

# ¡SGLT2 ¿POR QUÉ NO EMPEZAR HOY?

*Visión del médico de familia*

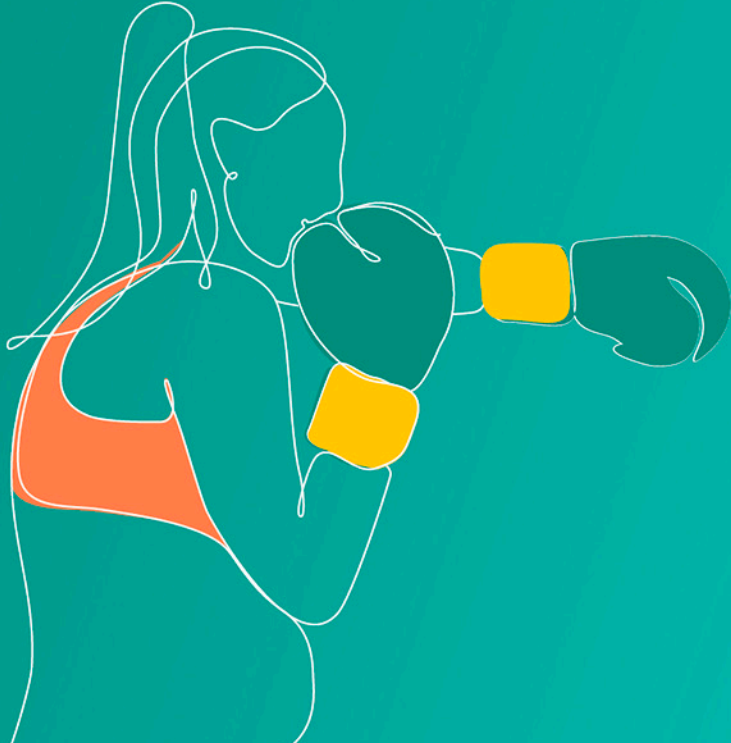
**Manel Mata Cases**

*Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Grupo DAP-Cat, USR de Barcelona IDIAP-Jordi Gol. CIBERDEM, Instituto de Salud Carlos III. RedGDPS*

**Jardiance**<sup>®</sup>  
(empagliflozina)



DM2: diabetes mellitus tipo 2; iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.



# ¿Qué quiere el paciente con DM2? Medicina Familiar y Comunitaria

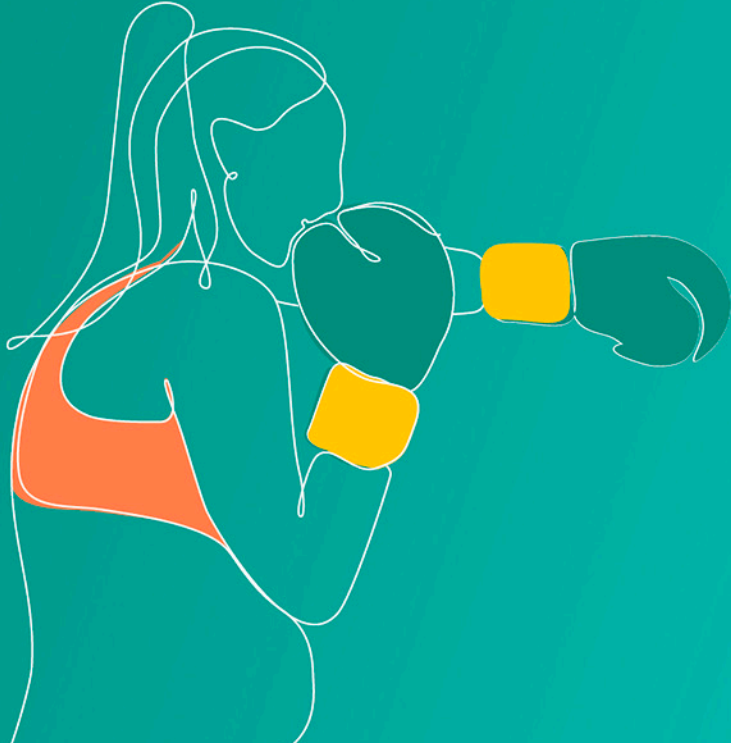
DM2: diabetes mellitus tipo 2.

## Conflicto de Intereses

Honorarios de ASTRA-ZENECA, BOEHRINGER INGELHEIM, KERN, LILLY, MENARINI, MSD, NOVARTIS, NOVONORDISK y SANOFI por la participación en Advisory Boards, cursos y ponencias sobre el tratamiento de la DM2

# Agenda

1. ¿Cómo estamos tratando la DM2 en atención primaria?
2. ¿Cómo deberíamos tratarla?
3. ¿Y qué hay de la inercia terapéutica? ¿Intensificamos el tratamiento a tiempo?
4. ¿Qué datos tenemos en mundo real (SIDIAP) sobre los beneficios de los iSGLT2 en pacientes con DM2?
5. ¿Cuáles son las preferencias de los pacientes con DM2?
6. Mensajes para llevar a casa



¿Cómo estamos  
tratando la DM2 en  
atención primaria?

DM2: diabetes mellitus tipo 2.

# Tendencias en el control y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con DM2 en Atención Primaria<sup>1</sup>

Base de datos poblacional SIDIAP. Catalunya 2007-2018



ORIGINAL RESEARCH  
published: 10 January 2022  
doi: 10.3389/fendo.2021.610757

## Trends in the Degree of Control and Treatment of Cardiovascular Risk Factors in People With Type 2 Diabetes in a Primary Care Setting in Catalonia During 2007–2018

Manel Mata-Cases<sup>1,2,3†</sup>, Bogdan Vlachou<sup>††</sup>, Jordi Real<sup>1,3</sup>, Ramon Puig-Treserra<sup>1</sup>, Magdalena Bundó<sup>1,4</sup>, Josep Franch-Nadal<sup>1,3,5\*</sup> and Didac Mauricio<sup>1,3,5,6\*</sup>

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>N</b>	<b>299.855</b>	<b>318.065</b>	<b>335.771</b>	<b>355.019</b>	<b>369.600</b>	<b>384.826</b>	<b>395.470</b>	<b>402.312</b>	<b>401.175</b>	<b>404.252</b>	<b>400.209</b>	<b>394.266</b>

TABLE 1 | Characteristics of the subjects during the study period.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	p-value
<b>N</b>	<b>299855</b>	<b>318065</b>	<b>335771</b>	<b>355019</b>	<b>369600</b>	<b>384826</b>	<b>395470</b>	<b>402312</b>	<b>401175</b>	<b>404252</b>	<b>400209</b>	<b>394266</b>	–
Age, mean (SD), years	60.4 (12.2)	60.9 (12.3)	61.0 (12.4)	61.0 (12.5)	61.1 (12.6)	61.2 (12.7)	61.3 (12.7)	61.4 (12.8)	61.5 (12.8)	61.6 (12.9)	61.7 (13.0)	61.8 (13.0)	<0.001**
Age >75 years, n (%)	99104 (32.7)	107077 (33.8)	116620 (34.8)	125911 (35.5)	135001 (36.6)	144677 (37.4)	154220 (38.9)	164220 (40.5)	174220 (42.9)	184220 (45.5)	194220 (48.3)	204220 (51.8)	<0.001**
Diabetes duration, (years)	5.72 (5.58)	6.17 (5.59)	6.56 (5.58)	6.93 (5.71)	7.32 (5.80)	7.68 (5.92)	8.04 (6.03)	8.46 (6.08)	8.89 (6.17)	9.33 (6.33)	9.76 (6.42)	10.2 (6.57)	<0.001**
Sex (male), n (%)	155534 (51.9)	166499 (52.3)	177359 (52.8)	188309 (53.3)	197841 (53.5)	207363 (53.7)	216302 (54.1)	225021 (55.7)	233914 (58.3)	242818 (60.1)	251818 (62.9)	261008 (66.2)	<0.001**
<b>Smoking habit, n (%)</b>													
No smoker	151906 (50.7)	163001 (51.3)	174001 (51.8)	185001 (52.1)	196001 (53.0)	207001 (53.5)	218001 (54.9)	229001 (57.1)	240001 (60.0)	251001 (62.1)	262001 (65.5)	273001 (69.3)	<0.001**
Ex-smoker	42554 (14.2)	46441 (14.6)	49119 (14.6)	53777 (15.1)	58347 (15.8)	63047 (16.4)	67804 (17.1)	72604 (18.1)	77404 (19.3)	82204 (20.3)	87004 (21.5)	91804 (23.0)	<0.001**
Current smoker	40926 (13.7)	47488 (14.9)	56606 (16.9)	66449 (18.7)	74050 (20.0)	81493 (21.2)	89045 (22.5)	96541 (23.8)	104033 (26.2)	111462 (27.6)	120801 (30.2)	130931 (33.2)	<0.001**
<b>Alcohol consumption, n (%)</b>													
No alcohol consumption	82147 (27.5)	93138 (29.3)	108256 (32.2)	128886 (36.3)	157741 (42.7)	187411 (48.2)	216911 (54.6)	246411 (61.8)	275911 (68.5)	305411 (75.5)	334911 (83.7)	364411 (92.4)	<0.001**
Low risk alcohol consumption	31721 (10.6)	34900 (11.0)	4106 (1.2)	5310 (1.5)	6233 (1.7)	6528 (1.7)	7012 (1.8)	7952 (2.0)	8424 (2.1)	8966 (2.2)	9419 (2.4)	9162 (2.3)	<0.001**
High risk alcohol consumption	3492 (1.2)	3578 (1.1)	3781 (1.1)	4059 (1.1)	4021 (1.1)	4038 (1.0)	4328 (1.1)	4303 (1.1)	3977 (1.0)	3903 (1.0)	3925 (1.0)	3335 (0.8)	<0.001**
<b>Comorbidities, n (%)</b>													
Hypertension	223202 (74.4)	237453 (74.7)	253054 (75.1)	269705 (76.0)	281473 (76.2)	294236 (76.5)	306925 (77.1)	319676 (79.1)	332306 (82.3)	345012 (85.3)	357696 (89.4)	369599 (93.7)	<0.001**
Hypercholesterolemia	169551 (56.5)	185959 (58.5)	205119 (61.1)	224327 (63.2)	239694 (64.9)	253181 (65.8)	266431 (67.4)	274067 (69.1)	278764 (69.2)	277187 (68.8)	274519 (68.1)	274519 (69.8)	<0.001**
Obesity	75824 (25.3)	77715 (24.4)	81903 (24.4)	86403 (24.3)	91959 (25.2)	97538 (25.4)	103566 (26.4)	109249 (27.2)	115440 (28.8)	121540 (30.1)	127006 (31.7)	132075 (33.5)	<0.001**
Ritopathy	14466 (4.8)	16976 (5.3)	19832 (5.9)	22630 (6.4)	25440 (6.9)	28177 (7.3)	31020 (7.8)	34166 (8.5)	36446 (9.0)	38403 (9.5)	39175 (9.7)	40676 (10.3)	<0.001**
Chronic Kidney Disease	60473 (20.2)	68120 (21.4)	77217 (23.0)	84019 (23.7)	91741 (24.8)	99613 (25.7)	107350 (27.2)	115330 (28.7)	123689 (30.8)	132388 (32.8)	141988 (35.5)	150788 (38.3)	<0.001**
Cardiovascular disease	55035 (18.4)	61252 (19.3)	67826 (20.2)	74674 (21.0)	80154 (21.7)	85780 (22.3)	90173 (22.8)	93578 (23.3)	94779 (23.5)	97136 (24.0)	97302 (24.3)	93719 (23.8)	<0.001**
Heart failure	13498 (4.5)	15275 (4.8)	17176 (5.1)	19653 (5.5)	21852 (5.9)	24623 (6.4)	27012 (6.8)	28964 (7.2)	29331 (7.3)	30218 (7.5)	29777 (7.4)	28670 (7.3)	<0.001**
<b>Clinical variables, mean, (SD)</b>													
Systolic blood pressure (mm Hg)	138 (16.9)	137 (16.1)	136 (15.6)	135 (15.3)	134 (14.8)	133 (14.4)	133 (14.4)	133 (13.9)	133 (13.9)	133 (13.8)	133 (13.8)	133 (13.7)	<0.001*
Diastolic blood pressure (mm Hg)	85.7 (9.78)	85.9 (9.78)	86.1 (9.81)	86.2 (9.82)	86.4 (9.84)	86.7 (9.87)	87.1 (9.97)	87.3 (9.97)	87.3 (9.98)	87.3 (9.98)	87.3 (9.98)	87.3 (9.98)	<0.001*
BMI >30 kg/m <sup>2</sup>	75824 (25.3)	77715 (24.4)	81903 (24.4)	86403 (24.3)	91959 (25.2)	97538 (25.4)	103566 (26.4)	109249 (27.2)	115440 (28.8)	121540 (30.1)	127006 (31.7)	132075 (33.5)	<0.001**
BMI, (kg/m <sup>2</sup> )	40.1 (14.6)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	40.1 (14.8)	<0.001**
HbA1c, (%)	7.16 (1.46)	7.23 (1.48)	7.26 (1.47)	7.17 (1.38)	7.25 (1.38)	7.22 (1.38)	7.09 (1.33)	7.07 (1.29)	7.10 (1.29)	7.10 (1.29)	7.07 (1.29)	7.09 (1.29)	<0.001**

