CONSEJERÍA DE SALUD

Diabetes Mellitus

Proceso Asistencial Integrado

PLAN TERAPÉUTICO

DIABETES MELLITUS

MÉDICO Y ENFERMERO DE FAMILIA

JUNTA DE ANDALUCIA

PLAN TERAPÉUTICO DM

1. Establecer un plan terapéutico individualizado con recomendaciones sobre estilo de vida, alimentación, autocuidados e intervenciones farmacológicas adaptadas a las características individuales del paciente y su entorno, para promover la corresponsabilidad y autonomía del paciente en los cuidados y el control de su diabetes.

PLAN TERAPÉUTICO DM

2. Incluir a la persona en programas de Educación Terapéutica (ET), según el tipo de diabetes y tratamiento usado para la consecución del resultado NOC 1820 *Conocimiento control de la diabetes* mediante las siguientes intervenciones:

   - NIC 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.
   - NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
   - NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.
   - NIC 2130 Manejo de la hipoglucemia.
   - NIC2120 Manejo de la hiperglucemia.
   - NIC5614 Enseñanza de la dieta prescrita.
   - NIC5603 Enseñanza de los cuidados de los pies.

   Se promoverá que la ET incluya también al entorno familiar.

Plan terapéutico general

Individualizado

Intervenciones dirigidas a

- Control **metabólico**: **HbA1c** < 7% (< 6.5% - < 8% en grupos seleccionados)
- Control **FRV**: obesidad, tabaquismo, HTA, dislipemia

ET: programas estructurados individuales o grupales, según tipo de diabetes y tratamiento

- DM1 (AH): Supervivencia (inicial) → Avanzado (3 meses +)
- DM2 (AP): Programa ET General
  - **fomento estilos de vida saludables** (alimentación, actividad física)
  - intervenciones educativas específicas DM

Educación Terapéutica en DM 2

Programa estructurado de Fomento de estilos de vida saludables

Dirigido a:

Personas en situación de riesgo de diabetes

Pacientes con DMT2 de reciente diagnóstico

Pacientes que precisan refuerzo educativo o intensificación de su control metabólico

Objetivo principal

Adquirir conocimientos y habilidades en la práctica de estilos de vida saludables, centrados en una **alimentación equilibrada** basada en la **dieta mediterránea** y en la práctica de **actividad física**, adaptados a las necesidades, valores, preferencias personales y características individuales.

Objetivos específicos:

Relacionar la influencia que los estilos de vida no saludables tienen en la aparición de la diabetes o en el mal control de la misma

Identificar patrones de alimentación no saludable

Diseñar menús adaptados a las necesidades

Programar actividad física de acuerdo a las capacidades individuales

Integrar los conocimientos en el modo de vida

Educación Terapéutica en DM 2

Intervenciones **específicas** para las personas con diabetes tipo 2

Dirigido a:

Pacientes con DMT2 de **reciente diagnóstico**

Pacientes que precisan **refuerzo educativo** o **intensificación** de su control metabólico

Objetivo principal

Proporcionar conocimientos y habilidades y favorecer las actitudes necesarias para el autocuidado y que contribuyen a la consecución de objetivos de control, a la reducción de la morbimortalidad y a la mejoría de la calidad de vida de las personas con DMT2.

Objetivos específicos:

Reforzar los conocimientos específicos sobre alimentación y actividad física y adquirir conocimientos sobre la medicación prescrita.

Desarrollar habilidades para el autocontrol de la diabetes, incluyendo la prevención de complicaciones, con especial atención al cuidado de los pies.

Estimular actitudes para incorporar el aprendizaje a su modo de vida

Recomendaciones clave

1	Se realizará un programa estructurado de educación terapéutica grupal en personas en situación de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, centrado en alimentación equilibrada y actividad física	A NICE
2	Se realizará cribado oportunista de diabetes tipo 2 según características de calidad del PAI	AG
3	Se asegurará la intervención educativa sobre estilos de vida al diagnóstico y su refuerzo durante el seguimiento y en personas con diabetes tipo 2 antes de progresar en los escalones terapéuticos farmacológicos.	AG
4	Se realizará categorización del nivel de prevención (primaria o secundaria) de enfermedad vascular aterosclerótica y estimación de riesgo vascular en prevención primaria al menos cada tres años	AG
5	Se realizará categorización del riesgo de ulceración del pie, al menos anual	AG
6	Se realizará educación terapéutica en personas con pie de alto riesgo	NICE
7	Se realizará cribado anual de Enfermedad Renal Crónica mediante la estimación del filtrado glomerular a partir de la creatinina plasmática y la determinación de la excreción urinaria de albúmina	B
8	Se realizará cribado de retinopatía diabética con una periodicidad adaptada a la situación de riesgo de la persona, según las características de calidad del PAI	AG
9	Se recomienda la metformina como primera terapia farmacológica en los pacientes con diabetes tipo 2	NICE FUERTE
10	Se recomienda el inicio de la terapia ISCI en personas con diabetes tipo 1 en situaciones de control metabólico no óptimo para los objetivos de control individualizados, siempre que se cumplan los requisitos de adherencia a las recomendaciones terapéuticas establecidas por el equipo de diabetes	AG

ISCI: Infusión Subcutánea Continua de Insulina.

