

Documento de posición de ALAD con aval de Sociedades de Diabetes y Endocrinología Latinoamericanas para el tratamiento de la Diabetes Tipo 2.

Coordinadores y Editores: Dr. Juan Rosas Guzmán, Presidente de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Dr. Ruy Lyra, Vicepresidente de la Federación Panamericana de Endocrinología.

Con la colaboración y aval de las siguientes Sociedades y Asociaciones.

Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) Dr. Juan Rosas Guzmán

Sociedad Argentina de Diabetes Dr. Gustavo Frechtel. Dr. León Litwak

Sociedad Boliviana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición Dra. Elizabeth Duarte

Sociedad Brasileira de Diabetes Dr. Saulo Cavalcanti y Dr. Antonio Carlos Lerario

Sociedad Brasileira de Endocrinología e Metabolología Dr. Ricardo Meirelles, Dr. Ruy Lyra y Dr. Marcos Tambascia

Asociación Nacional Pro Estudio de la Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de Costa Rica

Asociación Centroamericana y del Caribe de Endocrinología Pediátrica Dr. Orlando Jaramillo Lines

Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes Dra. Carmen Gloria Aylwin

Federación Diabetológica Colombiana Dra. Dora Inés Molina de Salazar. Dr. Alejandro Diaz Bernier

Sociedad Cubana de Diabetes Dr. Oscar Díaz Díaz

Sociedad Cubana de Endocrinología Dra. Daysi Navarro Despaigne

Sociedad Dominicana de Endocrinología Dr. Félix Escaño Polanco

Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología y Metabolismo Dr. Rodrigo Rovayo Prócel

Asociación Guatemalteca, Endocrinología, Metabolismo y Nutrición Dr. Vinicio Granados

Sociedad Hondureña de Endocrinología Dr. Mario Valdéz Laínez

Federación Mexicana de Diabetes Dr. Antonio González Chávez

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Dr. Víctor Manuel Fletes Rábago. Dr. Ignacio Martínez Delgado

Asociación Nicaragüense de Endocrinología, Diabetes y Obesidad Dr. Enrique Medina Sandino

Asociación Panameña de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo Dr. Rolando Caballero Arauz

Sociedad Peruana de Endocrinología Dra. Rosa Lissón. Dr. Isaac Crespo Retes

Asociación Salvadoreña Endocrinología, Diabetes y Nutrición Dr. Carlos Alvayero

Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay Dra. Silvia García

Federación Nacional de Asociaciones y Unidades de Diabetes de Venezuela Dra. Matilde García de Blanco

Introducción

En América Latina (AL) reconocemos que cada región del mundo tiene sus propios retos de tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), y que son generados fundamentalmente por las condiciones sociales, culturales, económicas, familiares, información médica, temores, supersticiones, etc. Conscientes del compromiso con la educación médica de nuestra región, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), ha convocado a líderes, representantes, Sociedades Médicas de Diabetes y de Endocrinología de AL para realizar un consenso sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, y así tener un documento común para que ALAD al igual que todas las Sociedades y Asociaciones participantes puedan igualmente darlo a conocer y poner en práctica en sus países. La información aquí presentada toma como base las

recomendaciones científicas publicadas en 2006 por ALAD, y se le adicionan recomendaciones consensuadas según la evidencia de recientes estudios y los nuevos fármacos disponibles en la terapéutica de la DM2. La característica central del documento es presentar las recomendaciones prácticas que lleven de una manera sencilla al clínico a la toma de decisiones en el manejo de sus pacientes. No dudamos de la complejidad que en un momento dado presenta el tratamiento de la DM2, y exhortamos a que cuando se tengan situaciones poco comunes y en las etapas más complejas del tratamiento, el paciente sea derivado al endocrinólogo o diabetólogo. Los elementos que estamos considerando como piedras angulares en la guía terapéutica son: grado de control glucémico, estado clínico del paciente (estable o con descompensación metabólica) e índice de masa corporal (IMC, Kg/m²).

En AL la medición de glucemia de ayuno (venosa o capilar) es el elemento que más utilizan nuestros médicos para la evaluación del paciente y toma de decisiones. Sin embargo al igual que todas las organizaciones científicas recomendamos la Hemoglobina Glucosilada (HbA_{1c}) como el estándar de oro para evaluar el control de la diabetes. De acuerdo a la evidencia, creemos que una meta general de HbA_{1c} < 7%, es lo más apropiado, sin embargo es importante considerar que el objetivo se debe individualizar, y en pacientes jóvenes, sin evidencias de complicaciones, y sin mayor riesgo de hipoglucemias es aconsejable obtener valores de HbA_{1c} ≤ 6.5%.

En este consenso, abrimos una sección que considera a un grupo de pacientes con obesidad que representan un especial reto terapéutico ya que con frecuencia siguen subiendo de peso y no están alcanzando las metas de control. En estos casos la educación es fundamental y por tanto, el médico, el educador en diabetes, la nutricionista y todo el equipo que atiende al paciente tienen un gran desafío en conseguir una mayor adherencia a un estilo de vida saludable y que el paciente baje de peso, ya sea en forma previa o en conjunto con intensificar las medidas farmacológicas.

La historia clínica y los niveles de glucemia son los principales elementos de evaluación que ponen en evidencia el estado clínico del paciente y nos orienta para el tratamiento inicial que comprende recomendaciones para que el paciente efectúe cambios en su estilo de vida y uso de fármacos que se definen según estabilidad clínica y valores iniciales de glucemia y/o hemoglobina glucosilada.

El anexo 1 resume las recomendaciones no farmacológicas en el tratamiento del paciente con DM 2.

En el anexo 2 describimos los fármacos utilizados actualmente en el manejo del paciente con diabetes señalando sus dosis promedio y dosis máximas. El anexo 3 muestra las características farmacológicas de las insulinas y análogos de insulina.

