

REVISIÓN DE LAS ÚLTIMAS GUÍAS DE PATOLOGÍA CARDIOMETABÓLICA

Guías en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2

José Javier Mediavilla Bravo

Medicina de Familia, Centro de Salud Burgos Rural, Burgos, España

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus tipo 2;
Guías clínicas;
Tratamiento de la
hiperglucemia

Resumen

La publicación en los últimos años de nuevos estudios en diabetes, junto a la aparición de nuevos fármacos para el tratamiento de la hiperglucemia, ha llevado a la actualización de las más prestigiosas guías de práctica clínica para el tratamiento de la diabetes. Así, en abril de 2012 se publicó el documento de consenso de la American Diabetes Association y de la European Association for the Study of Diabetes sobre el tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Al año siguiente, 2013, aparece la actualización de una de las guías basada en la evidencia promovida por la Canadian Diabetes Association, y este mismo año 2014 aparece el consenso de la redGDPS, cuyas guías son las que mayor seguimiento tienen entre los médicos de atención primaria de nuestro país.

Las 3 guías destacan la necesidad de una individualización del abordaje de la diabetes mellitus tipo 2, marcando tanto objetivos de control como pautas de tratamiento diferenciadas según las características de los pacientes, evolución de la enfermedad y presencia de comorbilidades o complicaciones de esta.

En lo referente al tratamiento, las 3 destacan la trascendencia de tomar en cuenta las opiniones de los pacientes, la importancia de aplicar modificaciones del estilo de vida para un buen control de la enfermedad y marcan como primer fármaco a utilizar la metformina, a la que se añaden otros agentes hipoglucemiantes en caso de no obtener los objetivos marcados. © 2014 SEMERGEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Diabetes mellitus
type 2;
Clinical practice
guidelines;
Hyperglycemia
treatment

Guidelines for the management of diabetes mellitus type 2

Abstract

In the last few years, the publication of new studies in diabetes, together with the development of new classes of blood glucose-lowering medications, have led to updates of the most prestigious clinical practice guidelines for the treatment of diabetes. Thus, a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes on the management of hyperglycemia in type 2 diabetes was published in April 2012. An update of one of the evidence-based guidelines issued by the Canadian Diabetes Association appeared in 2013 and this year, 2014, saw the publication of the consensus document of the redGDPS, whose guidelines are those most closely followed by primary care physicians in Spain.

The three guidelines highlight the need for an individualized approach to type 2 diabetes mellitus, outlining both target glycemic goals and distinct treatment regimens based on patient characteristics, disease stage and the presence of comorbidities or complications.

In the treatment of the disease, the three guidelines also stress the importance of considering patients' opinions and of recommending lifestyle modifications to achieve good disease control. Metformin is identified as the first-line drug, with the addition of other glucose-lowering agents if necessary.

© 2014 SEMERGEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Cuando reflexionamos sobre el trabajo diario, los médicos de familia nos damos cuenta de diferentes cuestiones relacionadas con nuestra práctica: la amplia variabilidad interprofesional al abordar los diferentes problemas de salud, la importancia de una “puesta al día” continua —con las dificultades que supone ante los múltiples problemas sobre los que debemos tomar decisiones— y las implicaciones que esto tiene, tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

Las guías de práctica clínica (GPC) son “un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes”¹. Tienen la potencialidad de reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica, y ayudan, tanto al equipo de salud como a los pacientes y sus cuidadores, a tomar decisiones sobre la asistencia sanitaria.

Conviene distinguir entre 3 tipos de GPC: basadas en la evidencia, basadas en el consenso y basadas en la opinión de expertos, en función del rigor en la formulación de las recomendaciones y de su correlación con el nivel de evidencia disponible.

Las GPC no son un conjunto de normas rígidas, sino una herramienta de ayuda en las decisiones clínicas². Aunque las guías sean una gran herramienta de trabajo, no debemos pensar que en ellas encontraremos las respuestas a todas las preguntas que a diario nos hacemos en la consulta y siempre las decisiones finales sobre el procedimiento clínico, preventivo, diagnóstico o terapéutico están en manos del médico, del paciente y de las circunstancias específicas que rodean cada situación clínica.

En este manuscrito se revisan las recomendaciones más importantes respecto al manejo de las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que figuran en algunas de las últimas guías o consensos publicados y que cuentan con una mayor implementación entre los profesionales sanitarios.

Guía ADA/EASD de tratamiento de la hiperglucemia en personas con diabetes mellitus tipo 2: estrategia centrada en el paciente³

Tras formar un grupo de trabajo conjunto, la American Diabetes Association (ADA) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD) publicaron en abril del año 2012 un consenso para el tratamiento de la hiperglucemia en personas adultas con DM2, con el fin de actualizar la anterior guía conjunta publicada en 2009. El grupo de trabajo procedió a examinar las nuevas evidencias aparecidas sobre los beneficios y riesgos del control glucémico y los datos más recientes sobre eficacia y seguridad de los nuevos antidiabéticos, pasando a formular sus conclusiones.