Recomendaciones "dejar de hacer"

No se recomienda el uso de fármacos para la prevención de la diabetes tipo 2 en personas en situación de prediabetes	NICE
La glucemia capilar y la hemoglobina glucosilada capilar no se recomiendan como pruebas de cribado ni de diagnóstico de diabetes	AG
Fuera del periodo inicial tras el diagnóstico, no se recomienda el autoanálisis de glucemia capilar de forma rutinaria en pacientes con diabetes tipo 2, a no ser que estén en tratamiento con insulina o con fármacos que pueden producir hipoglucemias (secretagogos tipo sulfonilureas o meglitinidas), o existan datos de episodios de hipoglucemias	NICE
No se recomienda el uso de glibenclamida	NICE
No se recomienda el doble bloqueo con IECA y ARA II para el tratamiento de la hipertensión arterial	NICE
No se recomienda la determinación de hemoglobina glucosilada ni perfil lipídico en el seguimiento de la diabetes gestacional	AG
En los pacientes con diabetes hospitalizados no se recomienda el uso exclusivo de pautas de insulinización en escalas (sliding scales)	A

Plan terapéutico DM 2

Elección entre opciones de tratamiento farmacológico según:

- efectividad (metabólica y complicaciones micro-macrovasculares)
- seguridad y tolerabilidad
- circunstancias individuales: grado de hiperglucemia, riesgo de hipoglucemia, sobrepeso u obesidad, EVA, FRV o comorbilidades
- preferencias y necesidades individuales
- eficiencia

Tratamiento escalonado

Evaluación 3-6 meses

Monitorización periódica adherencia

0

Estilos de vida

- Alimentación
- Actividad Física

1

Monoterapia

- Metformina

2

Primera intensificación

- Doble terapia no insulínica

3

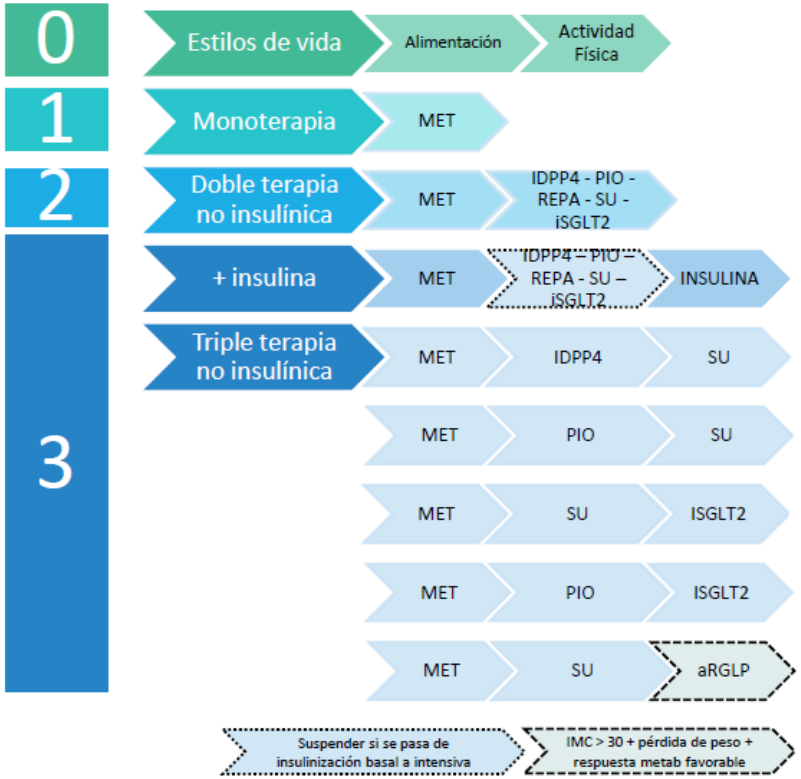
Segunda intensificación

- Triple terapia no insulínica
- Monoterapia (o doble terapia) no insulínica + Insulina

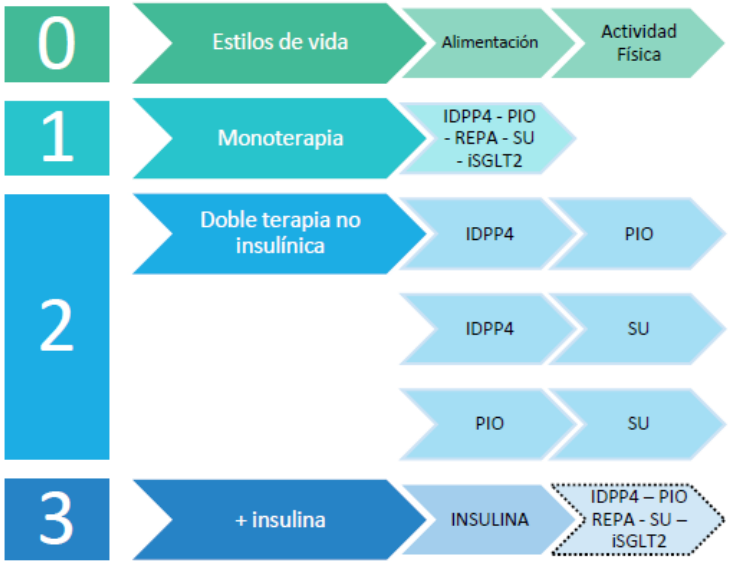
Insulina (si hiperglucemia sintomática)

