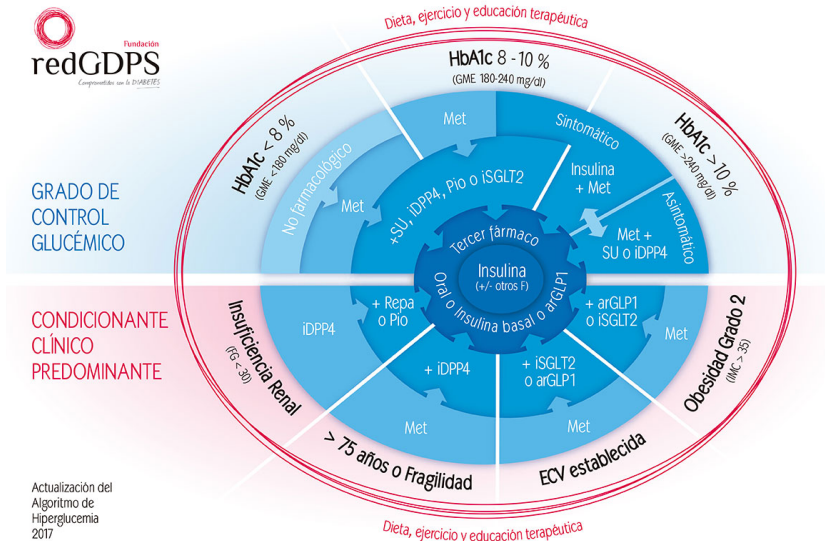


11

Algoritmo terapéutico

El algoritmo terapéutico de la redGDPS permite realizar un tratamiento individualizado de las personas con diabetes de tal manera que, dependiendo de su grado de control glucémico o de la presencia de condicionantes clínicos, utilizaremos opciones terapéuticas diferentes (Figura 1)¹⁻³.

Figura 1 Algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS



Manejo del algoritmo

1. En primer lugar debemos buscar si el paciente presenta alguno de los condicionantes clínicos que figuran en el algoritmo: insuficiencia renal (FG < 30 ml/min), edad avanzada (> 75 años) o fragilidad, enfermedad cardiovascular establecida u obesidad mórbida (IMC > 35 kg/m²).
2. Si están presentes alguno de los anteriores, seguiremos las indicaciones que figuran en el algoritmo para cada uno de los condicionantes. Si un paciente presenta más de un condicionante, se priorizarán en el orden que han sido descritos (1.º insuficiencia renal, 2.º edad avanzada...).
3. En el caso de que el paciente no presente ningún condicionante, elegiremos una ruta diferente dependiendo del grado de control glucémico (nivel de HbA1c) que presente el paciente: < 8 %, 8-10 % o > 10 %.
4. Si en un periodo de 3-6 meses no se alcanza el objetivo de control glucémico se pasará al siguiente escalón del algoritmo.

Evidencias en las que se basa el algoritmo

El tratamiento personalizado es actualmente el paradigma en el abordaje terapéutico de la diabetes tipo 2. En la toma de decisiones compartidas, los clínicos, han de atender a las características particulares del paciente y de la enfermedad, la comorbilidad, las características de los distintos fármacos, las preferencias del paciente y los recursos disponibles¹⁻³.

GRADO C.

La alimentación junto a la realización de ejercicio físico son un pilar básico en el plan terapéutico de la diabetes y el uso de fármacos no permite obviarlas⁴. **GRADO A.**

Tratamiento farmacológico en monoterapia

La elección de un fármaco hipoglucemiante con el enfoque centrado en el paciente exige que se deban considerar la eficacia, el coste, los potenciales efectos secundarios, la potencial ganancia de peso, las comorbilidades asociadas, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del paciente. **GRADO C.**

La metformina es el fármaco de elección en el inicio de la terapia farmacológica en la DM2 en la mayoría de las ocasiones⁵. **GRADO A.**

Cuando la metformina no se tolera o está contraindicada, el tratamiento de inicio puede hacerse con sulfonilureas, repaglinida, pioglitazona, iDPP-4, iSGLT2 o agonistas de los receptores de GLP-1 autorizados en nuestro país para su uso en monoterapia. **GRADO B.**

