



DIABETES MELLITUS 2

Algoritmo de **tratamiento** de la DM2 (redGDPS 2023)



ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2023

1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante prevalece sobre la elección respecto a los valores de HbA1c. En color verde opciones con evidencias en reducción de eventos.

2. Si antecedentes de ictus, preferiblemente pioglitazona o arGLP1.

3. Se considera elevado RCV si ≥ 3 FRCV: Obesidad, HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, albuminuria, FG < 60 ml/min o antecedentes familiares de ECV precoz.

4. iSGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos.

5. Actualmente en España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC ≥ 30 kg/m² al inicio del tratamiento.

6. Titular la dosis de Metformina para mejorar la tolerancia digestiva.

7. Si FG < 15 ml/min preferible iDPP4, repaglinida o pioglitazona.

8. Cana, Dapa o Empagliflozina si FG ≥ 20 ml/min.

9. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.

10. Liraglutida, Dulaglutida y Semaglutida se pueden prescribir si FG ≥ 15 ml/min.

11. Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos. En pacientes con ECV, elevado RCV, IC o ERC utilizar iSGLT2 o arGLP1, si no hay contraindicación.

12. Si IMC > 35kg/m² de elección arGLP1 y considerar cirugía bariátrica. Si esteatosis hepática pioglitazona, arGLP1 y/o iSGLT2.

13. No asociar iDPP4 con arGLP1 ni SU con repaglinida. Considerar el perfil del paciente y su función renal a la hora de la elección del tercer y cuarto fármaco.

14. Considerar un objetivo de HbA1c < 6,5% en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico.

15. Reevaluar HbA1c a los 3 meses tras inicio o después de cambio terapéutico. Intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses.

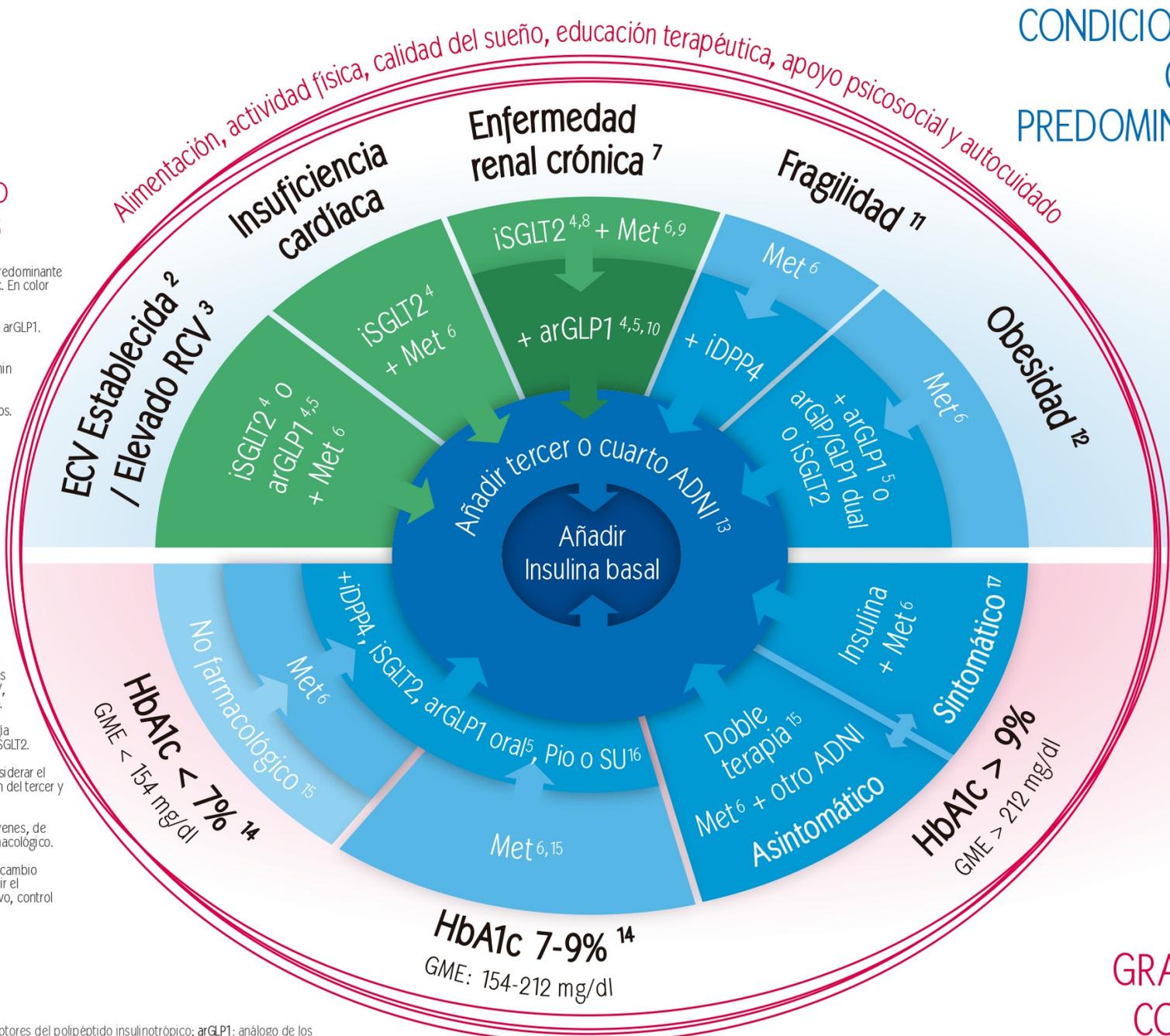
16. Glizazida o gimepirida son las de elección.