Aunque todas las recomendaciones publicadas con anterioridad hablaban de la necesaria participación de las personas con diabetes en el control de su enfermedad, no es hasta es-

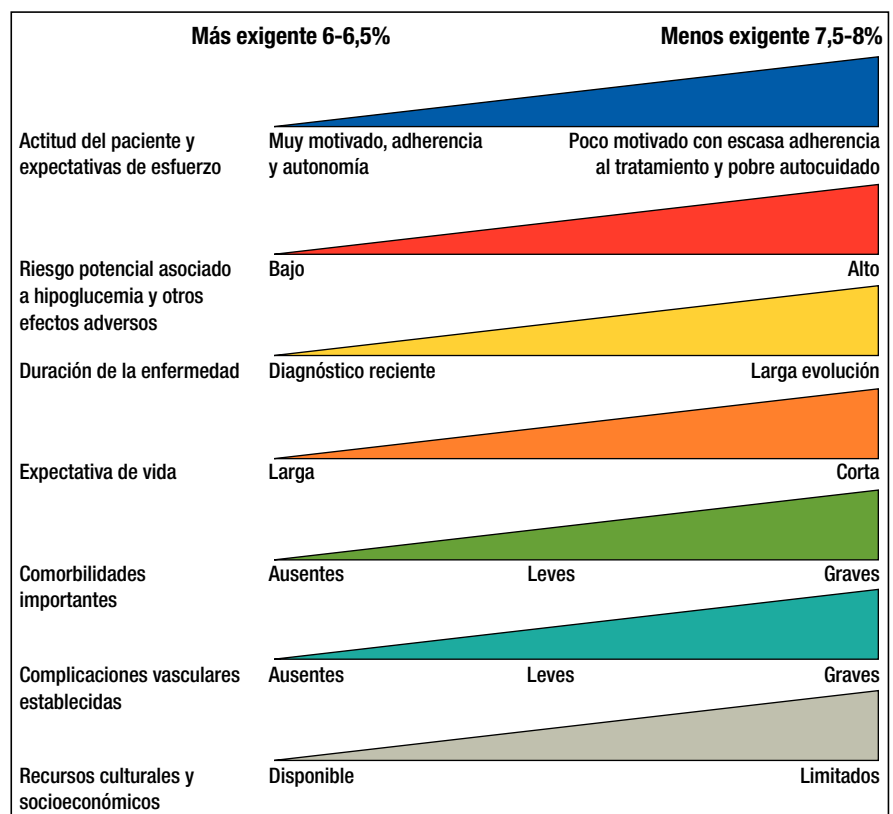


Figura 1 Elementos de decisión para marcar el objetivo de hemoglobina glucosilada (HbA1c) a conseguir en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Tomada de referencia 5.