En personas sintomáticas con una marcada hiperglucemia (HbA > 10 %), se debe empezar con insulina salvo que exista una justificación relevante (razones laborales, riesgos importantes debidos a la hipoglucemia, ansiedad o fobia a la inyección o los autoanálisis) que desaconseje el uso de insulina. **GRADO D.**

Tratamiento combinado

Cuando el control glucémico no es adecuado en monoterapia se debe añadir un segundo fármaco. **GRADO B.**

En la mayoría de los casos, i-DPP4, sulfonilureas, iSGLT2 o pioglitazona deberían añadirse a la metformina cuando el control glucémico no sea adecuado en monoterapia. **GRADO A.**

Se aconseja iniciar el tratamiento con un tercer fármaco una vez discutidos los beneficios y los riesgos con el paciente; cuando el control de la HbA1c es inadecuado con dos fármacos, teniendo en cuenta las características del paciente y sus preferencias. **GRADO D.**

Se recomienda añadir un tercer antidiabético oral (pioglitazona, iDPP-4 o iSGLT-2) o un arGLP-1 si no se obtiene el objetivo personalizado de control con dos fármacos. **GRADO B.**

Se recomienda añadir insulina basal (manteniendo la MET y valorando la continuación del resto de antidiabéticos) si no se obtiene el objetivo personalizado de control con dos o tres fármacos. **GRADO B.**

Obesidad

Se recomienda considerar la adición de un arGLP-1 como terapia en lugar de insulina en pacientes obesos con un índice de masa corporal >30 kg/m (condición de visado para su reembolso por la Seguridad Social en España para todos los arGLP-1) o con dificultades personales o laborales para la insulinización, o bien por falta de eficacia o intolerancia previas. **GRADO C.**

Si la reducción de peso es importante y difícil de conseguir solo con un programa de alimentación saludable y ejercicio físico, los análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 y los inhibidores del transportador de sodio-glucosa tipo 2 suponen una opción eficaz. **GRADO A.**

Enfermedad CV establecida

En personas con diabetes que han padecido ECV o de alto RCV se recomienda añadir al tratamiento con metformina fármacos que hayan demostrado disminuir eventos cardiovasculares (empagliflozina, canagliflozina, liraglutida y semaglutida). **GRADO A.**

Insuficiencia renal

La sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina y alogliptina pueden utilizarse con una reducción de la dosis al 50 % cuando el filtrado glomerular (FG) sea de 50-30 ml/min/1,73 m. La linagliptina, sitagliptina y alogliptina pueden emplearse en cualquier grado de enfermedad renal crónica (ERC), incluso en pacientes en diálisis. **GRADO B.**

En pacientes con insuficiencia renal y FG por debajo de 30 ml/ml/min/1,73 m² se deben utilizar fármacos que hayan demostrado su seguridad en estos pacientes (iDPP4, repaglinida, pioglitazona, liraglutida, dulaglutida o insulina). **GRADO B.**

Si el FG está entre 30 y 45, se recomienda reducir al 50 % la dosis de metformina y no utilizarla en FG < 30 ml/min/1,73 m². **GRADO B.**

Ancianos y fragilidad

En pacientes ancianos o con fragilidad se deberán utilizar fármacos con escasos efectos secundarios e interacciones. **GRADO D.**

Bibliografía

1. Artola S. Actualización del algoritmo de hiperglucemia 2017. Diabetes Práctica 2017;08(02):57-60. Disponible en: <http://www.diabetespractica.com/public/numeros/articulo/387>.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2018. Diabetes Care 2018;41(Suppl 1):S1-S159.
3. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes. 2018;42(Suppl 1):S1-S325.
4. New drugs for type 2 diabetes: second-line therapy-science report. Ottawa: CADTH; 2017 Sep (CADTH therapeutic review vol.4,1b). Disponible en: <http://www.cadth.ca/dv/new-drugs-type-2-diabetes-second-line-therapy-recommendations-report>.

5. Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA, Clark JM, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2013;369(2):145-54.
6. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;359(15):1577-89.