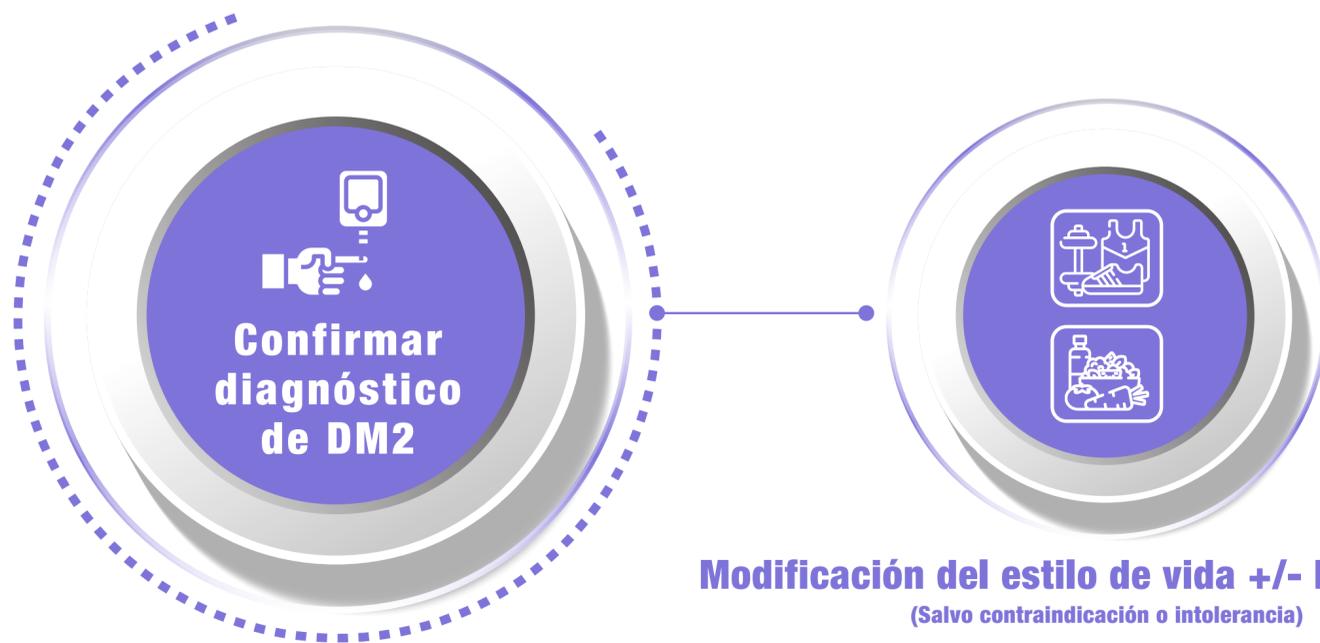


Actualización 2022 para el tratamiento de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

Recomendaciones según situaciones clínicas independientemente del control metabólico



Modificación del estilo de vida +/- Metformina
(Salvo contraindicación o intolerancia)

Si alto/muy alto RCV, IC y/o ERD se deben priorizar los arGLP-1 y/o iSGLT2 independientemente del objetivo de HbA1c y del uso de metformina.

Alto RCV / muy alto RCV	IC	ERD		Sobrepeso - Obesidad	>75 años		Minimizar la hipoglucemia	DM2 con más de 10 años de evolución
arGLP-1 sc/oral* y/o iSGLT2 iDPP4 Pioglitazona Insulinas basales (Glargina y Degludec)	iSGLT2 FEVI ≤ 40% (empagliflozina/dapagliflozina) FEVI > 40% (empagliflozina) arGLP-1 sc/oral* iDPP4 Insulinas basales (Glargina y Degludec)	FG ml/min/1,73 m ² (CKD-EPI) 30 FG ≥30 iSGLT2 arGLP-1 sc* iDPP4 ** Insulinas basales	FG <30 arGLP-1 sc* iSGLT2 iDPP4 ** Insulinas basales Pioglitazona Repaglinida	arGLP-1 * SEMANAL Semaglutida sc Dulaglutida Exenatide-LAR DIARIO Semaglutida oral Liraglutida iSGLT2	Ausencia de fragilidad arGLP-1 sc/oral* o iSGLT2 iDPP4 Insulina basal (Glargina U300 y Degludec)	Fragilidad y/o LET iDPP4 Insulina basal (Glargina U300 y Degludec)	iDPP4 o iSGLT2 o arGLP-1 sc/oral* o Pioglitazona Insulina basal (Glargina U300 y Degludec)	iSGLT2 arGLP-1 sc/oral* Insulina basal Pioglitazona
a	b	c	d	e	f	g	h	i

Muy alto riesgo CV: ECV establecida, LOD severa (FG < 45 ml/min/1,73 m² independientemente del grado de albuminuria; FG 45-59 ml/min/1,73 m² y UACR 30-300 mg/g; macroalbuminuria (UACR > 300 mg/g) y/o enfermedad microvascular (microalbuminuria, retinopatía, neuropatía) y/o 3 o más FRCV.