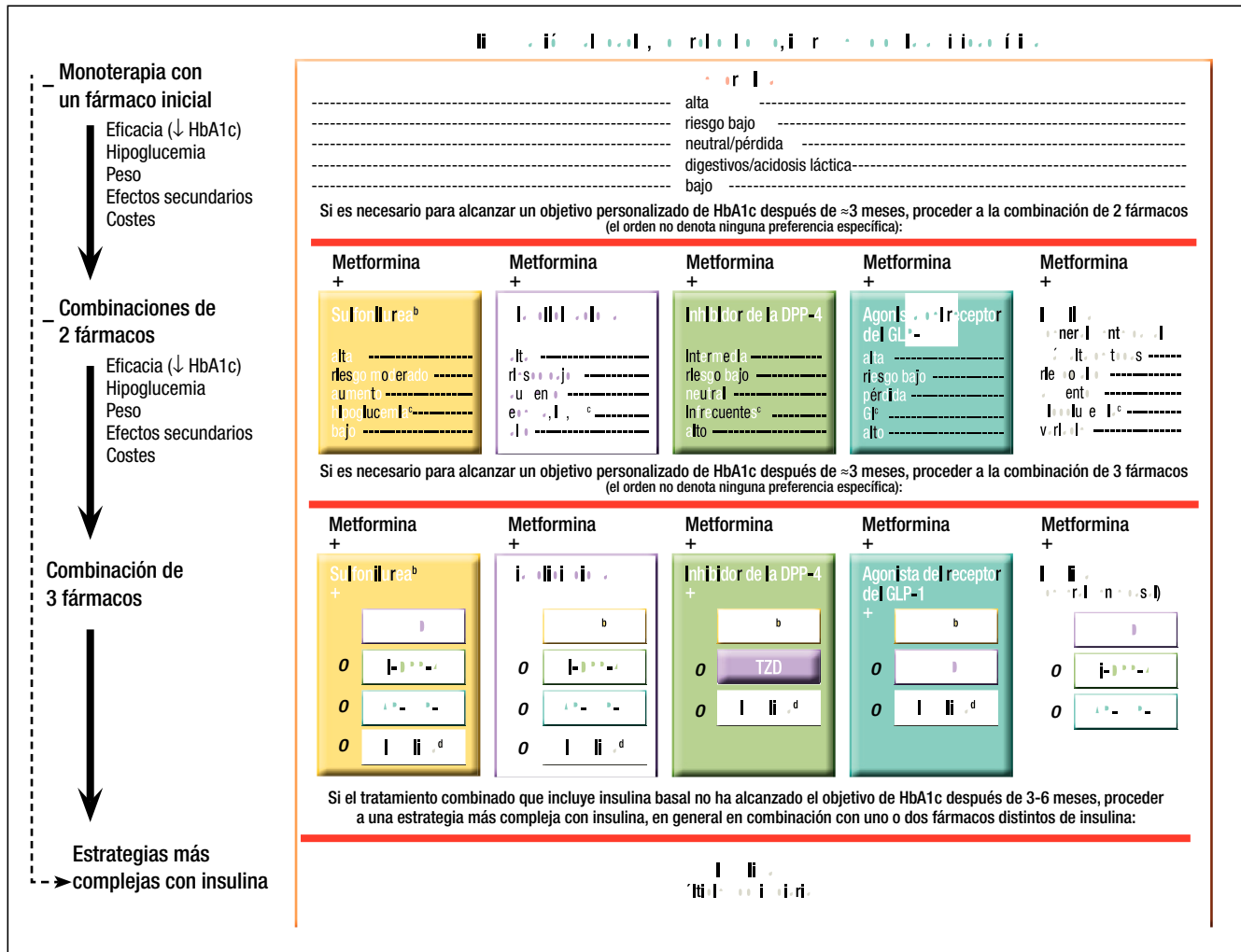


Figura 2 Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de la ADA/EASD. Una aproximación centrada en el paciente. ADA: American Diabetes Association; DPP-4: dipeptidil peptidasa 4; EASD: European Association for the Study of Diabetes; GLP-1: péptido similar al glucagón tipo 1; SU: sulfonilureas; TZD: tiazolidindionas. Tomada de referencia 3.

ta guía que la atención centrada en el paciente se hace verdaderamente explícita y se le concede una gran importancia. La atención centrada en el paciente, definida como una “estrategia que presta una asistencia que respeta y responde a los problemas, necesidades y valores de cada persona y garantiza que dichos valores guíen todas las decisiones clínicas”⁴, debe ser el principio organizador que fundamente la atención sanitaria de las personas con DM2, ya que, en último término, es la persona la que toma las decisiones finales sobre sus opciones de modo de vida y, en cierto modo, sobre las intervenciones farmacéuticas que utiliza, ya que su aplicación tiene lugar en el contexto de la vida del paciente.

Objetivos de hemoglobina glucosilada a alcanzar en las personas con diabetes

La guía hace suyos los objetivos a alcanzar en las personas con diabetes propuestos por Ismail-Beigi et al⁵ (fig. 1), que varían según las características de la enfermedad y las distintas características de las personas, de tal forma que se recomienda unas cifras objetivo de hemoglobina glucosilada (HbA1c) < 7% para la mayor parte de los pacientes, aunque

en personas con corta duración de la enfermedad, esperanza de vida prolongada y ausencia de enfermedad cardiovascular se recomiendan objetivos más estrictos (HbA1c del 6-6,5%) si estos se pueden conseguir sin hipoglucemias significativas u otros efectos adversos. Por el contrario, objetivos menos estrictos (HbA1c ≥ 7,5-8%) pueden ser suficientes para personas con antecedentes de hipoglucemia grave, esperanza de vida reducida, complicaciones avanzadas de la enfermedad, presencia de patologías concomitantes o en aquellos en que el objetivo sea difícil de alcanzar a pesar de haber recibido pautas educativas, asesoramiento y dosis eficaces de diversos fármacos antidiabéticos, incluida la insulina.

Tratamiento de la hiperglucemia

Tras recalcar que el fundamento de cualquier tratamiento hipoglucemiante debe basarse en la alimentación saludable, realización de ejercicio físico y educación sanitaria, y tras realizar un repaso de todos los fármacos hipoglucemiantes comercializados marcando algunas de sus principales características, como son su eficacia, potencialidad de producir hipoglucemias, relación con el peso, efectos secundarios y

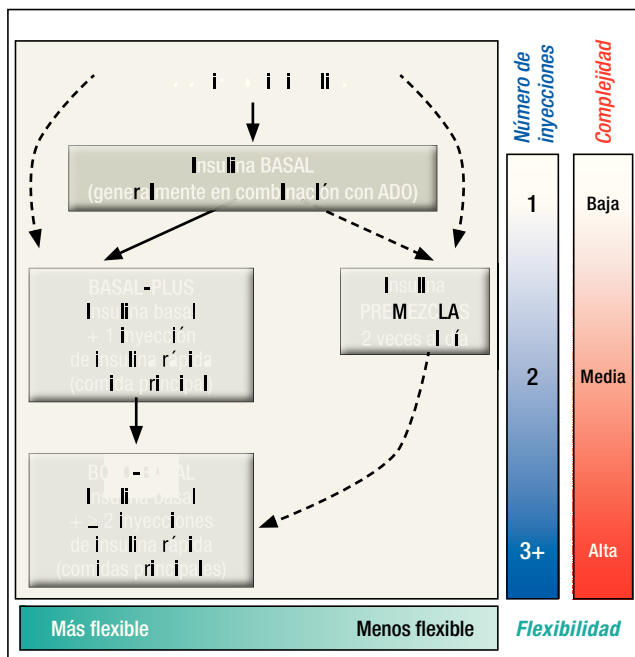


Figura 3 Estrategia secuencial de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). ADA/EASD 2012. ADA: American Diabetes Association; ADO: antidiabéticos orales; EASD: European Association for the Study of Diabetes. Tomada de referencia 3.

costes, el consenso preconiza metformina (MET) como el fármaco de elección en primera línea de tratamiento, a menos que haya contraindicaciones o no se tolere.

