Incr:** incretinas.

Estrategias de tratamiento hipoglucemiante

Se recomienda iniciar el tratamiento hipoglucemiante con cambios en estilo de vida y metformina.

- **Monoterapia:** Son fármacos de primera elección la metformina y las sulfonilureas.
- **Asociación de varios fármacos:** Un segundo paso es asociar ambos fármacos.

Toda **asociación** debe contemplarse bajo 4 condiciones: mecanismos de acción, eficacia en reducción de HbA_{1c}, efectos adversos y efectos beneficiosos asociados (véase Tabla).

Las glitazonas y las incretinas están recomendadas en asociación a metformina o a sulfonilureas.

Desde 2006 la EASD/ADA recomiendan metformina como paso previo a asociar **"(metformina+)"**. Los fármacos a añadir a metformina serían: **sulfonilureas** (lo más barato), **insulinas** (lo más efectivo) o **glitazonas** (no hipoglucemias). En el Congreso de la EASD (Roma, 2008) se planteó la ubicación de las **incretinas** en este algoritmo, compitiendo con las sulfonilureas.

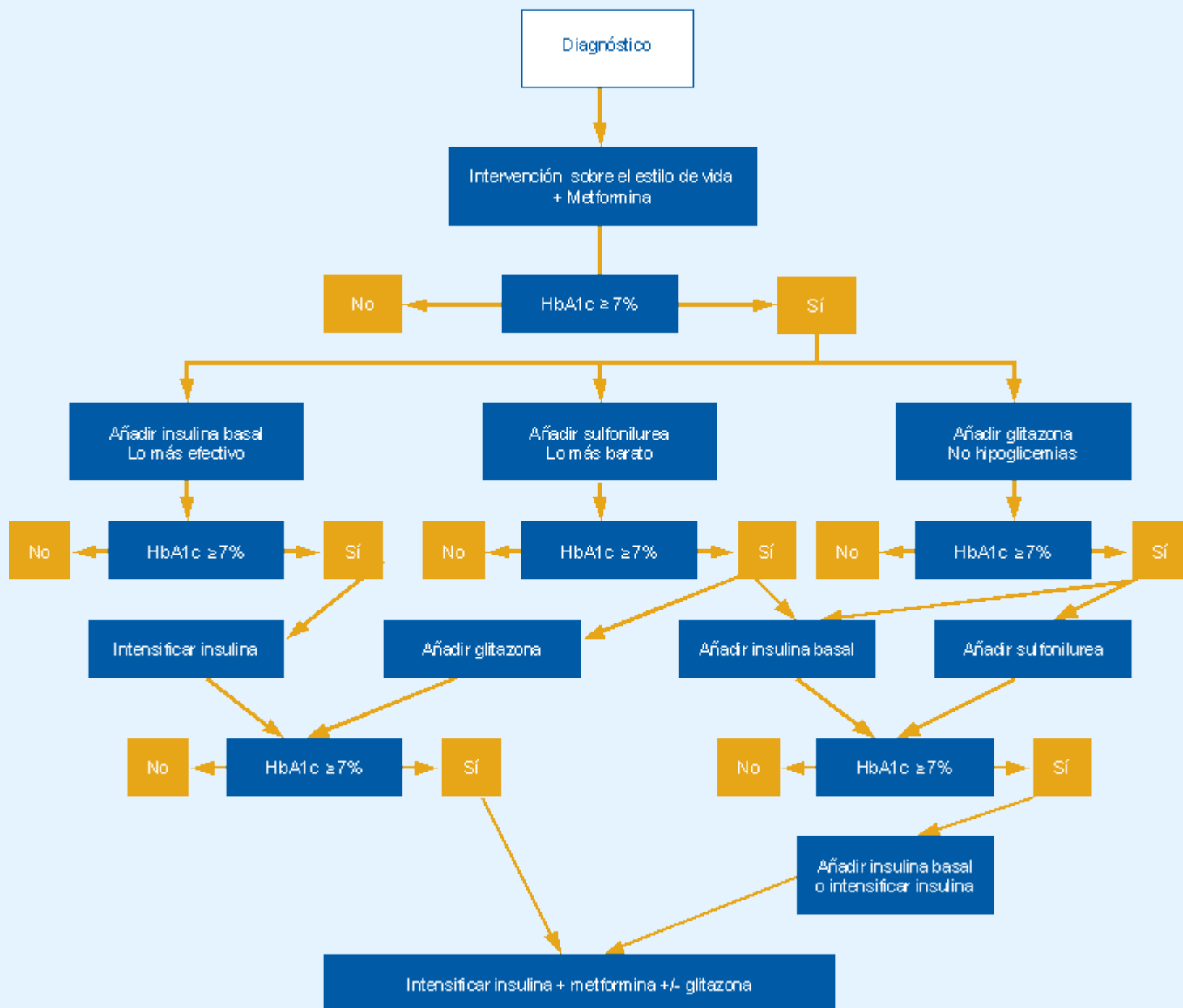
La **terapia triple** valora la asociación de un tercer fármaco a la asociación metformina-sulfonilurea, pudiendo ser éste: acarbosa, glitazona o incretina.

Ante un mal control, se recomienda, antes de modificar el tratamiento, valora un posible incumplimiento.

El tratamiento con **insulina** debe iniciarse cuando el tratamiento combinado con hipoglucemiantes orales no es suficiente para alcanzar o mantener los objetivos de control glucémico (HbA_{1c} < 7%), individualizando en función de las características de casa paciente.

Diabetes mellitus tipo 2. Algoritmo terapéutico

Algoritmo de tratamiento DM2. ADA/EASD 2008



Autor

- Jorge Navarro Pérez.
Médico de Familia. Departamento 5 Hospital Clínico Valencia.
Miembro del [Grupo de Trabajo de Diabetes](#) de la SVMFIC.

Autor para correspondencia

- Jorge Navarro Pérez
E-mail: dr.jnavarro@gmail.com

Bibliografía

1. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 Diabetes: recommendations for standard, comprehensive, and minimal care. Diabet Med 2006;23:579-93.
2. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Heine RJ, Holman RR, Sherwin R, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for vthe initiation and ajustment of therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of diabetes. Diabetes Care 2006;29:1963-72.
3. Ampudia-Blasco FJ. Terapias basadas en el efecto incretina para el tratamiento de la diabetes tipo 2: revisión sistemática. Av Diabetol 2008;24(3):193-203.