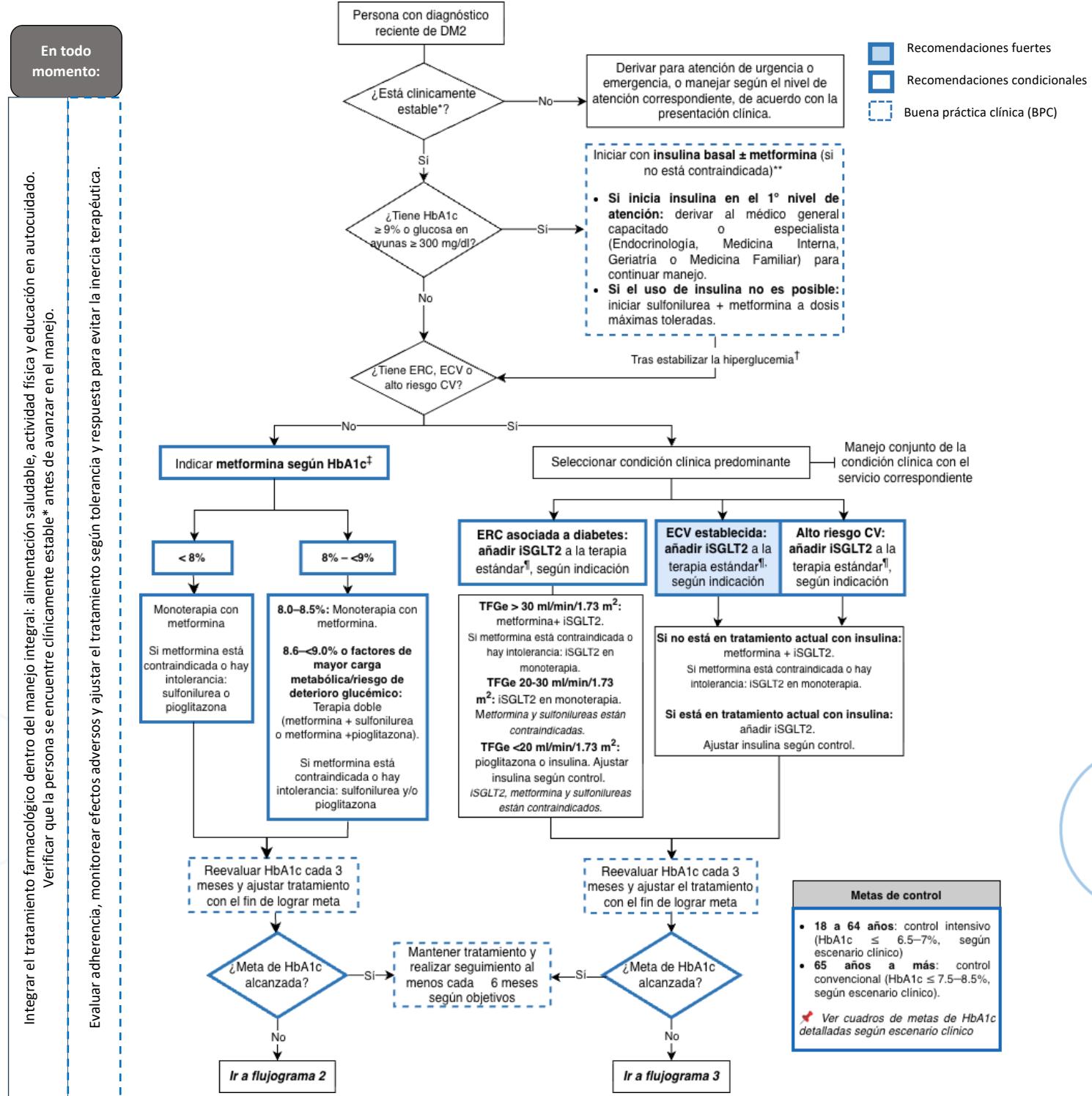


## Flujogramas

### Flujograma 1. Manejo farmacológico inicial en personas con diagnóstico reciente de DM2



\* **Clínicamente estable:** sin descompensación metabólica (hiperglucemia marcada, cetosis, estado hiperosmolar o pérdida de peso relacionada con la hiperglucemia) y/o sin hiperglucemia sintomática grave (poliuria, polidipsia o visión borrosa).