En caso de valores de HbA1c $\geq 9\%$ se aconseja comenzar con una combinación de antidiabéticos o con insulina directamente.

Si un paciente presenta síntomas hiperglucémicos intensos o cifras de glucosa muy elevadas (glucosa basal 300-350 mg/dl o HbA1c del 10-12%) se debe comenzar tratamiento con insulina desde el primer momento, aunque una vez remitan los síntomas es posible suprimir gradualmente la insulina de forma parcial o total cambiando a antidiabéticos no insulínicos, quizás en combinación.

Tras el tratamiento con metformina, si en un plazo aproximado de 3 meses no se logra el grado de control glucémico consensuado, pasaremos a terapia combinada con 2 fármacos hipoglucemiantes (MET + uno de los siguientes: sulfonilureas [SU], glitazonas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 [iDPP-4], agonistas del péptido similar al glucagón 1 [GLP-1] o insulina). En caso de no conseguir el control glucémico esperado podríamos pasar a tratamiento con 3 fármacos de distintos grupos o comenzar con dosis múltiples de insulina (fig. 2).

La inclusión de insulina en el tratamiento se hará con insulina basal a dosis bajas (0,1-0,2 U/kg/día) en combinación con otros antidiabéticos. Las dosis de inicio de tratamiento con insulina serán mayores (0,3-0,4 U/kg/día) en caso de hiperglucemia grave. Si con insulina basal en combinación con otros fármacos no se logra controlar la glucemia posprandial introduciremos una o más inyecciones de insulina prandial o insulinas premezcla (fig. 3).

La guía concluye con orientaciones sobre el manejo de la enfermedad en personas de diferentes edades, peso, posi-

bilidad de presentar hipoglucemias, diferencias sexuales, raciales, étnicas y genéticas o presencia de enfermedades concomitantes como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica o disfunción hepática. La presencia de una o varias de estas características harán variar tanto los objetivos a conseguir como los tratamientos hipoglucemiantes a utilizar.

Guía de prevención y tratamiento de diabetes de la Canadian Diabetes Association 2013⁶

La última actualización de la guía de prevención y tratamiento de la diabetes elaborada por la Canadian Diabetes Association se publicó en abril de 2013. Esta guía incorpora las nuevas evidencias generadas desde 2008, año de publicación de la anterior guía.

Los objetivos generales de esta guía son cubrir todos los aspectos relacionados con la atención de las personas con diabetes. Esto incluye la organización de la atención, la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hiperglucemia y del resto de factores de riesgo, prevención y tratamiento de las complicaciones y recomendaciones sobre el manejo de la enfermedad en poblaciones especiales. A continuación se resalta alguno de ellos.

Diagnóstico y cribado

Los criterios diagnósticos recogidos por esta guía son los que figuran en la tabla 1. Estos criterios de diagnóstico de diabetes son iguales a los marcados por la ADA.

Ambas asociaciones difieren en el criterio para valorar el diagnóstico de prediabetes, que viene marcado para la ADA por una HbA1c del 5,7 al 6,4%⁷, mientras que para la Canadian Diabetes Association viene marcada por unas cifras de HbA1c del 6 al 6,4%⁶.

En lo referente al cribado no se aconseja realizarlo en DM tipo 1. En relación con la DM2 se realizará cribado mediante glucemia basal y/o HbA1c cada 3 años en personas ≥ 40 años

Tabla 1 Criterios diagnósticos de diabetes en adultos según la Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada 20136

1. HbA1c $\geq 6,5\%$ *
2. Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l). El ayuno se define como ausencia de ingesta calórica durante por lo menos 8 h*
3. Glucosa en plasma ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las 2 h durante un TTOG. La prueba debe realizarse según lo descrito por la OMS utilizando una carga de glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua*
4. Síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia y glucosa plasmática casual (al azar) ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol)

HbA1c: hemoglobina glucosilada; OMS: Organización Mundial de la Salud; TTOG: test de tolerancia oral a la glucosa.

*En ausencia de hiperglucemia inequívoca, los criterios 1, 2 y 3 deben ser confirmados repitiendo la prueba otro día.