Estructura del consenso

Se establecen en un algoritmo las diferentes alternativas que pueden presentar los pacientes con diabetes y las conductas a seguir, pudiendo existir algunas excepciones. En la figura 1 mostramos el algoritmo de tratamiento de la DM2.

De acuerdo al grado de control y estado clínico se definen a dos grupos de pacientes:

Grupo 1. Pacientes con glucemia < 240 mg/dl (13.3 mmol/l), HbA_{1c} < 9%, y clínicamente estables.

Grupo 2. Pacientes con glucemia ≥240 mg/dl (13.3 mmol/l) y/o HbA_{1c} ≥ 9 %
a. Poco sintomáticos, sin cetosis.
b. Catabólicos: sintomáticos, bajando de peso y con tendencia a la cetosis.

¿Cómo iniciar el tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 clínicamente estable y con glucemia < 240 mg/dl (13.3 mmol/l) y HbA_{1c} < 9 %?

La mayoría de los diabéticos tipo 2 inicia su padecimiento con pocas manifestaciones clínicas, esto determina que muchos sean diagnosticados tardíamente por escasa o nula sintomatología. Si el paciente está clínicamente estable, poco sintomático, sin cetosis, con glucosa de ayuno entre 126 mg/dl (7 mmol/l) y 240 mg/dl (13.3 mmol/l), y/o HbA_{1c} < 9%, se recomienda iniciar un estilo de vida saludable, con una alimentación adecuada, ejercicio regular, cesar el tabaquismo y alcoholismo si corresponde.

Junto con estas recomendaciones iniciar metformina 500 a 850 mg/día con incremento de 500 a 850 mg cada 1 a 2 semanas, y alcanzar en forma progresiva la dosis máxima de 2.5 gr/día, si fuera necesario, para lograr meta terapéutica en un plazo de 3 meses. Además de reconocer todos los efectos terapéuticos de la metformina, y la evidencia demostrada en disminuir complicaciones cardiovasculares a mediano y largo plazo, es un fármaco de fácil acceso para prácticamente todas nuestras poblaciones. Es importante recalcar que está contraindicada en pacientes con nefropatía manifestada por una creatinina ≥ 1.4 mg/dl en la mujer y ≥ 1.5 mg/dl en el hombre o bien con una velocidad de filtración glomerular (VFG) menor a 60 ml/min., para 1.73 m²

Se puede estimar la VFG con la fórmula de Cockcroft-Gault (Apéndice 1), o por la ecuación utilizada en el estudio de dieta y enfermedad renal (Apéndice 2) y que es recomendada por National Kidney Disease Education Program (NKDEP).

Asimismo, la metformina está contraindicada en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia respiratoria o hepática y en pacientes con alcoholismo.

En caso de contraindicación o intolerancia digestiva a la metformina, como alternativa de monoterapia, se pueden considerar diversas opciones: 1). Sulfonilureas, fármacos de alta eficacia, vasta experiencia clínica y bajo costo. Considerar su mayor riesgo de hipoglucemias.

2) Meglitinidas de utilidad particularmente cuando se busca un impacto en la glucemia postprandial. Por su vida media corta y por su excreción biliar pueden usarse en pacientes con nefropatía. 3) Glitazonas con sus efectos benéficos en la resistencia a la insulina y en marcadores de la inflamación que están siempre elevados en la DM2. La selección de los pacientes para este grupo debe ser cuidadosa, a fin de reducir los riesgos de insuficiencia ó descompensación cardíaca y fracturas (especialmente en mujeres post menopáusicas). Recientemente la rosiglitazona ha sido prohibida en Europa y Brasil entre otros países. También ha sido restringido su uso en Estados Unidos y probablemente

estas situaciones pudieran extenderse a otros países de nuestra región tanto para su utilización como monoterapia o terapia combinada. La Pioglitazona sigue disponible. 4) Acarbosa con su efecto principalmente en la glucemia postprandial que en la historia natural de la diabetes suele ser de las primeras manifestaciones. La dosificación gradual ayuda a que sea mejor tolerada a nivel gastrointestinal. 5) Inhibidores de la enzima dipeptidilpeptidasa IV (DPP IV) ó Gliptinas, fármacos de uso más reciente, bien tolerados y con un efecto benéfico en la glucosa de ayuno y postprandial como resultado de sus diversos mecanismos de acción. Esperamos tener evidencia en el futuro sobre otros beneficios y potenciales efectos secundarios. 6) Agonista del receptor de GLP-1 (Exenatida) y el análogo de GLP-1 (Liraglutida). Sus resultados preliminares muestran mejoría o en la glucemia de ayuno y postprandial, así como reducción de peso. Sus efectos secundarios como náuseas y otros síntomas gastrointestinales pueden limitar su manejo.

En todos los casos y de acuerdo a las condiciones de cada paciente, las instituciones públicas o privadas deberán considerar el costo efectividad de los fármacos para decidir sobre su utilización.

¿Qué hacer en la falla a monoterapia?

El tratamiento del paciente con DM2 deberá ser muy dinámico y buscar un control óptimo en el menor plazo posible como regla general.

Hay consenso que en un plazo de 1 a 3 meses el paciente debe alcanzar la metas de control ($HbA_{1c} < 7\%$), con monoterapia (Tabla 1 y 2) En caso contrario se debe pasar a iniciar una asociación de fármacos. La combinación más utilizada en América Latina es la asociación de Metformina y Sulfonilureas, siendo a su vez la mezcla que nos dará la mayor eficacia terapéutica.

También en esta etapa se pueden considerar otras opciones que tienen como base a la Metformina: Metformina + Meglitinidas, Metformina + Glitazonas, Metformina + Acarbosa, Metformina + Inhibidores de DPP IV y Metformina + Análogos de Incretinas.