Tratamiento escalonado

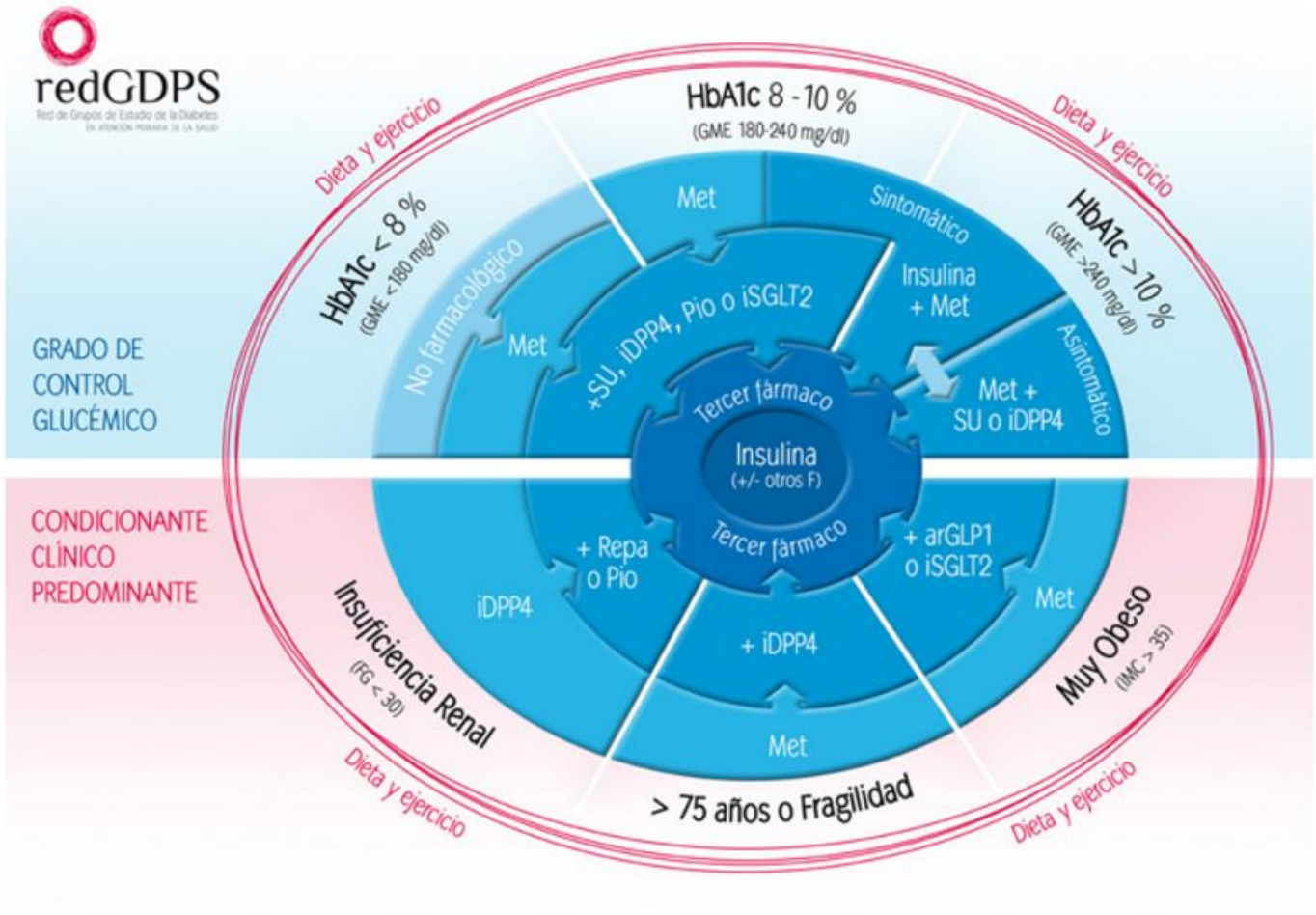
Se tolera metformina



Contraindicación o intolerancia a metformina



Algoritmo de manejo terapéutico individualizado de la diabetes tipo 2



Algoritmo de manejo terapéutico de la diabetes de la redGDPS

(Alemán JJ, 2014)

arGLP1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; F: fármacos; FG: filtrado glomerular; GME: glucemia media estimada; iDPP4: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4; IMC: índice de masa corporal; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazona; Repa: repaglinida; SU: sulfonilureas.

CONSEJERÍA DE SALUD

Diabetes Mellitus

Proceso Asistencial Integrado

¿Qué dice el PAI de diabetes de 2017?

JUNTA DE ANDALUCIA

Plan terapéutico DM 2

- Se asegurará que los pacientes con DMT2 reciban un programa de ET General que incluya:

  - *Fomento de estilos de vida saludables (alimentación saludable y actividad física) (Recomendación A)1, (Recomendación fuerte)5, (Recomendación NICE)3.*

  - *Intervenciones educativas específicas para las personas con diabetes (AG).*

- Los pacientes en tratamiento con insulina o fármacos que puedan producir hipoglucemias recibirán ET orientada al manejo de esta medicación, a la interpretación y toma de decisiones basadas en el autoanálisis de glucemia capilar y a la prevención y manejo de la hipoglucemia.