Alto RCV: DM2 ≥ 10 años sin LOD y/o 1 FRCV adicional.

a Pacientes con alto o muy alto riesgo CV priorizar hipoglucemiantes con beneficio demostrado en la reducción de eventos CV. Los **arGLP-1 subcutáneos*** (semaglutida, liraglutida, dulaglutida) reducen eventos CV mayores (MACE) fundamentalmente por la prevención del ictus; **semaglutida oral*** demostró no inferioridad en MACE; liraglutida y semaglutida oral disminuyen la mortalidad total y CV. Los **iSGLT2** (empagliflozina y canagliflozina) reducen MACE; empagliflozina disminuye la mortalidad total y CV; dapagliflozina y ertugliflozina demostraron no inferioridad en MACE. La **pioglitazona** reduce MACE, pero como objetivo secundario. Los **iDPP4** demuestran seguridad CV. Recomendamos utilizar insulinas basales con seguridad CV demostrada (glargina y degludec).

b Recomendamos priorizar un **iSGLT2** en todos los pacientes con DM2 e IC o riesgo de desarrollarla. Todos los **iSGLT2** han demostrado reducción de hospitalizaciones por IC. En pacientes con IC y FEVI ≤ 40%, empagliflozina y dapagliflozina son los **iSGLT2** de elección. En pacientes con IC y FEVI > 40% empagliflozina es el **iSGLT2** de elección. En pacientes sin IC establecida recomendamos cualquier **iSGLT2**.

Los **arGLP-1**, los **iDPP4**, excepto saxagliptina, y las **insulinas basales** (glargina y degludec) han demostrado seguridad respecto a las hIC.

c **ERD:** Definida por deterioro del FG y/o la presencia de albuminuria.

Los **iSGLT2** previenen el deterioro del FG y la progresión de albuminuria. Ertugliflozina no ha demostrado beneficio renal.

Recomendamos liraglutida, semaglutida sc y dulaglutida si UACR > 300 mg/g.

Los **iDPP4** solo deberían utilizarse cuando los hipoglucemiantes con beneficio renal están contraindicados o existe intolerancia.

Metformina precisa reducción de dosis (FG < 45 ml/min/1,73m², dosis máxima de 1000 mg/d).

d Los **arGLP-1** (semaglutida, dulaglutida y liraglutida) están indicados hasta FG >15 ml/min/1,73m².

Los **iSGLT2** están indicados según FG: Dapagliflozina >25ml/min/1,73 m², Empagliflozina >30 ml/min/1,73 m², Canagliflozina 100 >30 ml/min/1,73 m² y continuar si FG <30 ml/min/1,73 m² si estaba previamente en tratamiento.

Si **IC** y **ERD** : Dapagliflozina >25 ml/min/1,73 m², Empagliflozina >20 ml/min/1,73 m².

La metformina está contraindicada. Pioglitazona asocia riesgo de retención hidrosalina.

e Alcanzar dosis máximas de **arGLP-1**, si es necesario en combinación con **iSGLT2**. Los **iDPP4** tienen efecto ponderal neutro. La Pioglitazona, las SU y las insulinas inducen ganancia ponderal.

f No debe haber limitación en la estrategia terapéutica basada solo en la edad. Los pacientes > 75 años con IC-FEVI ≤40% tratados con dapagliflozina o empagliflozina tienen un beneficio adicional en la hIC y en la protección renal.

g Minimizar el riesgo de hipoglucemia. Ver (h).

h Se priorizarán las insulinas con menor riesgo de hipoglucemia: degludec y glargina U300 < glargina U100 y detemir < NPH y mezclas.

i Los **iSGLT2** y los **arGLP-1** han demostrado efectos beneficiosos 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.

* Solo financiados para pacientes con IMC ≥ 30 Kg/m².

** Reducción de dosis según FG, excepto linagliptina.



arGLP-1: Agonista del receptor de GLP-1; **CV:** Cardiovascular; **DM2:** Diabetes mellitus tipo 2; **ECV:** Enfermedad cardiovascular; **ERD:** Enfermedad renal diabética; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **FG:** Filtrado glomerular; **FRCV:** Factores de riesgo cardiovascular; **hIC:** Hospitalización por insuficiencia cardíaca; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **iDPP4:** Inhibidores de la DPP4; **IMC:** Índice de masa corporal; **iSGLT2:** Inhibidores del SGLT2; **LET:** Limitación del esfuerzo terapéutico; **LOD:** Lesión de órgano diana; **MACE:** Eventos cardiovasculares mayores; **SU:** Sulfonilurea; **UACR:** Ratio albúmina/creatinina.

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. Se recomienda realizar un péptido C en pacientes con diabetes evolucionada y/o cuando se sospeche insulinoopenia antes de prescribir arGLP1 ó iSGLT2.