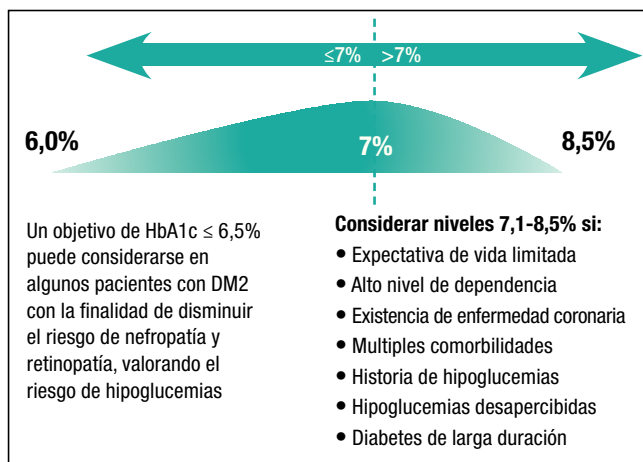


Figura 4 Individualización de objetivos. Hemoglobina glucosilada (HbA1c). DM: diabetes mellitus. Tomada de referencia 6.

o en personas con alto riesgo de desarrollar diabetes. Pruebas de cribado más frecuentes o en edades más jóvenes se deben realizar en personas con muy alto riesgo de padecer diabetes

Objetivos de hemoglobina glucosilada a alcanzar en las personas con diabetes

La guía canadiense, igual que la de la ADA/EASD, preconiza una HbA1c < 7% en la mayor parte de las personas con diabetes y objetivos más o menos estrictos según evolución de la enfermedad, expectativa de vida, riesgo de hipoglucemias o presencia de complicaciones (fig. 4).

Tratamiento de la hiperglucemia

La guía remarca la importancia de la terapia nutricional, ya que una intervención sobre los estilos de vida, consistente en restricción calórica en caso de sobrepeso u obesidad e in-

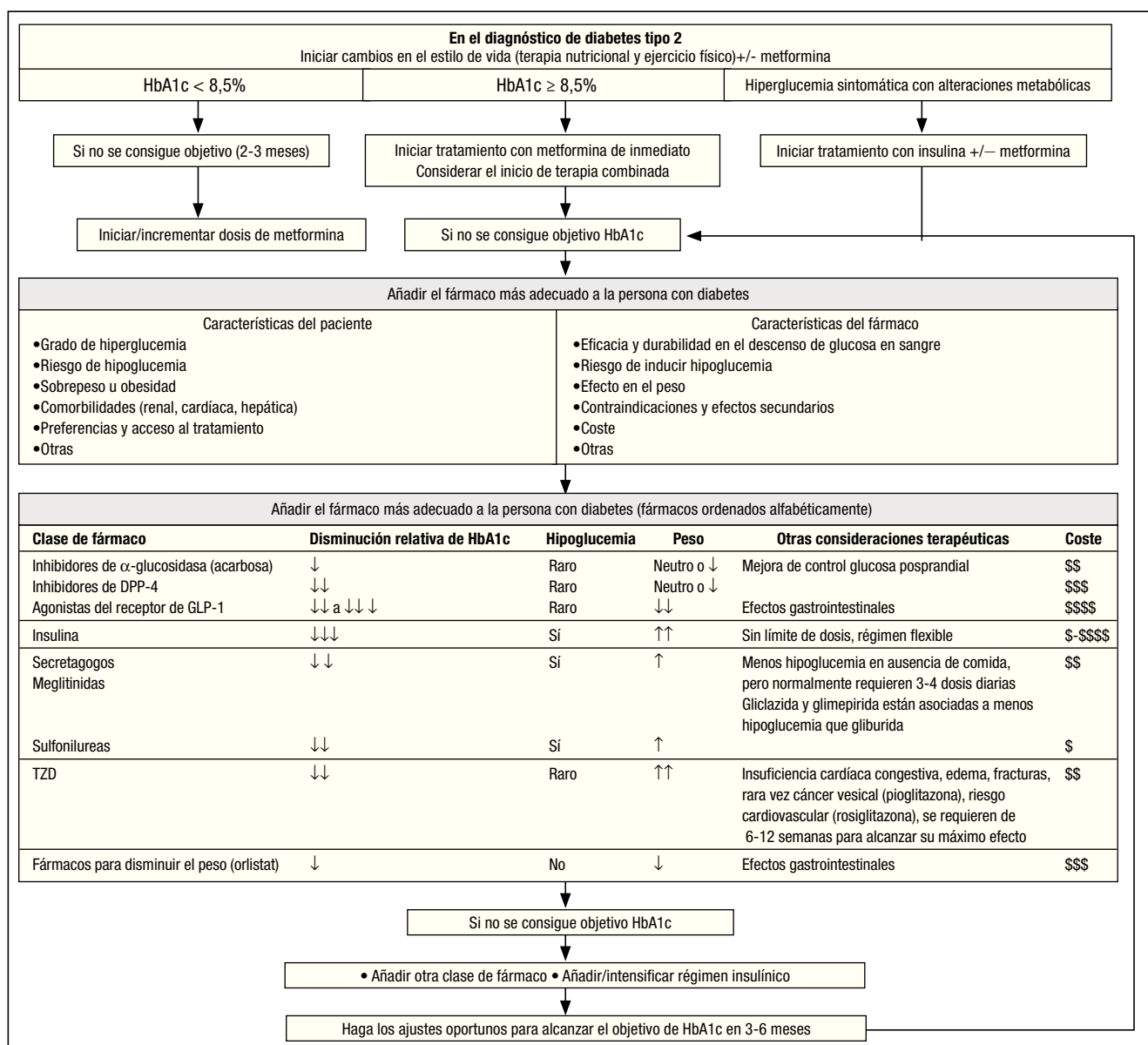


Figura 5 Manejo de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). DPP-4: dipeptidil peptidasa 4; GLP-1: péptido similar al glucagón tipo 1; HbA1c: hemoglobina glucosilada. Tomada de referencia 6.

cremento de la actividad física, puede reducir de 1 a 2 puntos la HbA1c.