Por sus mecanismos de acción sinérgicos han sido utilizadas igualmente en forma exitosa las Sulfonilureas con Glitazonas y Acarbosa con Sulfonilureas.

Aún cuando en algunos pacientes está indicada una combinación de 3 fármacos, recomendamos que ésta opción sea manejada o supervisada por el especialista.

¿Cómo manejar al paciente con sobrepeso que no se controla con monoterapia y que sigue subiendo de peso?

Estos pacientes no suelen estar siguiendo la prescripción hacia un estilo de vida saludable y requieren una vigilancia más estrecha para insistir en un plan

alimentario adecuado, practicar ejercicio y suspender definitivamente todos los carbohidratos simples.

Junto con intensificar estas medidas, se recomienda ajustar a dosis máxima de metformina.

De acuerdo a las circunstancias del paciente, 3 a 6 meses será el tiempo límite para considerar un cambio hacia una combinación de medicamentos si no se están logrando los objetivos terapéuticos.

¿Qué hacer si no se logran las metas de control con una combinación oral?

En caso de que no se logren las metas de control, y el paciente mantenga una HbA_{1c} mayor de 7% (Tabla 1 y 2) con una combinación de fármacos que ya están ejerciendo diferentes mecanismos de acción terapéutica, será un indicador de una mayor falla en la producción de insulina. De acuerdo a la historia natural de la diabetes tipo 2, en esta etapa, la mayoría de los pacientes requiere insulina para lograr la meta terapéutica. Inicialmente se puede lograr control con una dosis nocturna de insulina NPH, Glargina o Detemir asociado a los fármacos orales y en una fase posterior avanzar a una insulinización completa. Es importante recalcar que no se recomienda asociar insulina con tiazolidinedionas (glitazonas) por el mayor riesgo de edema e insuficiencia cardíaca. En cualquiera de los casos un límite de 1 a 3 meses para lograr las metas de control es el tiempo a considerar para efectuar ajustes.

En la intensificación de la insulino terapia se pueden usar diferentes alternativas de manejo, dependiendo de la disponibilidad de insulinas, costos, requerimiento del paciente, comportamiento metabólico y riesgo de hipoglucemia. En muchos pacientes en esta etapa se logra buen control con dos dosis de mezcla en combinación fija o variable de insulina NPH y rápida, o bien una combinación fija de análogos de insulina de acción intermedia con ultra rápida. Pero hay que considerar que entre los DM2 hay pacientes con comportamiento metabólico muy inestable, con tendencia a la hipoglucemia, que pueden requerir uso de análogo de acción prolongada (Glargina o Detemir) con una dosis de insulina rápida ó análogo ultra rápido (Lispro, Aspártica ó Glulisina) antes de cada comida. El tiempo de acción, pico y duración de actividad de las diferentes insulinas y análogos están en el anexo 3.

¿Cómo iniciar el tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 clínicamente inestable?

En el paciente que inicia con glucemias de ayuno ≥ 240 mg/dl (13.3 mmol/l) y $HbA_{1c} \geq 9\%$ se establecieron dos opciones terapéuticas según estabilidad clínica. Como en todos los casos, siempre se debe recomendar las medidas hacia un estilo de vida saludable junto al inicio de la terapia farmacológica.

- a) Clínicamente poco sintomático, con poca variación de peso y sin cetosis, iniciar tratamiento con una combinación de fármacos, lo que permite de una manera más rápida corregir el estado metabólico, reducir la glucotoxicidad y ajustar los valores de glucemia de ayuno, postprandial y HbA_{1c}. En caso de no responder en un periodo de 1 a 3 meses cambiar a un esquema de insulina, figura 1.

- b) Pacientes con pérdida de peso en forma acelerada, muy sintomático y con cetosis, iniciar tratamiento con insulina. Insulinoterapia con dos dosis de mezcla NPH/rápida, mezcla de análogos de acción ultra rápida / intermedia ó considerar una a dos dosis de Glargina o de Detemir con bolo de insulina rápida ó análogo de acción ultra rápida preprandial.

En algunos pacientes que logran estabilidad metabólica, habiendo recuperado peso y con tendencia a hipoglucemias se debe reevaluar el manejo y considerar la posibilidad de cambiar a fármacos orales. Situación que puede presentarse especialmente en pacientes con diabetes de reciente inicio.

Otros pacientes se deberán mantener en un esquema de insulina para lograr control. Sin embargo algunos casos serán candidatos a un esquema intensivo de tratamiento con múltiples dosis de insulina o bomba. En estas circunstancias siempre deberá ser tratado por un especialista.

¿Cuándo decidir cambios en los esquemas de tratamiento?

En cada una de las visitas se debe trabajar en una orientación alimentaria, la prescripción de ejercicio de acuerdo a cada caso particular, buscando siempre que sea constante, al menos 30 minutos por día y recomendar una vida libre de tabaco y de alcohol. Sin este prerrequisito ningún esquema de tratamiento farmacológico logrará las metas de control.

Considerar que en general toda alternativa terapéutica que el médico decida debe tener un tiempo razonable para poder evaluar sus resultados, sobre todo si hay mejoría clínica, estabilización del peso y mejoría gradual de los valores de glucemia de ayuno, postprandial y HbA_{1c}.

Un plazo de 1 a 4 meses, permiten hacer una vigilancia dinámica, ajuste terapéutico y finalmente cambiar de esquema si no se están alcanzando los objetivos de control.

¿Cómo vigilar al paciente?

Los sistemas de salud en América Latina, tanto públicos como privados, no cuentan aún en forma generalizada con equipos integrados de atención hacia el paciente con diabetes. En la mayoría de los casos el médico de primer contacto o de atención primaria será

quien atienda al paciente de manera integral y con limitaciones de tiempo en cada consulta.

