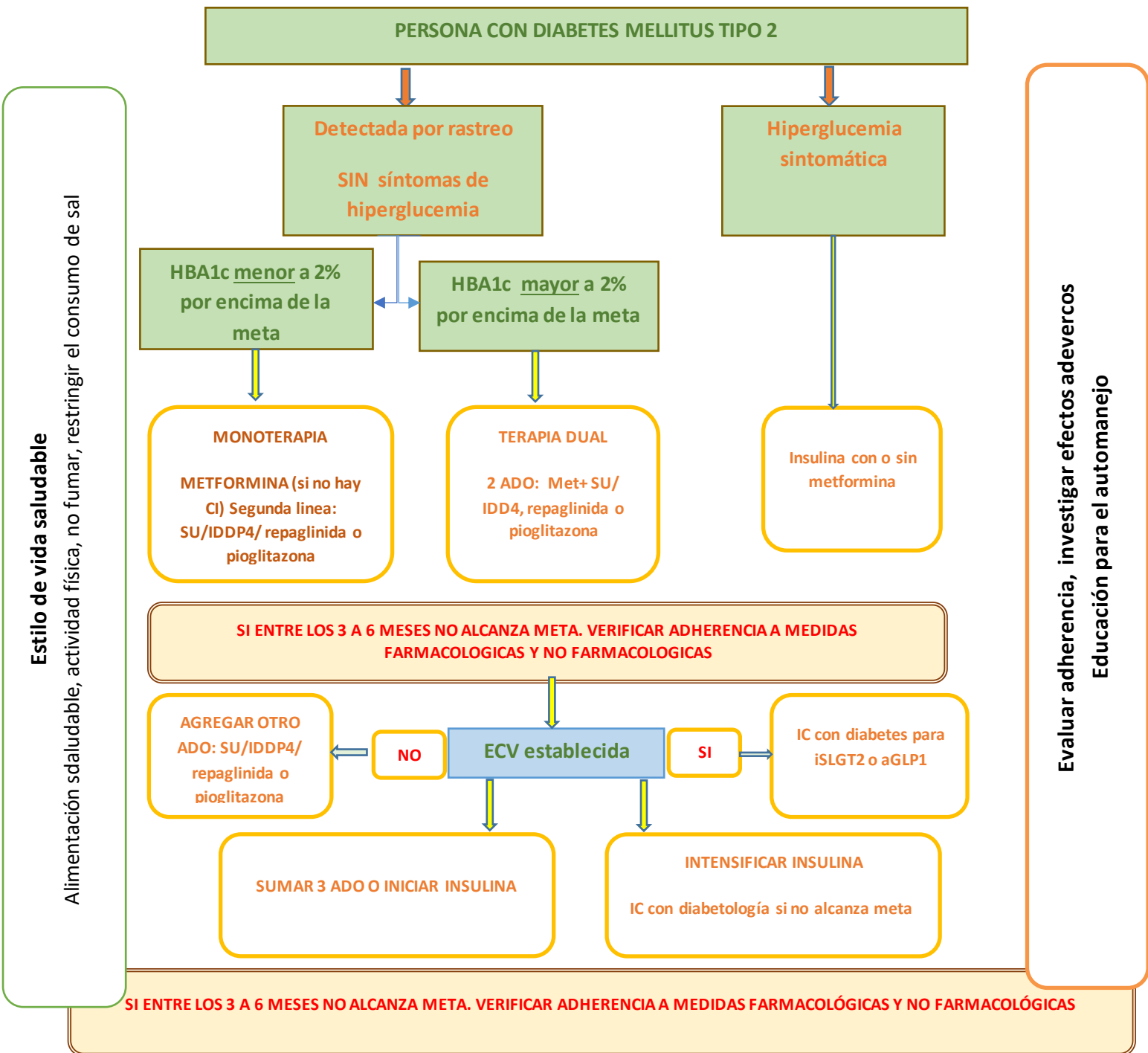


GUIA ABREVIADA Y ACTUALIZADA DE TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

