

Recomendaciones en el tratamiento farmacológico de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI

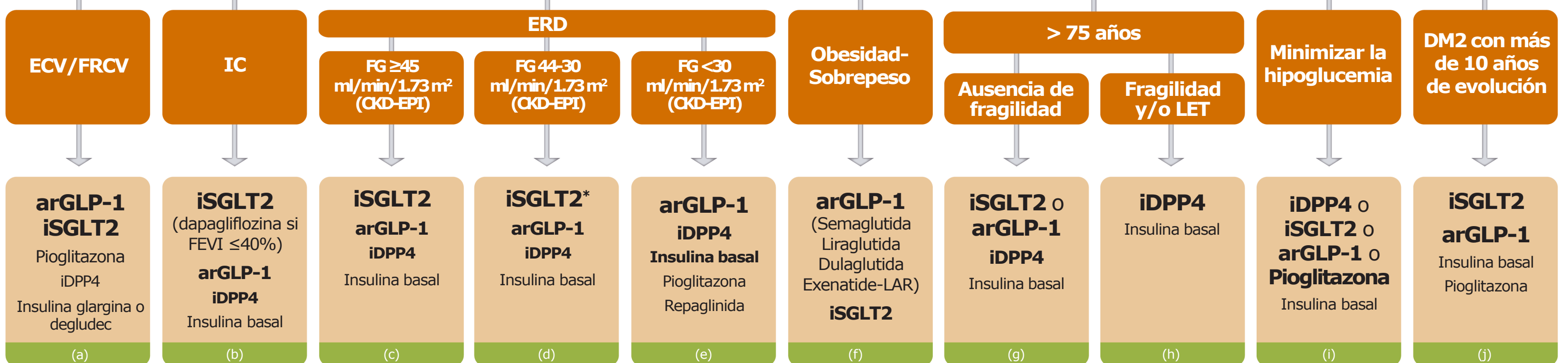
Recomendaciones en el tratamiento de la DM2 según la situación clínica



Diagnóstico de DM2

Modificación del estilo de vida y Metformina
(Salvo contraindicación o intolerancia)