El médico deberá instruir al paciente para que sea él mismo un vigilante de su salud y control. En este sentido el automonitoreo será una herramienta fundamental para todo paciente con diabetes y especialmente si está en tratamiento con insulina ya que requerirá más glucemias de control.

En América Latina la medición de glucosa capilar se ha vuelto cada vez más accesible y da al médico y al paciente la oportunidad de una vigilancia más regular de los valores glucémicos en diferentes momentos del día. El costo sigue siendo un factor limitante para un grupo importante de pacientes.

De acuerdo con cada tipo de tratamiento se recomienda un esquema de autocontrol que ayude a determinar si el paciente está en vías de lograr objetivos.

La determinación de HbA_{1c} será siempre recomendada cada 3 a 4 meses, reconociendo que no en todas las latitudes de nuestra región hay disponibilidad, ni estandarización de métodos confiables y que en otras el costo sigue siendo un factor limitante para su uso.

¿Cuándo buscar apoyo de un especialista?

En Latinoamérica el número de profesionales de la salud altamente entrenados para el manejo de los pacientes diabéticos es muy limitado para la cantidad de pacientes con DM2, por lo que el médico general sigue siendo quien decide el manejo al menos en las primeras etapas de la enfermedad. La educación y actualización de los médicos de primer contacto deberá ser una labor constante de las Sociedades Médicas Nacionales e Internacionales.

El paciente que no logre las metas de control en un plazo de 6 a 12 meses, deberá ser referido al especialista. Igualmente quienes necesiten un esquema intensivo de insulina deberán tener el apoyo o ser directamente manejados por el diabetólogo o endocrinólogo.

¿Qué otras alternativas tenemos para el manejo del paciente con DM2?

Se están desarrollando fármacos nuevos, algunos con mecanismos de acción diferentes a los que se utilizan actualmente como los inhibidores selectivos del transportador renal de glucosa, SGLT2 con acción glucosúrica (Sergliflozina, Canagliflozina y Dapagliflozina), inhibidores de la glucógeno fosforilasa y otros que mejoran el perfil de acción de fármacos actualmente en uso como los análogos de incretinas de acción prolongada (Exenatide de larga acción, Taspoglutide, albiglutide, etc.) y nuevos PPAR's, que podrían en el futuro cambiar las recomendaciones expuestas en este documento y ampliar el espectro farmacológico para el control glucémico de la persona con diabetes.

Tabla 1. Metas en el manejo integral del paciente con diabetes

Glucemia en ayunas	70 -120	mg/dl (3.8 a 6.6 mmol/l)
Glucemia postprandial de 2 hrs	<140	mg/dl (7.7 mmol/l)
HbA _{1c}	<7	%
LDL	<100 <70**	mg/dl mg/dl
HDL (Mujeres y Varones)	>40	mg/dl
Triglicéridos	<150	mg/dl
Microalbuminuria (RAC)* Microalbuminuria en orina de 24 hrs	<30 <30	mg/gr creatinina mg/dl
Presión arterial	≤130/80	mm/Hg
IMC Circunferencia de cintura	>19 <25 ≤88 ≤94	Kg/m ² cm en mujeres cm en hombres

*Relación albúmina/creatinina

**Con enfermedad cardiovascular

Tabla 2. Relación entre los niveles de glucemia y HbA_{1c}

Promedio glucemias mg/dl – mmol/l	HbA _{1c} (%)
345 – 19.5	12
310 – 17.5	11
275 – 15.5	10
240 – 13.5	9
205 – 11.5	8
170 – 9.5	7
135 – 7.5	6

Anexo 1.**Tratamiento no farmacológico para prevenir y tratar la Diabetes Tipo 2**

El tratamiento no farmacológico de la DM 2 comprende tres aspectos básicos: *plan de alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables.*

Plan de Alimentación.

- Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente de acuerdo al sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, descompensación aguda etc.) actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica, disponibilidad de los alimentos en su lugar origen.

- En caso de tratamiento con insulina, debe ser fraccionado en cinco a seis raciones diarias de la siguiente manera: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, cena y colación o merienda nocturna. Con el fraccionamiento se logra: *adherencia* a la dieta y *picos hiperglucémicos postprandiales* aceptables.

Proporción Nutrientes.

- **Ingesta Carbohidratos:** deben representar el 50% a 60% del *Valor Calórico Total (VCT)* prefiriendo los complejos con alto contenido en fibras solubles como las leguminosas, granos secos, vegetales, frutas enteras con cáscara. Conviene descartar los azúcares simples (miel, melaza, azúcar) que generalmente se tienden a consumir como extras (recomendación D) aunque cantidades moderadas de sacarosa (menos del 19% del VCT) no parecen tener peor efecto que su equivalente en almidones. Se recomienda monitorear el contenido de carbohidratos de los elementos de intercambio y utilizar el *índice glucémico* para un mejor control metabólico.
- **Ingesta Proteínas:** se recomienda no excederse de 1 gramo por kg de peso corporal al día (15% VCT)
- **Ingesta Grasas:** no deben constituir más del 30% del VCT se debe evitar que más de un 10% del VCT provenga de *grasa saturada*. El 10% del VCT debe corresponder a grasas mono insaturadas ó poli insaturadas. Los aceites mono insaturados y eicosapentaenoico (de pescado) tienen efecto beneficioso sobre los triglicéridos (evidencias nivel 1 y 2). No se recomienda ingerir más de 300 mg colesterol al día. En la tabla 3 se describen las principales fuentes de los diferentes tipos de grasas comestibles.

Tabla 3. Fuentes alimentarias de los diferentes tipos de grasa.