**Drug treatments, n (%)**

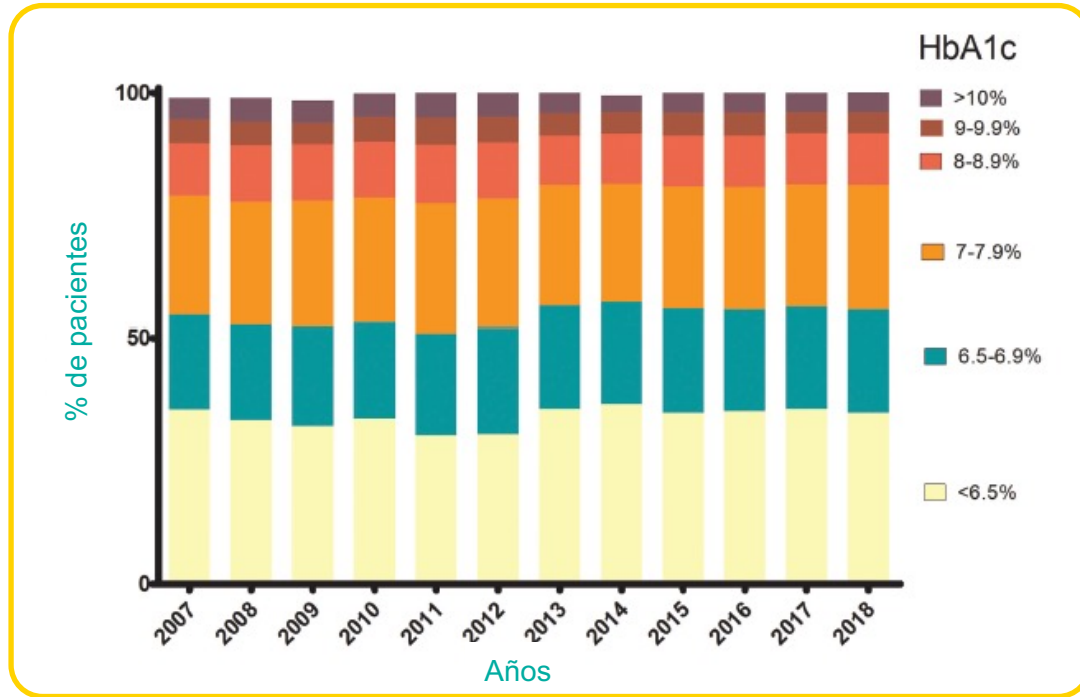
<b>Anti-diabetic drugs</b>	206701 (69.0)	222761 (70.0)	239824 (71.4)	257162 (72.4)	271761 (73.5)	284746 (73.8)	290978 (73.8)	300327 (74.8)	305678 (76.1)	312398 (77.3)	316072 (79.2)	319778 (81.3)	<0.001**
<b>Anti-hypertensive drugs</b>	119108 (39.7)	121593 (38.2)	127246 (37.9)	140210 (39.5)	145230 (39.3)	141294 (36.7)	148320 (37.5)	148320 (37.5)	147561 (36.8)	144749 (35.8)	143772 (35.9)	139478 (35.4)	<0.001**

DM2: diabetes mellitus tipo 2; ISGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; SIDIAP: sistema de información para el desarrollo de la investigación en atención primaria.

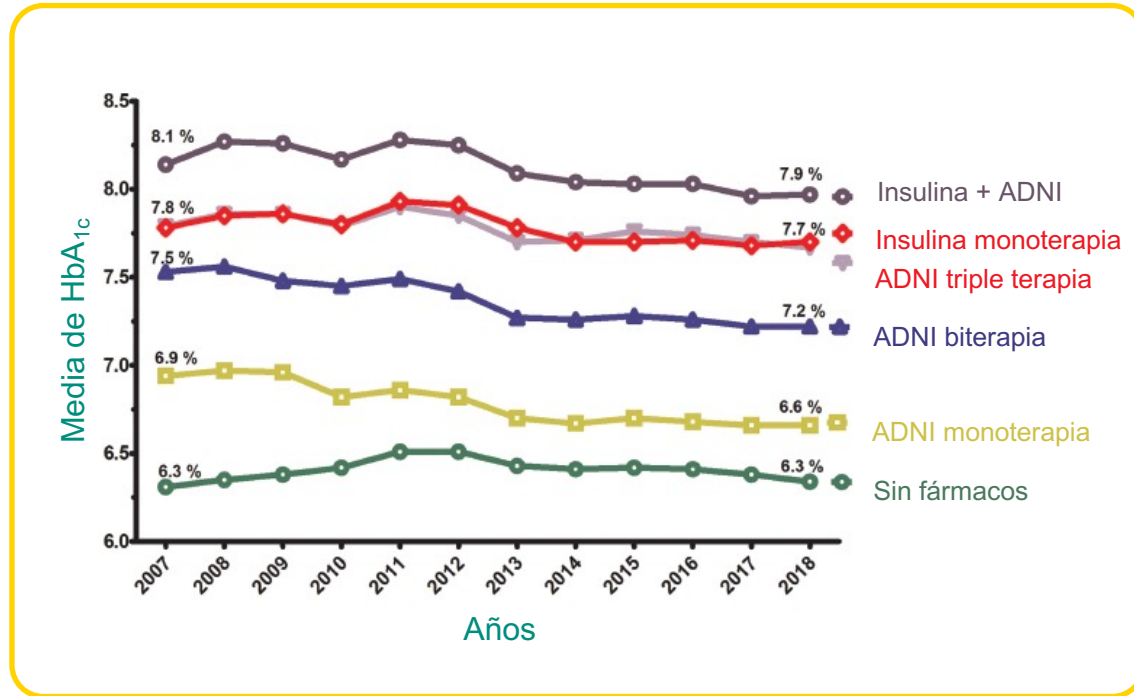
1. Mata Cases M, et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2022 Jan 10;12:810757. doi: 10.3389/fendo.2021.810757.



# Tendencias en el control glucémico. SIDIAP, Catalunya 2007-2018<sup>1</sup>

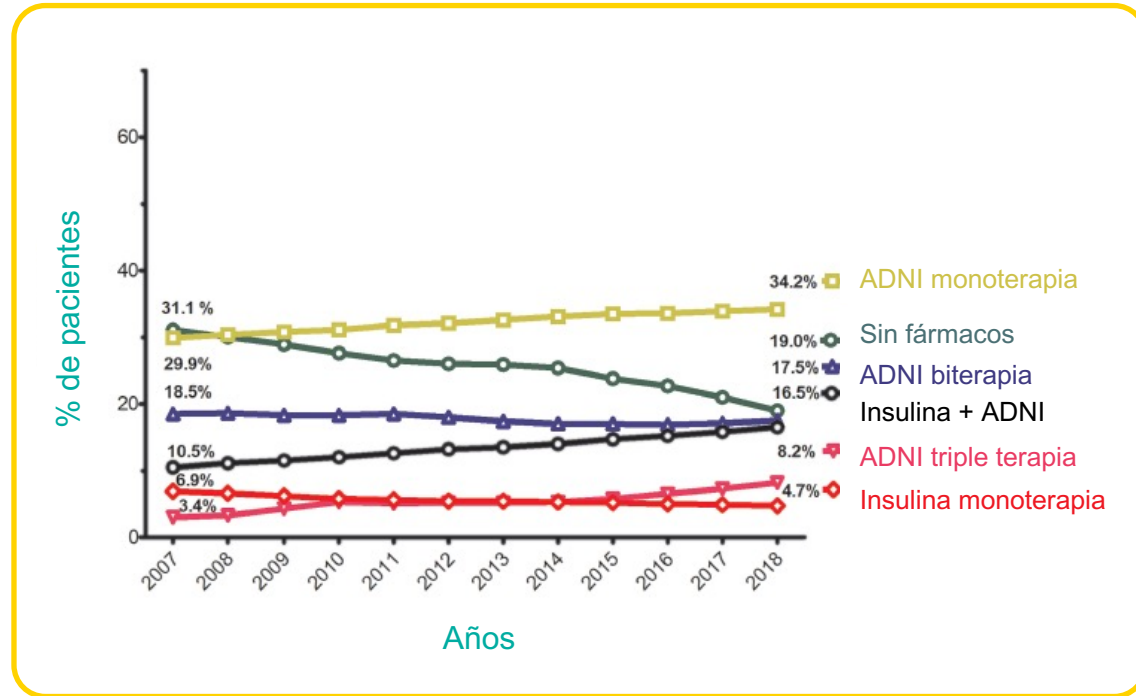


## Media de HbA<sub>1c</sub> según escalón terapéutico. SIDIAP, 2007-2018

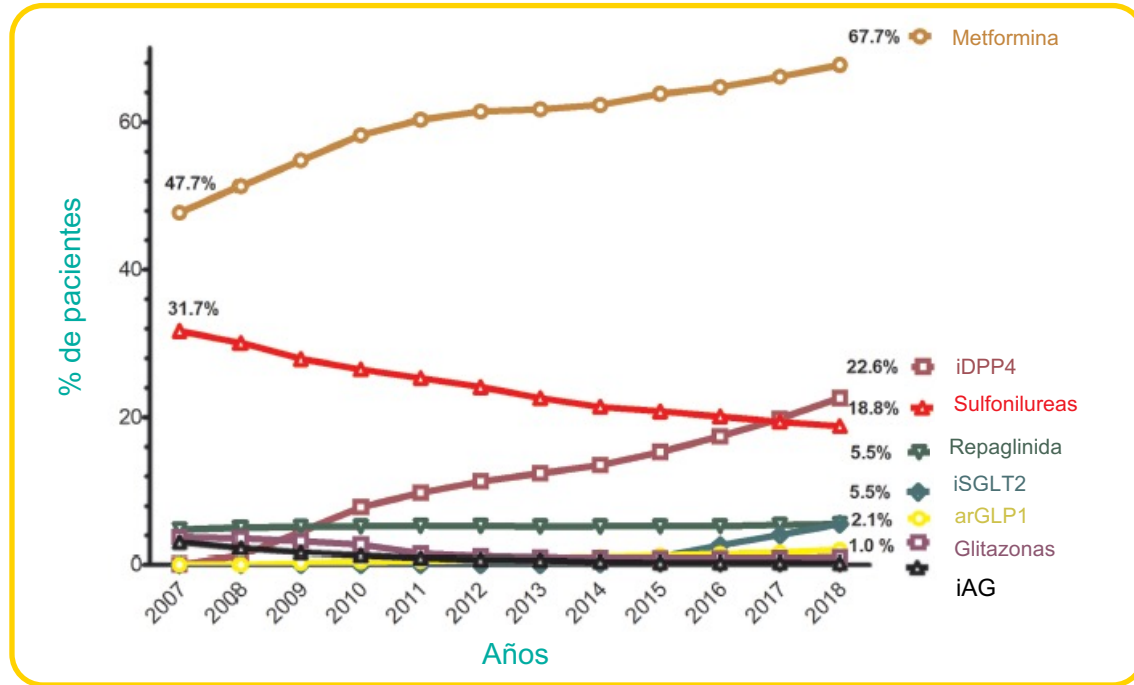




# Tendencias en los escalones de tratamiento. SIDIAP, 2007-2018 <sup>1</sup>



# Tendencias en la prescripción de Antidiabéticos no insulínicos. SIDIAP, 2007-2018<sup>1</sup>



# Tendencias en la prescripción de Antidiabéticos no insulínicos. SIDIAP, 2007-2018<sup>1</sup>

Supplementary table 1. Trends in the steps of antidiabetic treatment and prescribed antidiabetic drug classes

