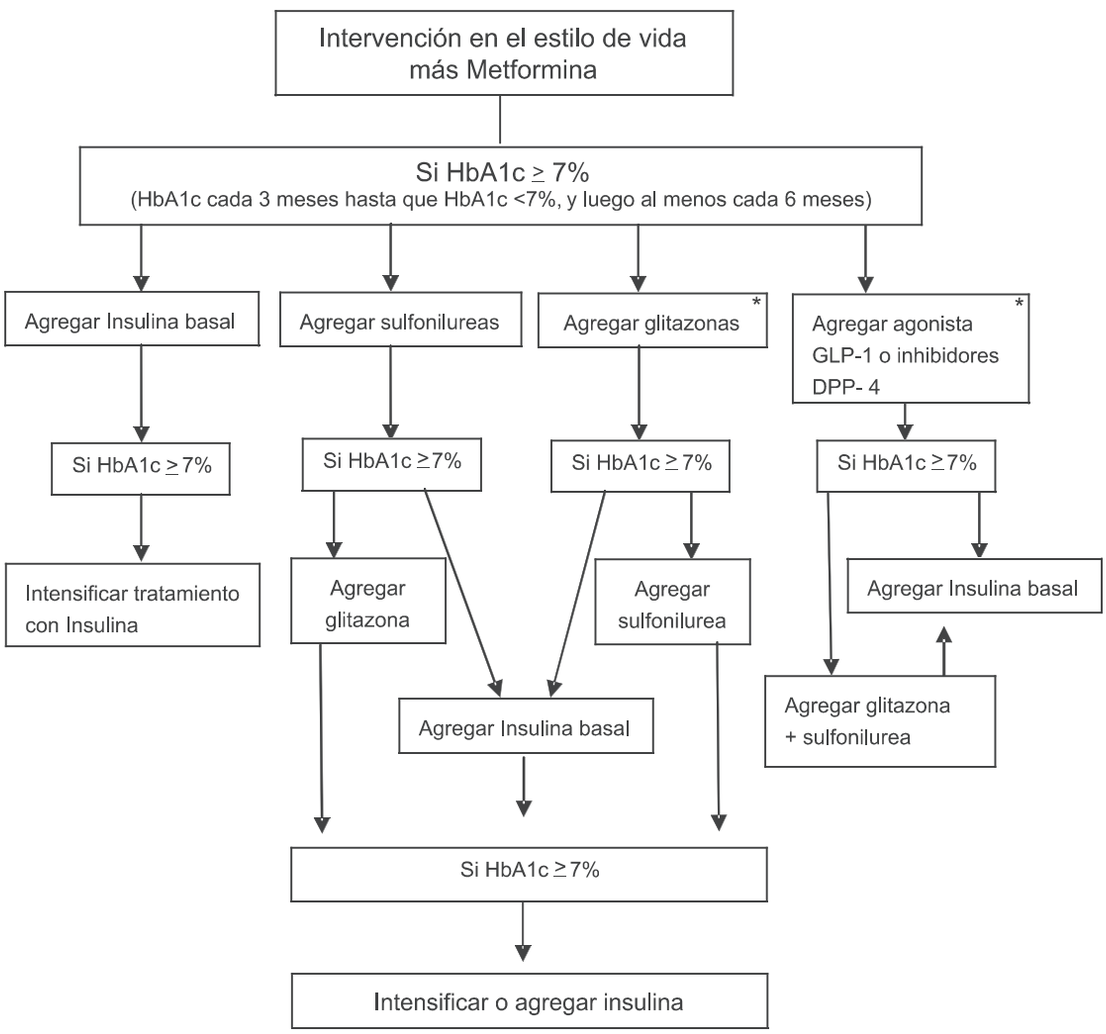
ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

FICHA Nº 3

Dra. Falasco Silvia Iris



* Segunda elección (terapias menos válidas). Glitazonas (Pioglitazona)
Insulina: Comenzar con Ins. de acción intermedia bedtime o con Ins. de acción prolongada predesayunoo bedtime (0.2 U/kg). Chequear diariamente glucemia (G) y ↑2 U o 4 U si la glucemia es > 180 mg/dl c/ 3 días hasta alcanzar rango de glucemia (70-130 mg/dl). Si HbA1c ≥ 7% después de 2-3 meses:

-G prealmuerzo fuera de rango agregar Ins. rápida con desayuno
-G precena fuera de rango agregar Ins. NPH con desayuno o rápida con almuerzo
-G antes de acostarse fuera de rango agregar Ins. rápida con cena

Si HbA1c ≥ 7% después de 2-3 meses agregar otra dosis de Ins. y si persiste alterada reajustar tratamiento con Ins. rápida preprandial, según chequeo de G 2hs. postprandial.

Contraindicaciones de los antidiabéticos orales:
Sulfonilureas: Embarazo, lactancia, insuficiencia hepática y renal, alergia a la droga.
Biguanidas: Embarazo, lactancia, insuficiencia hepática, renal, cardíaca y respiratoria, alcoholismo, úlcera gastroduodenal.
Tiazolidindionas: Embarazo, lactancia, insuficiencia cardíaca y riesgo cardiovascular, elevación de transaminasas, anemia.
Meglitinidas: Embarazo, lactancia, insuficiencia hepática.

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

FICHA Nº 3

Dra. Falasco Silvia Iris

Intervención	Reducción A1C con monoterapia (%)	Ventajas	Desventajas
Cambio del estilo de vida, pérdida de peso, actividad física	1.0–2.0	Beneficio general	En general Insuficiente
Metformina	1.0–2.0	No modifica el peso	Efectos adversos GI
Insulina	1.5–3.5	Rápidamente efectiva Mejora el perfil lipídico. Sin límite de dosis	1 a 4 inyecciones diarias, necesidad de monitoreo, aumento de peso, hipoglucemia, análogos son costosos
Sulfonilurea	1.0–2.0	Rápidamente efectiva	Ganancia de peso, hipoglucemia (especialmente con glibenclamida)
Tiazolidindiona	0.5–1.4	Mejora perfil lipídico (pioglitazona), potencial reducción de IAM (pioglitazona)	Retención de líquidos, IC, ganancia de peso,fracturas óseas, costoso, potencial incremento de IAM(rosiglitazona)
Agonista GLP-1	0.5–1.0	Pérdida de peso	2 inyecciones diarias, efectos adversos GI, seguridad a largo plazo no comprobado, costoso
Glinida	0.5–1.5	Rápidamente efectiva	Ganancia de peso, 3 veces por día, hipoglucemia, costoso
Inhibidor DPP-4	0.5–0.8	No modifica el peso	Seguridad a largo plazo no comprobado, costoso

Modificado de Diabetes Care 2009: 32:193–203

BIBLIOGRAFÍA.

1- Nathan David M, MD et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: AConsensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. Aconsensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009;32:1932-203.

2-Del Olmo González E, Carrillo Pérez M, Aguilera Gumpert S. Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2Inf Ter Sist Nac Salud 2008: 32: 1-16.

3- Puchulu Félix. Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y prevención de las complicaciones crónicas, En: Roberto Reussi. Evidencias en Medicina Interna II. 1º Edición. Argentina. Edimed- Ediciones Médicas SRL; 2008: 223- 246.

4- Ariza Andraca R, Álvarez Cisneros T. Prescripción de agentes orales a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Guía de tratamiento. Med Int Mex 2008;24(1):52-58