



Maneig de la Diabetis en el pacient geriàtric

Sònia Miravet i Jiménez

Metgessa de Família

SAP Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord

2022

29

Dissabte, 29 de gener

9.15h **Inauguració**

Josep Ballester, Director de l'Àrea Sanitària del Grup Mutuam

9.30 - 11.30h **Situació de la pandèmia de la COVID-19 i perspectives**

Antoni Trilla, Cap de Medicina Preventiva i Epidemiologia de l'Hospital Clínic. Catedràtic de medicina i Degà de la Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona

Maneig de la Diabetis en el pacient geriàtric

Sònia Miravet, metgessa de família (CAP Martorell). Membre de la RedGDPS i del grup de treball sobre DM de SEMERGEN

Potencials conflictes d'interès

- He realitzat consultories i sessions clíniques en col·laboració de diferents laboratoris farmacèutics.
- Treball a l'ICS.
- No tinc cap conflicte d'interès en aquesta sessió.

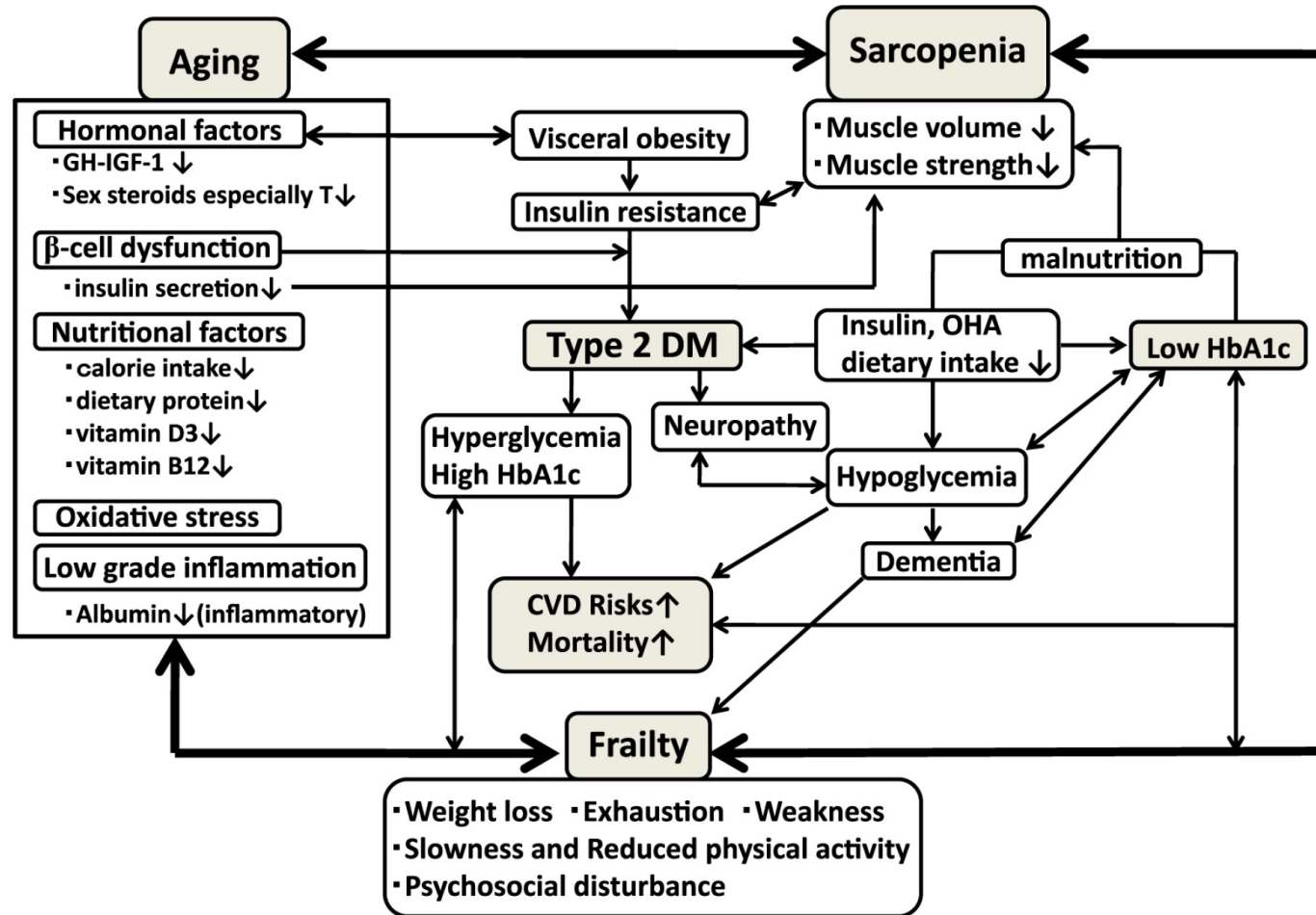
Aproximadament **25%**
població > **65 anys** té
diabetis mellitus i
gairebé la meitat
té prediabetis

Els ancians amb DM2
presenten **major**
discapacitat funcional,
mort prematura i
comorbiditats
(depressió,
deteriorament cognitiu,
polimedicació,...)

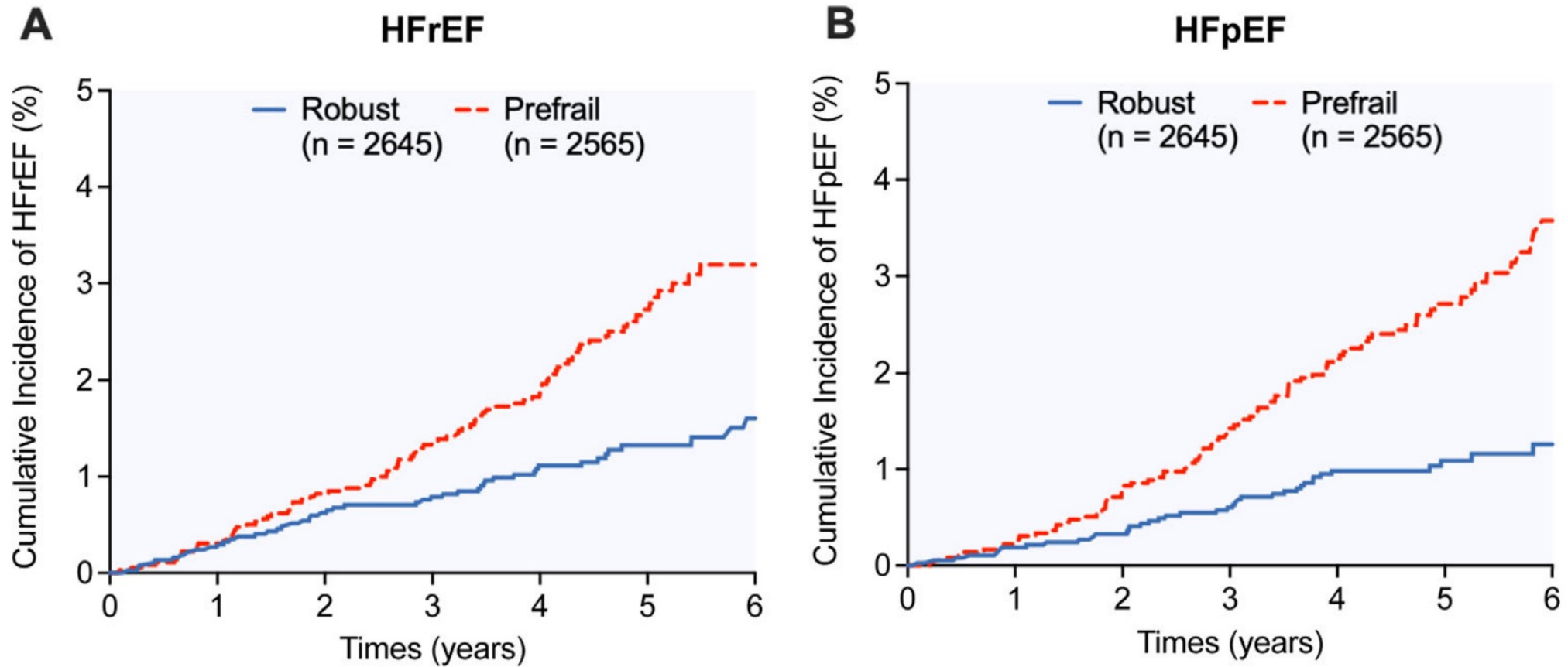
Apunts en el maneig de la diabetis de l'ancià