17. Clínica cardinal: poliuria, polidipsia y pérdida de peso.

ABREVIATURAS:

ADNI: antidiabético no insulínico; arGLP: análogo de los receptores del polipéptido insulínico; arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; CAC: cociente albúmina/creatinina; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC; enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; GME: glucemia media estimada; HbA1c: hemoglobina glucosilada; IC: insuficiencia cardíaca; iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazona; RCV: riesgo cardiovascular.

CONDICIONANTE CLÍNICO PREDOMINANTE¹



GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO

Objetivo personalizado. Reevaluar cada 3 a 6 meses¹⁵



DIABETES MELLITUS 2

Algoritmo de manejo de la hiperglucemia en pacientes con DM2 y fragilidad (redGDPS 2023)



RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES CON DM Y FRAGILIDAD

Independientemente de la edad, ¿la persona con DM que estoy evaluando es frágil? (ayudarse de FRAIL/TGUGT/VM/SPPB).

SI CRIBAJE + → aplicar la Escala de Fragilidad Clínica (EFC):

- EFC 4-5: fragilidad leve.
- EFC 6: fragilidad moderada.
- EFC 7-8: fragilidad grave.

OBJETIVOS GLUCÉMICOS:

- EFC 4-5: HbA1c 7 - 7.5%
- EFC 6: HbA1c 7.6 - 8.5%
- EFC 7-8: no pedir HbA1c → evitar hiperglucemia sintomática.

a. Para identificar sarcopenia → escala SARC-F. Si ≥4: sarcopenia.

b. Primar confort: glucemia 90-270 mg/dL (estadio incipiente).

c. Valorar con MNA® +/- AS.

¥ Reevaluación regular de la fragilidad (mínimo cada 12 meses); adelantarla si cambio en el estado de salud o circunstancias. Reevaluar tratamiento antidiabético a los 3 meses después de cualquier intervención.

ABREVIATURAS:
ADNis: antidiabéticos no insulínicos; arGLP1: análogo del receptor del péptido similar al glucagón de tipo 1; AS: analítica sanguínea; CI: cardiopatía isquémica; CV: cardiovascular; DM: diabetes mellitus; EDG: Escala de Deterioro Global de Reisberg; ERC: enfermedad renal crónica; EVC: enfermedad cerebrovascular; FG: filtrado glomerular; HbA1c: hemoglobina glicosilada; IC: insuficiencia cardíaca; iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; iSGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2; MNA: Mini Nutritional Assessment; MET: metformina; OH: bebidas alcohólicas; PIO: pioglitazona; SPPB: Short Physical Performance Battery; SU: sulfonilureas; TGUGT: test "levántate y anda"; VM: velocidad de la marcha.

INTERVENCIÓN GENERAL

1. Si se inicia, titular dosis para mejorar la tolerancia digestiva; si ya pautada → reducir dosis al 50% si FG < 45 ml/min/1,73 m²; stop si < 30 ml/min/1,73 m².

2. Precaución si infecciones genitourinarias recidivantes (atención si uso de pañal).

3. Se desestimará si riesgo de desnutrición (valoración nutricional) o hipoxemia/anorexia. No iniciar si antecedente de pancreatitis. Interrumpir transitoriamente si vómitos o diarreas.

4. No asociar con arGLP1. Ajustar por FG, salvo linagliptina. Existe presentación en solución oral (sitagliptina).

5. Biterapia iSGLT2 + MET en cualquier grado de fragilidad independientemente del valor de HbA1c (mantener en fragilidad grave si se tolera y no efectos indeseados).

6. Evitar saxagliptina por riesgo de IC.

7. Gliclazida o gimepirida de elección en caso de pautarlas; precaución por riesgo de hipoglucemia. Desestimar glibenclámid y glipezida. No asociar SU con repaglinida.

8. Moderado riesgo de hipoglucemias. Repaglinida sin restricciones en cuanto a FG.

9. Evitar si IC o sospecha, osteoporosis o cáncer de vejiga.

10. Apt. para cualquier grado de ERC (incluso diálisis). Inicio de insulina basal con 0,1 UI/kg de peso. Si múltiples dosis de insulina (NPH, bolo-basal, premezcla) → simplificar régimen a basal.

MATERIAL ADICIONAL