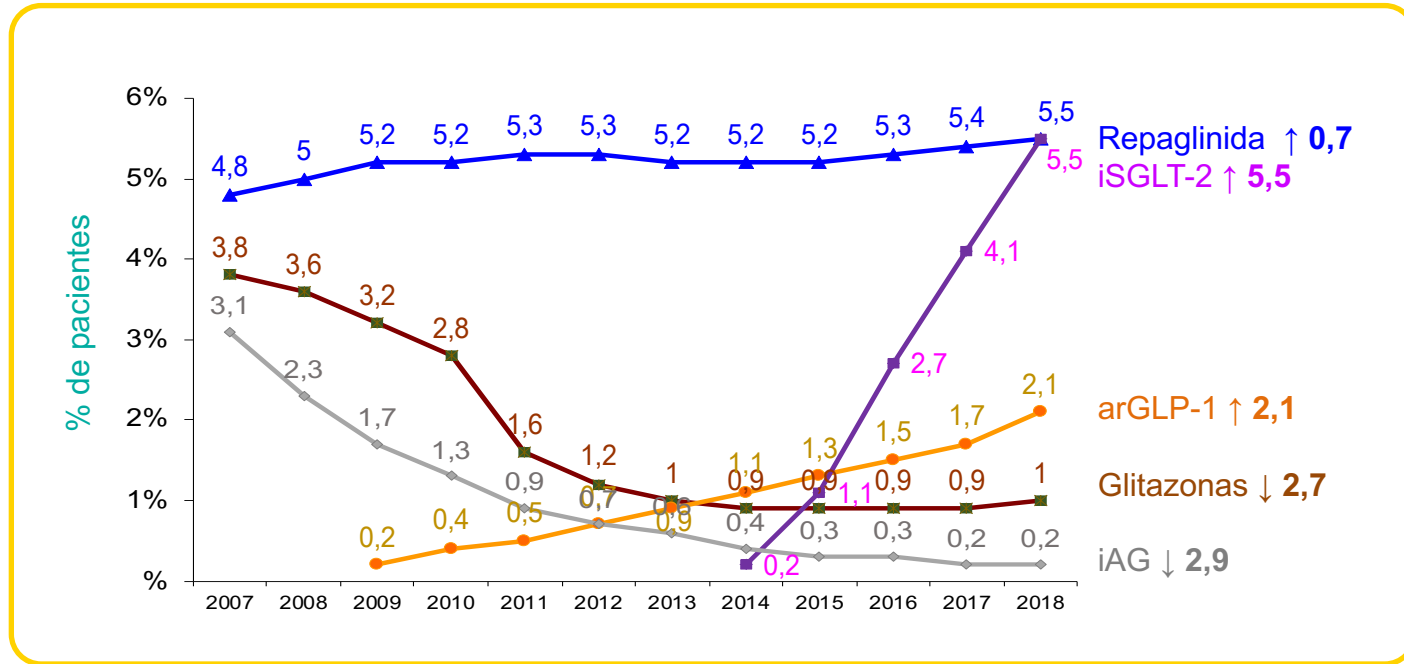
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	p-value*
<b>N</b>	<b>299855</b>	<b>318065</b>	<b>335771</b>	<b>355019</b>	<b>369600</b>	<b>384826</b>	<b>395470</b>	<b>402312</b>	<b>401175</b>	<b>404252</b>	<b>400209</b>	<b>394266</b>	-
<b>Steps of antidiabetic treatment</b>													
No antidiabetic drugs, n (%)	93154 (31.1)	95314 (30.0)	97147 (28.9)	97857 (27.6)	97839 (26.5)	100080 (26.0)	102492 (25.9)	102075 (25.4)	95497 (23.8)	91884 (22.7)	84137 (21.0)	74994 (19.0)	<0.001
NIAD monotherapy, n (%)	89703 (29.9)	96700 (30.4)	103390 (30.8)	110543 (31.1)	117488 (31.8)	123716 (32.1)	129026 (32.6)	132978 (33.1)	134536 (33.5)	135905 (33.6)	135623 (33.9)	134787 (34.2)	<0.001
NIAD double therapy, n (%)	55608 (18.5)	59220 (18.6)	61502 (18.3)	64873 (18.3)	68239 (18.5)	69461 (18.0)	68816 (17.4)	68430 (17.0)	68008 (17.0)	68202 (16.9)	68333 (17.5)	68819 (17.5)	<0.001
NIAD triple therapy, n (%)	9101 (3.04)	10459 (3.29)	14506 (4.32)	18650 (5.25)	18772 (5.08)	20127 (5.23)	20525 (5.19)	21239 (5.28)	23298 (5.8)	26269 (6.5)	29118 (7.3)	32143 (8.2)	<0.001
Insulin monotherapy, n (%)	20872 (6.9)	20954 (6.6)	20645 (6.2)	20426 (5.8)	20601 (5.6)	20745 (5.4)	21149 (5.4)	21203 (5.3)	20847 (5.2)	20386 (5.0)	19699 (4.9)	18636 (4.7)	<0.001
Insulin with NIAD combination, n (%)	31417 (10.5)	35418 (11.1)	38581 (11.5)	42670 (12.0)	46661 (12.6)	50697 (13.2)	53462 (13.5)	56387 (14.0)	58989 (14.7)	61606 (15.2)	63299 (15.8)	64887 (16.5)	<0.001
<b>Non-insulin antidiabetic drugs</b>													
Metformin, n(%)	142917 (47.7)	163130 (51.3)	183959 (54.8)	206545 (58.2)	222695 (60.3)	236151 (61.4)	243810 (61.7)	250611 (62.3)	255884 (63.8)	261498 (64.7)	264391 (66.1)	266881 (67.7)	<0.001
Sulphonylureas, n (%)	95178 (31.7)	95759 (30.1)	93704 (27.9)	93982 (26.5)	93359 (25.3)	92908 (24.1)	89372 (22.6)	86028 (21.4)	83633 (20.8)	81238 (20.1)	77704 (19.4)	74217 (18.8)	<0.001
Glinides, n (%)	14393 (4.8)	16018 (5.0)	17343 (5.2)	18566 (5.2)	19535 (5.3)	20321 (5.3)	20622 (5.2)	20990 (5.2)	20990 (5.2)	21263 (5.2)	21608 (5.4)	21832 (5.5)	<0.001
Thiazolidinediones, n (%)	11333 (3.8)	11558 (3.6)	10829 (3.2)	9768 (2.8)	5758 (1.6)	4577 (1.2)	3920 (0.9)	3610 (0.9)	3454 (0.9)	3465 (0.9)	3709 (0.9)	3972 (1.0)	<0.001
SGLT-2i, n (%)	-	-	-	-	-	-	649 (0.16)	4270 (1.0)	10706 (2.7)	16291 (4.1)	21830 (5.5)	28307 (7.2)	<0.001
DPP-4i, n (%)	-	4013 (1.3)	15064 (4.5)	27134 (7.8)	35985 (9.7)	43476 (11.3)	48882 (12.4)	54359 (13.5)	61412 (15.3)	70226 (17.4)	79369 (19.8)	88927 (22.6)	<0.001
GLP-1ra, n (%)	-	29 (0.01)	795 (0.2)	1515 (0.4)	1875 (0.5)	2799 (0.7)	3428 (0.9)	4316 (1.1)	5163 (1.3)	6079 (1.5)	6831 (1.7)	8189 (2.1)	<0.001
AGI, n (%)	9147 (3.1)	7418 (2.3)	5767 (1.7)	4495 (1.3)	3476 (0.9)	2776 (0.7)	2180 (0.6)	1707 (0.4)	1375 (0.3)	1098 (0.3)	909 (0.3)	673 (0.2)	<0.001

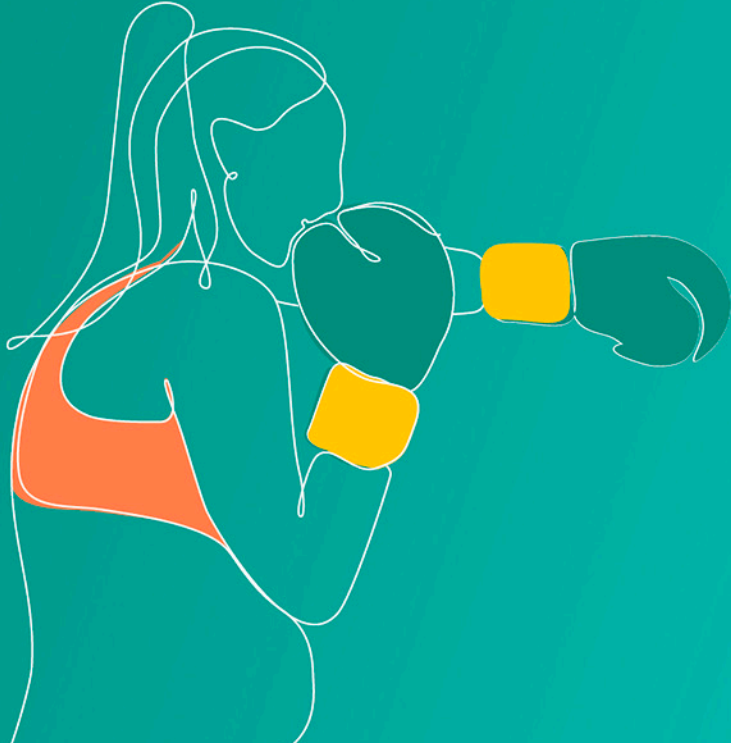
\* Chi-square trend test

GLP-1ra: agonista del receptor de GLP-1; AGI: inhibidor de la alfa-glicosidasa; SGLT-2i: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; SIDIAP: sistema de información para el desarrollo de la investigación en atención primaria.

1. Modificado por el autor: Supplement to: Mata Cases M *et al.* Front Endocrinol (Lausanne). 2022 Jan 10;12:810757. doi: 10.3389/fendo.2021.810757.

# Tendencias en la prescripción de Antidiabéticos no insulínicos. SIDIAP, 2007-2018<sup>1</sup>





¿Como deberíamos  
tratarla?

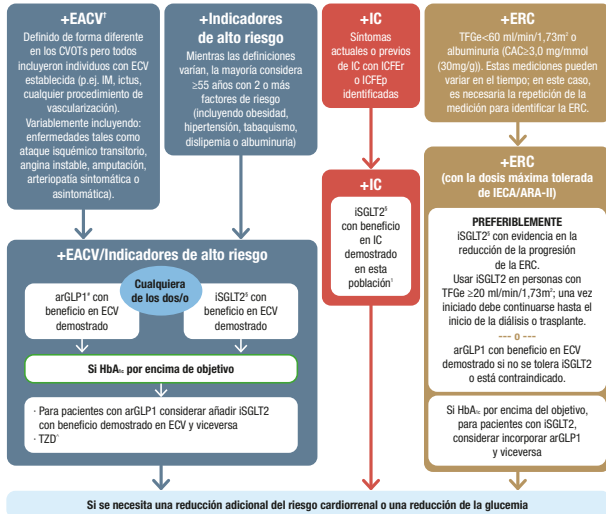
# Recomendaciones farmacológicas de la ADA/EASD 2022<sup>1</sup>

## Uso de tratamiento farmacológico de la hipoglucemia para el manejo de la diabetes tipo 2 (ADA/EASD 2022)

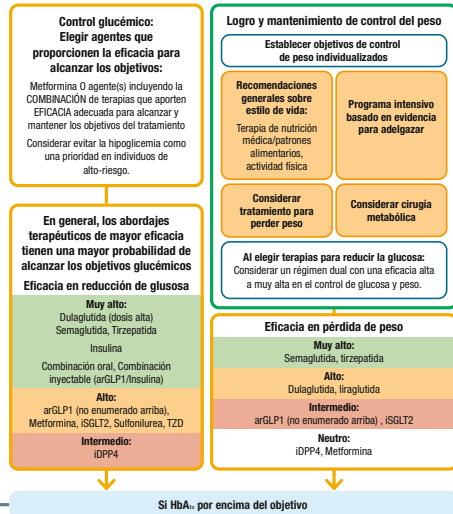
Hábitos de vida saludables; educación para el autocontrol de la diabetes (DSME); determinantes sociales de la salud (DSS)



Objetivo: Reducción del riesgo cardiovascular en paciente de alto riesgo con DM2 (además del manejo integral del riesgo CV)<sup>1</sup>



Objetivo: Logro y mantenimiento de los objetivos glucémicos y de control de peso



ARA-II: antagonista de los receptores de la angiotensina II; arGLP1: agonista del receptor de péptido 1 similar al glucagón; CAC: cociente de albúmina creatinina; CV: cardiovascular; CVOT: del inglés, cardiovascular outcome trials; DM2: diabetes mellitus tipo 2; DSME: del inglés, diabetes self-management education and support; DSS: determinantes sociales de la salud; EACV: enfermedad aterosclerótica cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; IMC: monitorización de glucosa continua; ERC: enfermedad renal crónica; HIC: hospitalización por insuficiencia cardíaca; IC: insuficiencia cardíaca; ICFe<sup>2</sup>: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada; ICFe<sup>3</sup>: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4; IM: infarto de miocardio; ISGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa 2; MACE: compuesto de tres acontecimientos adversos cardiovasculares mayores; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada; TZD: tiazolidinediona.

<sup>1</sup>En pacientes con IC, ERC y ECV establecida o múltiples factores de riesgo de ECV, la decisión entre el uso de arGLP1 o ISGLT2 con beneficios demostrados debe ser independiente del uso de metformina. Se justifica por una recomendación fuerte para personas con ECV y por una recomendación más débil para aquellos con indicadores de alto riesgo ECV. Además, una reducción del riesgo relativo más elevada y, por lo tanto, un menor número necesario a tratar se observa en niveles más altos de riesgo inicial y debe tenerse en cuenta en el proceso de toma de decisiones compartida. Ver texto para más detalles; \*Dosis baja de TZD puede ser mejor tolerada y con la misma eficacia; <sup>2</sup>Para los ISGLT2, los ensayos clínicos con resultados CV y renales demuestran su eficacia en la reducción del riesgo compuesto de MACE, muerte CV, muerte por todas causas, IM, HIC, y resultados renales en individuos con DM2 con ECV establecida/alto riesgo ECV; <sup>3</sup>Para arGLP1, los CVOTs demuestran su eficacia en reducir el compuesto de MACE, muerte CV, muerte por todas causas, IM, ictus y en criterios de valoración renales en individuos con DM2 con ECV establecida/alto riesgo ECV.