- Major risc d'**hipoglucèmies**.
- Major risc de **fractures** (precaució amb pioglitazona i iSGLT2)
- Exercicis de **força i equilibri** recomanats 2-3 cops/setmana.
- Esfera psicosocial: cribratge de **deteriorament cognitiu i depressió** (mínim 1^a visita i anualment) | monitoritzar la capacitat cognitiva en la presa de decisions.
- Cribratge resta de **síndromes geriàtriques**: polifarmàcia, incontinència orina, caigudes, dolor persistent i fragilitat.

Sarcopènia/fragilitat i diabetis



Prefragilitat i risc d'Insuficiència cardíaca



Sr. Agustín

- Té 86 anys. Era administratiu. És vidu. Viu sol però la seva filla viu a prop i l'ajuda amb les tasques domèstiques.
- Abans sortia a caminar cada dia durant una hora però ara es troba més cansat i ja no surt gairebé de casa.
- **Antecedents Personals**
 - ✓ FRCV: HTA, dislipèmia, DM2 de 14 anys d'evolució
 - ✓ IAM cara inferior el 2014
- **Tractament habitual:**
 - ✓ Metformina 850 mg 1c/12 h
 - ✓ Gliclazida 60 mg/dia
 - ✓ Hidroclorotiazida 25 mg/dia
 - ✓ Enalapril 20 mg/dia
 - ✓ Adiro 100 mg/dia
 - ✓ Atenolol 50 mg/dia

Sr. Agustín

- **Exploració física:**
 - TA: 130/80 mmHg | FC: 64 bpm
 - Pes: 72 Kg | Talla: 154 | IMC: 30,4 Kg/m² | GB: 102 mg/dl.
 - FGe: 42 ml/min
 - **Exploracions complementàries:**
 - HbA1c: 7,2% | colesterol 225 mg/dl. HDL: 75. LDL: 110 | vit D:7 ng/ml. Hemograma i coagulació normal.
 - ECG: RS a 64 bpm, Q cara inferior
 - Rx torax: hipercifosi dorsal amb signes d'acunyament D6 i D8
 - Tests geriàtrics:
 - Barthel: 80 (dependència lleu)
 - Minimental: 26 (sense deteriorament o molt lleu)
-

Principis generals del tractament DM2 en l'ancià

1. Pla terapèutic/objectius de control: basats en **valoració integral** (comorbiditats, capacitat funcional i cognitiva, trastorns afectius i suport social) → expectativa de vida total i activa.
2. **Presca de decisions compartida** amb pacient/cuidador (desigs, expectatives, preferències i capacitació).
3. Objectiu principal: preservar la **capacitat funcional** i millorar la **qualitat de vida**.
4. Vigilar amb **contraindicacions, efectes secundaris i potencials interaccions** dels ADOs.

Valoració integral de la persona anciana amb DM2



risc
d'incapacitat
funcional



risc de
depressió i
deteriorament
cognitiu

Valoració clínica	Valoració funcional
Complicacions DM	Física (ABVD/AIVD)
Audició	Mental (cognició/ànim)
Nutrició	Social
Comorbiditats	
Polifarmàcia (inapropiada)	
Adherència terapèutica	

Valoració de fragilitat en ancians amb DM2

Fenotipus Fried: 3 o més criteris

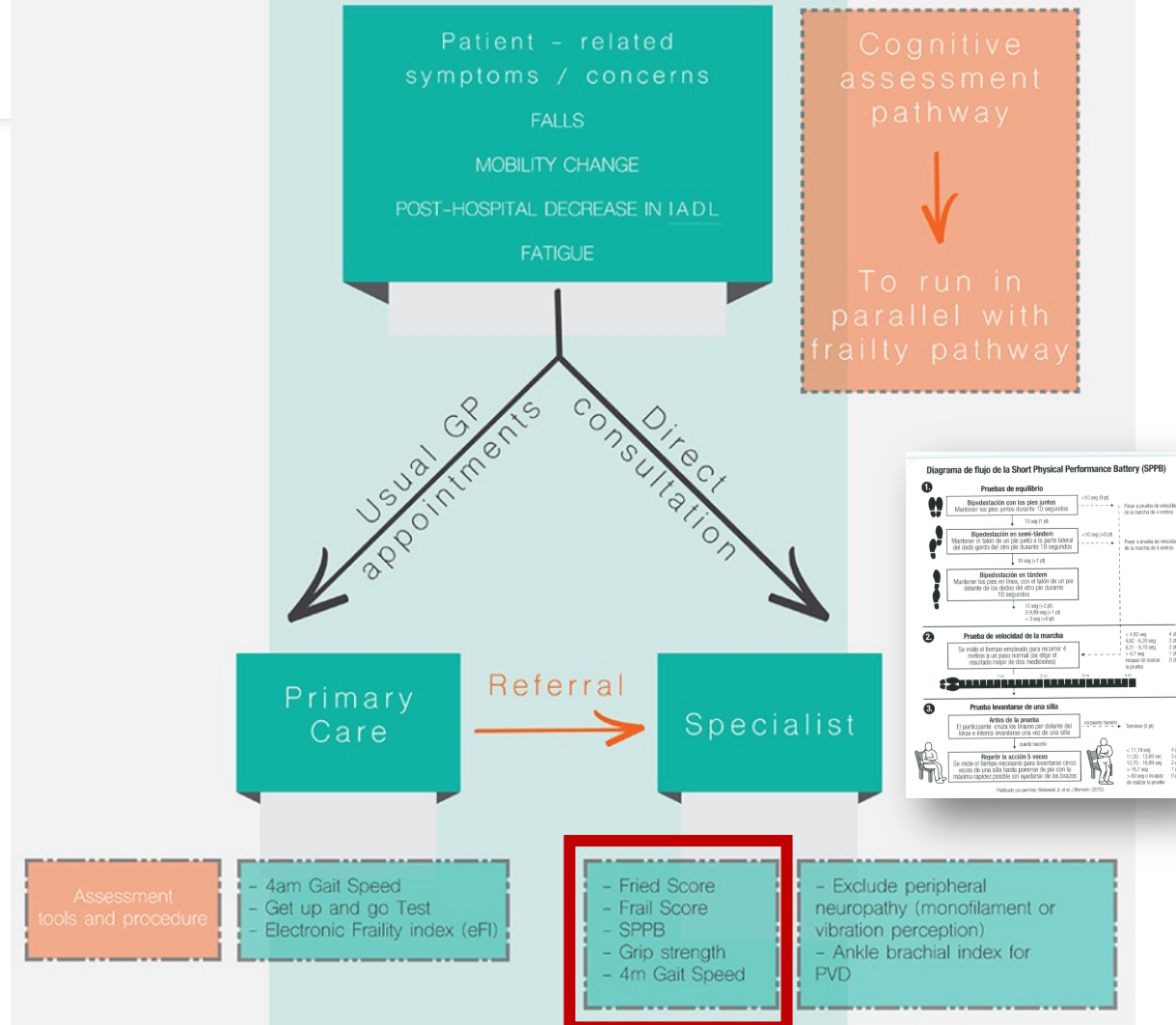
1. Pèrdua involuntària de pes (> 4,5 Kg o 5% en 1 año)
2. Sentiment d'esgotament general.
3. Debilitat (mesurada per força de pressió)
4. Velocitat lenta en caminar (basada en una distància 4,6 m).
5. Baix nivell d'activitat física (homes passejar <2,5h/setm, dones <2 h/setm).

