

# Qué hacer y qué no hacer para mejorar el control de la diabetes *mellitus* de tipo 2

## medifichas

### ✓ Qué hacer

- 

**1** Establecer programas de educación terapéutica para personas diabéticas y sus cuidadores. Con programas de al menos 10 sesiones se mejoran los objetivos glucémicos, la tensión arterial, el peso y aspectos comportamentales y psicológicos de los pacientes<sup>1</sup>.
- 

**2** Recomendar hacer ejercicio de intensidad moderada a vigorosa durante al menos 30 minutos al día de 5 a 7 días a la semana, acompañado de 3 días de ejercicio de fuerza<sup>2</sup>.
- 

**3** Aconsejar reducir la cantidad de carbohidratos de la dieta, eliminar las bebidas azucaradas y comer más vegetales sin almidón, frutas y cereales integrales. No hay una dieta ideal, por lo que debe individualizarse<sup>3</sup>.
- 

**4** Recomendar a personas con sobrepeso y obesidad bajar al menos un 5 % de su peso y mantenerlo. En prediabéticos, se recomienda perder el 7 %-10 % del peso corporal para prevenir la progresión a diabetes<sup>3</sup>.
- 

**5** Calcular el riesgo cardiovascular. Cualquier paciente diabético tiene un riesgo cardiovascular desde moderado hasta muy alto, y eso repercute en la elección del tratamiento antidiabético, en los objetivos de control de lípidos y tensión arterial, y en la decisión de antiagregar<sup>4</sup>.
- 

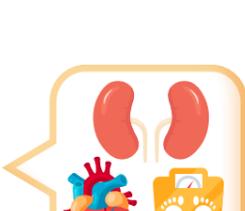
**6** Iniciar el tratamiento con metformina en prediabetes. Se recomienda en menores de 60 años con obesidad de grado 2 o mujeres que tuvieron diabetes gestacional<sup>1</sup>, con cifras de glucemia >110 mg/dl o HbA<sub>1c</sub> >6 %<sup>3</sup>.
- 

**7** Establecer un objetivo de HbA<sub>1c</sub> <7 % para la mayoría de los pacientes. Este objetivo ha demostrado reducir las complicaciones macro y microvasculares, aunque se puede ser más o menos estricto en función de las comorbilidades, esperanza de vida, tiempo desde el diagnóstico, etc<sup>3</sup>.

### ✗ Qué no hacer

- 

**1** No se debe demorar el inicio del tratamiento antidiabético ni su intensificación cuando no se alcanzan los objetivos<sup>3,5</sup>. Se debe evitar la inercia terapéutica. Tener la glucemia mal controlada durante un tiempo trae complicaciones más tarde<sup>6</sup>.
- 

**2** No es preciso empezar el tratamiento con un solo fármaco (metformina) en todos los pacientes. El control glucémico no es el único objetivo en el que hay que fijarse, y en ciertos grupos de pacientes se pueden usar combinaciones desde el principio<sup>3,7</sup>.
- 

**3** No se debe elegir el tratamiento solo en función de los objetivos de control de la glucemia, sino que se deben tomar en cuenta otros condicionantes clínicos. Por ejemplo, en personas con diabetes y enfermedad cardiovascular o riesgo cardiovascular alto, se recomienda añadir a la metformina fármacos que hayan demostrado disminuir los eventos cardiovasculares<sup>3,8</sup>: empagliflozina, canagliflozina, dapagliflozina, liraglutida, semaglutida y dulaglutida<sup>8</sup>. Si el paciente todavía no está en tratamiento con metformina, la ESC recomienda en estos pacientes empezar directamente con alguno de estos fármacos<sup>8</sup>.

Abreviaturas: ESC: European Society of Cardiology, HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glicosilada

descárgate más medifichas en [www.almirallmed.es](http://www.almirallmed.es)

1. Ezkurra Loiola P, Urbina Juez A, Alonso Fernández M, Amor Valero J, Mediavilla Bravo JJ. Preguntas clínicas redGDPS. Análisis crítico de las últimas evidencias en DM2 [Internet]. redGDPS. 2021 [citado 29 may 2022]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/mbe/>

2. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, et al. Guía ESC 2020 sobre cardiología del deporte y el ejercicio en pacientes con enfermedad cardiovascular: Grupo de Trabajo sobre cardiología del deporte y ejercicio en pacientes con enfermedad cardiovascular de la ESC. Rev Esp Car. 2021;74(6):545.e1-545.e73.

3. Riddle MC, Aroda VR, Blonde L, Boulton AJ, Castle JR, DiMeglio LA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2022. Diabetes Care [Internet]. 2022 [consultado 25 may 2022];45(Supplement 1):1-270. Disponible en: [https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement\\_1](https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement_1)

4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021;42(34):3227-337.

5. Leto G, Barchetta I, de Candia L, Magotti MG, Cianciullo M, Manti R, et al. Identification of the Inappropriate Clinical Actions (DON'T) to Improve the Management of Patients with Type 2 Diabetes Failing Basal Insulin Supported Oral Treatment: Results of Survey for a Panel of Diabetes Specialists in Italy. Diabetes Therapy. 2021;12(10):2645-61.

6. Folz R, Laiteerapong N. The legacy effect in diabetes: are there long-term benefits? Diabetologia. 2021;64(10):2131-7.

7. Mata Cases M, Artola Menéndez S, Díez Espino J, Ezkurra Loiola P, García Soidán FJ, Franch Nadal J. Fundación red GDPS. Algoritmo de tratamiento de la DM2 [Internet]. 2020 [citado 29 may 2022]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/algoritmo-de-tratamiento-de-la-dm2-de-la-redgdps-2020>

8. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association of Diabetes, Pre-diabetes, and Cardiovascular Diseases (EASD). Eur Heart J. 2019;41(2):255-323. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurheartj/ehz486/5556890>