

Tratamientos de la diabetes, visión general



¿Cuáles son y cómo
los puedo llevar a cabo?

Los tratamientos de la diabetes

Uno de los primeros aspectos clave es que la diabetes, como enfermedad crónica, precisa de la participación y coordinación activa de distintos profesionales y del propio paciente para la consecución exitosa de los objetivos que nos planteemos. **Son esenciales las figuras de la medicina, la enfermería y la dietética y nutrición, pero también es recomendable la participación de profesionales de otras disciplinas como asistencia social, psicología, técnico auxiliar y podología, entre otros.**

El tratamiento se tendrá que individualizar en función de:

Otras enfermedades concomitantes muy frecuentes como: ● la obesidad ● la enfermedad renal ● la hipertensión ● las enfermedades cardiovasculares o respiratorias ● la salud mental entre otras.

Se debe además adaptar a la edad y al contexto social y económico de cada persona, de manera que las decisiones sean compartidas y realistas.

Es muy importante estar bien informado

Hay que informar en qué consiste la diabetes, explicar las variantes existentes y las distintas causas que la pueden ocasionar. También es importante hablar con el paciente sobre la evolución que puede tener, resolviendo sus dudas, aclarando mitos preconcebidos y valorando las expectativas; **en este sentido es clave tranquilizar y desmitificar la enfermedad así como animarlo a tener una buena implicación en sus cuidados y tratamiento.**

El tratamiento de las personas jóvenes y de mediana edad es indispensable que sea más exigente y estricto por el mayor riesgo cronológico de sufrir complicaciones.



Un buen control temprano de la glucemia redunda en menos complicaciones y mejor calidad de vida de cara al futuro.

Modificación de los estilos de vida

La realización de cambios en los estilos de vida que sean saludables, por pequeños que sean, son la piedra angular del tratamiento.

Educación alimentaria

Se recomiendan entre **3 y 6 sesiones de educación alimentaria en los 6 primeros meses** que siguen al diagnóstico de la diabetes y posteriormente un seguimiento anual.

Se han conseguido evidenciar reducciones de glucemia en torno:

- Al 1,0-1,9% de HbA1c para la diabetes tipo 1
- Al 0,3-2,0% de HbA1c para la diabetes tipo 2

La evidencia sugiere que no hay un porcentaje ideal de calorías de carbohidratos, proteínas y grasas para todas las personas con o en riesgo de diabetes; **por lo tanto, la distribución de macronutrientes debe basarse en la evaluación individualizada de patrones de alimentación, preferencias y objetivos metabólicos.**

En caso de existir sobrepeso u obesidad:

Se recomiendan dietas que estén, aproximadamente, ajustadas al peso corporal basal del individuo.

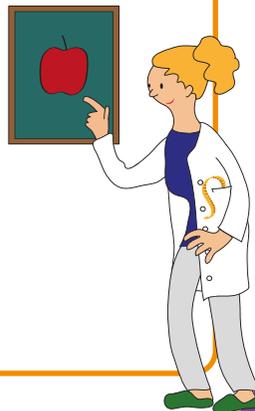
♀ 1.200-1.500 kcal/día
para las mujeres

♂ 1.500-1.800 kcal/día
para los hombres

De manera muy general existen distintos patrones de dietas realizables, pero sobre todo hay que incidir en los rasgos comunes a ellas como:

- Reducir de forma general la ingesta de carbohidratos
- Priorizar las **verduras sin almidón**
- Minimizar los **azúcares** añadidos y granos refinados
- Elegir **alimentos integrales** en lugar de alimentos procesados
- Aumentar la **ingesta de fibra, preferiblemente a través de verduras**, legumbres (garbanzos, guisantes, y lentejas), frutas y frutos secos.

El paciente debe consensuar con su nutricionista o profesional de enfermería especialista en nutrición un plan de alimentación adaptado a sus preferencias.



Ejercicio

La realización de entre 150-300 minutos semanales de ejercicio aeróbico es un objetivo de referencia a contemplar por su impacto positivo en la salud.

Otras prácticas, como el caminar o ejercicios de gimnasia, también pueden ayudar a un mejor control de la diabetes.