Las recomendaciones del consenso ADA/EASD<sup>1</sup> para el abordaje de la diabetes tipo 2 pueden no reflejar con exactitud la indicación de uso de los medicamentos. Para información más detallada, por favor consultar las fichas técnicas vigentes en <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Tirzepatida no está actualmente comercializada en España.



# Recomendaciones farmacológicas de la ADA/EASD 2022<sup>1</sup>

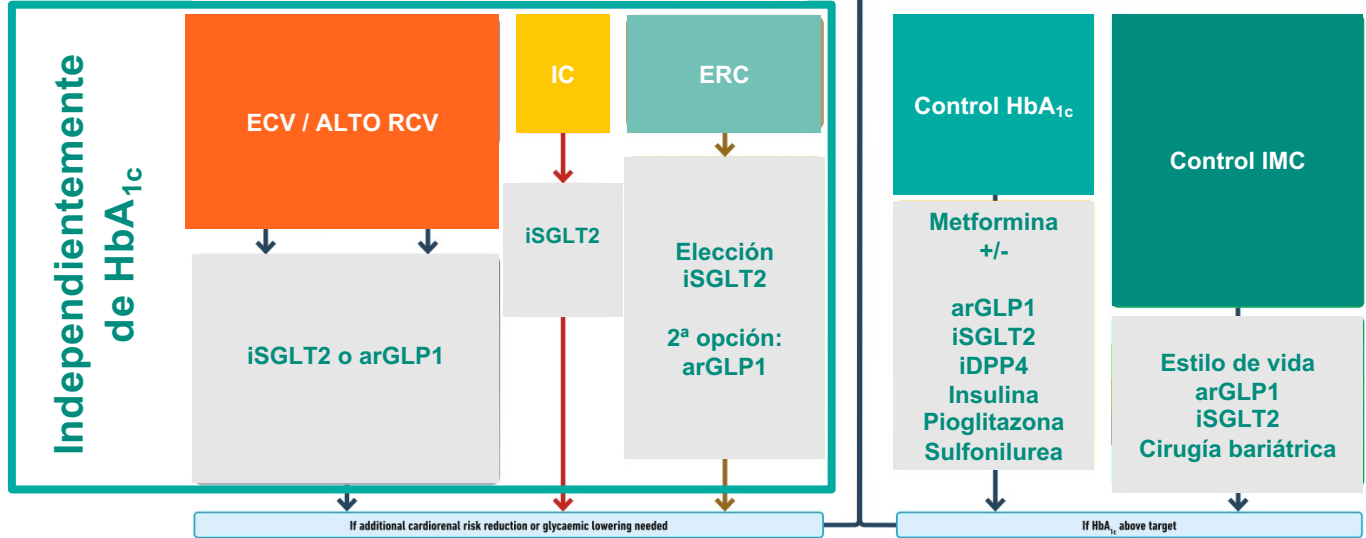
Uso de tratamiento farmacológico de la hipoglucemia para el manejo de la diabetes tipo 2 (ADA/EASD 2022)

Hábitos de vida saludables; educación para el autocontrol de la diabetes (DSME); determinantes sociales de la salud (DSS)



Objetivo: Reducción del riesgo cardiovascular en paciente de alto riesgo con DM2 (además del manejo integral del riesgo CV)\*

Objetivo: Logro y mantenimiento de los objetivos glucémicos y de control de peso



ACEI, Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor; ACR, Albumin/Creatinine Ratio; ARB, Angiotensin Receptor Blocker; ASCVD, Atherosclerotic Cardiovascular Disease; CGM, Continuous Glucose Monitoring; CKD, Chronic Kidney Disease; CV, Cardiovascular; CVD, Cardiovascular Disease; CVOT, Cardiovascular Outcomes Trial; DPP-4i, Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor; eGFR, Estimated Glomerular Filtration Rate; GLP-1 RA, Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist; HF, Heart Failure; HFpEF, Heart Failure with preserved Ejection Fraction; HFwEF, Heart Failure with reduced Ejection Fraction; HHF, Hospitalisation for Heart Failure; MACE, Major Adverse Cardiovascular Events; MI, Myocardial Infarction; SDOH, Social Determinants of Health; SGLT2i, Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor; T2D, Type 2 Diabetes; TZD, Thiazolidinedione.

\* In people with HF, CKD, established CVD or multiple risk factors for CVD, the decision to use a GLP-1 RA or SGLT2i with proven benefit should be independent of background use of metformin.† A strong recommendation is warranted for people with CVD and a weaker recommendation for those with indicators of high CV risk. Moreover, a higher absolute risk reduction and thus lower numbers needed to treat are seen at higher levels of baseline risk and should be factored into the shared decision-making process. See text for details: † Low-dose TZD may be better tolerated and similarly effective; § For SGLT2i, CV renal outcomes trials demonstrate their efficacy in reducing the risk of composite MACE, CV death, all-cause mortality, MI, HF and renal outcomes in individuals with T2D with established high risk of CVD; # For GLP-1 RA, CVOTs demonstrate their efficacy in reducing composite MACE, CV death, all-cause mortality, MI, stroke and renal endpoints in individuals with T2D with established high risk of CVD.

- Identify barriers to goals:
- Consider DSME referral to support self-efficacy in achievement of goals
  - Consider technology (e.g. diagnostic CGM) to identify therapeutic gaps and tailor therapy
  - Identify and address SDOH that impact on achievement of goals

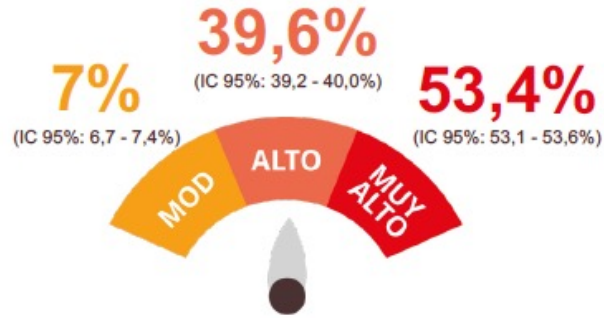
Modificado de las guías ADA/EASD 2022. Las recomendaciones del consenso ADA/EASD<sup>1</sup> para el abordaje de la diabetes tipo 2 pueden no reflejar con exactitud la indicación de uso de los medicamentos. Para información más detallada, por favor consultar las fichas técnicas vigentes en <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Tirzepatida está actualmente comercializada en España.

arGLP-1: agonista del receptor de GLP-1; **ECV**: enfermedad cardiovascular; **ERC**: enfermedad renal crónica; **HbA<sub>1c</sub>**: hemoglobina glicada; **IC**: insuficiencia cardiaca; **iDPP4**: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; **IMC**: índice de masa corporal; **iSGLT-2**: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; **RCV**: riesgo cardiovascular.  
1. Modificado de: Davies, M J et al. Diabetologia 2022;65(12):1-42.

# Un 93% de los pacientes con DM2 presentan un riesgo alto o muy alto de sufrir eventos CV fatales\*1

Estudio de 373.195 pacientes con DM2 según las categorías de riesgo CV de las guías ESC 2019 en el ámbito de AP en población mediterránea (datos de SIDIAP).<sup>1</sup>

Riesgo de sufrir eventos fatales en los siguientes 10 años\*



**Table 1** Distribution of patients with type 2 diabetes according to cardiovascular mortality risk categories in primary healthcare services in Catalonia (Spain)

ESC cardiovascular mortality risk categories <sup>a,b</sup>		Total (N = 373 185) N % (95%CI)	Female (N = 168 478) N % (95%CI)	Male (N = 204 707) N % (95%CI)
Very high risk	With CVD	99 527 26.7 (26.4–26.9)	37 635 22.3 (21.9–22.8)	61 892 30.2 (29.9–30.6)
	Target organ damage <sup>c</sup> or ≥3 risk factors <sup>d</sup>	99 575 26.7 (26.4–27.0)	47 702 28.3 (27.9–28.6)	51 873 25.3 (25.0–25.7)
High risk <sup>e</sup>		147 779 39.6 (39.2–40.0)	71 879 42.7 (42.3–43.1)	73 577 35.9 (35.6–36.3)
Moderate risk <sup>f</sup>		26 304 7.0 (6.7–7.4)	11 262 6.7 (6.2–7.1)	17 365 8.5 (8.1–8.9)

\*Se utilizaron las categorías de las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre diabetes y enfermedades cardiovasculares. Las tres categorías son: riesgo muy alto (riesgo de muerte CV a 10 años superior a 10%), riesgo alto (riesgo de muerte CV a 10 años entre 5% y 10%) y riesgo moderado (riesgo de muerte CV a 10 años por debajo del 5%).

AP: Atención Primaria; CV: cardiovascular; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; ESC: Sociedad Europea de Cardiología; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

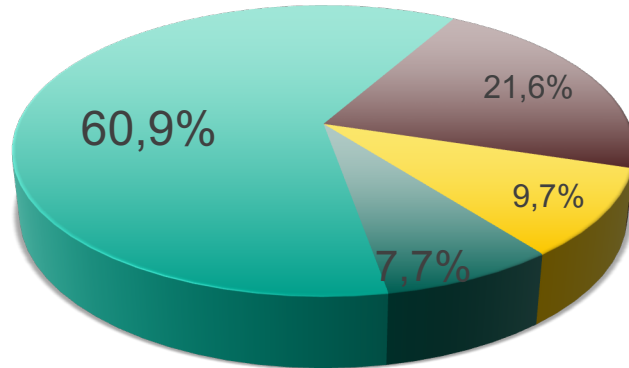
1. Cebrián-Cuenca AM, et al. Eur J Prev Cardiol. 2022; 28(18):e32-e34.



# Distribución de pacientes según las categorías de riesgo KDIGO 2012<sup>1</sup>

**Riesgo relativo ajustado para 5 eventos** (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, insuficiencia renal tratada con diálisis o trasplante, insuficiencia renal aguda y progresión de la enfermedad renal).

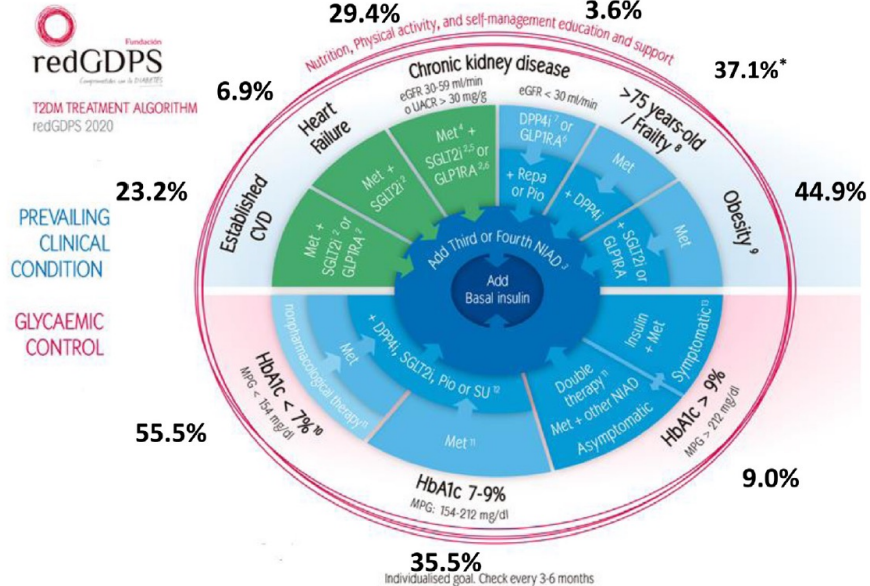
Un total de **236.830 (63,5%) pacientes** presentaba ambos valores de TFGe (mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) y CAC (mg/g). Base de datos SIDIAP 2016.