Eina FRAIL: 3 o més criteris

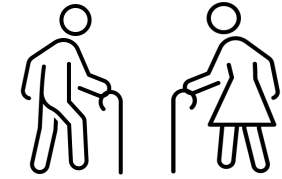
- ¿Es troba cansat?
- ¿És incapaç de pujar un pis d'escapes?
- ¿Té més de 5 malalties?
- ¿Ha perdut més del 5% del seu pes en els darrers 6 mesos?

Narrative: this pathway acknowledges that frailty assessment should not only be the remit of specialists but should be available in the community and primary care settings.

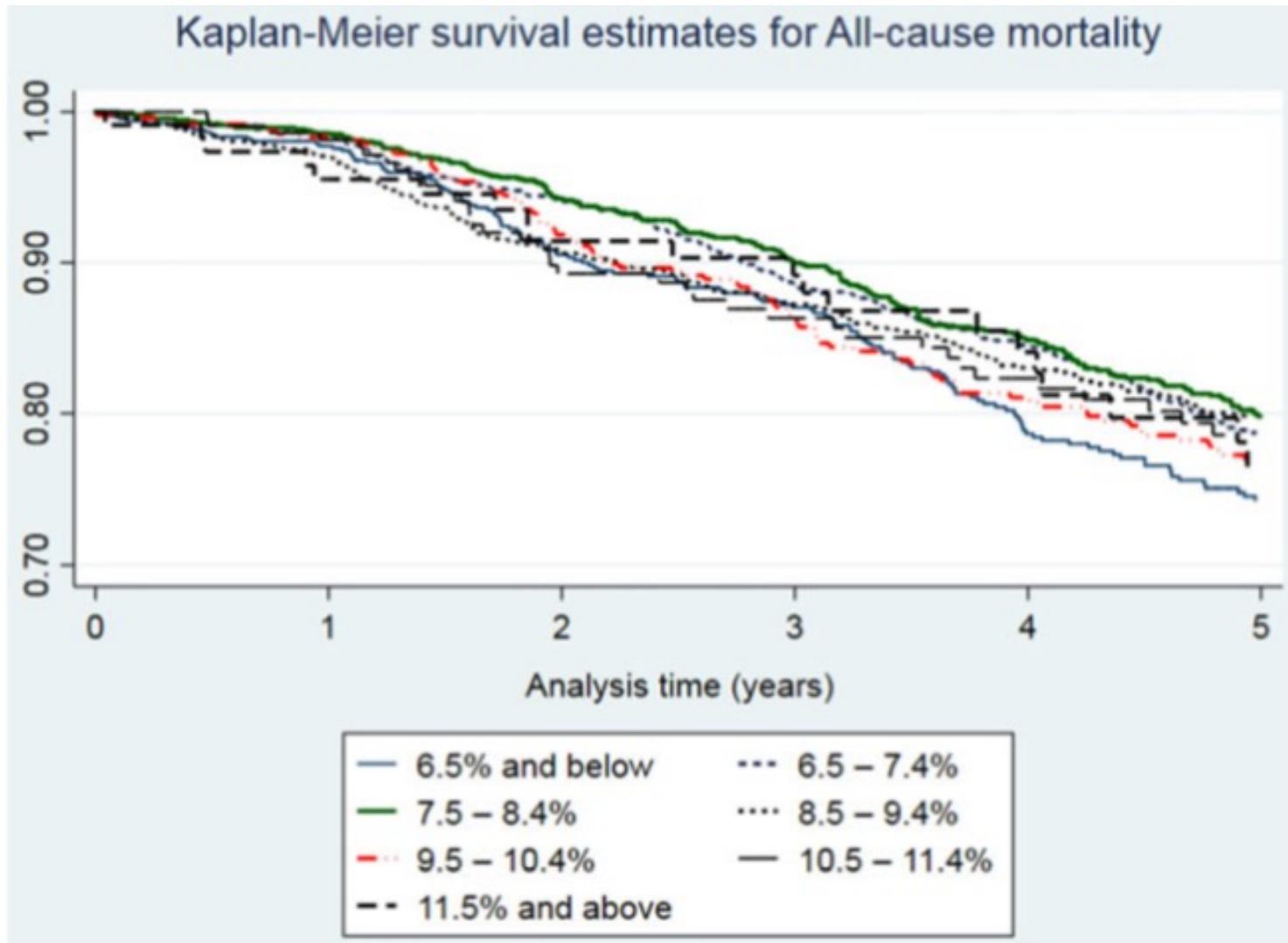
Frailty assessment pathway in diabetes - an integral part of management



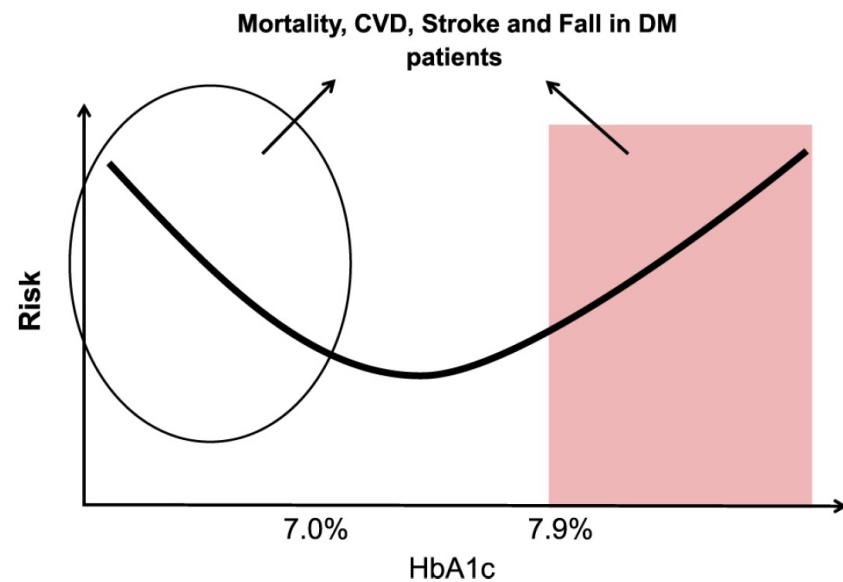
Objectius terapèutics en ancians amb DM2



