Recomendaciones para el abordaje de la diabetes tipo 2

GUÍAS de tratamiento

Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Bagó Innova

Recomendaciones para el abordaje de la diabetes tipo 2

Resumen objetivo elaborado sobre la base de: *Type 2 Diabetes in Adults: Management*
De: NICE Task Force; integrante de: National Institute for Health and Care Excellence, Londres, Reino Unido
El artículo original fue publicado en NICE Clinical Guideline 1-36, Nov 2021

Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica asociada con múltiples complicaciones y mala calidad de vida, que afecta a millones de personas en todo el mundo. La mayoría de los adultos con diabetes tienen diabetes tipo 2 (DBT2); cabe destacar que cada vez se está dignosticando más en niños. El abordaje de la DBT2 es complejo, y la educación del paciente y el autocontrol son claves en el cuidado de esta enfermedad.

El propósito de la presente guía es brindar recomendaciones para el abordaje de la DBT2 en adultos, y se centra en la educación del paciente, el asesoramiento dietario, el control del riesgo cardiovascular, el control de los niveles de glucosa en sangre y la identificación y el control de las complicaciones a largo plazo.

Recomendaciones

Se recomienda adoptar un enfoque individualizado para el cuidado de la DBT2 que se adapte a las necesidades y circunstancias de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias personales, comorbilidades y riesgos de polifarmacia, así como de la probabilidad de beneficiarse de las intervenciones a largo plazo.

La educación estructurada es una parte integral del cuidado de la diabetes, y se debe brindar tanto al paciente como a sus familiares o cuidadores, desde el momento del diagnóstico. El objetivo de esta es desarrollar actitudes, creencias, conocimientos y habilidades para el autocontrol de la diabetes.

Nutrición

El asesoramiento dietario personalizado brindado por un especialista debe estar integrado en el plan de tratamiento del paciente con DBT2. Se debe alentar a seguir los mismos consejos de alimentación saludable que la población general, aumentar la actividad física y perder peso. El objetivo particular para las personas que usan insulina o un secretagogo de insulina debe ser la reducción del riesgo de hipoglucemia.

El diagnóstico, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial son básicamente los mismos para los sujetos con DBT2 que para el resto de las personas. No se recomienda ofrecer terapia antiagregante plaquetaria a pacientes adultos con DBT2 sin enfermedad cardiovascular.

Medición de la glucosa

Se aconseja medir los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) con métodos calibrados y estandarizados cada 3 a 6 meses hasta que la HbA_{1c} se estabilice con una terapia invariable, o cada 6 meses una vez que el nivel de HbA_{1c} y la terapia de reducción de glucosa en sangre sean estables. El objetivo individual de HbA_{1c} se debe discutir y acordar con el paciente. Cuando la enfermedad se controla con estilo de vida y dieta, o con estilo de vida y dieta combinados con un solo fármaco no asociado con hipoglucemia, se aconseja alcanzar un nivel de HbA_{1c} de 48 mmol/mol (6.5 %). Por su parte, para sujetos que toman un fármaco asociado con hipoglucemia, el nivel objetivo de HbA_{1c} recomendado es de 53 mmol/mol (7%).

No se recomienda ofrecer de forma rutinaria el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre para adultos con DBT2 a menos que el paciente esté tratado con insulina, haya signos de episodios de hipoglucemia, el paciente esté tomando medicamentos orales que pueden aumentar el riesgo de hipoglucemia mientras conduce u opera maquinaria, o la paciente está embarazada o planea quedar embarazada. El individuo que se controla a sí mismo los niveles de glucosa en sangre, debe ser sometido a una evaluación estructurada al menos una vez al año.