\*\* Seguir las consideraciones para el inicio de **insulina basal habitual NPH**.

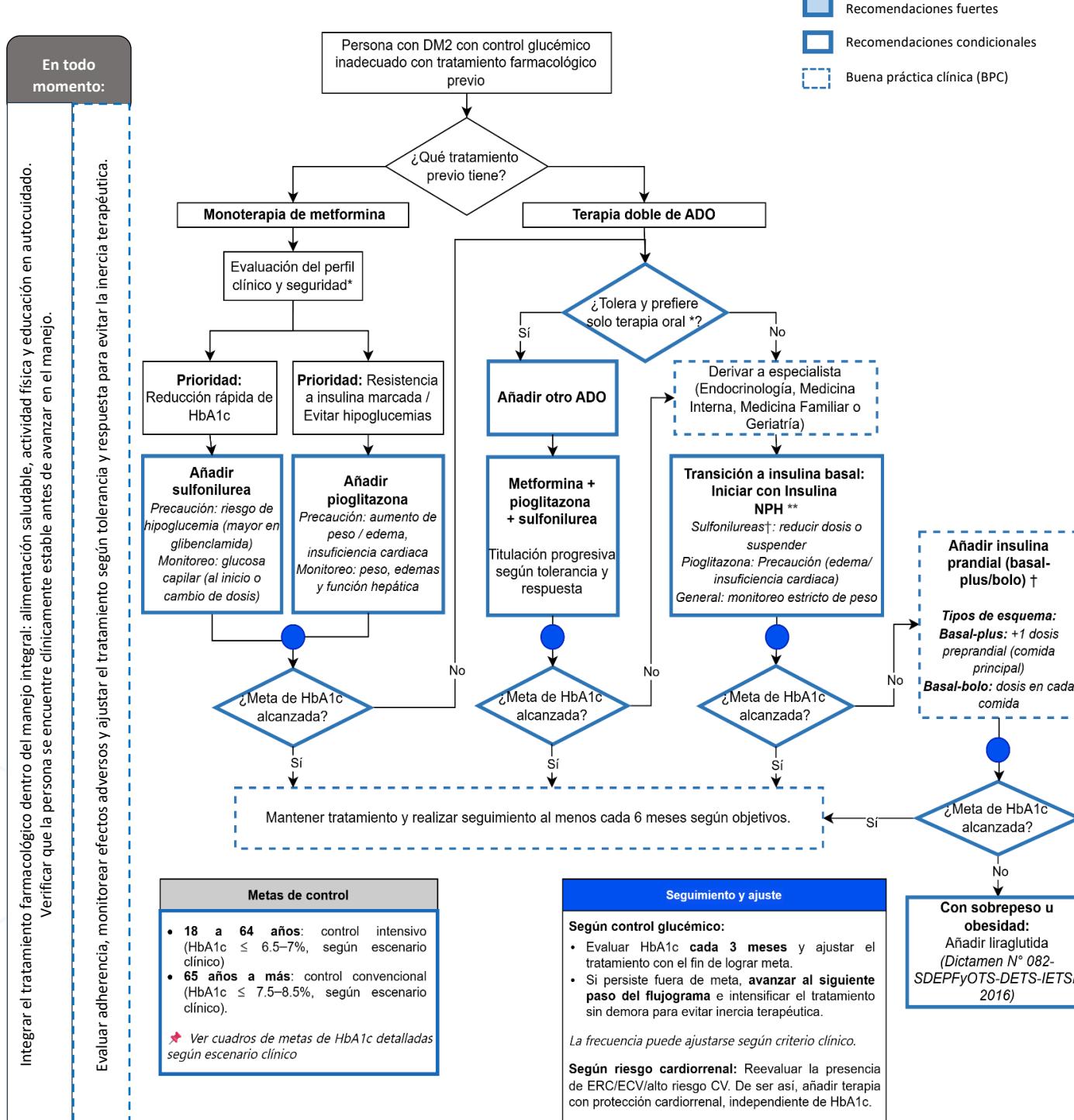
† En casos de hiperglucemia marcada, la insulina basal puede utilizarse de manera temporal. Tras estabilizar la hiperglucemia, reevaluar el esquema (reducirse o suspenderse, siempre bajo criterio clínico) y optimizar el tratamiento según el riesgo cardio-renal y cardiovascular.