Tipo de Grasa	Alimentos donde predominan
Saturadas	Grasas de origen animal incluyendo lácteos, aceite de coco, aceite de palma.
Monoinsaturadas	Aceite Oliva y Canola, aguacate, palta, maní, nueces
Poliinsaturadas	Grasa de pescado, aceites vegetales como maíz, soya, girasol o maravilla, uva
Hidrogenadas o Trans	Margarinas
Colesterol	Yema de huevos, vísceras, crustáceos

Ejemplo:

Un individuo de 70 Kg de peso, debe consumir 70 gr de proteínas que equivalen a 280 kcal (cada gramo proteína aporta 4 kcal), esto equivale al 20% del VCT que es de 1,400 kcal. El 80% restante se puede distribuir 50%

para carbohidratos (700 kcal) y 30% para grasas (420 kcal). Como un gramo de carbohidrato aporta 4 kcal. y uno de grasa aporta 9 kcal., la distribución anterior equivale a 175 gr para los carbohidratos y 47 gr para las grasas respectivamente.

El VCT dependerá del estado nutricional de la persona y su actividad física:

- *La persona en sobrepeso* (IMC > 25 kg/m²) se manejará con dieta hipocalórica (recomendación D). Se debe calcular al menos una reducción de 500 kcal. diarias sobre lo que normalmente ingiere, aunque la mayoría de las dietas hipocalóricas efectivas, contienen VCT entre 1,000 y 1,500 kcal. diarias. Esto implica sustituir la mayoría de las harinas por verduras, restringir la grasa contenida en la carne y limitar el consumo de aceite vegetal.
- *La persona en peso normal* (IMC entre 19 kg/m² y 25 kg/m²) debe recibir una dieta normo-calórica. Si ha logrado mantener su peso estable con la ingesta habitual, solo requiere de modificaciones en sus características y fraccionamiento, más no en su VCT, esto se calcula entre 25 y 40 kcal. por día según sus actividades físicas.
- *En la persona con bajo peso* (IMC < 19 kg/m²) que no tenga historia de desnutrición, la pérdida de peso generalmente indica carencia de insulina, por lo tanto sólo puede recuperarse con la administración simultánea de insulina y alimentos cuyo valor calórico no tiene que ser necesariamente superior al normal.
- *La sal* deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).
- *El alcohol* debe utilizarse con precaución porque produce hipoglucemias, hipertrigliceridemia y aumento de peso. Si no hay contraindicación puede permitirse un trago por día a la mujer y dos tragos por día a los hombres, siempre acompañadas de algún alimento.
- *Las infusiones* (café, substancias aromáticas, té y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.
- *Los jugos de frutas* tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios, es preferible el consumo de la fruta entera como tal.
- *Alimentos ricos en fibras solubles* (frutas, legumbres etc.) (50 gr/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y los niveles de lípidos.

Tratamiento nutricional en presencia co-morbilidades:

- *Hipercolesterolemia:* restringir aún más el consumo de grasa animal en carnes, leche y derivados, incrementar el consumo de pescado, preferir aceites vegetales ricos en ácidos grasos monoinsaturados o poliinsaturados y evitar alimentos con alto contenido de colesterol.

- *Hipertrigliceridemia:* hacer énfasis en la reducción de peso, limitar consumo de carbohidratos refinados, aumentar fibras solubles y eliminar el alcohol.
- *Hipertensos:* restringir sal a 4 gr/día, sustituir sal por condimentos naturales.
- *Insuficiencia renal:* Generalmente no se restringe la ingesta proteica si la filtración glomerular (FG) es mayor de 70 ml/min. Si la FG está entre 50 y 70 ml/min se recomienda 0.8 a 1.0 gr/kg/día. En caso una FG menor a 25 ml/min será de 0.6 a 0.8 gr/kg/día.
- *Dietas con restricción proteica* (0.3 a 0.8 gr/kg peso) en DM 1 y en DM2 su utilidad no ha sido demostrada.
- *Otras metodologías no farmacológicas* esperan mayores evidencias (caso cirugía bariátrica)