Situaciones clínicas



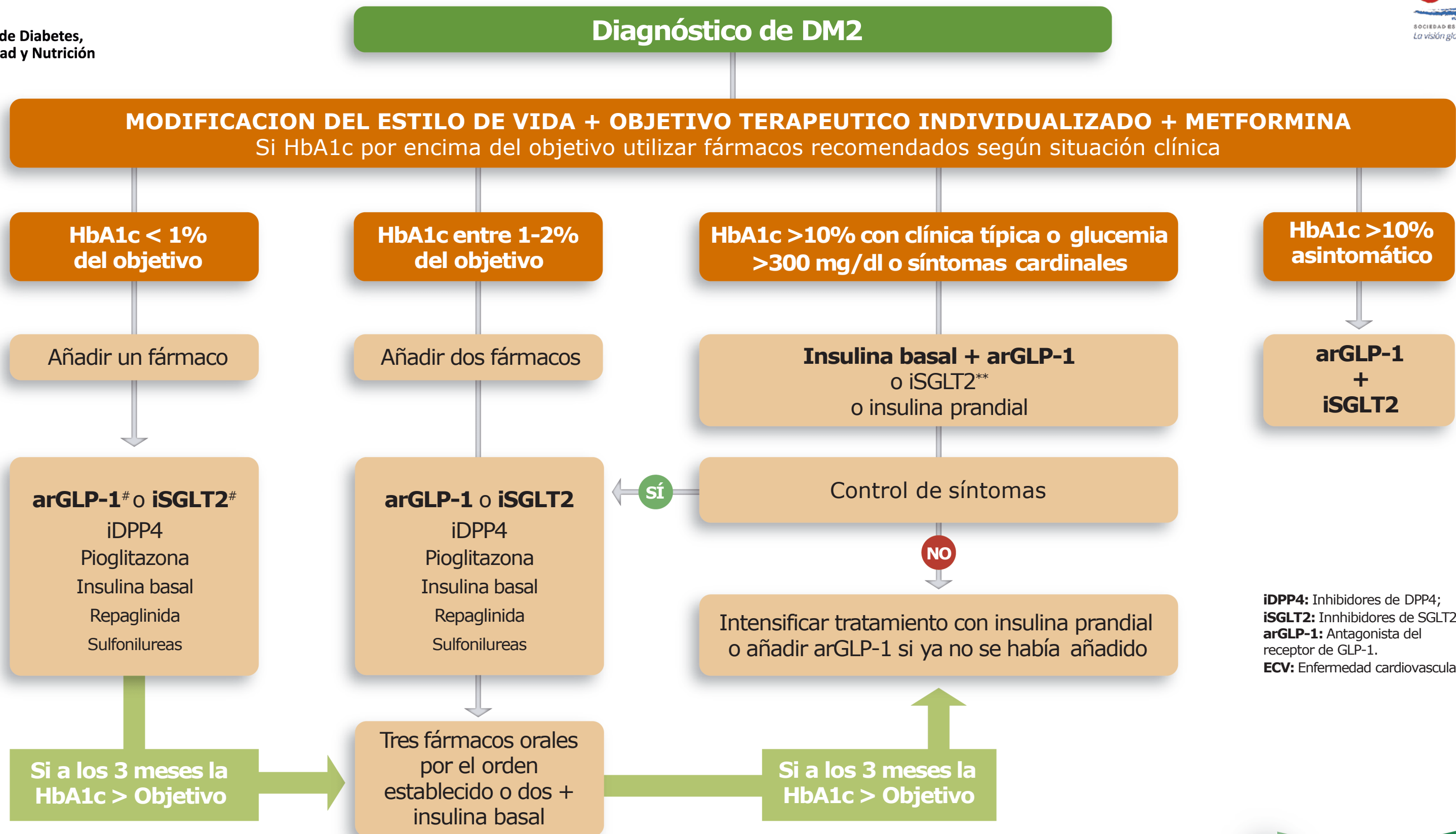
- a) Pacientes con ECV o múltiples FRCV priorizar hipoglucemiantes con beneficio demostrado en la reducción de eventos CV. Los arGLP1 (semaglutida, liraglutida, dulaglutida) reducen eventos CV en pacientes con/sin ECV establecida, fundamentalmente por la prevención del ictus. Los iSGLT2 (empagliflozina y dapagliflozina) reducen eventos CV en pacientes con ECV establecida; empagliflozina reduce además la mortalidad CV. Pioglitazona reduce MACE como objetivo secundario; en población prediabética reduce ictus. Los iDPP4 demostraron seguridad CV. Se recomienda utilizar insulinas que hayan demostrado seguridad CV como glargina y degludec.
- b) Se recomienda priorizar un iSGLT2 en todos los pacientes con IC o riesgo de desarrollarla. Todos los iSGLT2 han demostrado disminución de las hospitalizaciones por IC. Si IC con FEVI ≤40% se recomienda utilizar dapagliflozina. Los arGLP-1 han demostrado neutralidad sobre las hospitalizaciones por IC. Los iDPP4, excepto saxagliptina, han demostrado también neutralidad sobre las hIC.
- c) Los iSGLT2 previenen el deterioro del filtrado glomerular y la albuminuria, las indicaciones, en enero 2020, son con FG > 60 ml/min, o hasta 45 ml/min si ya estaba en tratamiento. Los arGLP1 (semaglutida, liraglutida, y dulaglutida) reducen la macroalbuminuria. Los iDPP4 solo deberían utilizarse cuando los hipoglucemiantes con beneficio renal están contraindicados o existe intolerancia.
- d) Metformina precisa reducción de dosis (dosis máxima de 1000 mg/d). *Canagliflozina 100 mg ha demostrado reducción de la progresión de ERD en pacientes con FG hasta 30 ml/min, no recogido en ficha técnica en enero 2020. Los subanálisis de empagliflozina y dapagliflozina también sugieren reducción de progresión de ERD hasta FG de 30 ml/min. Liraglutida, semaglutida y dulaglutida reducen la albuminuria. Todos los iDPP4 necesitan ajuste de dosis según FG salvo linagliptina. La insulina basal precisa una reducción de dosis del 25%.
- e) Liraglutida, semaglutida y dulaglutida pueden utilizarse hasta FG de 15 ml/min persistiendo sus efectos beneficiosos. La insulina basal precisa reducción del 25% para FG 30-15 ml/min y del 50 % para FG <15 ml/min. Todos los iDPP4 necesitan ajuste de dosis según FG salvo linagliptina. Pioglitazona puede producir retención hidrosalina e incrementa el riesgo de IC. Repaglinida puede aumentar el riesgo de hipoglucemia. La metformina, las SU y los iSGLT2 están contraindicados.
- f) Los arGLP-1 solo están financiados si IMC ≥ 30 Kg/m². Los iDPP4 tienen un efecto ponderal neutro. Evitar pioglitazona y sulfonilureas porque se asocian a aumento de peso. Si no alcanzas objetivo ponderal con arGLP1 utilizar en combinación con iSGLT2. La insulina se asocia a incremento ponderal. En pacientes con NAFLD, se recomienda el uso de arGLP1, iSGLT2 o pioglitazona.
- g) No debe de haber limitación en la estrategia terapéutica basada solo en la edad. Los pacientes > 75 años con IC-FEVI ≤40% tratados con dapagliflozina tienen un beneficio adicional en la hIC y en la protección renal. Repaglinida con cautela por las hipoglucemias.
- h) Evitar la hipoglucemia sintomática. Ver (i).
- i) Se priorizarán las insulinas con menor riesgo de hipoglucemia: degludec y glargina U300 < glargina U100 y detemir < NPH y mezclas.
- j) Tanto los iSGLT2 como los arGLP-1 han demostrado efectos beneficiosos en los estudios de seguridad CV en pacientes con DM2 evolucionada. Valorar eficacia de los iDPP4 en pacientes con baja reserva insulínica. Plantear Insulina prandial si no se alcanza el objetivo en 3 meses.