2022

MANEJO DE LA PERSONA CON DM2



SU: sulfonilureas (gliclazida, glimepirida, glipizida) IDPP4 inhibidores de la DPP4 (vildagliptina, sitagliptina y linagliptina)

No asociar SU con repaglinida ni SU con insulina ni dos ADO del mismo grupo farmacológico

MONOTERAPIA: Cambios en el estilo de vida + Metformina

Dosis de metformina según índice de filtrado glomerular estimado (IFGe):

IFGe mayor a 45	IFGe 45 a 30	IFGe menor a 30
500 a 2550 mg	No iniciar. Si la recibía, continuar con 500 a 1000 mg/día	NO UTILIZAR

TERAPIA DUAL: Cambios en el estilo de vida + Metformina + otro fármaco

En personas que al momento del diagnóstico de DM2 o durante su seguimiento, presenten valores de HbA1c mayores a 2% de su meta, SIN síntomas de hiperglucemia se sugiere considerar el uso de dos antidiabéticos orales.

Opciones:

-Metformina más una de las siguientes:

- Sulfonilureas (gliclazida, glimepirida o glipizida).
- iDPP4 (vildagliptina, sitagliptina o linagliptina).
- Repaglinida.
- Pioglitazona.

-Cuando la metformina está contraindicada o no es tolerada:

- Sulfonilureas más pioglitazona o iDPP4.
- iDPP4 más sulfonilurea o repaglinida o pioglitazona.
- Pioglitazona más sulfonilureas o repaglinida o iDPP4.

Si la HbA1c es $\geq 9\%$, la glucemia es ≥ 300 mg/dl o el paciente está sintomático, considerar iniciar tratamiento con insulina.

La insulina puede **asociarse a metformina** (en ausencia de contraindicación), ya que contribuye a mejorar el control glucémico y atenúa el aumento de peso, sin aumentar el riesgo de hipoglucemias.

Pautas de insulinización inicial

Es recomendable por costos iniciar con insulina NPH y progresar a análogos lentos de presentarse condiciones o situaciones que determinen su indicación, tales como la presencia de hipoglucemias (sobre todo nocturnas).

✓ **Comenzar con una inyección de insulina antes de dormir** (generalmente 8 hs previas al desayuno).

✓ **Dosis inicial es de 0,1 a 0,2 Unidades (U) por kg** del peso actual o directamente de 10 U de insulina.

En personas mayores y/o con enfermedad renal crónica comenzar con la dosis más baja (0,1 U/kg) y la más alta (0,2 U/kg) en personas con obesidad y/o consumo de glucocorticoides.

Los pacientes que reciben insulina, así como su entorno, deben ser educados en:

- Como realizar el automonitoreo de la glucemia.
- Como conservar y administrar la insulina.
- Como prevenir, reconocer y tratar la hipoglucemia

Citar para control

La frecuencia de las visitas de seguimiento debe adecuarse a las características del paciente y el tratamiento indicado. En general se sugiere un control a los 3 meses con laboratorio que incluya Glucemia en ayunas y HbA1c.

En personas que comenzaron tratamiento con insulina el primer control debería realizarse dentro de la primera semana de haber iniciado la misma con el automonitoreo de 3 días.

Automonitoreo glucémico

En personas con DM2, se reserva principalmente para guiar el tratamiento en quienes reciben medicación con riesgo aumentado de hipoglucemia. Si se encuentra en tratamiento con fármacos antidiabéticos con bajo riesgo de hipoglucemias, no es necesario realizar automonitoreo (AMG) ya que no mejora los resultados clínicos.

Los antidiabéticos con bajo riesgo de hipoglucemias incluyen metformina, pioglitazona, iDPP4, iSGLT2 y aGLP1.

Recomendaciones para automonitoreo

1) En personas con DM2 que reciben insulina:

- Si se aplican solamente una dosis de insulina NPH al acostarse (bedtime) solicitar que realice **1 medición diaria en ayunas**.
- Si los valores de glucemia en ayunas son adecuados, pero no se alcanza la meta de HbA1c: **1 medición diaria** en distintos horarios cada día (AMG escalonado):

- ✚ antes de desayuno, almuerzo o cena o
- ✚ después de las comidas (2 horas luego de iniciada la ingesta).