Característiques/estat de salut	Estat general	Objectiu raonable de HbA1c	Glucèmia en dejú o preprandial	Glucèmia en anar a dormir	Pressió arterial	Lípids
Sà Bon estat cognitiu i funcional. Escasses complicacions	Expectativa de vida més perllongada	<7-7,5%	80-130 mg/dl	80 -180 mg/dl	<140/90 mmHg	Estatines, excepte contraindicació o intolerància
Complex/intermig Múltiples malalties cròniques simultànies o >2 problemes instrumentals amb AVD o discapacitat cognitiva de lleu a moderada	Expectativa de vida intermitja, alta càrrega de tractament, vulnerabilitat a les hipoglucèmies, risc de caigudes	<8%	90-150 mg/dl	100-180 mg/dl		
Molt complex/mala salut Atenció a llarg termini. Malalties cròniques en fase terminal, o deteriorament cognitiu de moderat a greu o dependència per a >2 AVD	L'expectativa de vida limitada torna incerts els beneficis	Evitem la dependència de la HbA1c. El control de la glucèmia i les decisions han de basar-se en evitar hipoglucèmies i hiperglucèmia simptomàtica	100-180 mg/dl	110-200 mg/dl	<150/90 mmHg	Considerar la possibilitat de beneficis amb l'ús d'estatines.



Relació entre HbA1c i mortalitat en ancians amb DM2

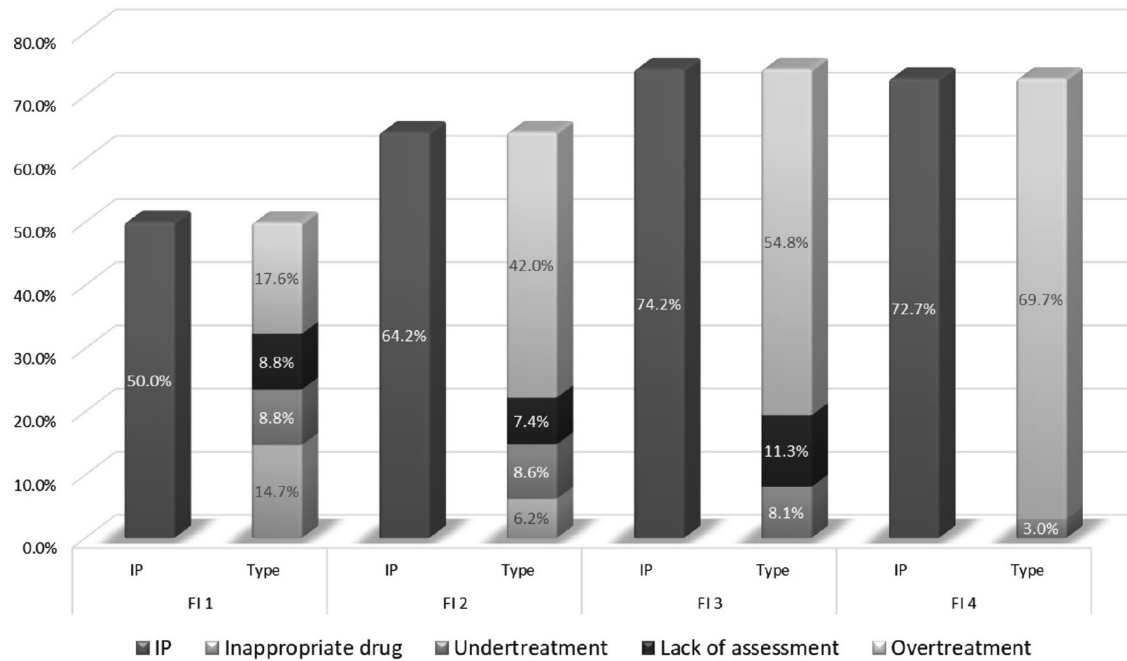


Liberalisation, deintensification, and simplification in diabetes management: words matter

	Liberalisation of goals	Deintensification of therapy	Medication regimen simplification
What the term suggests	Establish <u>higher glycaemic goals</u> : higher HbA _{1c} or glucose range	Decrease <u>the burden of therapy</u>	Simplify treatment strategies to <u>match patient's coping</u> and management skills
Potential candidates	Individuals unlikely to benefit from current glycaemic goals or likely to be harmed by hypoglycaemia	Individuals with difficulty adhering to the current medication regimen; individuals with side-effects due to polypharmacy; individuals with functional or cognitive decline; patients receiving end-of-life care	Individuals unable to follow the prescribed complex regimen leading to errors and wide glucose excursions; individuals experiencing distress due to the complexity of their current regimen
What it aims to achieve	Adequate glycaemic control while minimising potential harm	Improved adherence; decreased side-effects; decreased treatment burden	Establishing a simplified regimen that the individual or caregiver can follow consistently
Practical tips for implementation	Establish an individualised serum glucose range to liberalise goals when HbA _{1c} is not a reliable test, such as with anaemia, renal failure, or after acute illness or hospitalisation	Use long-acting formulations to decrease pill count and burden; use once weekly formulations when available; perform medication reconciliation at each visit to assess for the appropriateness of all medications the individual is taking	Use long-acting insulin with oral glucose-lowering medications to avoid the complexity of multiple daily insulin injections; provide simple dietary recommendations (eg, avoid large amounts of carbohydrate in one meal); provide simple exercise tips (eg, walking inside the house for 5–10 min twice daily)
Other common comorbidities that might benefit from a similar approach	Consider liberalising goals for conditions such as hypertension or hyperlipidaemia	Consider discontinuing medications used for preventive purposes when life expectancy is deemed short or the patient prefers to decrease medication burden (eg, statin therapy for primary prevention of cardiovascular disease); use once daily medication formulations for conditions such as hypertension or heart disease	Avoid administration schedule of prescribed medications for more than twice daily

Strategies based on clinical observations of the authors.

