

# Tratamiento hipoglucemiante en la DBT2: recomendaciones generales

## Monoterapia

Eficacia\*  
Riesgo de hipoglucemia  
Peso  
Efectos adversos  
Costo\*

## Metformina

Alta  
Bajo riesgo  
Neutral/descenso  
GI/acidosis láctica  
Bajo

Si no se alcanza el objetivo de valor de HbA<sub>1c</sub> luego de 3 meses de monoterapia, proceder a la combinación de 2 fármacos (el orden no tiene la intención de sugerir ninguna preferencia específica, la elección depende de una variedad de factores propios del paciente y de la enfermedad).

## Tratamiento combinado con 2 fármacos†

Eficacia\*  
Riesgo de hipoglucemia  
Peso  
Efectos adversos  
Costo\*

<b>Metformina + Sulfonilurea</b> Alta Riesgo moderado Aumento Hipoglucemia Bajo	<b>Metformina + Tiazolidindiona</b> Alta Riesgo bajo Aumento Edema, IC, FX Bajo	<b>Metformina + I-DPP-4</b> Intermedia Riesgo bajo Neutral Raro Alto	<b>Metformina + I-SGLT2</b> Intermedia Riesgo bajo Descenso GU, deshidratación Alto	<b>Metformina + AR-GLP-1</b> Alta Riesgo bajo Descenso GI Alto	<b>Metformina + Insulina (basal)</b> La más alta Riesgo alto Aumento Hipoglucemia Variable
--	--	---	--	---	---

Si no se alcanza el objetivo de valor de HbA<sub>1c</sub> luego de 3 meses de tratamiento combinado con 2 fármacos, proceder a la combinación de 3 agentes (el orden no tiene la intención de sugerir ninguna preferencia específica, la elección depende de una variedad de factores propios del paciente y de la enfermedad).

## Tratamiento combinado con tres fármacos

<b>Metformina + Sulfonilurea</b> + TZD o I-DPP-4 o I-SGLT2 o AR-GLP-1 o insulina§	<b>Metformina + Tiazolidindiona</b> + SU o I-DPP-4 o I-SGLT2 o AR-GLP-1 o insulina§	<b>Metformina + I-DPP-4</b> + SU o TZD o I-SGLT2 o insulina§	<b>Metformina + I-SGLT2</b> + SU o TZD o I-DPP-4 o insulina§	<b>Metformina + AR-GLP-1</b> + SU o TZD o insulina§	<b>Metformina + Insulina (basal)</b> + TZD o I-DPP-4 o I-SGLT2 o AR-GLP-1
---	---	---	---	---	--

Si no se alcanza el objetivo de valor de HbA<sub>1c</sub> luego de 3 meses de tratamiento y el paciente (1) está con tratamiento por vía oral, indicar medicación inyectable; (2) está con AR-GLP-1, agregar insulina basal; (3) está con insulina basal optimizada, agregar AR-GLP-1 o insulina prandial. En pacientes refractarios considerar agregar TZD o I-SGLT2.

## Combinación de terapia inyectable ‡

<b>Metformina + Insulina basal + insulina prandial o AR-GLP-1</b>
---

**Figura 1.** El orden de los cuadros se determinó por la disponibilidad histórica y la vía de administración, con las terapias inyectables a la derecha; no tuvo la intención de denotar ninguna preferencia específica. Se muestran las potenciales secuencias del tratamiento hipoglucemiante en sujetos con DBT2 con la transición habitual que se mueve de manera vertical desde la parte superior a la inferior (si bien también es posible el movimiento en forma horizontal dentro de los estadios terapéuticos, en función de las circunstancias).

I-DPP-4, inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4; FX, fracturas; GI, gastrointestinal; GU, genitourinario; IC, insuficiencia cardíaca; I-SGLT2, inhibidor del cotransportador de sodio/glucosa tipo 2; SU, sulfonilurea; TZD, tiazolidindiona.

† Considerar comenzar en este nivel cuando el valor de HbA<sub>1c</sub> es ≥ 9%.

‡ Considerar comenzar en este nivel cuando la glucemia es ≥ 300-350 mg/dl o si el valor de HbA<sub>1c</sub> es ≥ 10%-12%, especialmente si existen características catabólicas, en cuyo caso se prefiere como esquema inicial insulino terapia basal + prandial.

§ Usualmente insulina basal (NPH, glargina, detemir o degludec).

Adaptado con permiso de Inzucchi y colaboradores.