‡ Considerar las características de los fármacos disponibles (Tabla 1). El uso de sulfonilureas o pioglitazona depende del petitorio farmacológico vigente.

¶ Tratamiento estándar: conjunto de terapias que la persona ya recibe para el manejo integral de sus condiciones crónicas, e incluye la medicación indicada para DM2, así como los fármacos recomendados para ERC, ECV establecida o alto riesgo CV (por ejemplo, IECA o ARA II, estatinas, antiplaquetarios, y otros según corresponda al perfil clínico).

DM2: diabetes mellitus tipo 2, HbA1c: hemoglobina glicosilada, ERC: enfermedad renal crónica, ECV: enfermedad cardiovascular, CV: cardiovascular, iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, TFGe: tasa de filtración glomerular estimada

**Flujograma 2. Intensificación del tratamiento farmacológico en personas sin ERC/ECV/alto riesgo CV, con terapia previa y que no alcanzan la meta de HbA1c**



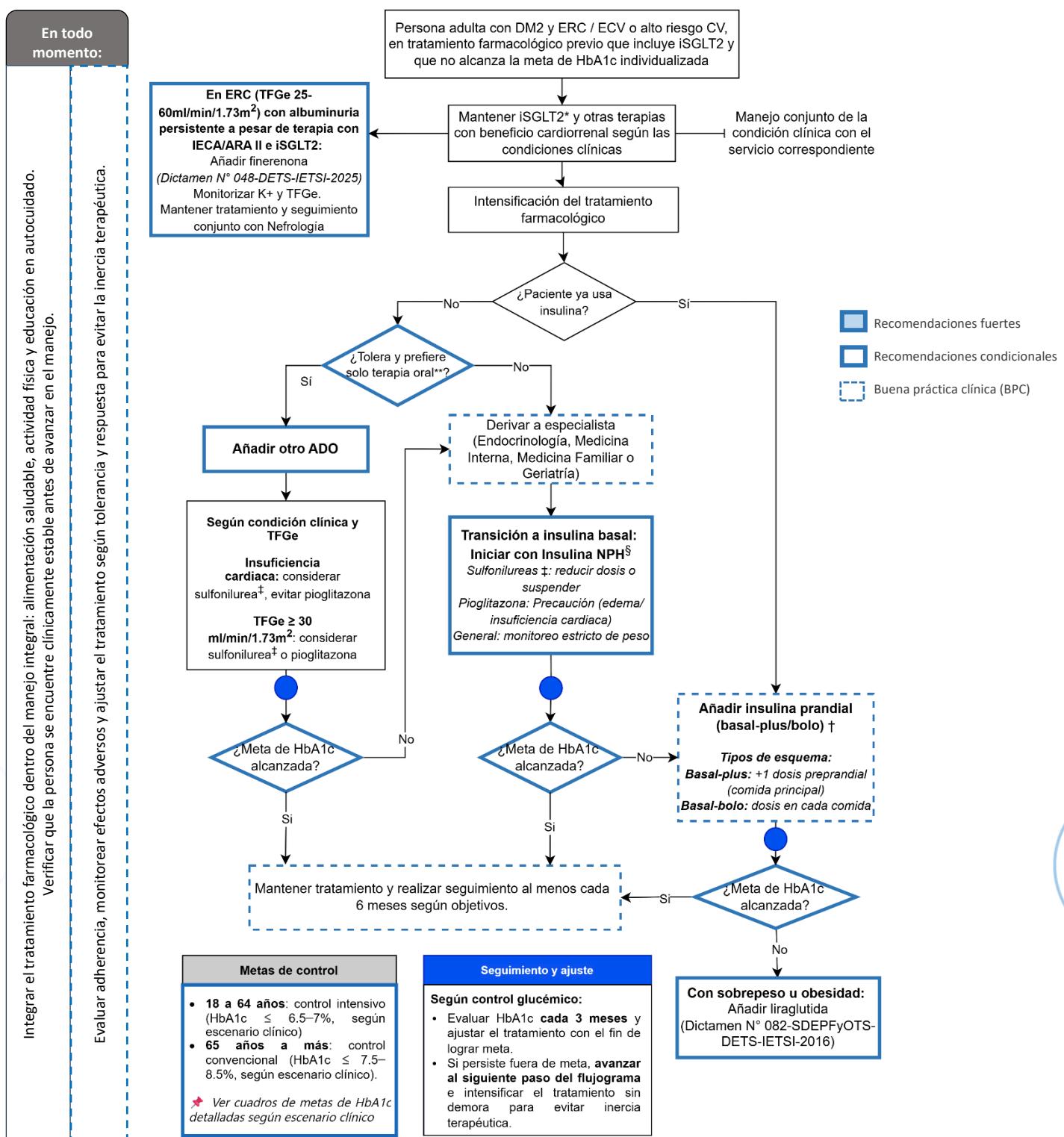
\* Considerar las características de los fármacos disponibles (revisar Tabla 1). El uso de sulfonilureas o pioglitazona depende del petitorio farmacológico vigente.