- En quienes se apliquen insulina NPH más de una vez al día: realizar **2 a 3 mediciones diarias**.

Además considerar el AMG ante:

- ✚ sospecha de hipoglucemia,
- ✚ cambios en la alimentación y los patrones de ejercicio,
- ✚ actividades que implican riesgo para sí mismo o para terceros (ej: uso de ciertas maquinarias, antes de conducir y durante largos períodos de conducción).

2) En personas que reciben tratamiento con sulfonilureas o meglitinidas:

- ✚ Indicar que realice automonitoreo si refiere síntomas de hipoglucemia (para constatación),
- ✚ cuando realicen actividades que implican riesgo para sí mismo o para terceros (ej; uso de ciertas maquinarias),
- ✚ Para la titulación/progresión de dosis de fármacos antidiabéticos,
- ✚ En estos casos se aconseja **hasta** dos mediciones semanales en distintos horarios cada día (AMG escalonado): precomidas (predesayuno, prealmuerzo o precena). El número de mediciones semanales puede modificarse si, a criterio médico, se justificase una frecuencia mayor de control.

En personas con DM2 que presentan hipoglucemias:

Evaluar causas modificables como:

- ✚ 1. adecuada ingesta de hidratos de carbono,
- ✚ 2. adherencia al tratamiento
- ✚ 3. organización de la alimentación (ej. no saltar comidas),
- ✚ 4. adecuación de tipo y horario de la actividad física,
- ✚ 5. sitios de aplicación de insulina (si corresponde), y eventualmente, realizar disminución de la dosis y/o rotación del fármaco (orales y/o insulinas)

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DM2

Personas con DM2 en tratamiento con **estilo de vida saludable**, que tengan buena adherencia al tratamiento y **no alcancen meta de HbA1c** en 3 a 6 meses se recomienda adicionar alguna de las siguientes opciones:

Si se encontraba con metformina, añadir:

- Sulfonilureas (*gliclazida, glimepirida, glipizida*).
- iDPP4 (*vildagliptina, sitagliptina y linagliptina*).
- Repaglinida.
- Pioglitazona.

En caso de que el antidiabético oral no sea metformina:

- En tratamiento con sulfonilureas: agregar pioglitazona o iDPP4.
- En tratamiento con iDPP4: agregar sulfonilureas o repaglinida o pioglitazona.
- En tratamiento con pioglitazona: agregar sulfonilureas o repaglinida o iDPP4

NO ASOCIAR	Sulfonilureas + repaglinida
	Dos antidiabéticos del mismo grupo farmacológico iDPP4 con AGLP-1

Personas con DM2 en tratamiento farmacológico con **dos antidiabéticos orales** con buena adherencia al tratamiento que **no alcanzan meta de HbA1c** en 3 a 6 meses, se recomienda alguna de las siguientes opciones:

Si se encuentra con Metformina + Sulfonilureas (o metformina + repaglinida):

- agregar iDPP4 o pioglitazona, o
- suspender sulfonilureas y **agregar insulina basal (al momento de acostarse)**.

Si se encuentra con Metformina + pioglitazona:

- agregar sulfonilureas o repaglinida, o
- agregar insulina basal al momento de acostarse (precaución por riesgo aumentado de edemas e insuficiencia cardíaca), o
- agregar iDPP4.

Si se encuentra con Sulfonilureas (o repaglinida) + iDPP4:

- agregar pioglitazona, o
- suspender sulfonilureas y agregar insulina basal (al momento de acostarse).