Ejercicio

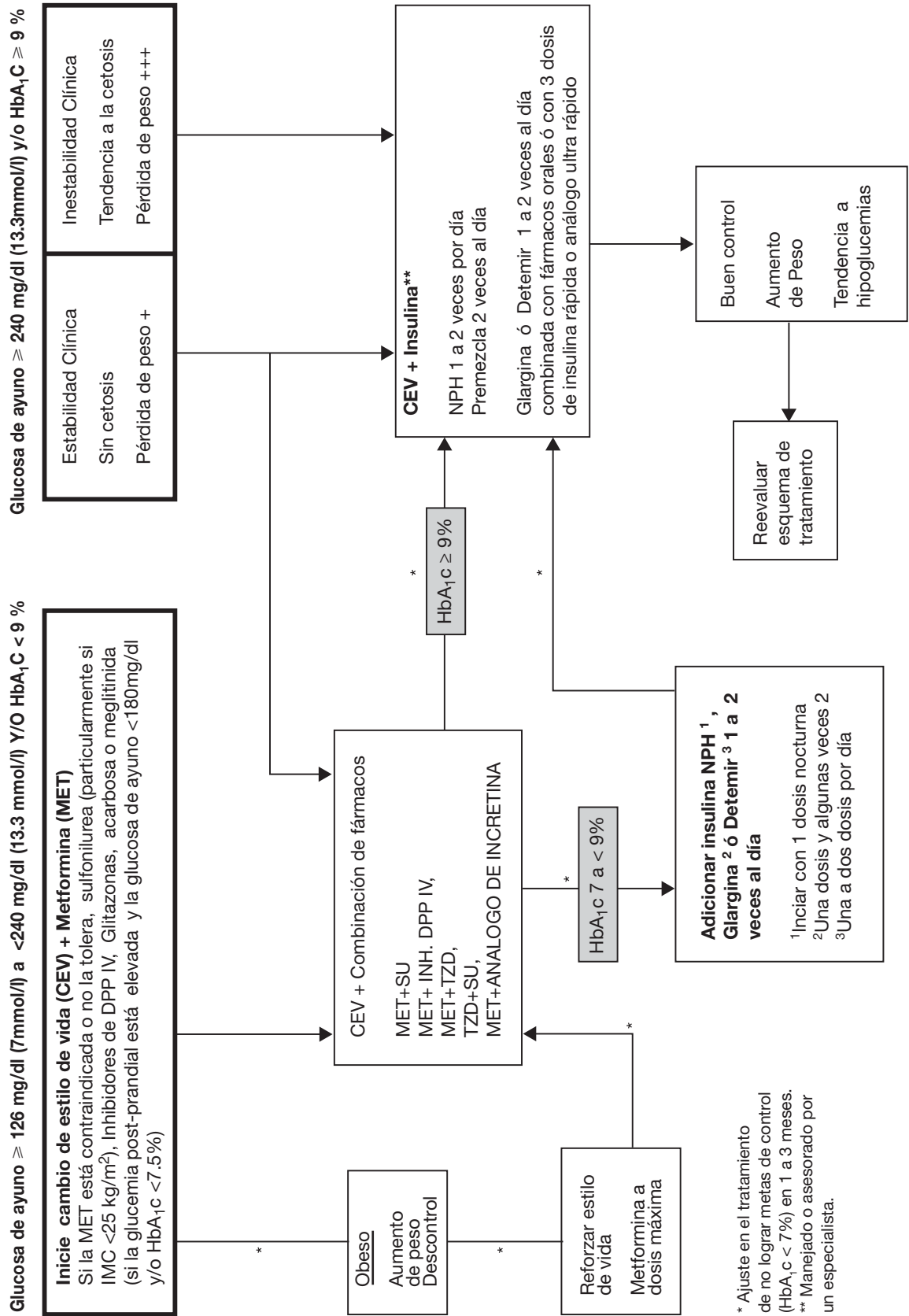
Se considera como actividad física, todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que aumenten el gasto calórico, el ejercicio deberá cumplir las siguientes recomendaciones y metas:

- Cambiar el hábito sedentario cumpliendo con 150 minutos por semana de actividad física aeróbica. (caminar, nadar, bicicleta etc., equivalente a 30 minutos al día por 5 días)
- El ejercicio intenso o deporte de competición requiere de medidas preventivas, así debe cumplirse con una evaluación cardiovascular en mayores de 30 años o diabéticos con más de 10 años de evolución (hay mayor riesgo en caso de coexistir retinopatía, neuropatía autonómica y otras).
- En diabéticos requirientes de insulina consumir una colación o merienda antes de realizar sus actividades para prevenir hipoglucemia y tener en reserva una bebida azucarada. Se recomienda automonitoreo de glucosa capilar antes y después de hacer ejercicio. Cada paciente debe reconocer su grado de control y necesidad de ajuste de insulina y consumo de calorías para hacer ejercicio.
- En ausencia de complicaciones, al diabético se le deben proponer ejercicios de resistencia o alto impacto tres veces por semana (aérobicos, levantamiento moderado pesas etc.)
- Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física.
- Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados que pueden empeorar el estado metabólico.

Hábitos Saludables.

- Es indispensable que todo diabético evite o suprima el hábito de fumar.
- Todo diabético debe recibir educación permanente sobre el manejo práctico de su enfermedad para lograr un mejor control metabólico, incluyendo apoyo psicoemocional

Figura 1. Recomendaciones para el manejo farmacológico del paciente con Diabetes Tipo 2



Anexo 2.**Fármacos utilizados en el tratamiento de la diabetes tipo 2.**

Clase	Fármacos	Dosis media diaria	Dosis máxima diaria
Biguanida	Metformina	500 a 850 mg ⁽²⁾	2.550 mg
Sulfonilureas	Clorpropamida	250 mg ⁽¹⁾	500 mg
	Glibenclamida	5 mg ⁽²⁾	20 mg
	Glipizida	5 mg ⁽²⁾	20 mg
	Glimepirida	4 mg ⁽¹⁾	8 mg
	Gliclazida	80 mg ⁽²⁾	320 mg
	Gliclazida MR	60 mg ⁽¹⁾	120 mg
	Nateglinida	60 mg ⁽³⁾	360 mg
	Meglitinidas	Repaglinida	2 mg ⁽³⁾
Tiazolidinedionas	Rosiglitazona*	4 mg ⁽¹⁾	8 mg
	Pioglitazona	30 mg ⁽¹⁾	45 mg
Inhib. De alfa-glucosidasas	Acarbosa	50 mg ⁽³⁾	300 mg
	Miglitol	25 mg ⁽³⁾	100 mg
Inhibidores de DPP IV ó Gliptinas	Sitagliptina	100 mg ⁽¹⁾	100 mg
	Vildagliptina	50 mg ⁽²⁾	50 mg
	Saxagliptina	5 mg ⁽¹⁾	5 mg
Agonista de GLP-1	Exenatide	10 mcgr ⁽²⁾	20 mcgr
Análogo de GLP-1	Liraglutide	1.2 mgr ⁽¹⁾	1.8 mgr

* Retirada o restringida en Europa, EUA, Brasil y en proceso en otros países de AL.

(1) Una vez al día.

(2) Dos veces al día.

(3) Tres veces al día.