Pautas para la indicación de autoanálisis

Tipo de tratamiento		Control estable	Control inestable (máximo un mes)	Inicio (máximo un mes)	Situaciones especiales
Sin fármacos o fármacos sin riesgo de hipoglucemias *		NO	Máximo 7 semana (como herramienta educativa)	Máximo 7 semana (como herramienta educativa)	**Prescripción individualizada:** ▪ DM infanto-juvenil ▪ Situaciones intercurrentes de especial complejidad (mientras persista situación descompensadora) ▪ Diabetes gestacional ▪ Diabetes de larga evolución en insulinoterapia, con labilidad glucémica ▪ Trabajos de riesgo (conducción, maquinarias)
Fármacos no insulínicos con riesgo de hipoglucemias **		1-3/semana, según necesidad	Máximo 7/semana		
Insulina	Basal	1/día	Máximo 2-3/día		
	Bifásicas	2/día	Máximo 3-4/día		
	Basal-bolo	3-4/día	Máximo 4-7/día		
	ISCI	4-7/día	Individualizada		

* Fármacos sin riesgo de hipoglucemias: metformina, pioglitazona, inhibidores de la dipeptil-peptidasa 4 (iDPP-4), Inhibidores de la alfa-glucosidasa, agonistas del receptor de glucagón-like peptide-1 (aRGLP1), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)

** Fármacos no insulínicos con riesgo de hipoglucemias (secretagogos): Sulfonilureas, Meglitinidas

ISCI: Infusores subcutáneos de insulina

Plan terapéutico DM 2

- Se deben discutir con el paciente los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico y las opciones terapéuticas disponibles para permitir que los objetivos terapéuticos se pacten en el marco de una toma de decisiones compartidas *(Recomendación NICE)3*.

Plan terapéutico DM 2

Los criterios para la elección del tratamiento farmacológico contemplarán *(AG)3:*

- La efectividad del tratamiento, tanto en términos metabólicos como sobre las complicaciones micro y macrovasculares, priorizando los que hayan demostrado reducir morbi-mortalidad además de una reducción de las cifras de HbA1c.
- La seguridad y tolerabilidad.
- Las circunstancias individuales del paciente, como las patologías asociadas y el riesgo de polifarmacia.
- Las preferencias y necesidades individuales del paciente.
- Las indicaciones o combinaciones disponibles.
- La eficiencia: si dos fármacos de la misma clase o escalón terapéutico son apropiados, elegir la opción más económica.

Plan terapéutico DM 2

Las principales opciones de tratamiento de la DMT2 se recogen en la *Tabla 7*.

La elección del fármaco en cada uno de los escalones terapéuticos se hará según el perfil clínico del paciente (grado de hiperglucemia, riesgo de hipoglucemia, sobrepeso u obesidad, EVA, FRV o comorbilidades) *(Recomendación E)1, (Recomendación D)6.*

En la selección del fármaco se tendrán en cuenta las siguientes recomendaciones, definidas por criterios de *seguridad y considerando la presencia de comorbilidades:*

- Antes de prescribir un secretagogo (sulfonilureas o meglitinidas) se deben considerar los factores de riesgo para hipoglucemia o sus consecuencias (paciente frágil, insuficiencia renal o hepática, consumo excesivo de alcohol, disminución u omisión de ingesta o patrón irregular de comidas, profesiones de riesgo).

Tabla 7: Principales opciones de tratamiento de la diabetes tipo 2. Adaptada y modificada de las de la Guía Canadiense sobre Prevención y Tratamiento de la Diabetes[6].

Tratamiento	Descenso HbA_{1c} (*)	Riesgo de hipoglucemia	Efecto en estudios de intervención sobre resultados cardiovasculares	Otras consideraciones	Coste
Intervenciones sobre estilos de vida (alimentación y actividad física)	0.5-2% [1]	No	Superioridad [43]	Beneficios demostrados en prevención del cáncer y otras patologías.	€
Inhibidores alfa-glucosida	0.6% / ↓	NS	–	Efectos secundarios digestivos Sin cambios en peso	€€
Inhibidores DPP-4	0.7% / ↓↓	NS	Neutro (alo, saxa, sita)	Sin cambios en peso Riesgo IC (alo, saxa) Mejora control postprandial Riesgo pancreatitis (poco frecuente)	€€

Actividades	Características de calidad
6º PLAN TERAPÉUTICO	

Tratamiento	Descenso Hb1c (*)	Riesgo de hipoglucemia	Efecto en estudios de intervención sobre resultados cardiovasculares	Otras consideraciones	Coste
Insulinas	0.9-1.1% / ↓↓↓	Alto	Neutro (glargina)	Sin techo terapéutico; mayor reducción posible de Hb1c Gran flexibilidad terapéutica (varias formulaciones y sistemas de administración) Mayor riesgo de ganancia de peso que resto de terapias	€€€ €€
Agonistas de los receptores GLP-1	1.0% /↓ ↓- ↓↓↓	NS	Neutro (lixi) Superioridad (lira en pacientes con EVA previa)	Administración parenteral Pérdida de peso significativa Mejora control postprandial Náuseas y vómitos Riesgo pancreatitis (poco frecuente) Hiperplasia células parafoliculares del tiroides	€€€€
Sulfonilureas	0.8% /↓ ↓	Gliclazida: Ligero a moderado Glimepirida: Moderado Glibenclamida: Alto	–	Descenso glucemias relativamente rápido Meglitinidas reducen especialmente glucemias postprandiales Evitar su uso en pacientes con alto riesgo de hipoglucemias (ancianos, insuficiencia renal o hepática).	€
Meglitinidas	0.7% /↓ ↓	Ligero a moderado	–	Aumento ligero de peso, mayor con glibenclamida	€
Metformina	1-1.5% / ↓ ↓	NS	Superioridad en pacientes con sobrepeso/ obesidad	Efectos secundarios digestivos Contraindicada si FG < 30 ml/min o insuficiencia hepática. Precaución con FG 30-60 ml/min Efecto neutro sobre el peso en monoterapia. Induce menor ganancia de peso asociada a otros fármacos (incluida insulina) Déficit de B12	€
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2	0.7-1% / ↓↓-↓↓↓	NS	Superioridad: Empagliflozina (pacientes con EVA previa)	Infección tracto urinario y genital Hipotensión Precaución en insuficiencia renal y uso concomitante de diuréticos de asa No utilizar Dapagliflozina si cáncer de vejiga Casos poco frecuentes de cetoacidosis (incluso sin hiperglucemias)	€€
Tiazolidindionas (glitazonas)	0.8% /↓ ↓	NS	Neutro	Ligero descenso de PA El efecto sobre el control glucémico es tardío (6-12 semanas) Ganancia de peso Puede inducir edemas o IC (más si se asocia a insulina). No usar si disfunción ventricular izquierda o IC Mayor riesgo de fracturas Riesgo de cáncer de vejiga (poco frecuente)	€

