



# Universidad del Sureste



*Licenciatura en Medicina Humana*

*Materia:*

*Clínicas medicas complementarias*

*Cuadro sinóptico:*

*DMT2*

*Docente:*

*Dr. Diego Rolando Guillen Martínez*

*Alumna:*

*Guadalupe Elizabeth González González*

*Semestre y grupo:*

*7 "B"*

## TRATAMIENTO DE DMT 2

Factores específicos del fármaco y del paciente a tener en cuenta al seleccionar un tratamiento antihiper glucémico en adultos con diabetes tipo 2.

Metformina

Eficacia alta, NO causa hipoglucemia, potencial beneficio en ASCVD, provoca una pérdida modesta de peso y bajo costo.

Inhibidores de la SGLT2

Eficacia intermedia, No causa hipoglucemia, provoca pérdida de peso, tiene beneficios para ASCVD y tiene un costo alto.

GLP1-RAs

Tiene una eficacia alta, no provoca hipoglucemia, provoca pérdida de peso, costo alto y efectos (náuseas, vómitos y diarreas).

Tiazolidinedionas

Eficacia alta, no produce hipoglucemia, se gana peso, costo bajo, generalmente no recomendado en problemas renales pues provoca un deterioro debido a su potencial para retención de líquidos.

Sulfonilureas 2 generación

Tiene eficacia alta, Sí provoca hipoglucemia, sí se gana peso, efectos CV (neutral), costo bajo. Gliburida: generalmente no se recomienda en pacientes crónicos

Insulina

Insulina Humana

Tiene una eficacia alta, si provoca hipoglucemia, si se gana peso, efectos CV (neutral), tiene costo bajo, consideraciones: mayor riesgo de hipoglucemia con insulina humana (NPH o formulaciones premezcladas) frente análogos.

Análogos

De igual forma que la Ins. humana, solo que tiene un costo alto.

## TERAPIA FARMACOLOGICA DE HIPERGLUCEMIA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2

La terapia de primera línea depende de las comorbilidades, los factores de tratamiento centrados en el paciente, incluidas las consideraciones de costo y acceso, y las necesidades de manejo, y generalmente incluye metformina y una modificación integral del estilo de vida.

ASCVD / Indicadores de alto riesgo, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica.

Enfermedad renal crónica

Enf. renal crónica albuminuria (> o igual a 200 mg /g creatinina)



PREFERENTEMENTE

SGLT2 con evidencia primaria de reducir CKD progresión.

-----O-----  
SGLT2 con evidencia de reducirla progresión de CKD en CVOTs.

-----OR-----  
GLP-1 RA con comprobado CVD beneficio if SGLT2 no tolera o esta

Enf. renal crónica sin albuminuria (eGFR < 60 mL /min /1.73 m2)



Para pacientes con enfermedad renal crónica (Egfr <60 MI/min/1.73 m2) sin albuminuria, recomendado seguir para disminuir el riesgo cardiovascular.



GLP-1 RA con SGLT2 con comprobado beneficio en enfermedad cardiovascular enf. Cardiovascular

Si A1C por encima del objetivo, para pacientes en SGLT2, considere incorporar un GLP-1 RA y viceversa.

Insuficiencia cardiaca

SGLT2 con beneficio probado en esta población.

ASCVD /indicadores de alto

GLP-1 RA con beneficio cardiovascular comprobado  
O SGLT2 con beneficio cardiovascular comprobado

IF A1C por encima del objetivo.

- Para pacientes con un AR GLP-1, considere incorporar SGLT2 con beneficio CVD comprobado y viceversa.
- TZD

Si A1C permanece por encima del objetivo, considere la intensificación del tratamiento en función de las comorbilidades, los factores de tratamiento centrados en el paciente y las necesidades de manejo.

## TERAPIA FARMACOLOGICA DE HIPERGLUCEMIA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2

La terapia de primera línea depende de las comorbilidades, los factores de tratamiento centrados en el paciente, incluidas las consideraciones de costo y acceso, y las necesidades de manejo, y generalmente incluye metformina y una modificación integral del estilo de vida.

ASCVD / Indicadores de alto riesgo, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica.

Ninguno

Incorporar agentes que proporcionen la EFICACIA adecuada para lograr y mantener los objetivos glucémicos  
Terapia de eficacia glucémica superior: GLP-1 RA; insulina; enfoques combinados.  
Considere la comorbilidad adicional, los factores de tratamiento centrados en el paciente y las necesidades de manejo en la elección de la terapia, como se indica a continuación:

### MINIMICE HIPOGLUCEMIA

Hipoglucemia de riesgo inherente nulo/bajo: DPP4i, GLP-1, SGLT2i, TZD  
Para SU o insulina basal, considere agentes con menor riesgo de hipoglucemia.

