

## Diabetes Hoy

Recientemente se publicaron unas líneas de actuación para el manejo terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) del adulto, fuera del embarazo. En su elaboración han participado la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD). El objetivo principal es la adquisición y el mantenimiento de los valores glucémicos próximos al rango no diabético. Esto viene avalado por los ensayos clínicos de intervención terapéutica de la calidad del DCCT y UKPDS, que mostraron en DM1 y DM2, una correlación significativa entre la magnitud de HbA<sub>1c</sub> y el desarrollo y progresión de complicaciones de la DM a largo plazo. Por otra parte, también se considera importante dirigir esfuerzos terapéuticos hacia alteraciones concurrentes a la DM2, entre ellas la hipertensión arterial y la dislipemia, para así conseguir una disminución del riesgo cardiovascular.

En el consenso ADA/EASD se plantea la cifra de HbA<sub>1c</sub>  $\geq 7\%$  como punto de referencia para el inicio y la modificación del tratamiento de la DM2. Se recomienda realizar modificaciones en un plazo no superior a los tres meses hasta tener un valor de HbA<sub>1c</sub>  $\leq 7\%$ , y luego, determinar HbA<sub>1c</sub> al menos cada 6 meses. En el tratamiento de la DM2 se han de considerar, además de los fármacos, intervenciones en el estilo de vida, tomando medidas como promover la reducción ponderal en el paciente obeso y la realización de una actividad física de forma regular. Con respecto a la elección de fármacos, en este consenso consideran los siguientes factores: la magnitud del descenso glucémico, los efectos extragluceémicos que pueden reducir las complicaciones a largo plazo, la tolerancia, el perfil de seguridad y el precio. Advierten de que a parte de la eficacia para disminuir la glucemia, no hay datos proporcionados por ensayos clínicos de alta calidad que aporten evidencia para apoyar el uso de un determinado fármaco o combinación farmacológica sobre otro, en relación a los efectos en las complicaciones a largo plazo. Establecen como regla general, iniciar el tratamiento de la DM2 con intervención sobre el estilo de vida del paciente simultáneamente a la administración de metformina. Ésta se recomienda como fármaco de inicio por su efecto antihiperglucemiante no hipoglucemiante, su poder reductor de HbA<sub>1c</sub>, la ausencia de ganancia de peso, así como por su relativo bajo coste y sus generalmente escasos efectos secundarios. Si las medidas anteriores no son suficientes para conseguir una cifra de HbA<sub>1c</sub>  $\leq 7\%$ , el paso siguiente será añadir un segundo fármaco (sulfonilureas (SU), glitazonas o insulinas).

Cuando con las medidas precitadas no se alcance el objetivo de HbA<sub>1c</sub> mencionado, el próximo paso que se recomienda es comenzar o intensificar el tratamiento con insulina. Aunque, si HbA<sub>1c</sub>  $< 8\%$ , puede considerarse la adición de un tercer fármaco oral como tercer paso. Finalmente, siempre que se intensifique el tratamiento con insulina, se recomienda la suspensión de los secretagogos (SU, glinidas).