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

Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

SEMI — Sociedad Española de Medicina Interna — La visión global de la persona enferma

Diagnóstico de DM2

Modificación estilos de vida (MEV)

HbA1c <8%

Un fármaco

Metformina*

AR GLP-1# o **ISGLT2**#
IDPP-4
Pioglitazona
Insulina basal
Repaglinida
Sulfonilureas

Si a los 3 meses la HbA1c >7% → Tres fármacos orales por el orden establecido o dos + insulina basal → **Si a los 3 meses la HbA1c >7%** → Intensificar tratamiento con insulina o añadir AR GLP-1 si no se había ya añadido

HbA1c 8-10%

Dos fármacos

Metformina + uno de:
AR GLP-1 o **ISGLT2**
IDPP-4
Pioglitazona
Insulina basal
Repaglinida
Sulfonilureas

HbA1c >10% con clínica típica o glucemia >300mg/dl o síntomas cardinales

Insulina basal + **metformina** + **AR GLP-1** o ISGLT2**
o insulina rápida

Deja de estar sintomático + glucemia <300mg/dl y HbA1c <10%

SÍ → Metformina + uno de: AR GLP-1 o ISGLT2

NO → Intensificar tratamiento con insulina o añadir AR GLP-1 si no se había ya añadido

HbA1c >10% asintomático

Metformina + AR GLP-1 + ISGLT2

Estos son objetivos genéricos de Hb1Ac, luego deben individualizarse en función de las características de cada paciente.

* 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 iSGLT-2.

Recomendaciones en el tratamiento de la DM2 según la situación clínica

Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

SEMI — Sociedad Española de Medicina Interna — La visión global de la persona enferma

Diagnóstico de DM2

Situación clínica

Anciano con demencia moderada-severa o frágil	Anciano activo	ERC estadio IIIB a V	Obesidad grado I-III	DM2 de 10 o más años de evolución	DM2 e IC	DM2 y ECV	Sobrepeso
Metformina **IDPP-4**[a] Insulina basal[b]	**Metformina** + **ISGLT2**[c] o **AR GLP-1**[d] o **IDPP-4**[a]	**Metformina**[e] **IDPP-4**[a] **AR GLP-1**[f] **Insulina basal** Pioglitazona Repaglinida	**Metformina** **AR GLP-1**[d] **ISGLT2**[g]	**Metformina** **ISGLT2**[h] **AR GLP-1** Insulina basal	**Metformina** **ISGLT2**[h] **AR GLP-1** Sitagliptina	**Metformina** **AR GLP-1**[d] o **ISGLT2**[c] **IDPP-4**[a] Insulina glargina o degludec Pioglitazona[i]	**Metformina** **iSGLT2**

[a] Sitagliptina, Saxagliptina y Alogliptina son seguros en pacientes con alto riesgo CV. Sitagliptina no aumenta el riesgo de IC. Saxagliptina incrementa las hospitalizaciones por IC, por lo que debe evitarse. Alogliptina, en pacientes con síndrome coronario agudo reciente, tiene una tendencia NO significativa al aumento de hospitalizaciones por IC. Vildagliptina no tiene ensayo de seguridad CV, pero un estudio observacional y un meta-análisis sugieren neutralidad. Linagliptina está pendiente de sus estudios de seguridad CV.

[b] Sería preferible sobre cualquier insulina, glargina U300 y degludec por producir menos hipoglucemias totales y nocturnas que las otras. Además, glargina y degludec demuestran neutralidad en sus estudios de seguridad CV.

[c] Empagliflozina y canaglifozina estarían indicados en caso de normopeso o sobrepeso con ECV, ambos mejoran el MACE y empagliflozina también la mortalidad CV y total.

[d] Liraglutida se recomienda preferentemente en caso de obesidad y/o ECV (su estudio de seguridad CV demostró beneficio en el MACE y reducción de la mortalidad CV y la mortalidad por cualquier causa).

[e] Metformina sólo está indicado en ERC estadío IIIB a dosis máxima de 1000 mg/24h, pero no en ERC estadío IV-V.

[f] Liraglutida y dulaglutida son los únicos que en su ficha técnica permiten su uso hasta FG de 15ml/min.

[g] Empagliflozina y Canagliflozina pueden usarse a dosis bajas hasta FG de 45 ml/min y Dapagliflozina hasta FG de 60 ml/min incluidos.

[h] Empagliflozina y Canagliflozina han demostrado en sus estudios de seguridad CV beneficio en el MACE en pacientes con una media de más de 10 años de evolución, reducción de la hospitalización por IC, y beneficio en la mortalidad CV esto último sólo la Empaglifozina.

[i] Pioglitazona tiene beneficio CV en prevencion secundaria sobretodo en la reducción de ACV, pero aumentando el peso, el riesgo de fracturas y de IC.