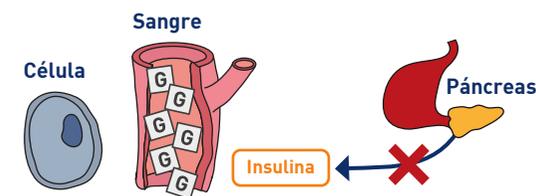
Intervención farmacológica

En primer lugar, hay que indicar que no existen tratamientos mejores o peores, puesto que cada uno tiene sus particularidades y disponemos a día de hoy de muchas opciones que suelen combinarse en función de las causas subyacentes; en definitiva, se intentará realizar «un traje a medida» para cada caso.

En términos muy generales, la diabetes se divide en:

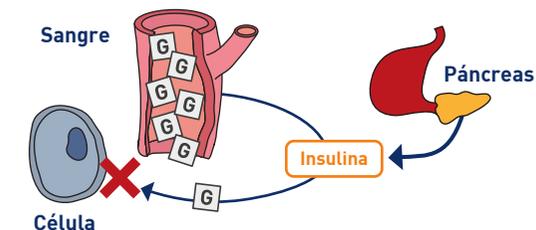
Diabetes tipo 1 (DM1)

El problema principal es la falta de fabricación de la insulina en el páncreas.



Diabetes tipo 2 (DM2)

Sucede una resistencia a la acción de la insulina en otros órganos como el hígado, los músculos y el tejido graso.



Tipos de tratamientos

Metformina

Suele ser el medicamento inicial de elección en la DM2 por su amplia experiencia y efectividad, alcanzándose hasta reducciones del 2% en HbA1c. Algunos estudios sugieren que puede reducir el riesgo y la mortalidad cardiovascular. Tiene una buena tolerancia, aunque un pequeño porcentaje de personas (en torno al 5%) experimentan molestias digestivas que suelen depender de la dosis prescrita. **Hay que restringir su uso si coexiste enfermedad renal.**

ISGLT2 (glucosúricos)

De más reciente introducción, se han convertido en los últimos años en un tratamiento muy atractivo por las evidencias en cuanto a protección añadida e independiente de la glucosa, del riñón y del corazón, en particular en un mejor control de la insuficiencia cardíaca. Reducen la glucemia en un 0,5-1% de HbA1c y **su principal limitación es el efecto diurético que producen, habitualmente bien tolerado, así como algunos casos de micosis genitales transitorias (infecciones por hongos).** Disponemos de la dapagliflozina, la empagliflozina y la canagliflozina entre los más experimentados. La sotagliflozina, por último, no tendría los mismos beneficios cardiovasculares.

Sulfonilureas y glinidas

De los más antiguos disponibles en la farmacopea; se han visto relegados en los últimos años por el mayor impacto en salud de los más nuevos. Tienen experiencia contrastada de años y una potencia media (reducciones de 1-2% HbA1c) pero su principal peligro radica en la potencial provocación de hipoglucemias (bajadas de azúcar) con el consiguiente riesgo de mareos, caídas accidentales y consultas a los servicios de urgencias. Se darán con precaución y se suelen contraindicar en aquellas personas más vulnerables. Los más usados en nuestro entorno son la gliclazida, la glimepirida y la repaglinida.

IDPP4

Introducidos hace poco más de una década, son fármacos con una eficacia leve-moderada según el caso (reducciones de 0,6-0,9% de HbA1c), pero su principal virtud radica en la buena tolerancia que suelen tener, hecho que les hace especialmente interesantes en el manejo de las personas ancianas y frágiles que, a menudo, suelen estar polimedicalizados y no requieren controles tan estrictos. Tenemos sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina y alogliptina. La linagliptina, además, tiene un perfil de seguridad renal alto.

AGLP1

Los análogos del péptido similar al glucagón (aGLP1) también pertenecen a los fármacos de última generación. Son potentes reduciendo la glucemia (entre 1,5-2,5% de HbA1c) y ocasionan una mejora metabólica importante, sobre todo en aquellas personas con sobrepeso/obesidad añadida, ya que reducen de manera significativa el peso y en determinados pacientes también el riesgo de arteriosclerosis y de mortalidad cardiovascular.