Tratamiento farmacológico

La elección del tratamiento farmacológico debe ser discutida con el paciente y debe tener en cuenta sus preferencias. Para esto es importante brindar información sobre las opciones disponibles, los costos y los beneficios y riesgos de cada una de dichas opciones. Como terapia de rescate en caso de hiperglucemia sintomática, se recomienda insulina o una sulfonilurea, y revisar el tratamiento cuando se haya logrado el control de la glucosa en sangre. La metformina de liberación estándar es el tratamiento farmacológico de primera línea para adultos con DBT2. La dosis de este agente se debe aumentar de forma gradual para minimizar el riesgo de efectos secundarios gastrointestinales. En caso de efectos secundarios gastrointestinales con metformina de liberación estándar, se aconseja una prueba de metformina de liberación modificada. La metformina se debe suspender si la tasa de filtración glomerular estimada es inferior a 30 ml/min/1.73 m^2.

En caso de contraindicación o intolerancia a la metformina, se recomienda el tratamiento farmacológico inicial con un inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4), pioglitazona o una sulfonilurea. La pioglitazona no debe usarse en pacientes con insuficiencia cardíaca o antecedentes de insuficiencia cardíaca, deterioro hepático, cetoacidosis diabética, antecedentes de cáncer de vejiga o hematuria macroscópica no investigada.

El tratamiento con un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2) puede ser apropiado si la metformina está contraindicada o no se tolera, particularmente en pacientes con enfermedad renal crónica. Si con la