Table: Use of strategies to individualise diabetes management in older adults



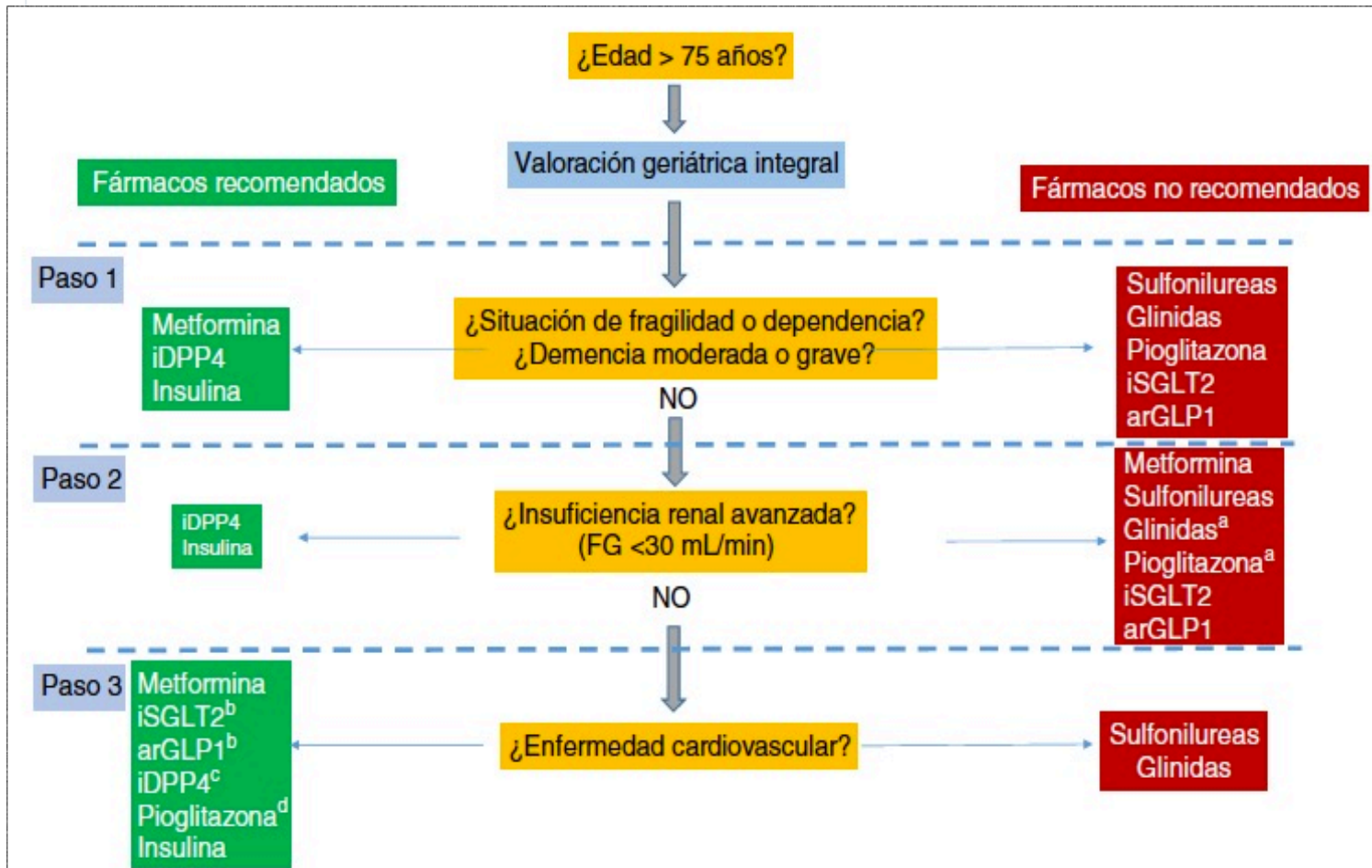
	Inappropriate prescription		<i>p</i>	Overtreatment		<i>p</i>
	Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)		Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)	
EOL patients						
Yes	41 (75.9%)	13 (24.1%)	0.079	37 (68.5%)	17 (31.5%)	< 0.001
No	98 (62.8%)	58 (37.2%)		60 (38.5%)	96 (61.5%)	
Moderate-severe dementia						
Yes	34 (73.9%)	12 (26.1%)	0.210	25 (54.3%)	21 (45.7%)	0.209
No	105 (64.0%)	59 (36.0%)		72 (43.9%)	92 (56.1%)	
Medication management						
Yes	37 (57.8%)	27 (42.2%)	0.089	19 (29.7%)	45 (70.3%)	0.001
No	102 (69.9%)	44 (30.1%)		78 (53.4%)	68 (46.6%)	

EOL patients end-of-life patients

Prescripció inadeuada en pacients fràgils

- Pacients dependents, multimòrbids i fràgils.
- 69,5% sense automaneig.
- Baix registre d'hipoglucèmies.
- A mesura que augmenta la fragilitat, augmenta la prescripció inadeuada.
- Cal que ens dirigim cap a mesures de prescripció centrades en el pacient.

Algorisme terapèutic en ancians amb DM2



Objectiu de control HbA1c	
Pacient fràgil	7,6%-8,5%
Pacient no fràgil	7-7,5%
Cures pal·liatives	Hiperglucèmia <200 mg/dl i simplificar el tractament

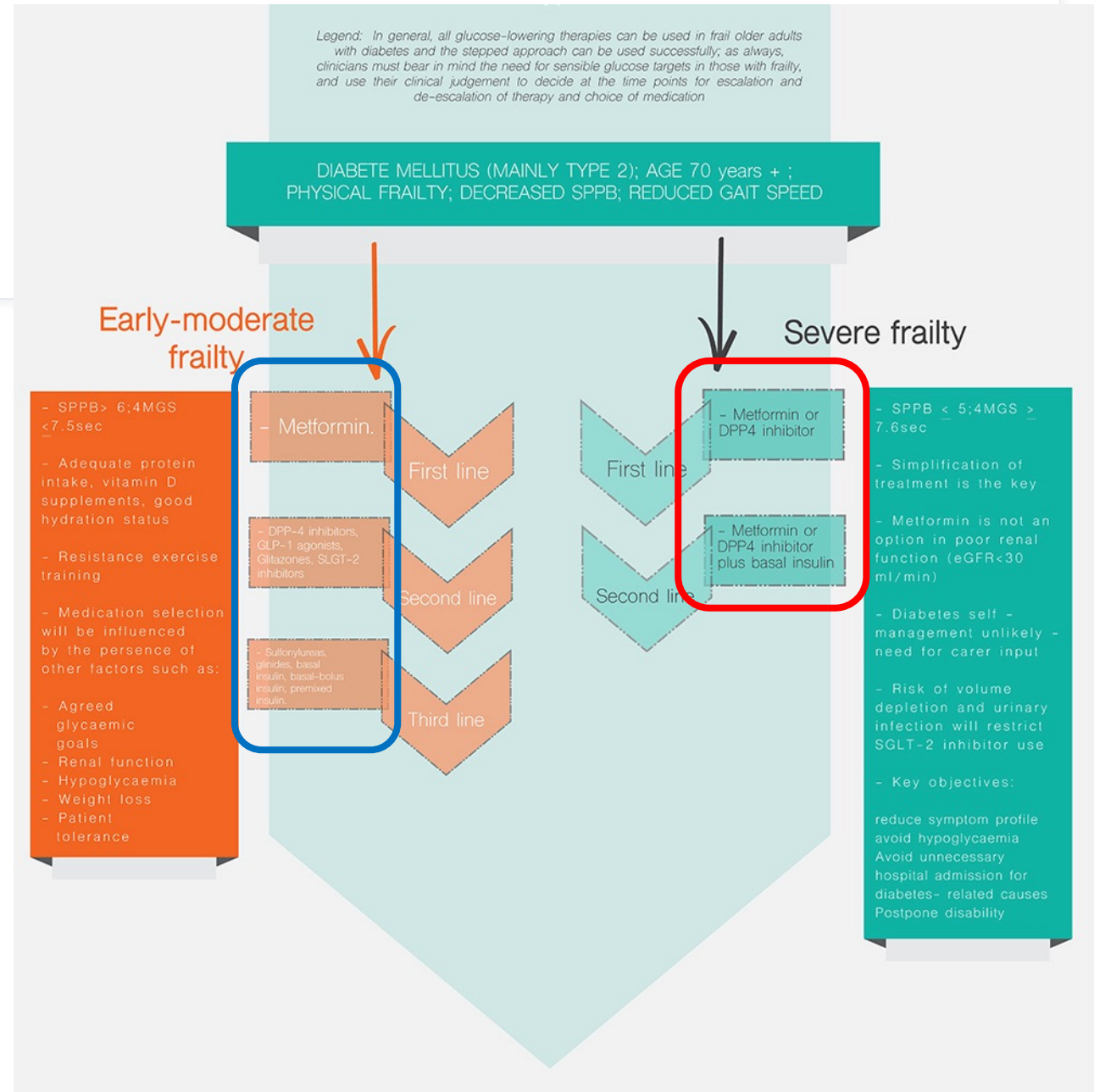
Objectius tractament en ancians

Fragilitat lleu-moderada:

- Pactar objectius glucèmics
- Preservar funció renal
- Evitar hipoglucèmies
- Pèrdua de pes
- Tolerància del pacient

Fragilitat greu:

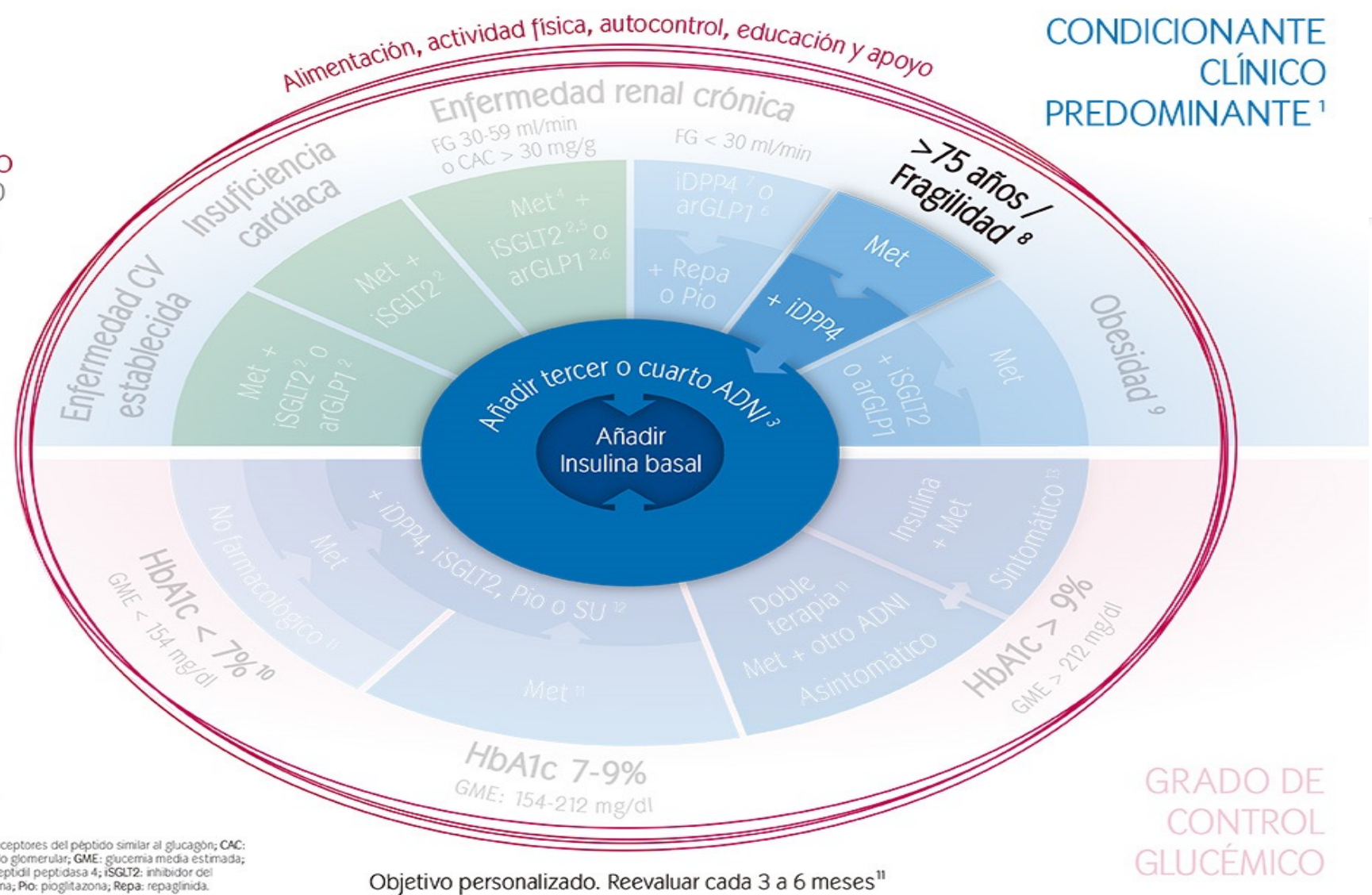
- Reduir els símptomes
- Evitar hipoglucèmia
- Evitar hospitalitzacions innecessàries
- Retardar la discapacitat



ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2020

- La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante prevalece sobre los valores de HbA1c. En color verde opciones con evidencias en reducción de eventos.
- iSGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos. En España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC > 30 kg/m².
- No asociar iDPP4 con arGLP1; ni SU con repaglinida.
- Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
- Prescribir los iSGLT2 según la ficha técnica: no iniciar si FG < 60 ml/min, suspender si FG < 45 ml/min (abril 2020).
- Liraglutida, Dulaglutida y Semaglutida se pueden prescribir si FG > 15 ml/min.
- Reducir la dosis de acuerdo con la ficha técnica, excepto linagliptina que no requiere ajustes.
- Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos para reducir el riesgo de hipoglucemia, especialmente en pacientes tratados con insulina o sulfonilureas con HbA1c < 6,5%.
- Si IMC > 35 kg/m² es preferible un arGLP1. Considerar también la cirugía bariátrica.
- Considerar un objetivo de HbA1c < 7%¹⁰ en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico, evitando fármacos con riesgo de hipoglucemia.
- Reevaluar HbA1c 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 HbA1c cada 6 meses.
- Gliclazida o glibenclámid.
- Clinica cardinal: poliuria, 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; HbA1c: 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.



Sra. Carme

- Na Carme és i ha estat sempre mestressa de casa. Té 76 anys. És la cuidadora principal del seu marit que pateix Alzheimer.
- DM2 de 16 anys d'evolució
- HTA i dislipèmia de 20 anys d'evolució
- Tractament habitual:
 - Dieta mediterrània DASH i exercici físic
 - Metformina 850mg/12h
 - Insulina Glargina 0-0-48 UI/d
 - Insulina ràpida 6-4-4UI
 - Lisinopril/HCTZ 20/12,5 mg esmorzant
 - Simvastatina 40 mg sopant

Sra. Carme

- **Pes 68 Kg i IMC 27 Kg/m²**
- **HbA1c 7,6% | Glucèmia basal 234 mg/dl**
- TA: 138/86 mmHg | FC 82 bpm
- CT 238 mg/dl | c-LDL 118 mg/dl | TG 158 mg/dl
- FGe 48 ml/min/m³
- Cribratge ocular normal.
- ECG sense alteracions.
- Exploració del peu diabètic normal.