Su administración es con pluma de inyección subcutánea (diaria para la liraglutida, semanal para la exenatida, la dulaglutida y la semaglutida) u oral (comprimido diario con también semaglutida). Tienen un coste elevado. **Sus efectos adversos, sobre todo al inicio y que suelen ir reduciendo de manera adaptativa, son las náuseas y otras molestias digestivas como el estreñimiento.**

Tiazolidindionas

Son fármacos con una eficacia glucémica media (reducciones de 1-2% HbA1c) muy duradera en el tiempo, con beneficios añadidos, en este caso en la arteriosclerosis (algunos estudios indican prevención del ictus cerebral), así como en la mejoría del hígado graso (llamada esteatosis hepática no alcohólica). **Por el contrario, aumentan la retención de líquido, el riesgo de descompensación de la insuficiencia cardíaca y el riesgo de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas.** Actualmente solo disponemos de la pioglitazona.

Insulinas (análogos de insulina)

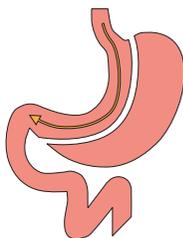
La insulina es una hormona indispensable para el correcto control de la glucosa en el cuerpo. Producida por unas células específicas llamadas beta del páncreas, estas dejan de segregarla por causas autoinmunes en la diabetes tipo 1 (característicamente del paciente joven), pero también por envejecimiento en la diabetes tipo 2 de años de evolución. Es por ello, a menudo, un sustituto clave en el planteamiento terapéutico, muy eficaz, rápido y potente.

Sin duda su principal limitación y barrera se debe a su administración inyectada, a diario, y en el ajuste de las dosis a suministrar en función de los niveles de glucosa, requiriéndose, por lo tanto, una formación mínima al paciente. **Son el grupo con mayor riesgo de producir hipoglucemias.** Existen de distintas duraciones (de larga duración, de acción intermedia, rápida y ultrarrápida) y formas de administración (bolígrafos precargados y jeringas, pero también bombas de insulina).

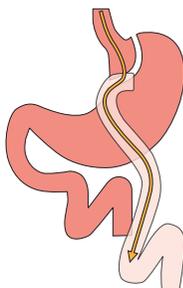
Cirugía de la diabetes

Las dos técnicas más usadas son:

- **Gastrectomía vertical laparoscópica**, en que se extirpa alrededor de un 75-60% del volumen inicial del estómago, dejando un remanente gástrico de 150-200 mL. Se acompaña de una pérdida de peso de un 25%. Puede dar lugar a reflujo gástrico de repetición.



- **En el Bypass en Y de Roux**, se crea un reservorio gástrico muy pequeño (apenas 30 mL), una asa de intestino que transporta, a modo de puente, los jugos del remanente gástrico, del hígado y del páncreas, y otra asa que sirve para vehicular los alimentos ingeridos hasta un tramo final del intestino delgado. Las pérdidas de peso son del 30-35% del peso total.



- Para determinados pacientes que presentan una obesidad severa, de difícil manejo con cambios de estilo de vida o tratamiento farmacológico, y que además debutan con una diabetes, se puede contemplar la opción quirúrgica. Realizada en estadios tempranos tras la aparición de la diabetes, esta última puede curarse.

- Suelen cumplir criterios aquellas personas con diabetes e **IMC ≥ 40 kg/m²** o **IMC $\geq 35.0-39.9$ kg/m²** más otros factores de riesgo cardiovascular (como hipertensión, colesterol, aterosclerosis), y que no hayan tenido éxito previo con cambios nutricionales y tratamiento farmacológico.

Los pacientes sometidos a cirugía deben ser supervisados con especial atención, a fin de detectar posteriores faltas de nutrientes y vitaminas como consecuencia de la intervención, y también para ofrecer un soporte médico y psicológico continuados.

La presente información es de carácter orientativo y divulgativo. El lector no debe someterse a tratamientos ni seguir consejos sin dirigirse antes a un profesional especializado.



Edición y diseño de © ACV Global para
© Menarini Diagnósticos, SA
con el asesoramiento técnico de:

Dr. Gabriel Cuatrecasas
EAP Sarrià - Barcelona, Médico de Familia.
Formación grupo GEDAPS-CAMFIC y
Fundación redGDPS. Miembro del Equipo CPEN,
de Endocrinología y Nutrición.

www.solucionesparaladiabetes.com



Avda. del Maresme, 120 - 08918 Badalona (Barcelona)
Tel.: 93 507 10 00 - www.menarini.diag.es