* Descenso esperado de HbA_{1c} (absoluto / relativo) cuando se añade a metformina en monoterapia. Para la metformina, descenso esperado de HbA_{1c} en monoterapia. Para las intervenciones sobre estilos de vida, descenso promedio con intervenciones combinadas sobre alimentación y actividad física.

Coste del tratamiento al día (€): € = 0-1 €/día, €€ = 1-2.5 €/día, €€€ = 2.5-4 €/día, €€€€ > 4 €/día

NS: No significativo en monoterapia
IC: Insuficiencia cardíaca
Saxa: saxagliptina
Lira: Liraglutide;
EVA: Enfermedad Vascular Aterosclerótica
Alo: Alogliptina
Sita: sitagliptina
Lixi: lixisenatide

Opciones de tratamiento de la DM 2

Tratamiento	Descenso HbA1c *	Riesgo de hipoglucemia	Efecto en resultados CV	Coste dia
Alimentación y Actividad Física	0.5-2%	No	Superior	
Inhibidores alfa-glucosida	0.6% /↓	NS	–	$
Inhibidores DPP-4	0.7% / ↓↓	NS	Neutro (alo, saxa, sita)	$$
Insulinas	0.9-1.1% / ↓↓↓	+++++	Neutro (glargina)	$$-$$$
Agonistas de los receptores GLP-1	1.0% / ↓↓-↓↓↓	NS	Neutro (lixi) Superior (lira en pacientes de alto RV)	$$$$

Tratamiento	Descenso HbA1c *	Riesgo de hipoglucemia	Efecto en resultados CV	Coste diario
Sulfonilureas	0.8% / ↓↓	Gliclaz. +/++ Glimep.++ Glibenc. ++++	–	$
Meglitinidas	0.7% / ↓↓	+/++	–	$
Metformina	1-1.5% / ↓↓	NS	Superior en pacientes con sobrepeso/ obesidad	$
Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2	0.7-1% / ↓↓-↓↓↓	NS	Superior: Empaglif. (pacientes con EVA previa)	$$
Tiazolidindionas (glitazonas)	0.8% / ↓↓	NS	Neutro	$

* Descenso esperado de HbA1c (absoluto / relativo) cuando se añade a metformina en monoterapia. Para la metformina, descenso esperado de HbA1c en monoterapia. Para las intervenciones sobre estilos de vida, descenso promedio con intervenciones combinadas sobre alimentación y actividad física.
Coste del tratamiento al día (€): € = 0-1 €/día, €€ = 1-2.5 €/día, €€€ = 2.5-4 €/día, €€€€ > 4 €/dia
NS: No significativo en monoterapia

Plan terapéutico DM 2

Las principales opciones de tratamiento de la DMT2 se recogen en la *Tabla 7*.

La elección del fármaco en cada uno de los escalones terapéuticos se hará según el perfil clínico del paciente (grado de hiperglucemia, riesgo de hipoglucemia, sobrepeso u obesidad, EVA, FRV o comorbilidades) *(Recomendación E)1, (Recomendación D)6.*

En la selección del fármaco se tendrán en cuenta las siguientes recomendaciones, definidas por criterios de *seguridad y considerando la presencia de comorbilidades:*

- Antes de prescribir un secretagogo (sulfonilureas o meglitinidas) se deben considerar los factores de riesgo para hipoglucemia o sus consecuencias (paciente frágil, insuficiencia renal o hepática, consumo excesivo de alcohol, disminución u omisión de ingesta o patrón irregular de comidas, profesiones de riesgo).

Plan terapéutico DM 2

Cuando se utilice una sulfonilurea, son preferibles la gliclazida de liberación modificada o la glimepirida, por ser las que producen menos hipoglucemias y aumento de peso *(AG). No se aconseja el uso de glibenclamida (Recomendación NICE)3.*

- En caso de insuficiencia cardíaca, pioglitazona está contraindicada. Debe evitarse el uso de alogliptina y saxagliptina.
- Pioglitazona está contraindicada en insuficiencia hepática, si hay antecedentes o proceso actual de cáncer de vejiga o en caso de hematuria macroscópica no filiada; se tendrá en cuenta el riesgo de fracturas en mujeres al inicio o durante el tratamiento con pioglitazona. La asociación de pioglitazona e insulina debe utilizarse con precaución, por el riesgo de edemas.

Plan terapéutico DM 2

- En la ERC se valorará el ajuste de dosis o la contraindicación en función del grado.
- Si existen antecedentes o riesgo de pancreatitis se debe evitar el uso de terapias incretínicas (iDPP4 o aRGLP-1).
- Se debe prescribir glucagón a personas en tratamiento con insulina y/o con riesgo de hipoglucemia grave y enseñar cómo utilizarlo a la familia o personas cuidadoras (AG)1.