Bibliografía

1. **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.** ENSANUT 2006. /www.insp.mx/ensanut/
2. **Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S.** The Cost of Diabetes in Latin America and the Caribbean. WHO Bulletin 2003; 81 (1): 19-27.
3. **Gouvea Ferreira SR.** Epidemiología de las complicaciones de la diabetes mellitus. Diabetes Mellitus, visión latinoamericana. Juan Rosas Guzmán, Ruy Lyra and Ney Cavalcanti Ed. Editora Guanabara Koogan SA. Cap 43, 482-494.
4. **Simposium sobre economía y diabetes.** ALAD, OPS and DOTA. www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-alad-background.pdf
5. **Arredondo A, Zuniga A.** Economic consequences of epidemiological changes of diabetes in middle income countries. The Mexican case. Diabetes Care 2004; 27 (1):104-109.
6. **Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes**

Anexo 3.**Características de los diferentes tipos de Insulina utilizadas en América Latina**

Insulina	Inicio de acción	Pico de acción	Duración
Rápida o regular	30 a 60 min	2 a 3 hr	6 a 8 hr
Aspártica	5 a 15 min	30 a 90 min	3 a 5 hr
Lispro	5 a 15 min	30 a 90 min	3 a 5 hr
Glulisina	5 a 15 min	30 a 90 min	3 a 5 hr
Intermedia o NPH	2 a 4 hr	4 a 10 hr	12 a 18 hr
Glargina	2 a 4 hr	No hay	~ 24 hr
Detemir	2 a 4 hr	No hay	18 a 24 hr
Humana bifásica 70/30	30 a 60 min	2 a 4 y 6 a 12 hr	10 a 16 hr
Bifásica aspártica 70/30	5 a 15 min	1 a 2 y 6 a 12 hr	10 a 16 hr
Bifásica lispro 75/25	5 a 15 min	1 a 2 y 6 a 12 hr	10 a 16 hr
Bifásica lispro 50/50	5 a 15 min	1 a 2 y 6 a 12 hr	10 a 16 hr

APENDICE 1**METODO DE COCKROFT GAULT PARA ESTIMACION DE FILTRACION GLOMERULAR (VFG)****HOMBRES**

(140- Edad) x peso (kg.) / [72 x Creatinina sérica]

MUJERES

Multiplicar el resultado calculado usando la fórmula de hombres x 0.85

APENDICE 2

Fórmula para calcular VFG en casos de daño renal.

(VFG (mL/min/1.73 m²) = 186 x (Scr)-1.154 x (Edad)-0.203 x (0.742 si es mujer) x (1.210 si es africano americano) (unidades convencionales)

<http://www.nkdep.nih.gov/>

http://www.nkdep.nih.gov/professionals/gfr_calculators/orig_con.htm

Mellitus tipo 2. Grupo de trabajo ALAD. Revista de la Asoc. Latinoamericana de Diabetes. Vol XIV No. 3: 96 – 140, 2006.

7. **Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, Miyata T, Isami S, Motoyoshi S, Kojima Y, Furuyoshi N, Shichiri M:** Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. Diabetes Res Clin Pract 28:103–117, 1995.
8. **UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group:** Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complication in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) Lancet 352:837-853, 1998.
9. **UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group:** Effect of intensive blood glucose control with metformin on complication