### INSUFICIENCIA CARDIACA A1C POR ENCIMA DEL OBJETIVO

Incorporar agentes adicionales en función de las comorbilidades, los factores de tratamiento centrados en el paciente y las necesidades de manejo.

### MINIMIZAR EL AUMENTO DE PESO/PROMOVER LA PÉRDIDA DE PESO

#### PREFERIBLEMENTE

AR GLP-1 con buena eficacia para la pérdida de peso.

OR

SGLT2

### INSUFICIENCIA CARDIACA A1C POR ENCIMA DEL OBJETIVO

Para pacientes con AR GLP-1, considere incorporar SGLT2 y viceversa. Si GLP-1 RA no es tolerado o indicado, considere DPP-4i (peso neutral)

### CONSIDERAR COSTOS Y ACCESOS

Disponible en forma genérica al costo:

- Ciertas insulinas: considere insulina
- SU
- TZD

SI A1C por encima del objetivo

Incorporar agentes adicionales en función de las comorbilidades, los factores de tratamiento centrados en el paciente y las necesidades de manejo

Incorporar agentes adicionales en función de las comorbilidades, los factores de tratamiento centrados en el paciente y las necesidades de manejo.

**OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN DMT2**

CATEGORIA IMC KG/M2			
TRATAMIENTO	25.0 -26.9 ó 23.0 – 24.9	27.0-29.9 ó 25.0 -27.4	> o igual a 30 ó ➤ O igual a 27.5

**Dieta, actividad física y asesoramiento conductual.**



**Farmacoterapia**



**Cirugía metabólica**



**TRATAMIENTO**  
**RECOMENDACIONES**

En pacientes con diabetes tipo 2 y ASCVD establecida, múltiples factores de riesgo de ASCVD o enfermedad renal diabética (DKD), se recomienda un inhibidor de SGLT2 con beneficio CV demostrado para reducir el riesgo de hospitalización por MACE y/o IC.

En pacientes con diabetes tipo 2 y ASCVD establecida o múltiples factores de riesgo para ASCVD, un Se recomienda el agonista del receptor GLP-1 con beneficio CV demostrado para reducir el riesgo de MACE.

En pacientes con diabetes tipo 2 y ASCVD establecida o múltiples factores de riesgo para ASCVD, la terapia combinada con un inhibidor de SGLT2 con beneficio CV demostrado y un agonista del receptor de GLP-1 con beneficio CV demostrado puede considerarse para tratamiento aditivo reducción del riesgo de eventos cardiovasculares y renales adversos.

En pacientes con diabetes tipo 2 y HFpEF o HFrEF establecida, un inhibidor de SGLT2 Se recomienda un tratamiento con beneficio comprobado en esta población de pacientes para reducir el riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y muerte CV.

A Para los pacientes con diabetes tipo 2 y ERC tratados con las dosis máximas toleradas de inhibidores de la ECA o ARB, se debe considerar la adición de finerenona para mejorar los resultados CV y reducir el riesgo de progresión de la ERC.

En pacientes con ASCVD conocida, particularmente CAD, se recomienda la terapia con inhibidores de la ECA o ARB para reducir el riesgo de eventos CV.

En pacientes con infarto de miocardio previo, beta bloqueadores deben continuarse durante 3 años después del evento.

**TRATAMIENTO**  
**RECOMENDACIONES**

- ➔ Optimice el control de la glucosa para reducir el riesgo o retrasar la progresión de la ERC.
- ➔ Para pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica, use de un inhibidor de SGLT2 en pacientes con eGFR  $>$  o igual a 20 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup> y albúmina urinaria  $>$  o igual a 300 mg/g de creatinina se recomienda para reducir la progresión de la ERC y los eventos cardiovasculares.
- ➔ En pacientes con diabetes tipo 2 y ERC, considerar el uso adicional de inhibidores de SGLT2 para reducir el riesgo CV cuando la TFGe y la creatinina en albúmina urinaria son de  $>$  o igual a 25 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o  $>$  o igual a 300 mg/g, respectivamente.
- ➔ En pacientes con ERC que tienen un mayor riesgo de eventos CV o progresión de la ERC o que no pueden usar un inhibidor de SGLT2, se recomienda un ARM no esteroideo (finerenona) para reducir la progresión de la ERC y los eventos CV.
- ➔ Optimización del control de la presión arterial y reducción de la variabilidad de la presión arterial para reducir el riesgo o retrasar la progresión de la ERC.
- ➔ No se recomienda un inhibidor de la ECA o un ARB para la prevención primaria de la ERC en pacientes con diabetes que tienen presión arterial normal, normal UACR ( $<$  30 mg/g creatinina) y normal eGFR.