En cuanto al tratamiento farmacológico en personas con diabetes y una HbA1c < 8,5%, se recomienda comenzar únicamente con modificaciones de estilos de vida (MEV), bien como única terapia o comenzar con MEV más MET. Si se comenzara el tratamiento solo con MEV se deberá reevaluar la HbA1c y si en 2-3 meses no se alcanzan objetivos se debe instaurar tratamiento con MET.

Si la HbA1c es $\geq 8,5\%$ y en ausencia de síntomas se recomienda comenzar de inmediato tratamiento farmacológico con MET, ya sea como monoterapia o con terapia combinada de esta más otro antidiabético. Si la hiperglucemia es marcada y la persona presenta síntomas o descompensación metabólica se iniciará tratamiento con insulina +/- MET.

En cuanto a las actuaciones tras el inicio del tratamiento farmacológico, se indica que en caso de no alcanzar objetivos marcados en 2-3 meses con MET se debe añadir otro agente hipoglucemiante teniendo en cuenta las características del paciente, los valores de HbA1c y la eficacia, posibilidad de producir hipoglucemia, efecto sobre el peso, modo de acción, efectos secundarios y costes de las distintas familias de fármacos. Si no se logran los objetivos con 2 fármacos podríamos añadir otro fármaco no insulínico o bien insulina si no se hubiera pautado con anterioridad (fig. 5).

Entre los fármacos a utilizar en las personas con diabetes que recomienda esta guía se incluye un fármaco para reducir peso, el orlistat.

Otras recomendaciones

En relación con otros aspectos importantes del tratamiento de las personas con diabetes, como el tratamiento de otros factores de riesgo, la guía hace las siguientes recomendaciones:

- Dislipemia: el objetivo a lograr marcado por la guía canadiense es el de un cLDL (colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad) $\leq 77,2$ mg/dl. Para lograr este objetivo suele ser necesario implementar y añadir tratamiento farmacológico con estatinas.
- Presión arterial (PA): el valor de PA a alcanzar es < 130/80 mmHg, que es el umbral indicado para comenzar tratamiento. Esta recomendación es más exigente que las

realizadas por otras guías de práctica clínica como la ADA, que recomienda unos valores objetivo de PA < 140/80 mmHg⁷, el Joint National Committee 8 (< 140/90 mmHg)⁸ o por las sociedades europeas de hipertensión y cardiología (< 140/85 mmHg)⁹.

Como fármacos de inicio de tratamiento de la hipertensión arterial se recomienda, en personas con diabetes y enfermedad cardiovascular o renal con microalbuminuria o con factores de riesgo añadidos a la diabetes e hipertensión, utilizar inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

– Diabetes y anciano: la guía recomienda en ancianos frágiles un objetivo de HbA1c $\leq 8,5\%$ y utilizar con precaución las SU por su mayor riesgo de hipoglucemias. De la misma manera recomienda el uso de análogos basales frente a insulina convencional, ya que los primeros se asocian a menor riesgo de hipoglucemias.

Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes tipo 2. RedGDPS 2014¹⁰

El objetivo del algoritmo terapéutico de la RedGDPS, elaborado por consenso de varios miembros de esta red, es el de ayudar a los clínicos en la toma de decisiones para el manejo individualizado de la DM2. Contempla las situaciones clínicas, en pacientes adultos con DM2 (excluyendo embarazadas), que se han considerado más relevantes y frecuentes en la práctica habitual.

Objetivos de hemoglobina glucosilada a alcanzar en las personas con diabetes

Las recomendaciones de la redGDPS en cuanto a objetivos coinciden, en rasgos generales, con las marcadas por las guías recientemente publicadas, aunque en este caso dividen los objetivos por grupos de edad y posteriormente por años de evolución de la diabetes o/y presencia de complicaciones (tabla 2). Es de destacar que en personas mayores de 75 años con diabetes no hacen diferencias según el estado del paciente, la evolución de la enfermedad o la presencia de complicaciones, señalando para todos un objetivo de HbA1c < 8,5%.