Detecció hipoglucèmia en els ancians

- Els pacients de 75 anys o més, presenten un **risc doble** de patir hipoglucèmies greus.
- El **risc de demència** augmenta ja en aquells pacients que tenen un episodi d'hipoglucèmia.
- Predominen els **síntomes neuroglucopènics** per sobre dels autonòmics.

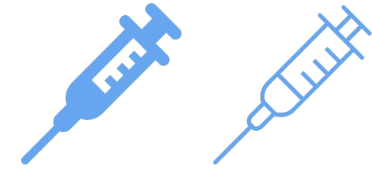
Tool Inputs

- How many times has the patient ever had hypoglycemia-related utilization in an ED (primary diagnosis of hypoglycemia^a) or hospital (principal diagnosis of hypoglycemia^a) (0, 1-2, ≥3 times)?
- How many times has the patient gone to an ED for any reason in the prior 12 months (<2, ≥2 times)?
- Does the patient use insulin (yes/no)?
- Does the patient use sulfonylurea (yes/no)?
- Does the patient have severe or end-stage kidney disease (CKD stage 4 or 5) (yes/no)?
- Is the patient <77 years old (yes/no)?

Instructions: The 6 inputs above are used to identify one of the mutually exclusive exposure groups and the corresponding risk category (high, low, or intermediate) for hypoglycemia-related ED or hospital utilization^b in the following 12 months. The first 5 options are defined by unique combinations of predictor variables, while the sixth option is indicated only after ruling out the first 5 options.

<input type="checkbox"/>	≥3 Prior hypoglycemia-related ED or hospital utilization	High risk (>5%)
<input type="checkbox"/>	1-2 Prior hypoglycemia-related ED or hospital utilization AND Insulin user	
<input type="checkbox"/>	No prior hypoglycemia-related ED or hospital utilization AND No insulin AND No sulfonylurea use	Low risk (<1%)
<input type="checkbox"/>	No prior hypoglycemia-related ED or hospital utilization AND No insulin AND Uses sulfonylurea AND Age <77 years AND Does not have severe or end-stage kidney disease	
<input type="checkbox"/>	No prior hypoglycemia-related ED or hospital utilization AND Uses insulin AND Age <77 years AND <2 ED visits in prior year	
<input type="checkbox"/>	All other risk factor combinations	Intermediate risk (1%-5%)

Pautes complexes d'insulina



- A. Insulina basal: preferiblement **al matí**
- B. Insulina prandial (objectiu: intentar deprescriure)
 - 1. **>10 UI: ↓ 50% la dosi i afegir ADNI.**
 - 2. **<10 UI: STOP insulina i afegir ADNI.**
- C. [Premescles*: usar el **70%** de la dosi total al **matí**]

*No recomenades si esmorzar lleuger, per major risc d'hipoglucèmia.

No usar insulina ràpida abans d'anar a dormir.

Ajustar insulina prandial en funció del valor pre-ingesta:
>250: 2UI, si **>350: 4UI**.

STOP ajustament si no és necessari diàriament.

Ús MCG (2022) si múltiples injeccions i també si deteriorament cognitiu o limitacions físiques.

ADA 2022

- Primer injectable: **arGLP1**.
- arGLP1 i iSGLT2 si prevenció secundària o **alt risc cardiovascular**.
- **Generalment** metformina i MEV com a primera línia de tractament.

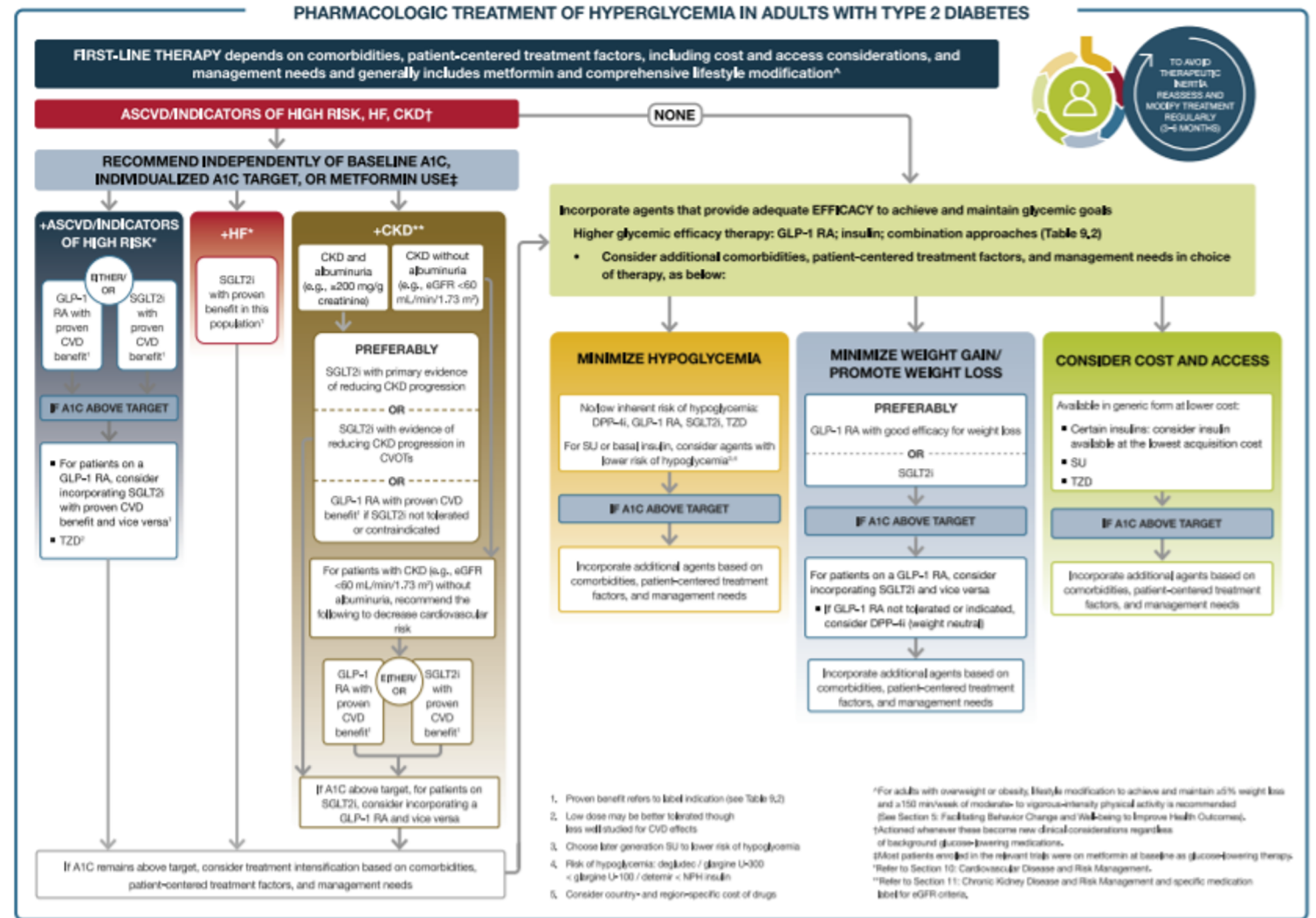
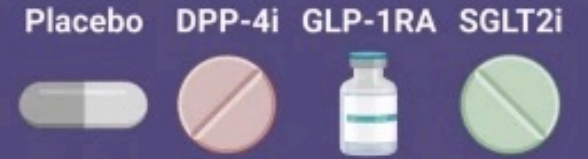