**Riesgo alto o muy alto: 17,4%**

- Riesgo bajo (TFGGe>60 y CAC<30)
- Riesgo moderado (CAC 30-300 o TFGGe 45-60)
- Riesgo alto (CAC>300 o TFGGe 45-60 + CAC <30 o TFGGe<45)
- Riesgo muy alto (TFGGe<60 + CAC>300 o TFGGe<45 + CAC 30-300)

# Comorbilidades en el algoritmo de tratamiento de la DM2 RedGDPS<sup>1</sup>



Contents lists available at ScienceDirect

**Primary Care Diabetes**

ELSEVIER

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/pcd>

PCDE  
Primary Care Diabetes

primary care diabetes

Original research

Evaluation of clinical and antidiabetic treatment characteristics of different sub-groups of patients with type 2 diabetes: Data from a Mediterranean population database

**El 80% de los pacientes con DM2 de SIDIAP están representados en la mitad superior del algoritmo.<sup>1</sup>**

**Un 55% tienen alguna de las condiciones con beneficios demostrados en ensayos clínicos cardiovasculares (ECV, ERC o IC).<sup>1</sup>**

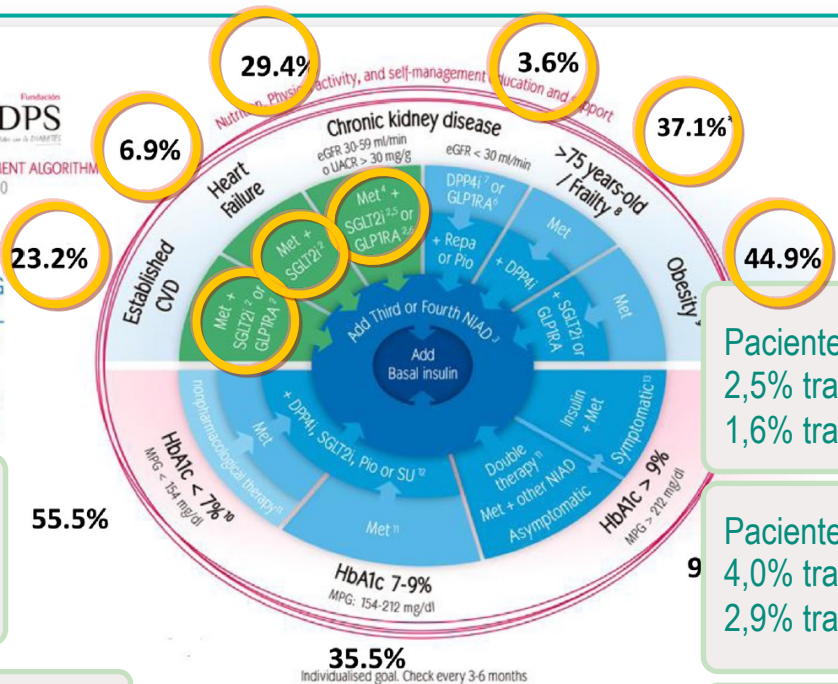
\*Los datos no incluyen a los pacientes frágiles.

DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; IC: insuficiencia cardíaca; RedGDPS: Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria.

1. Mata-Cases M, et al. Prim Care Diabetes. 2021 Jun;15(3):588-595.

PREVAILING CLINICAL CONDITION

GLYCAEMIC CONTROL



Pacientes con ECV<sup>1</sup>  
 2,6% tratados con un iSGLT2  
 1,4% tratados con un arGLP1

Pacientes con IC<sup>1</sup>  
 1,8% tratados con un iSGLT2  
 1,3% tratados con un arGLP1

Pacientes con ERC<sup>1</sup>  
 2,5% tratados con un iSGLT2  
 1,6% tratados con un arGLP1

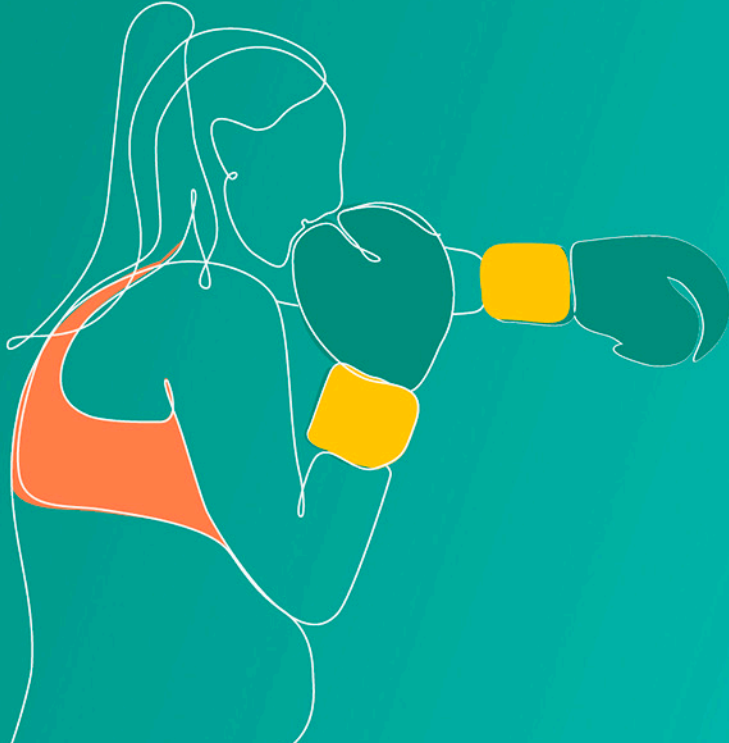
Pacientes con Obesidad<sup>1</sup>  
 4,0% tratados con un iSGLT2  
 2,9% tratados con un arGLP1

Todos los Pacientes<sup>1</sup>  
 2,6% tratados con un iSGLT2  
 1,4% tratados con un arGLP1

\*Los datos no incluyen a los pacientes frágiles.

arGLP1: agonista del receptor de GLP-1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; IC: insuficiencia cardíaca; iSGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; redGDPS: Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria.

1. Mata-Cases M, et al. Prim Care Diabetes. 2021 Jun;15(3):588-595.



**¿Y qué hay de la  
inercia terapéutica?  
¿Intensificamos el  
tratamiento a tiempo?**

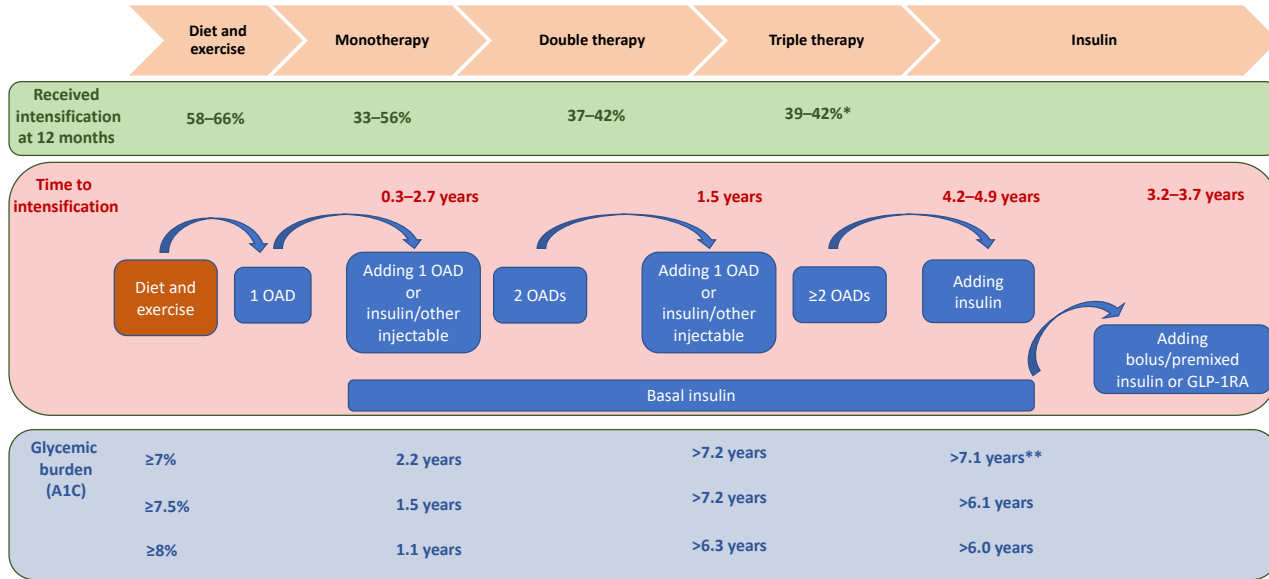
## Estudios sobre inercia terapéutica en España

Estudio	N	Escalón basal	Duración seguimiento	Inercia (no intensificación)	Tiempo hasta intensificación	HbA <sub>1c</sub> en la intensificación
DIAMOND España <sup>1</sup>	1.202 que cambian a biterapia	Monoterapia oral	Retrospectivo desde la intensificación	--	2,0 años	8,1%
GEDAPS Catalunya <sup>2</sup>	2.783 con HbA <sub>1c</sub> >7%	Cualquiera	1 año	33%	No disponible	8,4%
Martorell <sup>3</sup>	101 con HbA <sub>1c</sub> >7%	Cualquiera	15 meses	40,6%	No disponible	8%
Inercia España <sup>4</sup>	1.555 con HbA <sub>1c</sub> ≥7%	ADNIs	2 años	52,5%	No disponible	No disponible
SIDIAP Catalunya <sup>5</sup>	23.678 con HbA <sub>1c</sub> >7%	≥ 2 ADNIs	5 años	26,2%	22,6 meses	8,7% para ADNI 9,4% para insulina
Alumbra valencia <sup>6</sup>	1.628 con HbA <sub>1c</sub> ≥7,5%	≥ 2 ADNIs	4 años	42,9%	14,5 meses	8,6% para ADNI 9,2% para insulina

ADNI: antidiabético no insulínico; GEDAPS: Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud; HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glicada; SIDIAP: sistema de información para el desarrollo de la investigación en atención primaria.

1. Conthe P, *et al.* Diabetes Res Clin Pract. 2011 Jan;91(1):108-14. 2. Mata-Cases M, *et al.* Curr Med Res Opin. 2013 Nov;29(11):1495-502. 3. Lopez-Simarro F, *et al.* Med Clin (Barc). 2012;138:377-84. 4. González-Clemente JM *et al.* Med Clin (Barc). 2013 Apr 23. pii: S0025-7753(13)00218-2. 5. Mata-Cases M, *et al.* Diabetes Obes Metab. 2018 Jan;20(1):103-112. 6. Ampudia-Blasco FJ, *et al.* J Diabetes Complications. 2021 Mar;35(3):107828.

# Inercia terapéutica y carga glucémica: retraso en la intensificación y con HbA<sub>1c</sub> muy elevadas<sup>1</sup>



**Therapeutic Inertia: Still a Long Way to Go That Cannot Be Postponed**  
Mansel Math, Cesar L23†, Jeanne French, Nadal L24†, Márcio Costabile, Leand D'Alto, Mauricio L25

**Esquema de la inercia terapéutica** que muestra la proporción de pacientes por encima del objetivo que reciben intensificación en 12 meses (en verde); la mediana de tiempo hasta la intensificación desde el momento en que el nivel de A<sub>1c</sub> está por encima del umbral (en rojo); y la carga glucémica (es decir, el tiempo con un nivel de A<sub>1c</sub> por encima del objetivo [7, 7,5 u 8%]) durante un periodo de tiempo determinado (en azul).<sup>1</sup>

\*Estimado en pacientes con dos OADs y tres OADs después de 14 meses.  
 \*\*Estimado en pacientes con tres OADs.  
 GLP-1RA: agonista del receptor del GLP-1; HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glicada; OAD: antidiabético oral.  
 1. Mata-Cases M, et al. Diabetes Spectrum 2020 Feb; 33(1): 50-57.

# Recomendaciones farmacológicas de la ADA/EASD 2022<sup>1</sup>

Uso de tratamiento farmacológico de la hipoglucemia para el manejo de la diabetes tipo 2 (ADA/EASD 2022)

Hábitos de vida saludables; educación para el autocontrol de la diabetes (DSME); determinantes sociales de la salud (DSS)

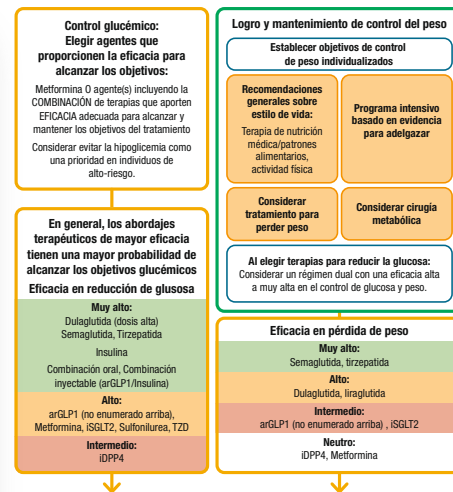
Para evitar la inercia clínica, se ha de reevaluar y modificar el tratamiento regularmente (3-6 meses)

Objetivo: Reducción del riesgo cardiovascular en paciente de alto riesgo con DM2 (además del manejo integral del riesgo CV)<sup>a</sup>

Objetivo: Logro y mantenimiento de los objetivos glucémicos y de control de peso



Las recomendaciones del consenso ADA/EASD<sup>1</sup> para el abordaje de la diabetes tipo 2 pueden no reflejar con exactitud la indicación de uso de los medicamentos. Para información más detallada, por favor consultar las fichas técnicas vigentes en <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Tirzepatida no está actualmente comercializada en España.



Si HbA<sub>1c</sub> por encima del objetivo

**Identificar barreras a los objetivos:**

- Considerar la remisión a DSMEs para apoyar la autoeficacia en el logro de los objetivos.
- Considerar el uso de tecnología (por ej. MGC) para identificar lagunas terapéuticas y terapia a medida.
- Identificar y abordar los DSS con impacto en el logro de los objetivos.

1. Davies, MJ et al. Diabetologia 2022;65(12):1-42.



# Algoritmo de tratamiento de la DM2 RedGDPS<sup>1</sup>

11. Reevaluar HbA<sub>1c</sub> a los 3 meses tras inicio o cambio terapéutico e intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado.

Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA<sub>1c</sub> cada 6 meses.<sup>1</sup>



## ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2020

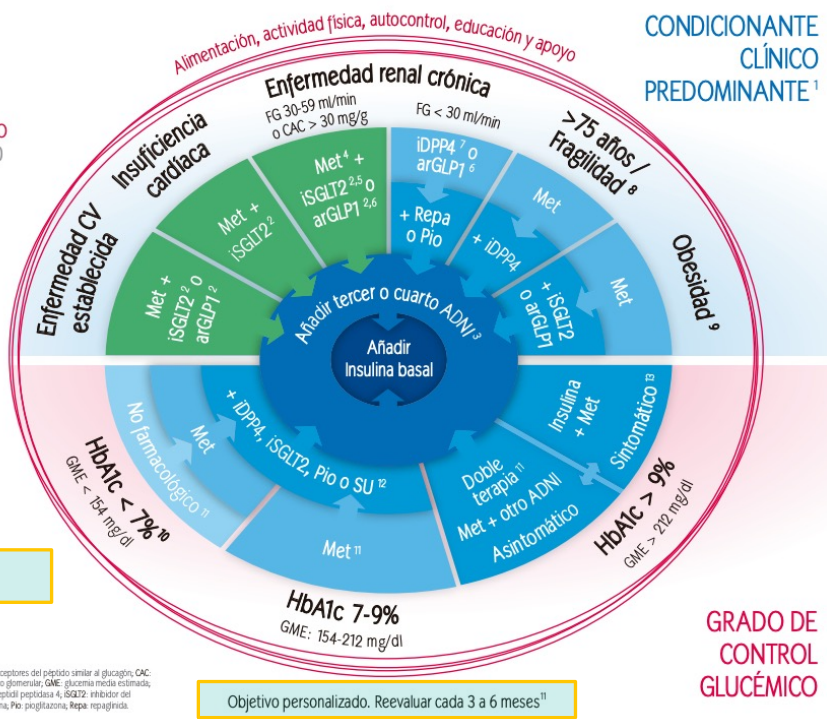
1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante prevalece sobre los valores de HbA<sub>1c</sub>. En color verde opciones con evidencias en reducción de eventos. En España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>.
2. iSGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos. En España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>.
3. No asociar iDPP4 con arGLP1, ni SU con repaglinida.
4. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
5. Prescribir los iSGLT2 según la ficha técnica: no iniciar si FG < 60 ml/min, suspender si FG < 45 ml/min (abril 2020).
6. Inagliptina, Dabigatán y Semaglutida se pueden prescribir si FG > 30 ml/min.
7. Reducir la dosis de acuerdo con la ficha técnica, excepto linagliptina que no requiere ajustes.
8. Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos para reducir el riesgo de hipoglucemia, especialmente en pacientes tratados con insulina o sulfonilureas con HbA<sub>1c</sub> < 6,5%.
9. Si IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> se prefiere un arGLP1. Considerar también la cirugía bariátrica.
10. Considerar un objetivo de HbA<sub>1c</sub> < 6,5% en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico, evitando fármacos con riesgo de hipoglucemia.

11. Reevaluar HbA<sub>1c</sub> a los 3 meses tras inicio o cambio terapéutico e intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA<sub>1c</sub> cada 6 meses.

12. Glicada o glicemiprida.
13. Clínica cardinal: poluria, polidipsia y pérdida de peso.

### ABREVIATURAS:

ADNI: antidiabético no insulínico, arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; CAC: cociente albúmina/creatinina, CV: cardiovascular, FG: filtrado glomerular, GME: glucemia media estimada, HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glucosilada, iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4, iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2, Met: metformina, Pio: pioglitazona, Repa: repaglinida.

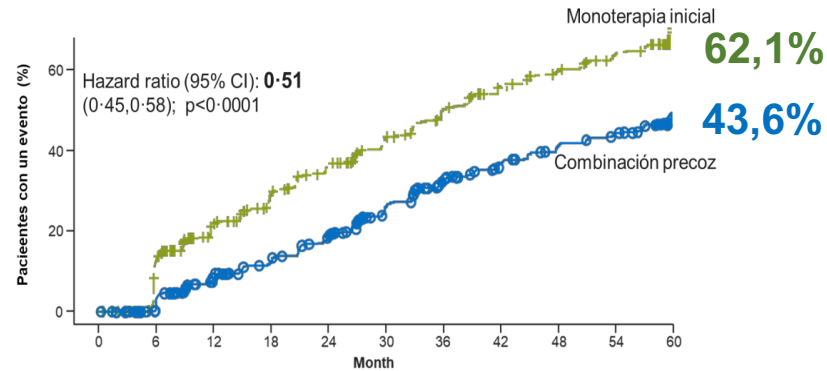




# Estudio Verify: Tratamiento combinado de inicio vs escalonado<sup>1</sup>

## Incidencia del fracaso primario HR 0,51

- 2001 pacientes con DM2 de reciente diagnóstico (3,3 meses), HbA<sub>1c</sub>: 6,7%, IMC 31, edad 54,1 años
- Aleatorizados a metformina o metformina+vildagliptina
- Fracaso primario: HbA<sub>1c</sub> ≥7% (2 veces): adición de vildagliptina
- Fracaso secundario (insulinización): a criterio del profesional
- Seguimiento de 5 años<sup>1</sup>



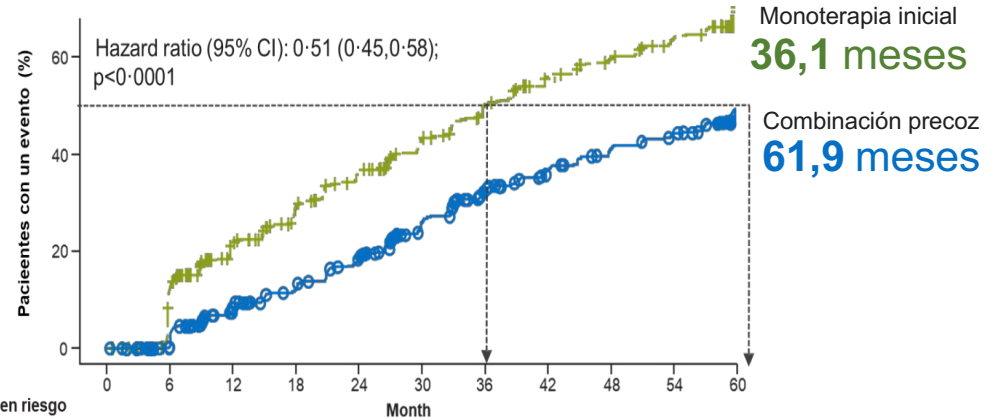
### Pacientes en riesgo

Monoterapia inicial	983	960	862	815	752	671	597	551	509	478	187
Combinación precoz	989	937	733	661	576	503	434	377	337	299	108

# Estudio Verify: Tratamiento combinado de inicio vs escalonado<sup>1</sup>

**Incidencia del fracaso primario HR 0,51**

- 2001 pacientes con DM2 de reciente diagnóstico (3,3 meses), HbA<sub>1c</sub>: 6,7%, IMC 31, edad 54,1 años
- Aleatorizados a metformina o metformina+vildagliptina
- Fracaso primario: HbA<sub>1c</sub> ≥7% (2 veces): adición de vildagliptina
- Fracaso secundario (insulinización): a criterio del profesional
- Seguimiento de 5 años<sup>1</sup>



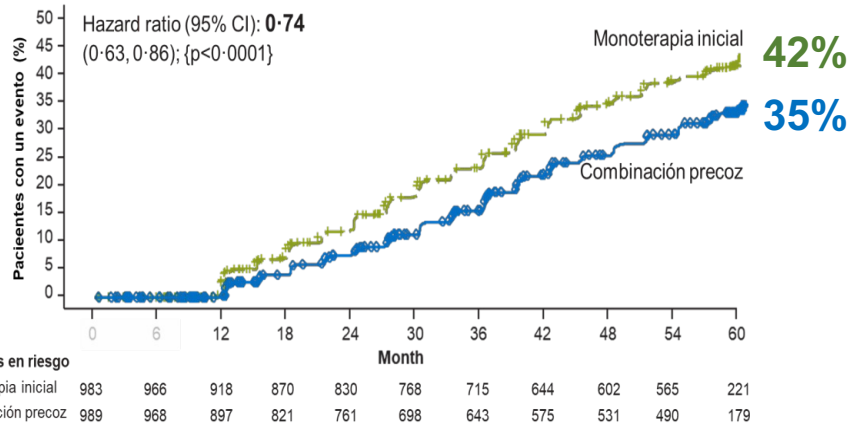
Pacientes en riesgo

Monoterapia inicial	983	960	862	815	752	671	597	551	509	478	187
Combinación precoz	989	937	733	661	576	503	434	377	337	299	108

# Estudio Verify: Tratamiento combinado de inicio vs escalonado<sup>1</sup>

## Incidencia fracaso secundario (insulinización) HR 0,74

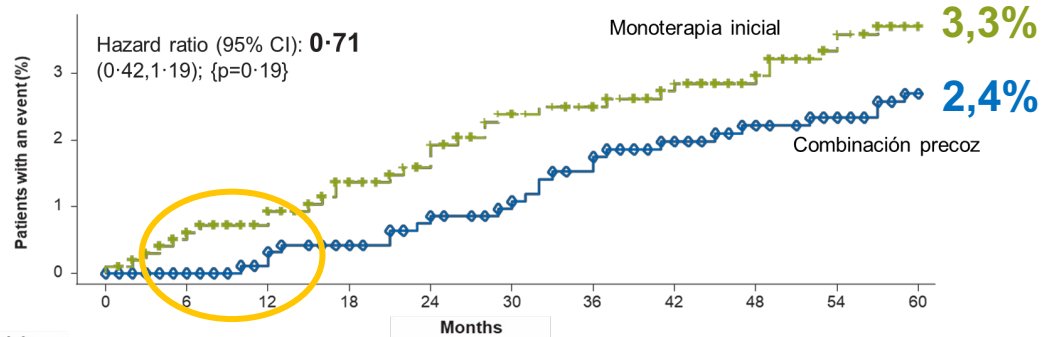
- 2001 pacientes con DM2 de reciente diagnóstico (3,3 meses), HbA<sub>1c</sub>: 6,7%, IMC 31, edad 54,1 años
- Aleatorizados a metformina o metformina+vildagliptina
- Fracaso primario: HbA<sub>1c</sub> ≥7% (2 veces): adición de vildagliptina
- Fracaso secundario (insulinización): a criterio del profesional
- Seguimiento de 5 años<sup>1</sup>



# Estudio Verify: Tiempo hasta el primer evento macrovascular<sup>1</sup>

## Incidencia fracaso secundario (insulinización) HR 0,74

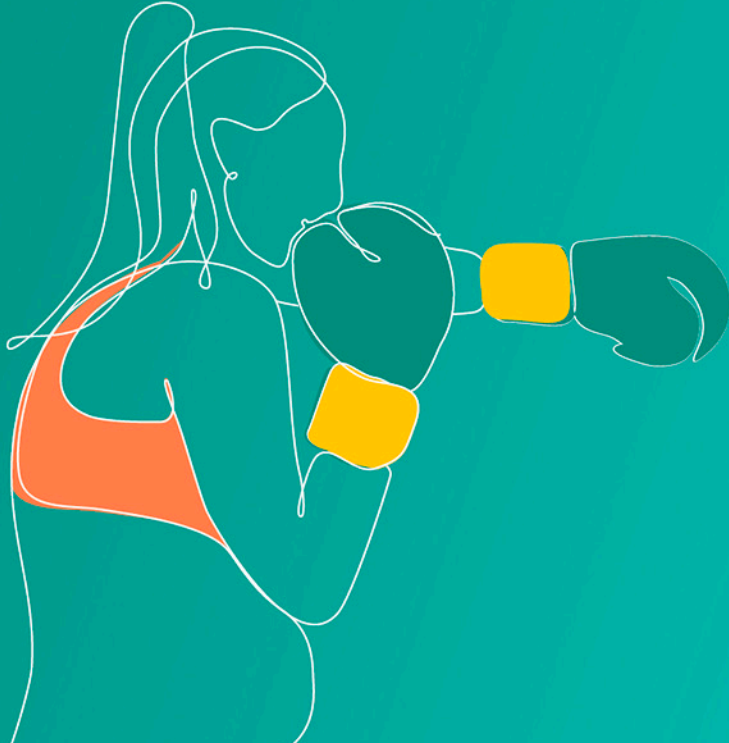
- En los pacientes tratados con MET + VILDA precoz se observó un **29% menos de ECV** a lo largo de 5 años.<sup>1</sup>
- Se trata de un objetivo exploratorio y sin significación estadística.<sup>1</sup>



	CV events	
	First	Total
Sequential	33	44
Combination	24	30

### Patients at risk

	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Initial monotherapy	1003	967	923	895	875	852	842	824	806	783	710
Early combination	996	970	947	924	912	890	874	846	822	809	731
<b>Number of events</b>											
Initial monotherapy	1	6	9	13	18	22	23	26	27	32	33
Early combination	0	0	3	4	8	10	16	18	20	21	24



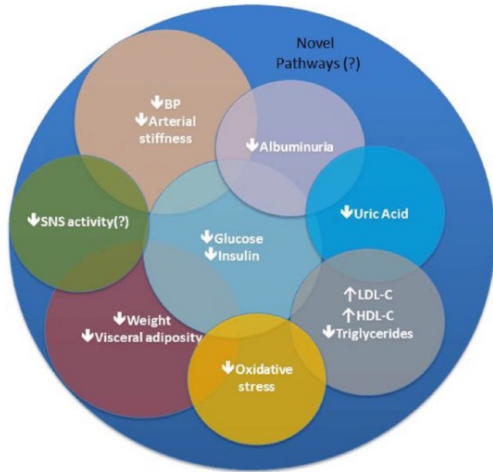
**¿Qué datos tenemos  
en mundo real sobre  
los beneficios de los  
iSGLT2 en pacientes  
con DM2?**

DM2: diabetes mellitus tipo 2; iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.