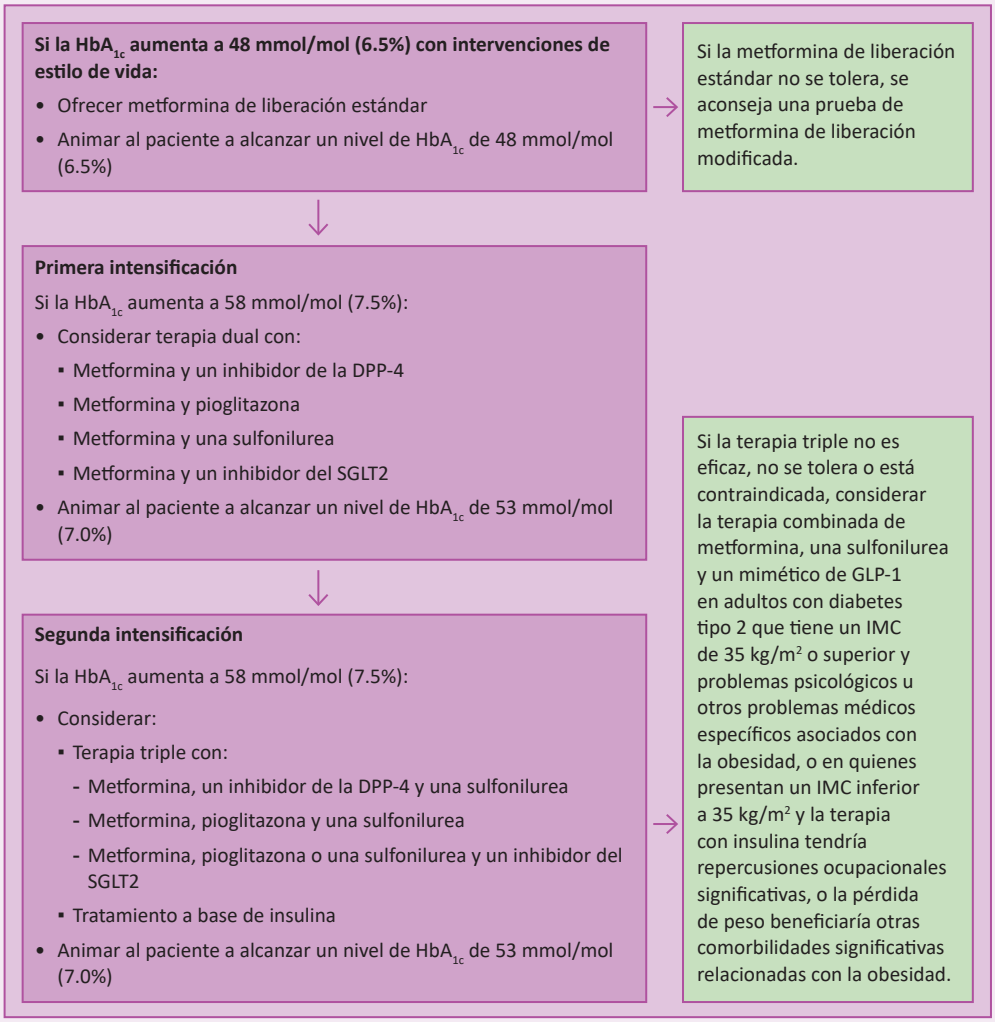


Figura 1. Algoritmo de tratamiento para adultos con diabetes tipo 2 a los que se les puede indicar metformina.
HbA_{1c}, hemoglobina glucosilada; DPP-4, dipeptidil peptidasa-4; SGLT2, cotransportador de sodio-glucosa 2; IMC, índice de masa corporal; GLP-1, péptido similar al glucagón tipo 1.

monoterapia con metformina no se logra alcanzar el nivel objetivo de HbA_{1c}, se aconseja la terapia dual de metformina más un inhibidor de la DPP-4, pioglitazona o una sulfonilurea; en caso de contraindicación o intolerancia a la metformina se recomienda terapia dual con un inhibidor de la DPP-4 y pioglitazona o una sulfonilurea, o pioglitazona y una sulfonilurea. En la terapia dual los medicamentos deben ser introducidos de forma gradual, controlando la eficacia y seguridad de cada uno de estos. En pacientes que no responden a la terapia dual con metformina y otro fármaco oral se recomienda terapia triple con metformina, un inhibidor de la DPP-4 y una sulfonilurea o metformina, pioglitazona y una sulfonilurea, o iniciar un tratamiento a base de insulina. Si la terapia triple con metformina y otros 2 fármacos orales no es eficaz, no se tolera o está contraindicada, se aconseja la terapia triple con metformina, una sulfonilurea y un mimético del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1).

La terapia con miméticos de GLP-1 se debe continuar únicamente si el paciente demuestra una respuesta metabólica beneficiosa. Para los adultos con DBT2 que comienzan la terapia con insulina, se recomienda proporcionar asesoramiento,

seguimiento y monitoreo frecuente, y un programa estructurado que utilice la titulación de la dosis de insulina activa. Los tipos y regímenes de insulina sugeridos son: insulina protamina neutra de Hagedorn (NPH) inyectada una o dos veces al día según necesidad; combinar insulina NPH con insulina de acción corta administradas por separado o como una preparación de insulina humana premezclada (bifásica); insulina detemir o insulina glargina como alternativas de la insulina NPH, y preparaciones premezcladas (bifásicas) que incluyen análogos de insulina de acción corta, en lugar de las preparaciones premezcladas (bifásicas) que incluyen preparaciones de insulina humana de acción corta.

Complicaciones

Las complicaciones asociadas con la diabetes suelen aparecen cuando no se logra controlar los niveles de glucosa en sangre. Para tratar los vómitos causados por gastroparesia en adultos con DBT2 se recomienda alternar el uso de eritromicina y metoclopramida; la domperidona se debe usar solo en circunstancias excepcionales (por el riesgo cardíaco asociado y las interacciones medicamentosas).

En adultos con DBT2 se puede pensar en neuropatía autonómica en caso de pérdida de las señales de advertencia de hipoglucemia, diarrea inexplicable que ocurre especialmente por la noche, o problemas inexplicables para vaciar la vejiga.

En pacientes con enfermedad renal crónica y DBT2, se aconseja indicar un bloqueante del receptor de angiotensina o un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ajustado a la dosis más alta autorizada que la persona puede tolerar), si el cociente de albúmina-creatinina es de 3 mg/mmol o más; si este es superior a 30 mg/mmol o se cumplen los criterios de la autorización de comercialización, se aconseja agregar un inhibidor del SGLT2.

La disfunción eréctil se puede tratar con un inhibidor de la fosfodiesterasa-5. Para evitar y tratar a tiempo complicaciones oculares, se debe animar a los pacientes diabéticos a realizar controles con el oftalmólogo.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022