Tabla 2 Objetivos individualizados según edad, duración de la diabetes y presencia de complicaciones o comorbilidades¹⁰

Edad (años)	Duración de la diabetes mellitus, presencia de complicaciones o comorbilidades	HbA1c objetivo
≤ 65	Sin complicaciones o comorbilidades graves	< 7% ^a
	> 15 años de evolución o con complicaciones o comorbilidades graves	< 8%
66-75	≤ 15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	< 7%
	> 15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	7-8%
	Con complicaciones o comorbilidades graves	< 8,5% ^b
> 75		< 8,5% ^b

^aPuede plantearse un objetivo de HbA1c $\leq 6,5\%$ en los pacientes más jóvenes y de corta evolución de la diabetes en tratamiento no farmacológico o con monoterapia.

^bNo se debe renunciar al control de los síntomas de hiperglucemia, independientemente del objetivo de HbA1c. HbA1c: hemoglobina glucosilada.

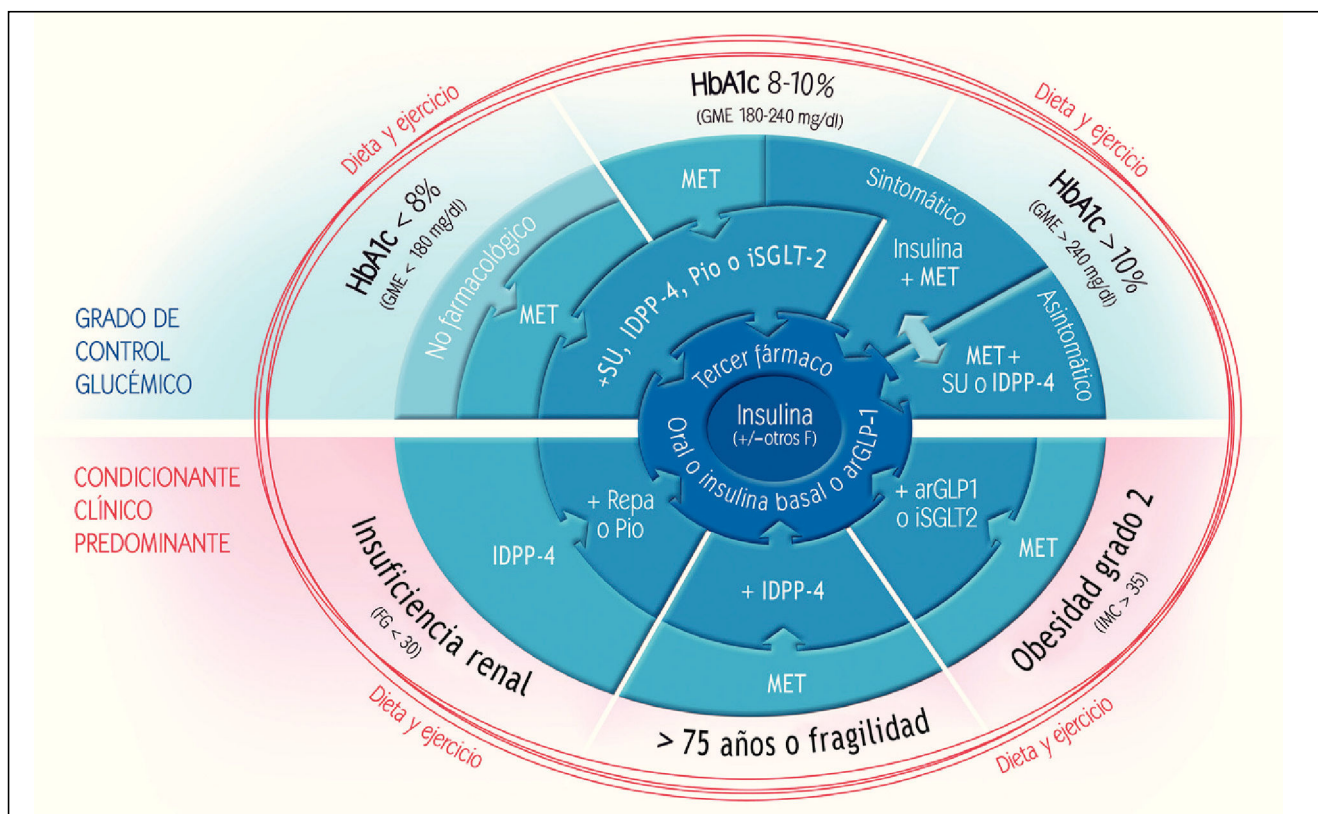


Figura 6 Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). arGLP-1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón 1; FG: filtrado glomerular; GME: glucemia media estimada; iDPP-4: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4; IMC: índice de masa corporal; iSGLT-2: inhibidores del transportador de sodio-glucosa tipo 2; MET: metformina; Pio: pioglitazona; Repa: repaglinida; SU: sulfonilureas. Tomada de referencia 10.

Tratamiento de la hiperglucemia

Esta guía incluye un algoritmo de tratamiento novedoso, que pasa de la forma clásica de árbol rectangular a una imagen más circular (fig. 6). Este diseño permite que haya 2 opciones de entrada en él según cifras de HbA1c o según los condicionantes clínicos que predominen en el paciente. Cada una de estas entradas se acompaña de una serie de recomendaciones que exponemos a continuación.

