

Terapia Farmacológica

Se debe utilizar una estrategia centrada en el paciente para la selección de los agentes farmacológicos. Entre las consideraciones para tener en cuenta se debe incluir la eficacia, el costo, los efectos secundarios potenciales, el peso corporal, la presencia de comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del individuo.

Fuente: Diabetes Care 38(S1):42-47, 2015

Autores: Grant R, Donner T, Wexler D y colaboradores

Institución: American Diabetes Association, EE.UU.

Título: Standards of Medical Care in Diabetes-2015

Traducción textual: Normas para el Cuidado Médico en la Diabetes-2015

Si no existen contraindicaciones, la metformina es el agente farmacológico inicial para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DBT2) (recomendación grado A).

En pacientes con diagnóstico reciente de DBT2 e hiperglucemia notoria o niveles elevados de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) se podría considerar iniciar insulino-terapia con fármacos orales adicionales o sin éstos (recomendación grado E).

Si no se alcanzan los objetivos con la dosis máxima de un único agente por más de 3 meses, se puede agregar un segundo fármaco por vía oral, un agonista del receptor del péptido 1 similar al glucagón o insulina basal (recomendación grado A).

Se debe utilizar una estrategia centrada en el paciente para seleccionar los agentes farmacológicos. Entre las consideraciones para tener en cuenta se debe incluir la eficacia, el costo, los efectos secundarios potenciales, el peso corporal, la presencia de comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del individuo (recomendación grado E).

Debido a la naturaleza progresiva de la DBT2, muchos pacientes con este tipo de DBT requerirán tratamiento con insulina (recomendación grado B).

Terapia inicial

La mayoría de los individuos deben comenzar con cambios en el estilo de vida. Cuando estas modificaciones no son eficaces para alcanzar o mantener los objetivos glucémicos, se debe iniciar tratamiento con metformina a menos que existan contraindicaciones o intolerancia al fármaco.

El uso de metformina cuenta con datos que apoyan su eficacia y seguridad. Es una sustancia económica y puede reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. En los pacientes con intolerancia a la metformina o contraindicaciones, se debe considerar como tratamiento inicial a otro tipo de agente.

Terapia combinada

Si bien existen numerosos ensayos que comparan la terapia dual con la metformina como monoterapia, se cuenta con pocos estudios de comparación de fármacos como tratamiento combinado. Un metanálisis sugiere que cada agente que se agregue a la terapia inicial reduce el valor de HbA_{1c} en alrededor del 0.9% al 1.1%.

Si no se logra el valor objetivo de HbA_{1c} después de aproximadamente 3 meses, se consideran opciones para utilizar en combinación con la metformina a las sulfonilureas, las tiazolidindionas, los inhibidores de la dipeptidil peptidasa tipo 4,

los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, los agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón o la insulino-terapia basal.

La elección del fármaco se basa en las preferencias del paciente y en diversos factores propios del sujeto, de la enfermedad y de los agentes con el objetivo de reducir el valor de HbA_{1c} con el menor riesgo de eventos adversos como la hipoglucemia.

Los secretagogos de insulina de acción rápida (meglitinidas) pueden utilizarse en lugar de las sulfonilureas en pacientes con horarios de comida variables o que presentan hipoglucemia posprandial con el tratamiento con sulfonilureas.

En todos los sujetos se debería considerar iniciar tratamiento combinado con dos agentes cuando los valores de HbA_{1c} son $\geq 9\%$.

La insulina tiene la ventaja de ser eficaz y debe ser considerada como parte de cualquier régimen de terapia combinada cuando la hiperglucemia es importante, especialmente si el paciente se encuentra muy sintomático o con aumento del catabolismo (cetosis, pérdida de peso). Se debería considerar la posibilidad de iniciar tratamiento con insulina cuando la glucemia es ≥ 300 a 350 mg/dl o el valor de HbA_{1c} es $\geq 10\%$ a 12% . En cuanto se resuelve la toxicidad de la hiperglucemia, el régimen de tratamiento puede potencialmente ser simplificado.

Insulino-terapia

Muchos pacientes con DBT2, con el tiempo, podrían requerir tratamiento con insulina. Se debe evitar referirse al uso de la insulina como una amenaza o describiéndolo como un fracaso del tratamiento con hipoglucemiantes orales.

Se sugiere educar a los pacientes con un esquema para el autoajuste de la dosis de insulina en función del autocontrol glucémico (ACG). La insulina basal es el régimen inicial más conveniente y se puede comenzar en dosis de 10 unidades por día o 0.1 a 0.2 unidades/kg/día en función del grado de hiperglucemia. La insulino-terapia basal se prescribe, por lo general, en combinación con metformina y posiblemente un agente adicional. Si la insulino-terapia basal consigue alcanzar glucemias en ayuno aceptables, pero el valor de HbA_{1c} se encuentra por encima del objetivo, se debe considerar el esquema de terapia inyectable combinada para cubrir las excursiones de glucemia posprandial. Las opciones incluyen la adición de un análogo del receptor del péptido 1 similar al glucagón o insulina preprandial. La insulina preprandial se puede administrar en una o tres dosis por día. Se podría uti-

lizar una alternativa menos estudiada que es la transición de insulina basal a análogo de insulina premezclada (o bifásica) dos veces al día. Las formulaciones con premezclas de insulina NPH y regular son alternativas menos costosas, aunque sus perfiles farmacodinámicos pueden hacer que cubran en forma subóptima las excursiones de glucemia posprandial. Una alternativa más costosa a la terapia basal-bolo con múltiples inyecciones diarias es el tratamiento con microinfusor continuo de insulina.

Una vez que se inicia un régimen de insulinoterapia es importante realizar el ajuste de la dosis en función de los valores de glucemia y mediante la comprensión del perfil farmacodinámico de cada formulación.

Se pueden continuar ciertos agentes, si bien las sulfonilureas, los inhibidores de la dipeptidil peptidasa tipo 4 y los agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón se suelen suspender con esquemas de insulinoterapia más complejos que la insulinización basal.

La educación integral en relación con el ACG, el plan alimentario, la actividad física y la prevención y el tratamiento de la hipoglucemia son de importancia fundamental para cualquier paciente que utiliza insulina.

Cirugía bariátrica

Se puede considerar realizar cirugía bariátrica para adultos con DBT2 y un índice de masa corporal (IMC) $> 35 \text{ kg/m}^2$, especialmente si la DBT o las comorbilidades asociadas son difíciles de controlar con los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico (recomendación grado B).

Los sujetos con DBT2 que han sido sometidos a cirugía bariátrica requieren apoyo para mantener los cambios en el estilo de vida y controles médicos durante toda la vida (recomendación grado B).

No existen actualmente datos suficientes para apoyar el tratamiento con cirugía bariátrica en sujetos con DBT2 con un IMC entre 30 y 35 kg/m^2 (recomendación grado E).

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siic.salud.com