



**ACTUALITZACIÓ TERAPÈUTICA
EN DIABETES MELLITUS TIPO 2.
COMPROMESOS AMB LA DIABETIS**

BARCELONA, 30 DE JUNY DE 2017
AUDITORI LA PEDRERA

Nou algoritme d'insulinització de la redGDPS

Manel Mata Cases

EAP La Mina. Sant Adrià de Besòs ICS SAP Litoral (Barcelona).



DAP_Cat
Grup de Recerca Epidemiològica
en Diabetis des de l'Atenció Primària

ciberdem
Centro de Investigación Biomédica en Red de
Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas



CONCLUSIONES (1)

1. El riesgo de hipoglucemia, el aumento de peso, la necesidad de autoanálisis para el ajuste de dosis y el coste elevado, hacen que la insulinización se reserve para el tercer escalón terapéutico o, de manera transitoria, en el diagnóstico y/o descompensaciones agudas
2. La adición de insulina basal, sin suspender los ADNI, es la pauta de elección en la mayor parte de pacientes.
3. Los análogos de insulina tienen un coste superior pero se asocian a un menor riesgo de hipoglucemias que NPH o las insulinas mixtas.

CONCLUSIONES (2)

4. La pauta de insulina basal consigue un buen control en poco más de la mitad de los casos. Si no se consigue, se recomienda añadir insulina prandial (pautas basal-plus y basal-bolo), o pasar a 2 dosis de mixta o, en pacientes obesos, añadir un arGLP-1 o un iSGLT2.
5. En pacientes obesos tratados con insulina basal y control deficiente la adición de un arGLP1 es tan eficaz como la insulina prandial, con menos pinchazos, menor incremento de peso e hipoglucemias graves por lo que podría ser preferible. Su elevado coste aconseja priorizar su uso en pacientes con $IMC > 35$ y suspenderlos si no se reduce la $HbA1c > 1\%$ y el peso en al menos un 3% . Si no se consiguen estos objetivos substituir por un iSGLT2.

CONCLUSIONES (3)

6. En pacientes con ECV tratados con insulina valorar la adición de Empagliflozina, Canagliflozina, Liraglutida, o incluso pioglitazona, ya que han mostrado reducciones de morbimortalidad cardiovascular.
7. En los pacientes tratados con glucocorticoides de acción intermedia se puede iniciar insulina NPH o bifásica antes del desayuno, pero si son de larga duración (betametasona, dexametasona), son preferibles los análogos de acción prolongada (glargina o degludec) porque conllevan menor riesgo de hipoglucemia.
8. En pacientes de edad avanzada, frágiles y/o en cuidados paliativos el objetivo fundamental es evitar que el paciente padezca hipoglucemias y/o síntomas severos de hiperglucemia (>270 mg/dl). Se empleará el menor número de inyecciones (dosis única de un análogo basal) y de controles de glucemia capilar.