1. Según cifras de HbA1c que presente la persona con diabetes.

- HbA1c < 8%. En algunos pacientes es posible conseguir el objetivo solo con la MEV (dieta y ejercicio). Si en 3-6 meses no se consigue se recomienda la introducción de MET titulando progresivamente la dosis hasta 2-3 comprimidos/día (o máxima tolerada). En caso de intolerancia o contraindicación se optará por una SU (gliclazida o glibemipirida) o un iDPP-4 (si hay riesgo elevado de hipoglucemias, edad avanzada o insuficiencia renal). Si con monoterapia no se consigue el objetivo se combinará con SU o iDPP-4 u otro fármaco oral (individualizar). Si no se alcanza el objetivo se añadirá un tercer fármaco oral, insulina basal o un agonista del receptor del GLP-1 (arGLP-1).
- HbA1c del 8-10%. Aunque es posible iniciar con monoterapia en pacientes asintomáticos parece razonable comenzar con dosis bajas de 2 fármacos antidiabéticos (MET + SU

o iDPP-4) o insulina basal + MET si el paciente está muy sintomático.

- HbA1c > 10%. El paciente suele estar muy sintomático. Si hay pérdida de peso reciente es preferible comenzar con insulina basal asociada a MET. En casos poco sintomáticos se puede probar con dosis bajas de 2 fármacos (MET + SU o iDPP-4).

2. Según condicionante clínico que predomina.

- Insuficiencia renal con filtrado glomerular < 30 ml/min. Dado que hay contraindicación para el uso de MET, SU, inhibidores del transportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2) y análogos del GLP-1 el fármaco preferible sería un iDPP-4 (con o sin ajuste de dosis). En algunos casos se podría utilizar repaglinida, aunque el mayor riesgo de hipoglucemias y la necesidad de 3 tomas diarias hace preferible el iDPP-4. Pioglitazona presenta un perfil de seguridad peor, por lo que se considera de segunda línea. Como tercer fármaco es preferible la insulina.
- Edad >75 años/paciente frágil. La edad avanzada se asocia a un riesgo elevado de hipoglucemia, por lo que se ha optado por un iDPP-4 en vez de una SU en el segundo escalón. Se debe prestar especial atención a una posible alteración de la función renal.
- Obesidad grado 2 (índice de masa corporal > 35). En el segundo escalón se ha optado por un arGLP-1 o un iSGLT-2, porque ambos se asocian a pérdida de peso. Algunos arGLP-1 son más eficaces en cuanto a reducción de HbA1c, pero su

precio es notablemente mayor. Exenatida diario y lixisenatida tienen una acción principalmente posprandial y liraglutida y exenatida semanal principalmente basal, por lo que se podría individualizar la elección según el perfil del paciente. En estos pacientes se debe considerar la posibilidad de cirugía bariátrica.

Este documento contiene también otras consideraciones significativas en el manejo de las personas con diabetes, como la importancia de la educación diabetológica del paciente y sus familiares o cuidadores, que debe constituir el pilar básico de todas las intervenciones, y la trascendencia del seguimiento clínico periódico, fundamental para alcanzar los objetivos marcados y evitar la inercia clínica.

Conclusiones

Si leemos detenidamente las recomendaciones de estas 3 guías vemos que, a pesar de que presentan algunas diferencias en el abordaje de la persona con diabetes, coinciden en la mayoría de las recomendaciones.

Todas ellas hablan de una estrategia de tratamiento individualizado para cada persona, fijan objetivos de control diferentes dependiendo de las características de la persona y de la enfermedad, destacan la necesidad de contar con el paciente en la toma de decisiones e incluyen las características de los fármacos hipoglucemiantes (eficacia, relación con el riesgo de hipoglucemias, efectos sobre el peso, efectos secundarios y costes) con el fin de ayudarnos a elegir el fármaco más apropiado en cada caso.

Para las 3, MET es el primer fármaco a utilizar tras o junto a las medidas higienicodietéticas. Si con MET en monoterapia no se consiguen los objetivos optan por recomendar el uso de terapia combinada (doble o triple terapia) añadiendo otros fármacos hipoglucemiantes incluida la insulina. Lógicamente, solo la última guía publicada, la de la redGDPS, introduce en su algoritmo los últimos fármacos comercializados (iSGLT-2).

Por lo tanto, cualquiera de ellas puede servir para ayudar a los clínicos en la toma de decisiones en el manejo individualizado de las personas con DM2.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. National Research Council. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
2. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;20:259-66.
3. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. American Diabetes Association (ADA); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012;35:1364-79.
4. Committee on Quality of Health Care in America: Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
5. Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M, Hirsch IB, Inzucchi SE, Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med*. 2011;154:554-9.
6. Canadian Diabetes Association, Clinical Practice Guidelines Expert Committee of the Canadian Diabetes Advisory Board. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes*. 2013;37 Suppl 1:S1-212.
7. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:s14-80.
8. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311:507-20.
9. ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2013;31:1925-38.
10. Alemán JJ, Artola S, Franch J, Mata M, Millaruelo JM, Sangrós FJ, et al. Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: control glucémico. *Diabetes Práctica*. 2014;05:18-20.