Plan terapéutico DM 2

Selección grupo farmacológico
Comorbilidades

insuficiencia cardíaca	• no se aconseja pioglitazona • evitar alogliptina y saxagliptina
enfermedad renal crónica	• ajuste de dosis • posibilidad de contarindicación
antecedentes o riesgo de pancreatitis	• evitar incretinas (iDPP4 o aRGLP-1)
cáncer de vejiga o heaturia sin filiar	• no utilizar pioglitazona

Plan terapéutico DM 2

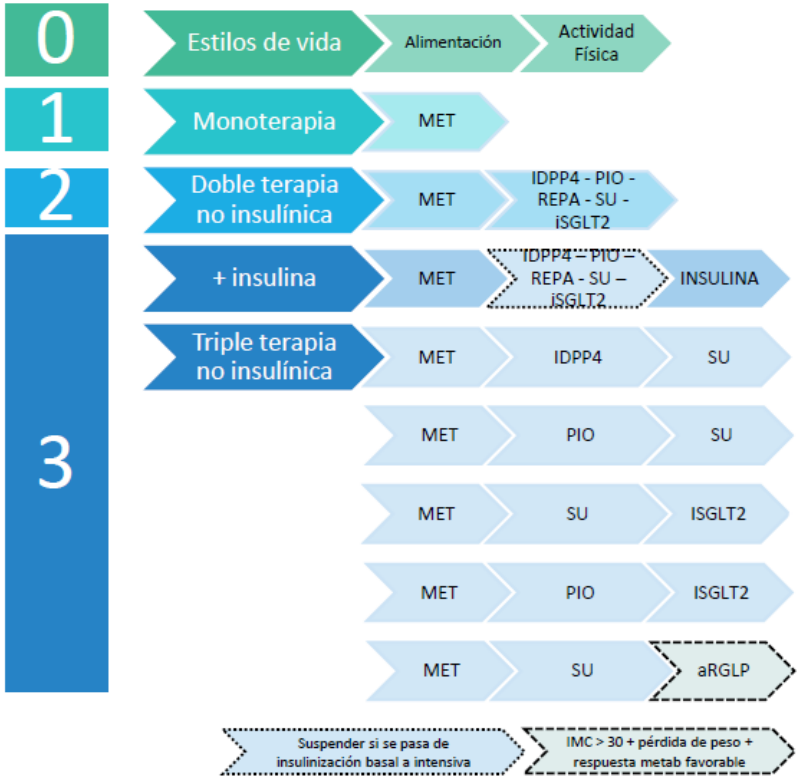
Cuando la modificación de los estilos de vida no sea suficiente para conseguir los objetivos de control glucémico, tras 3 - 6 meses de intervención mantenida, debe iniciarse el tratamiento farmacológico con metformina *(Recomendación NICE)3*, *(Recomendación fuerte)5*, *a dosis bajas (425-500 mg/día) y con recomendaciones* de escalado progresivo de dosis. Se debe ajustar la dosis si el FG es inferior a 45 ml/ min, y retirarse si es inferior a 30 ml/min y manejarse con precaución en personas con riesgo de deterioro agudo de la función renal *(Recomendación NICE)3.*

En caso de contraindicación o intolerancia a metformina, se recomienda el tratamiento farmacológico inicial de la DMT2 con alguna de las siguientes alternativas *(Recomendación NICE)3, siguiendo los criterios de selección descritos previamente* :

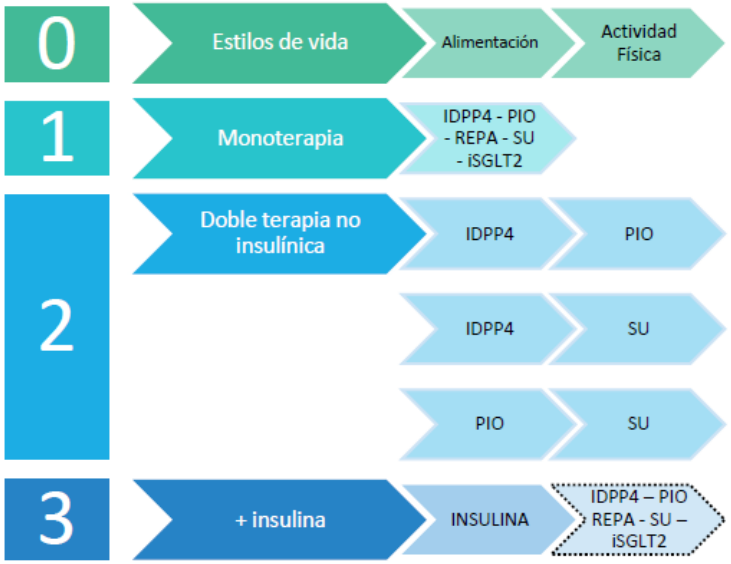
- iDPP4
- iSLGT-2
- Pioglitazona
- Repaglinida *(AG)3*
- Sulfonilureas (preferentemente gliclazida y glimepiride) *(AG).*