DM2: Diabetes mellitus tipo 2; **ECV:** Enfermedad cardiovascular; **FRCV:** Factores de riesgo cardiovascular; **arGLP-1:** Antagonista del receptor de GLP-1; **iSGLT2:** Inhibidores de SGLT2; **iDPP4:** Inhibidores de DPP4; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **FEVI:** Fracción de eyección; **ERD:** Enfermedad renal del diabético; **FG:** Filtrado glomerular; **LET:** Limitación del esfuerzo terapéutico; **CV:** Cardiovascular; **hIC:** Hospitalización por insuficiencia cardíaca; **MACE:** (Objetivo conjunto con formado por la mortalidad CV, Infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal); **IMC:** Índice de Masa Corporal; **SU:** Sulfonilurea.

Reevaluación periódica de objetivos, individualizar tratamientos, desprescribir las terapias ineficaces y evitar la inercia terapéutica. En pacientes con tratamientos instaurados previamente, reevaluar si la combinación es la más adecuada. Valorar Realizar Péptido C en pacientes con diabetes evolucionada en los que se plantee una terapia inyectable.

Recomendaciones en el tratamiento farmacológico de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI

Recomendaciones en el tratamiento de la DM2 según las cifras de HbA1c



* Si alergia o intolerancia a la metformina pasar al bloque usado para añadir el segundo fármaco pudiendo utilizar cualquiera de ellos por el orden establecido en ese cuadro.
 ** En caso de síntomas cardinales, evitar inicialmente los iSGLT2 para disminuir al máximo el riesgo de cetoacidosis.

Si el paciente es obeso u obeso con ECV se priorizan los arGLP-1, si tiene normopeso, o sobrepeso con ECV o sin ella se debe priorizar los iSGLT2. No utilizar arGLP-1 y iDPP4 de forma concomitante.

Muy importante intensificar el tratamiento al inicio de la enfermedad.

Instrucciones de lectura: Lectura en vertical y horizontal. Las entradas por situaciones clínicas no tienen prioridad unas sobre otras. Un paciente puede estar incluido en más de una de las entradas. Las letras en mayor tamaño y negrita sí indican más prioridad.

Recomendaciones del número de fármacos orales y/o insulina dependiendo del objetivo a alcanzar y situación metabólica.