Segunda Intensificación

NO ASOCIAR	Sulfonilureas + repaglinida
	Repaglinida ni sulfonilureas + insulina
	Dos antidiabéticos del mismo grupo farmacológico

CRITERIOS DE DERIVACION AL SEGUNDO NIVEL

1. Sospecha de DM1 u otro tipo de Diabetes (ej MODY, LADA, Diabetes secundaria)
2. Mujeres con DM2 en plan de embarazo
3. Embarazadas con diabetes pre gestacional o Gestacional
4. Indicación de insulinas análogas, iSGLT2 o GLP1
5. Pacientes con hipoglucemias severas o a repetición
6. Paciente con DM2 que, pese a adecuada adherencia a tratamiento no farmacológico y revisión de adherencia a tratamiento farmacológico, presente: – 2 mediciones de HbA1c (en un lapso de 6 meses de seguimiento) superior a meta individual. – Dosis insulina basal superior a 1 U/kg/día (en esquema doble dosis NPH).
7. Tratamiento con corticoides en altas dosis o inmunosupresor con inestabilidad metabólica.
8. Paciente que use esquemas complejos de insulina (insulinas MIX, esquema intensificado)
9. Debut diabético con complicaciones agudas (CAD o EHNC)
10. Alto riesgo de progresión a pie diabético o presencia de lesiones
11. Proteinuria franca (>300mg/24hs).
12. Enfermedad cardiovascular establecida (ECV)
13. DM2 con múltiples complicaciones crónicas.
14. Trasplante de órganos (renal, hepático, páncreas y/o cardiaco).
15. Obesidad mórbida

Una vez lograda la estabilidad metabólica por un lapso de 3 meses, continúan con atención por MF (y valoración anual por Diabetología), los siguientes casos: 4, 5, 6, 8 y 9

Luego del parto/cesárea, continúan en seguimiento por MF los siguientes casos: 2 y 3

Criterios de elegibilidad para el uso de iSGLT2, aGLP1 e Insulinas análogas

Para lograr un uso racional y teniendo en cuenta lo dispuesto por guías locales, nacionales e internacionales, se sugiere tener en cuenta los siguientes parámetros clínicos, para la indicación de los dichos medicamentos

iSGLT2

En personas adultas con DM2 que **no alcancen meta** individualizada de **HbA1c** (<7.5%) con el tratamiento antidiabético instaurado y que además **presenten**:

- enfermedad cardiovascular establecida y/o
- nefropatía diabética en tratamiento con IECA o ARAII.

A los fines de implementar la cobertura se considera:

- **enfermedad cardiovascular establecida:** antecedentes de infarto agudo de miocardio, angina crónica estable diagnosticada por prueba provocadora de isquemia con ejercicio o fármacos, cirugía de revascularización miocárdica o angioplastia previa, y/o internación por angina inestable con cambios en el ECG y/o marcadores serológicos (troponina).
- **nefropatía diabética:** índice de filtrado glomerular estimado igual o menor a 60 ml/min y/o presencia de albuminuria mayor a 30 mg/g por más de 3 meses.

(*) Documentación:

Enfermedad cardiovascular establecida: epicrisis de internación por infarto de miocardio, angina o cirugía de revascularización miocárdica o angioplastia previa, informe de prueba provocadora de isquemia.

Nefropatía diabética: protocolo de laboratorio que detalle: índice de filtrado glomerular estimado igual o menor a 60 ml/min y/o presencia de albuminuria mayor a 30 mg/g por más de 3 meses.

aGLP1

La prescripción de aGLP1 por primera vez, requiere la autorización de la Dra. Terron Villagrán. Por lo que, ante la eventualidad de una indicación, se solicita contactarse con la Dra., para la evaluación del caso al correo mterronvillagran@uocra.org

Insulinas análogas

Paciente con diabetes tipo 2, que ya se encuentre en tratamiento con insulina NPH y presente registro de hipoglucemias constatadas o eventos de hipoglucemias que hayan requerido asistencia de terceros, de los que cuente con documentación que lo detalle.

- Fragilidad, definido por: deterioro cognitivo, insuficiencia renal estadio IV o en diálisis, paciente añoso dependiente de 3ros

- Enfermedad micro o macrovascular constatada

Se debe cumplir el escalonamiento en la Insulinización, considerando como segundo escalón luego de NPH, las insulinas detemir y glargina.