- in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 352:854-865, 1998.
10. **Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY**, on behalf of The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med* 2005;353: 2643-2653.
 11. **Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA**: 10-Year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 359:1577-1589, 2008.
 12. **American Diabetes Association**: Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care* 29 (Suppl. 1): S13-S61, 2009.
 13. **Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, Golden SH**: Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 141:421-431, 2004.
 14. **Stettler C, Allemann S, Juni P, Cull CA, Holman RR, Egger M, Krahenbuhl S, Diem P**: Glycemic control and macrovascular disease in types 1 and 2 diabetes mellitus: meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J* 152:27-38, 2006.
 15. **Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethercott S, Preiss D, Erqou S, Sattar N**. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 373(9677):1765-72, 2009.
 16. **Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group**. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2545-59.
 17. **ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, Marre M, Cooper M, Glasziou P, Grobbee D, Hamet P, Harrap S, Heller S, Liu L, Mancia G, Mogensen CE, Pan C, Poulter N, Rodgers A, Williams B, Bompoint S, de Galan BE, Joshi R, Travert F**: Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 358:2560-2572, 2008.
 18. **Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, Cushman WC, Genuth S, Ismail-Beigi F, Grimm RH Jr, Probstfield JL, Simons-Morton DG, Friedewald WT**: Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 358:2545-2559, 2008.
 19. **Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group*** *N Engl J Med* 358: 2545-2559, 2008.
 20. **Johnson JA, Majumdar SR, Simpson SH, et al**: Decreased mortality associated with the use of metformin compared with sulfonylurea monotherapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 25:2244, 2002.
 21. **Johnson JA, Simpson SH, Toth EL, Majumdar SR**. Reduced cardiovascular morbidity and mortality associated with metformin use in subjects with Type 2 diabetes. *Diabet Med* 22:497-502, 2005.
 22. **Cockcroft DW, Gault MH**. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976; 16(1): 31-41.
 23. **National Kidney Foundation**. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-266.
 24. **Bailey CJ, Turner RC**: Metformin. *N Engl J Med* 334:574-583, 1996.
 25. **Nathan DM**: Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J med* 347:1342-1349, 2002.
 26. **Deeg MA**: Basic approach to managing hyperglycemia for the nonendocrinologist. *Am J Cardiol* 96 (Suppl. 1):37-E-40E, 2005.
 27. **Insuchi SE**: Oral antihyperglycemic therapy for type 2 diabetes. *JAMA* 287:360-372, 2002.
 28. **Yki-Jarvinen H**: Drug therapy: thiazolidinediones. *N Engl J Med* 351:1106, 2004.
 29. **Chiason JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M**: Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance: the STOPNIDDM Trial. *JAMA* 290:486-494, 2003.
 30. **Palalau AI, Tahrani AA, Pilla MK, Barnett AH**. DPP-IV inhibitor in clinical practice. *Postgrad Med* 2009 Nov;121(6):70-100.
 31. **Kendall DM, Riddle MC, Rosenstock J, Zhuang D, Kim DD, Fineman MS, Baron AD**: Effects of exenatide (exenatide-4) on glycemic control and weight over 30 weeks in patients with type 2 diabetes treated with metformin and a sulfonylurea. *Diabetes Care* 28: 1083-1091, 2005.
 32. **DeFronzo R, Ratner RE, Han J, Kim DD, Fineman MS, Baron AD**: Effects of exenatide on glycemic control and weight over 30 weeks in metformin-treated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28:1092-1100, 2005.
 33. **Gerich J, Raskin P, Jean-Louis L, Purkayastha D, Baron A**: PRESERVE-B: two year efficacy and safety of initial combination therapy with nateglinide or glyburide plus metformin. *Diabetes Care* 28:2093-2100, 2005.
 34. **Fonseca V, Rosenstock J, Patwardhan R, Salzman A**: Effect of metformin and rosiglitazone combination therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 283:1695-1702, 2000.
 35. **Strowig S, Aviles-Santa ML, Raskin P**: Improved glycemic control without weight gain using triple therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 27:1577-1583, 2004.
 36. **Bloomgarden ZT** Approaches to treatment of pre-diabetes and obesity and promising new approaches to type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2008 Jul;31(7):1461-6.
 37. **Genuth S**: Insulin use in NIDDM. *Diabetes Care* 13:1240-1264, 1990.
 38. **Raskin P, Allen E, Hollander P, Lewin A, Gabbay RA, Hu P, Bode B, Garber** : Initiating insulin therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28:260-265, 2005.
 39. **Yki-Jarvinen H, Ryysy L, Nikkila K, Tulokas T, Vanamo R, Heikkila M**: Comparison of bedtime insulin regimens in patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 130:389-396, 1999.
 40. **Schwartz S, Sievers R, Strange P, Lyness WH, Hollander P**: Insulin 70/30 mix plus metformin versus triple oral therapy in the treatment of type 2 diabetes after failure of two oral drugs. *Diabetes Care* 26:2238-2243, 2003.
 41. **Welschen LMC, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WAB, Bouter LM**: Self monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 28:1510-1517, 2005.
 42. **A Multi-Center, Epidemiologic Survey of the Current Medical Practice of General Practitioners Treating Subjects with type 2 Diabetes Mellitus In Latin America. DEAL STUDY**. Gloria L Stewart, Marcos Tambasia, Juan Rosas y col. *Diabetes* 2007, 56 (suppl 1) A 256.
 43. **Encuesta Nacional de Salud Pública en México. ENSA 2000**. www.xipe.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf.
 44. **AAACE/ACE Diabetes Algorithm For Glycemic Control** Available at www.aaace.com/pub
 45. **Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al (American Diabetes Association; European Association for the Study of Diabetes)**. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy; a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32:193-203.
 46. **Guías ALAD recomendadas por OPS**. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-guia-alad.htm>

Reglamento de Publicaciones

Los trabajos a publicarse en la Revista de la ALAD deben ser inéditos, aunque pueden contener material parcialmente comunicado o publicado en entidades o revistas científicas reconocidas.

Los manuscritos serán enviados por duplicado, escritos a máquina con caracteres nítidos, a doble espacio, con márgenes superior, izquierdo e inferior de por los menos tres centímetros y en papel tamaño carta de buena calidad, preferentemente acompañado por el diskette o vía mail a oramos@intramed.net.

El manuscrito debe ser precedido por una hoja donde figure: el título del trabajo, el nombre del o los autores, su grado académico y lugar donde se ha realizado el trabajo (Institución, calle y número, código postal, ciudad, país y correo electrónico), agregar palabras claves y abreviaciones si han sido utilizadas.

En la hoja siguiente será el resumen en castellano y en inglés. Este último más extenso con referencias a tablas, figuras y cuadros. En el resumen debe figurar: objetivo, material, metodología, resultados y conclusiones. No serán aceptados aquellos trabajos que no tengan el resumen en castellano e inglés.

El texto principal deberá contener una breve introducción sobre el interés del estudio realizado, material y métodos empleados, resultados obtenidos y una discusión real de los mismos. En la sección resultados, no se harán comentarios de los mismos, así como en discusión tampoco debe efectuar una duplicación de los resultados sin comentarios.

La lista de referencias bibliográficas comenzará en una nueva hoja, cada una de ellas debe incluir el apellido e iniciales de los nombres de todos los autores del trabajo cuando ellos sean seis o menos, de ser siete o más se colocará la sigla et al, luego del tercer autor. Seguirá luego el título completo del trabajo, el nombre de la revista (abreviatura según Index Medicus), año, volumen y páginas.

Las referencias bibliográficas serán citadas en el texto por su orden de aparición en el mismo, en números colocados entre paréntesis y separados por comas.

Las tablas serán colocadas en hojas aparte y no incluidas en el texto del manuscrito; cada una de ellas llevará un título explicativo de su contenido y ordenadas en números romanos.

Las figuras se colocarán en la misma forma que las tablas y se ordenarán en números arábigos. Las fotografías serán de tamaño entre 9 x 12 y 18 x 24 cm. Se enviará el original; al dorso de las mismas se consignarán: el número que corresponde, el nombre del primer autor y el título del trabajo.

Para la selección de originales, los trabajos serán sometidos a sistema de arbitraje, siendo remitidos a un miembro del Comité Revisor integrado por profesionales destacados en el ámbito de la Diabetología, para su análisis y evaluación.