Feature Article

## SGLT-2 inhibitors and cardiovascular risk: Proposed pathways and review of ongoing outcome trials

Silvio E Inzucchi<sup>1</sup>, Bernard Zinman<sup>2</sup>, Christoph Wanner<sup>3</sup>, Roberto Ferrari<sup>4,5</sup>, David Fitchett<sup>6</sup>, Stefan Hantel<sup>7</sup>, Rosa-Maria Espadero<sup>8</sup>, Hans-lürgen Woerle<sup>9</sup>, Uli C Broedl<sup>9</sup> and Odd Erik Johansen<sup>10</sup>



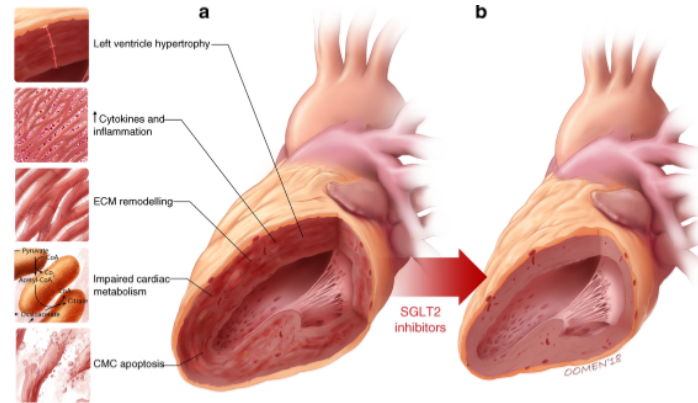
1. Inzucchi SE, et al. *Diab Vasc Dis Res*. 2015;12(2):90-100.

Diabetologia  
<https://doi.org/10.1007/s00125-018-4670-7>

REVIEW

## SGLT2 inhibitors and mechanisms of cardiovascular benefit: a state-of-the-art review

Subodh Verma<sup>1</sup> · John J. V. McMurray<sup>2</sup>



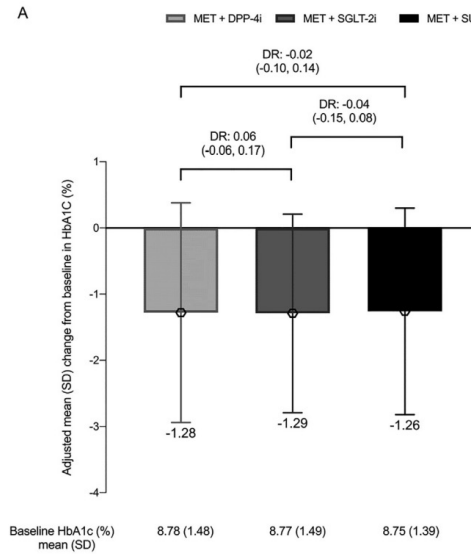
2. Verma S, et al. *Diabetologia*. 2018. 61:2108-2117

# Resultados de la adición de sulfonilureas, iDPP4 o iSGLT2 como segundo antidiabético en pacientes con DM2 en tratamiento con metformina<sup>1</sup>

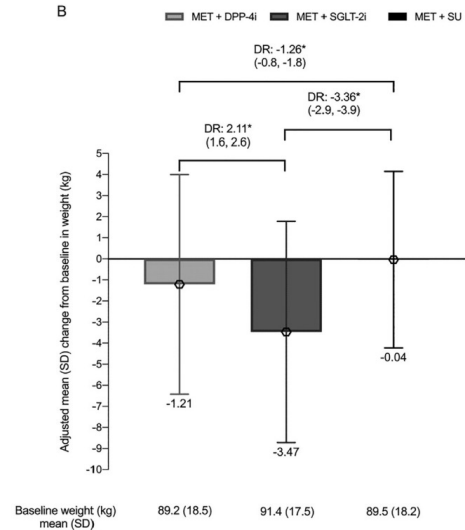
## SIDIAP 2010-2018



Cambios en la HbA<sub>1c</sub> a los 3-24 meses\*



Cambios en el peso a los 3-24 meses\*



\*Análisis de casos completos (con valores pre y post).

DM2: diabetes mellitus tipo 2; IDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; ISGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; MET: metformina; SIDIAP: sistema de información para el desarrollo de la investigación en atención primaria; SU: sulfonilurea.

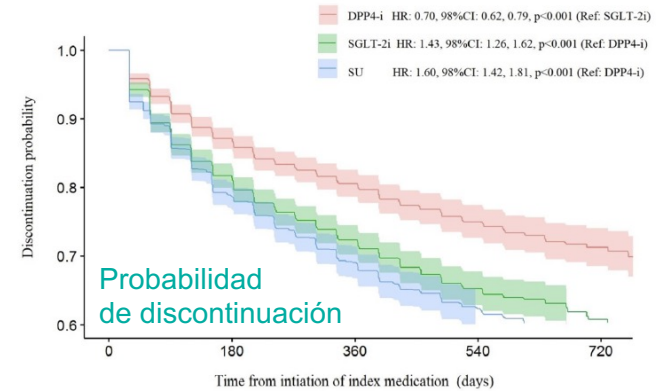
1. Vlachos B, Mundet-Tuduri X, Mata-Cases M, et al. Diabetes Res Clin Pract. 2020 Dec 10;171:108616.

# Adherencia y persistencia en el segundo escalón terapéutico<sup>1</sup>

## SIDIAP 2010-2018

**TABLE 1** | Medical possession ratio, adherence, persistence (time until discontinuation and discontinuations) among the three treatment groups.

	MET+ DPP-4i (n = 2113)	MET+SGLT-2i (n = 2117)	MET+ SU (n = 2056)
<b>Medical possession ratio (MPR)</b>			
Medication possession ratio, Mean (SD)	0.71 (0.34)**	0.78 (0.34)**	0.63 (0.35)**
Medication possession ratio, Median [IQR: 25th;75th]	0.86 [0.43;1.00]**	1.00 [0.62;1.00]**	0.64[0.33;1.00]**
Number medicine packages dispensed, Mean (SD)	10.6 (8.62)*	10.7 (8.52)*	9.88 (12.9)*
Poor adherence (< 0.8)	981 (46.4%)**	662 (31.3%)**	1172 (57.0%)**
Good adherence (>0.8)	1132 (53.6%)**	1455 (68.7%)**	884 (43.0%)**
<b>Persistence</b>			
Persistence time on treatment, Mean (SD)	372 (330)**	385 (289)**	343 (306)**
Persistence time on treatment, Median, [IQR: 25th;75th]	274 [121;548]**	333 [150;600]**	272 [91.2;486]**
<b>Discontinuation events</b>			
Discontinuation of treatment 6 m: % (98% CI Linf, Lsup)	12.9 (11.4, 14.5)	18.6 (16.8, 20.4)	21.3 (19.4, 23.2)
Discontinuation of treatment 12 m: % (98% CI Linf, Lsup)	20.1(18.0, 22.0)	28.6 (26.4, 30.7)	32.1 (29.7, 34.3)
Discontinuation of treatment 24 m: % (98% CI Linf, Lsup)	28.8 (26.0, 31.4)	39.7(36.8, 42.5)	43.0 (39.8, 48.9)



	iDPP4	iSGLT2	SU
Buena adherencia (>0.8)	53,6%	66,7%	43,0%
Discontinuación 24 m	28,8%	39,7%	43,0%
Persistencia (mediana, días)	274	333	272

iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; iSGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; MET: metformina; SIDIAP: sistema de información para el desarrollo de la investigación en atención primaria; SU: sulfonilurea.

1. Vlachó B, Mata-Cases M, Mundet-Tudurí X, et al. Front Endocrinol (Lausanne). 2021 Jul 14;12:708372. doi:10.3389/fendo.2021.708372.



# Estudio CVD-REAL 2, Catalunya 2013 -2016 iSGLT2 vs Otros Antidiabéticos<sup>1</sup>

Real et al. *Cardiovasc Diabetol* (2021) 20:139  
<https://doi.org/10.1186/s12933-021-01323-5>

Cardiovascular Diabetology

ORIGINAL INVESTIGATION

Open Access

Cardiovascular and mortality benefits of sodium–glucose co-transporter-2 inhibitors in patients with type 2 diabetes mellitus: CVD-Real Catalonia

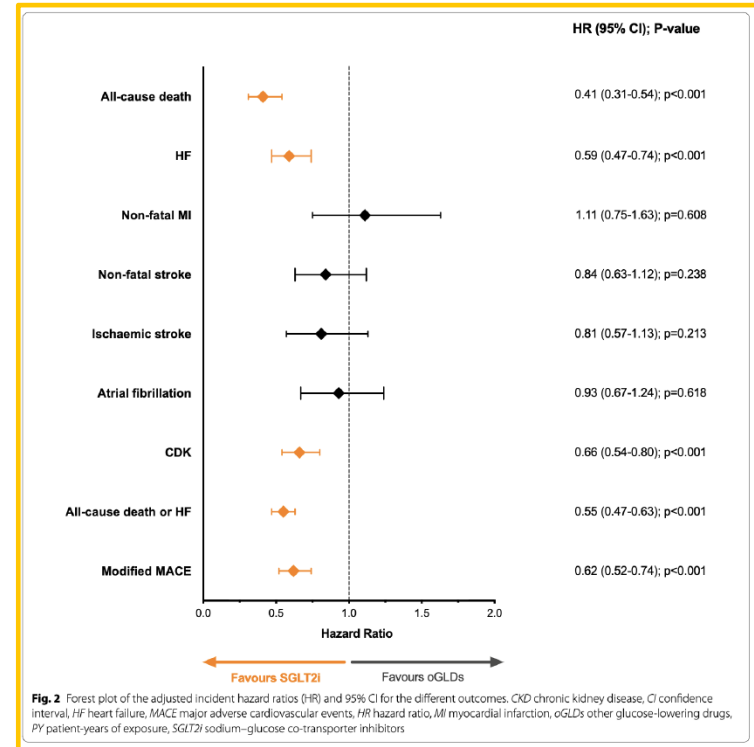
## Propensity Score Matching

12.917 iSGLT2

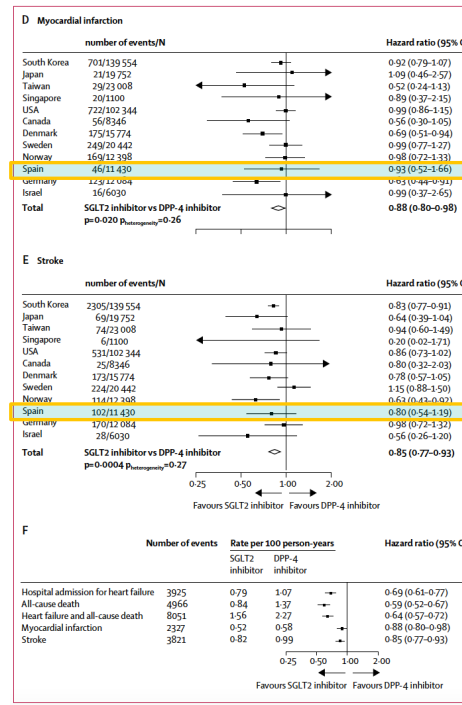
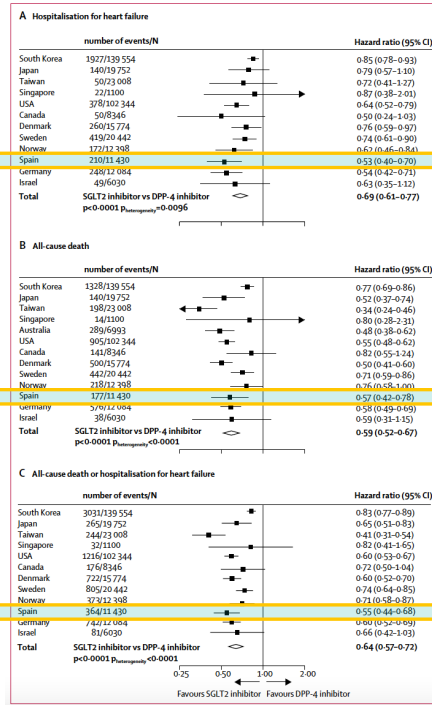
12.917 Otros antidiabéticos

1.1.2013 a 31.12.16

	HR
Muerte	0,41
IC	0,59
Muerte+IC	0,55
MACEm	0,62
ERC	0,66

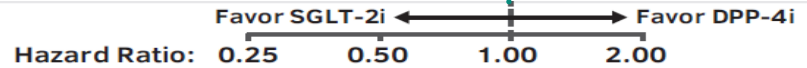


# Estudio CVD-REAL 2, Catalunya 2013 -2016 iSGLT2 vs iDPP4<sup>1</sup>



# Estudio CVD-REAL 2, Catalunya 2013 -2016 iSGLT2 vs iDPP4<sup>1</sup>

Propensity Score Matching	iSGLT2 (N=5.715)	iDPP4 (N=5.715)		HR (IC 95%)
Endpoint	Events SGLT-2i	Events DPP-4i		
Muerte por todas causas (ACM)	66	114		0.57 [0.42,0.78]*
Hospitalización por IC	72	138		0.53 [0.40,0.70]*
ACM y hospitalización por IC	128	236		0.55 [0.44,0.68]*
Infarto de miocardio (IM)	22	24		0.93 [0.52,1.66]#
Ictus	45	57		0,80 [0.54,1.19]^
MACE modified (ACM, IM, ictus)	124	188		0,68 [0.57,0.79]*



\*p<0,0001; #p=0.804; ^p=0.276

**Muerte** HR 0,57  
**IC** HR 0,53  
**MACEm** HR 0,68

# Los resultados de del estudio EMPRISE Europa-Asia Oriental muestran que en España, el inicio de tratamiento con empagliflozina en pacientes con DM2 en comparación con iDPP4, se asoció con un menor riesgo de eventos cardiovasculares<sup>1</sup>

Resultados en España del estudio EMPRISE-Europa-Asia Oriental:



## Hospitalización por IC

**HR 0,51**  
IC 95%: (0,34; 0,78)

Tasa de eventos por cada 1.000 pacientes-años: grupo iDPP4 12,20; grupo empagliflozina 6,04.