\*\* Seguir las consideraciones para el inicio de la insulina basal NPH.

† Si presenta alto riesgo de hipoglucemia severa: Considerar cambio a insulina glargina. Elección de insulina rápida: Estándar: Insulina Regular. Considerar insulina Lispro si hipoglucemias postprandiales frecuentes o hiperglucemias persistentes con insulina Regular.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2, **HbA1c:** hemoglobina glicosilada, **ERC:** enfermedad renal crónica, **ECV:** enfermedad cardiovascular, **CV:** cardiovascular, **ADO:** antidiabético oral, **NPH:** insulina isófana humana

**Flujograma 3. Intensificación del tratamiento farmacológico en personas con ERC/ECV/alto riesgo CV, con terapia previa y que no alcanzan la meta de HbA1c**



\* Si recibe iSGLT2 y la TFGe desciende por debajo de 20ml/min/1.73 m<sup>2</sup>: Es posible mantener iSGLT2\* si hay tolerancia y según criterio clínico. Suspender si se inicia terapia de reemplazo renal (diálisis).

\*\* Considerar las características de los fármacos disponibles (Tabla 1). Metformina y Sulfonilureas están contraindicadas si TFGe < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

† El uso de sulfonilureas o pioglitazona depende del petitorio farmacológico vigente.

§ Seguir las consideraciones para el inicio de la insulina basal NPH.

† Si presenta alto riesgo de hipoglucemias severas: Considerar cambio a insulina glargina. Elección de insulina rápida: Estándar: Insulina Regular. Considerar insulina Lispro si hipoglucemias postprandiales frecuentes o hiperglucemias persistentes con insulina Regular.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2, **HbA1c:** hemoglobina glicosilada, **ERC:** enfermedad renal crónica, **ECV:** enfermedad cardiovascular, **CV:** cardiovascular, **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, **TFGe:** tasa de filtración glomerular estimada, **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, **ARA II:** antagonistas de los receptores de angiotensina II, **K<sup>+</sup>:** Potasio.