Tratamiento escalonado

Se tolera metformina



Contraindicación o intolerancia a metformina



Plan terapéutico DM 2

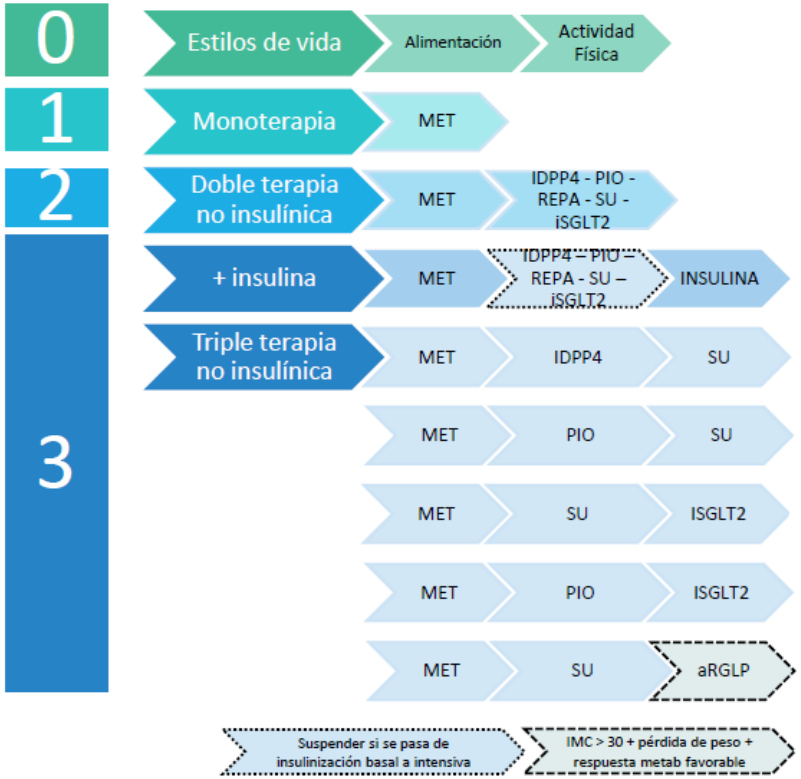
PRIMERA INTENSIFICACIÓN

Cuando la modificación de estilos de vida y el tratamiento en monoterapia con una dosis óptima y una adecuada adherencia al tratamiento sean insuficientes para alcanzar los objetivos de control, en un plazo entre 3 y 6 meses, se debe añadir un nuevo fármaco, que puede ser alguno de los siguientes *(Recomendación NICE)3*, siguiendo los criterios de selección descritos previamente :

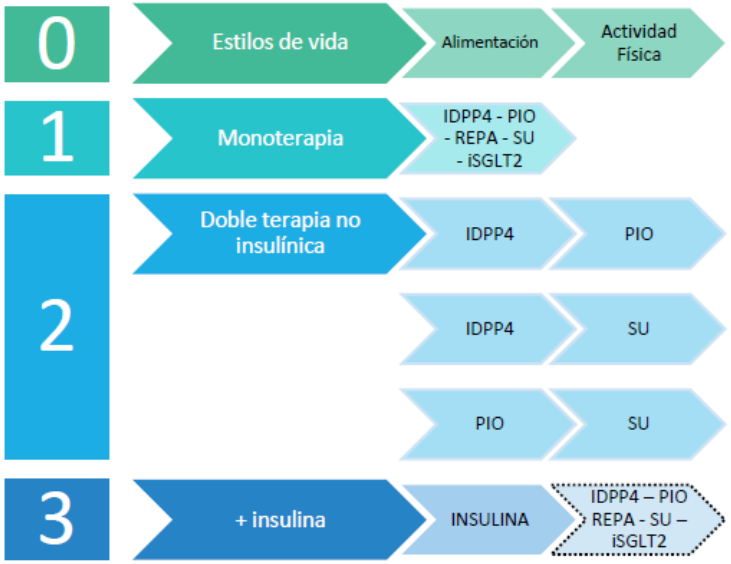
- iDPP4
- iSGLT2
- Pioglitazona
- Repaglinida
- Sulfonilurea (preferentemente gliclazida y glimepiride) *(AG)*.

Tratamiento escalonado

Se tolera metformina



Contraindicación o intolerancia a metformina



Plan terapéutico DM 2

SEGUNDA INTENSIFICACIÓN

Cuando la terapia dual con agentes orales es insuficiente para alcanzar objetivos de control, considerar la triple terapia o iniciar terapia insulínica *(Recomendación NICE)*.

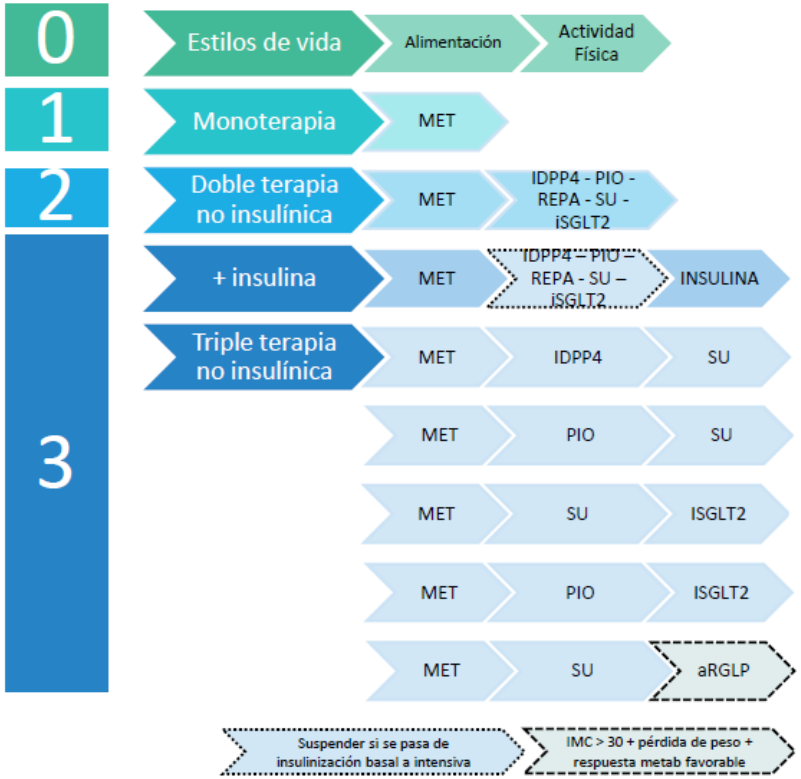
• Los aRGLP-1 pueden considerarse en terapia combinada, salvo asociados a iDPP4, en pacientes con IMC ≥ 30 kg/m2, en el contexto de una intervención dietética intensiva *(AG)3. Se recomienda continuar con aRGLP-1 sólo si el paciente tiene una* respuesta metabólica favorable (reducción de al menos un 1% de la HbA1c) y una pérdida de peso de al menos un 3% en 6 meses *(Recomendación NICE)3*.