## Muerte por todas las causas

**HR 0,58**  
IC 95%: (0,45; 0,73)

Tasa de eventos por cada 1.000 pacientes-años: grupo iDPP4 35,18; grupo empagliflozina 20,08.



## Ictus

**HR 0,52**  
IC 95%: (0,28; 0,98)

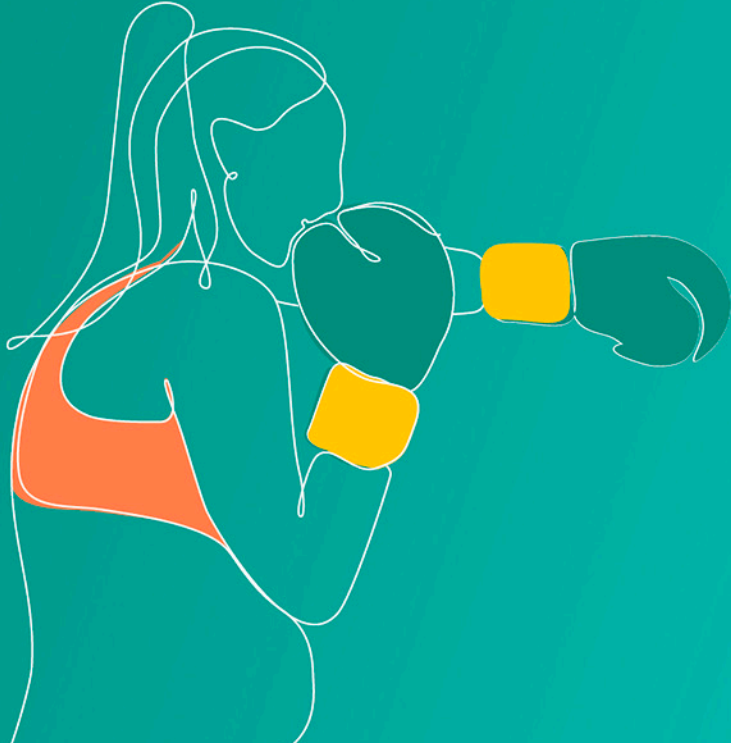
Tasa de eventos por cada 1.000 pacientes-años: grupo iDPP4 5,38; grupo empagliflozina 2,74.



## Infarto de miocardio

**HR 0,80**  
IC 95%: (0,37; 1,72)

Tasa de eventos por cada 1.000 pacientes-años: grupo iDPP4 2,79; grupo empagliflozina 2,19.



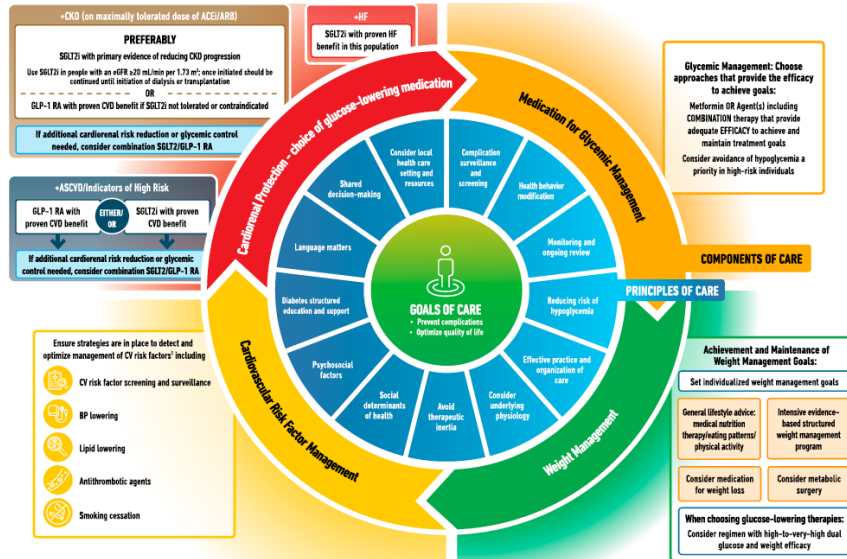
**y, finalmente,  
¿cuáles son las  
preferencias de los  
pacientes con DM2?**



## Necesidad de un abordaje terapéutico centrado en el paciente (ADA/EASD 2015)<sup>1</sup>



### HOLISTIC PERSON-CENTERED APPROACH TO T2DM MANAGEMENT



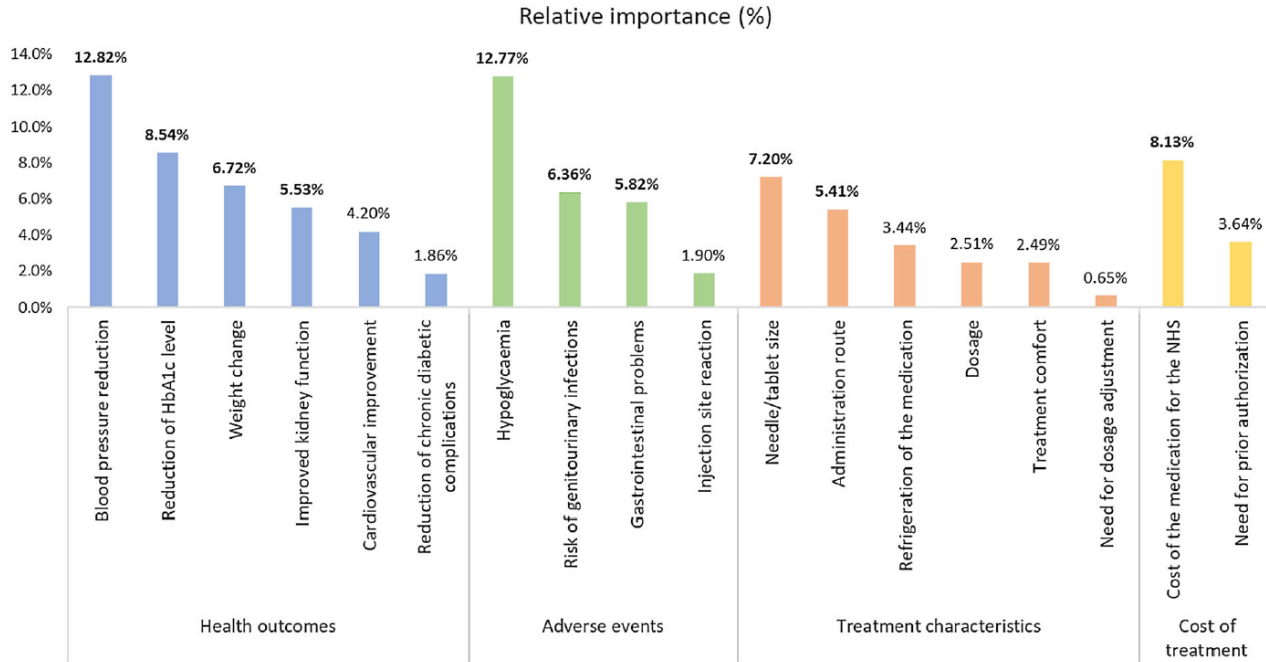
## Consenso ADA/EASD 2022<sup>2</sup>

### Basado en:<sup>2</sup>

- Las preferencias, necesidades y valores del paciente
- Compartir las decisiones
- Recursos y soporte

# Preferencias de los pacientes sobre el tratamiento farmacológico en España<sup>1</sup>

Importancia relativa de cada atributo (N=283)



Las personas con diabetes mellitus prefieren un tratamiento que genere **beneficios en efectos medibles** sobre la salud (reducción de la presión arterial y del nivel de HbA<sub>1c</sub>, sin riesgo de hipoglucemia) y una **vía de administración cómoda**.<sup>1</sup>

## Mensajes para llevar a casa

- ✓ Más de la mitad de los **pacientes con DM2** son de edad avanzada y presentan frecuentemente **múltiples factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades** que deben ser abordados conjuntamente.<sup>1,2</sup>
- ✓ El **23% de los pacientes tiene ECV**, el 33% ERC y el 7% IC y el 55% alguna de las tres.<sup>2</sup>
- ✓ Más de la mitad de **pacientes con DM2 tienen un riesgo cardiovascular muy elevado.**<sup>3</sup>
- ✓ Aproximadamente la **mitad de los pacientes con DM2** no alcanzan los objetivos de control glucémico, siendo peor en los pacientes más jóvenes y conforme se progresa en el algoritmo de tratamiento, siendo el peor en los insulinizados.<sup>4</sup>

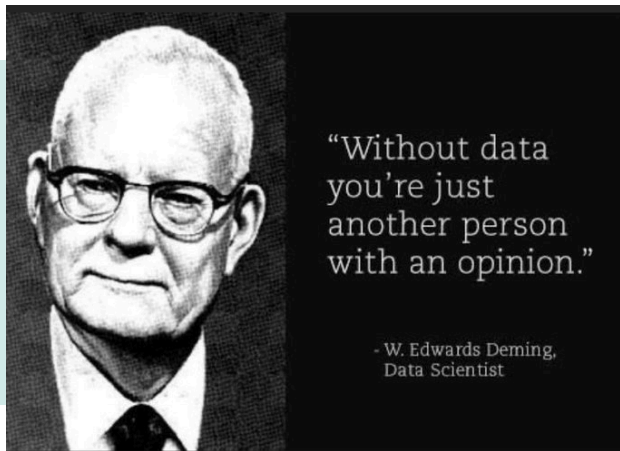


## Mensajes para llevar a casa

- ✓ En el período 2007-2018 en Catalunya (SIDIAP) se ha **observado un incremento del uso de antidiabéticos**, especialmente de metformina e iDPP4.<sup>1</sup>
- ✓ El **uso de fármacos con beneficios cardiovasculares** demostrados es bajo. Aunque el uso de iSGLT2 ha aumentado desde 2015, el de arGLP1 continúa siendo muy bajo.<sup>1</sup>
- ✓ La inercia terapéutica conduce a un **retraso en la intensificación** de hasta dos años y se hace con valores muy por encima de los objetivos recomendados por las guías.<sup>2,3</sup>
- ✓ En **pacientes con riesgo CV elevado, ECV, IC o ERC** se debería individualizar el tratamiento priorizando fármacos con beneficios cardiorrenales demostrados.<sup>4</sup>

1. Mata Cases M *et al.* Front Endocrinol (Lausanne). 2022 Jan 10;12:810757. 2. Conthe P *et al.* Diabetes Res Clin Pract. 2011 Jan;91(1):108-14 3. Mata-Cases M, *et al.* Diabetes Obes Metab. 2018 Jan;20(1):103-112. 4. Davies, M J *et al.* Diabetologia 2022;65(12):1-42. 5. Algoritmo de tratamiento de la DM2. RedGDPS 2020. [https://www.redgdps.org/algoritmo2020/algoritmo\\_DM2\\_ESP.pdf](https://www.redgdps.org/algoritmo2020/algoritmo_DM2_ESP.pdf). Fecha de acceso: abril 2023

## Gracias por vuestra atención



[manelmatacases@gmail.com](mailto:manelmatacases@gmail.com)



[Manel Mata Cases](#)



[@manelmatacases](#)

Escanea el **código QR** para acceder a la **ficha técnica**:

Jardiance®   
(empagliflozina)