• La triple terapia no insulínica puede recomendarse en pacientes seleccionados en los que existan problemas para la insulinización (reticencia o dificultades en la correcta administración, alto riesgo de hipoglucemia y/o sus consecuencias).

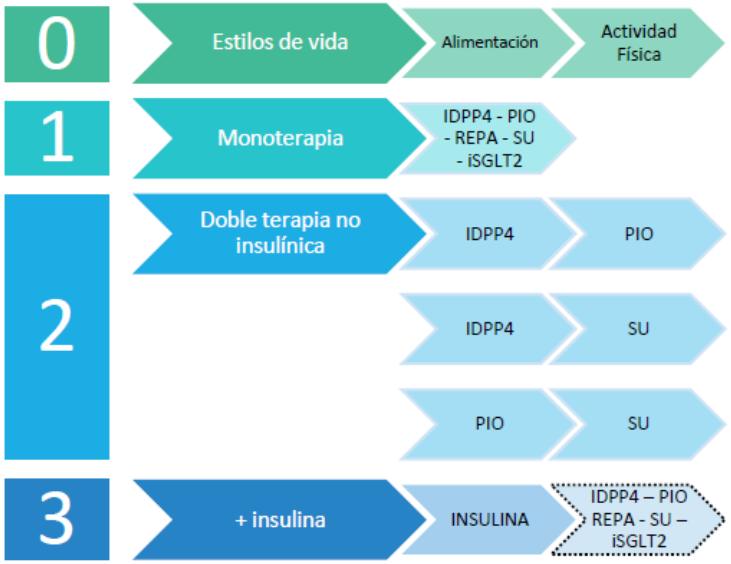
• Si la metformina está contraindicada o no es tolerada y el tratamiento con otros 2 fármacos orales no ha conseguido unas cifras de Hb1c por debajo del objetivo individual acordado, considerar el inicio del tratamiento con insulina *(Recomendación NICE)3*.

Tratamiento escalonado

Se tolera metformina



Contraindicación o intolerancia a metformina



Plan terapéutico DM 2

INSULINOTERAPIA

Al iniciar el tratamiento con insulina en adultos con DMT2:

- Se debe contar con un programa educativo estructurado (*Programa de Educación de Supervivencia y Programa de Educación Avanzada) impartido por personal* capacitado y que incluya: técnica de inyección, conservación y manejo de la insulina, objetivos glucémicos, autoanálisis e interpretación de resultados para ajuste de la dosis de insulina, prevención y manejo de la hipoglucemia *(Recomendación NICE)3*.
- Se debe continuar ofreciendo tratamiento con metformina en las personas sin contraindicaciones o intolerancia *(Recomendación NICE)3*.
- Es importante el ajuste de la dosis de insulina según niveles de glucemia.

Plan terapéutico DM 2

INSULINOTERAPIA

- La insulina basal es el régimen insulínico inicial recomendado en DMT2. Aunque los análogos de insulina lenta han demostrado menor riesgo de hipoglucemia, la insulinización basal con insulina NPH puede seguir considerándose una opción coste-efectiva en personas con bajo riesgo de hipoglucemia o de sus consecuencias, siempre que puedan ser controladas con una única dosis y se confirme la ausencia de hipoglucemias bajo este tratamiento *(AG)1,3.*

- Si con el régimen de insulina basal (NPH, análogo de insulina basal) no se alcanzan los objetivos de control se añadirá insulina de acción corta o una preparación de insulina premezclada antes de las comidas *(Recomendación NICE)3.*

Plan terapéutico DM 2

INSULINOTERAPIA

- En pacientes que requieran grandes cantidades de insulina (>40 UI/día), las preparaciones concentradas de glargina (300 UI/ml) pueden considerarse como una alternativa efectiva a glargina (100 UI/ml) en términos de reducción de HbA1c y asociada a una reducción leve del riesgo de hipoglucemia nocturna *(AG)12*.

  Para obtener una eficacia similar, las preparaciones concentradas de glargina (300 UI/ml) precisan una dosis media más elevada. Este ajuste debe ser tenido en cuenta cuando se cambia glargina 100 UI/ml por glargina 300 UI/ml *(AG)12,42*.

- Las recomendaciones establecidas en el PAI Diabetes son aplicables al uso de biosimilares de glargina siempre que tengan autorizado su uso en las mismas indicaciones *(AG)3*.

- Las sulfonilureas, las meglitinidas, los iDPP4 y los aRGLP se suspenden en el paso de insulinización basal a intensiva, pudiendo mantenerse el resto de fármacos *(AG)1*.