Figure 9.3—Pharmacologic treatment of hyperglycemia in adults with type 2 diabetes. 2022 ADA Professional Practice Committee (PPC) adaptation of Davies et al. (43) and Buse et al. (44). For appropriate context, see Fig. 4.1. The 2022 ADA PPC adaptation emphasizes incorporation of therapy rather than sequential add-on, which may require adjustment of current therapies. Therapeutic regimen should be tailored to comorbidities, patient-centered treatment factors, and management needs. ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CKD, chronic kidney disease; CVD, cardiovascular disease; CVOTs, cardiovascular outcomes trials; DPP-4i, dipeptidyl peptidase 4 inhibitor; eGFR, estimated glomerular filtration rate; GLP-1 RA, glucagon-like peptide 1 receptor agonist; HF, heart failure; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor; SU, sulfonylurea; TZD, type 2 diabetes; TZD, thiazolidinedione.

Benefici cardiovascular

Cardiovascular outcomes of novel antidiabetic drugs



 **Electronic databases search**

 **404 articles screened**

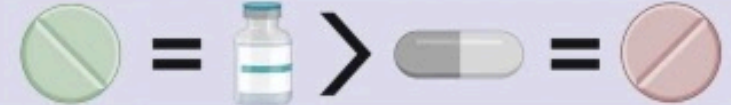
 **21 eligible studies**

DPP-4i = Dipeptidyl peptidase-4 inhibitor
 GLP-1RA = Glucagon-like peptide-1 receptor agonist
 SGLT2i = Sodium glucose cotransporter 2 inhibitors
 3P-MACE = 3 point-major adverse cardiac events
 HHF = Hospitalisation for heart failure
 RR = Relative risk
 CI = Confidence interval

Created with BioRender.com

Network meta-analysis

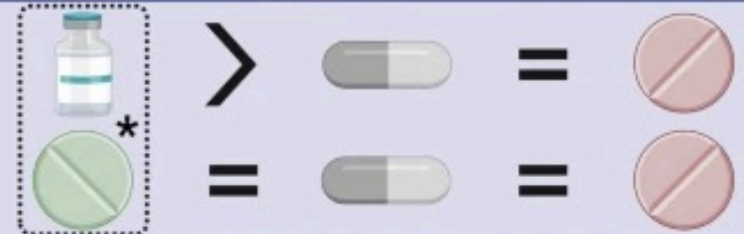
3P-MACE



Myocardial infarction



Stroke

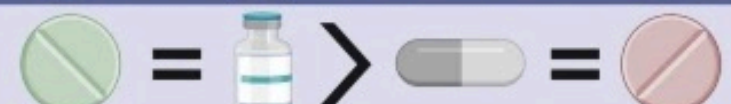


*SGLT2i vs GLP-1RA
 RR 1.15 (95% CI 0.98, 1.33)

CV death



All-cause mortality



HHF



Renal outcomes

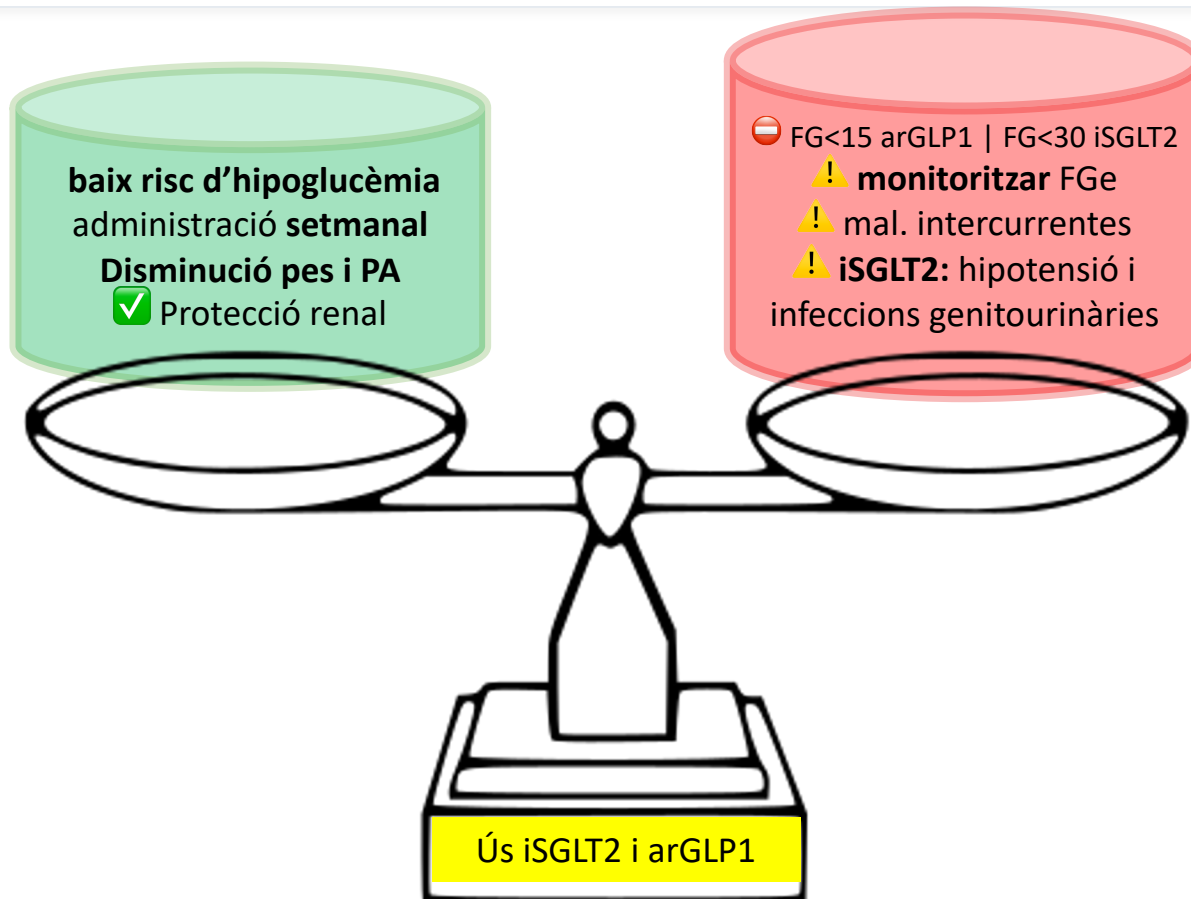


Glucose-lowering drugs or strategies, atherosclerotic cardiovascular events, and heart failure in people with or at risk of type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis of randomised cardiovascular outcome trials

Olivia R Ghosh-Swaby, Shaun G Goodman, Lawrence A Leiter, Alice Cheng, Kim A Connelly, David Fitchett, Peter Jüni, Michael E Farkouh, Jacob A Udell

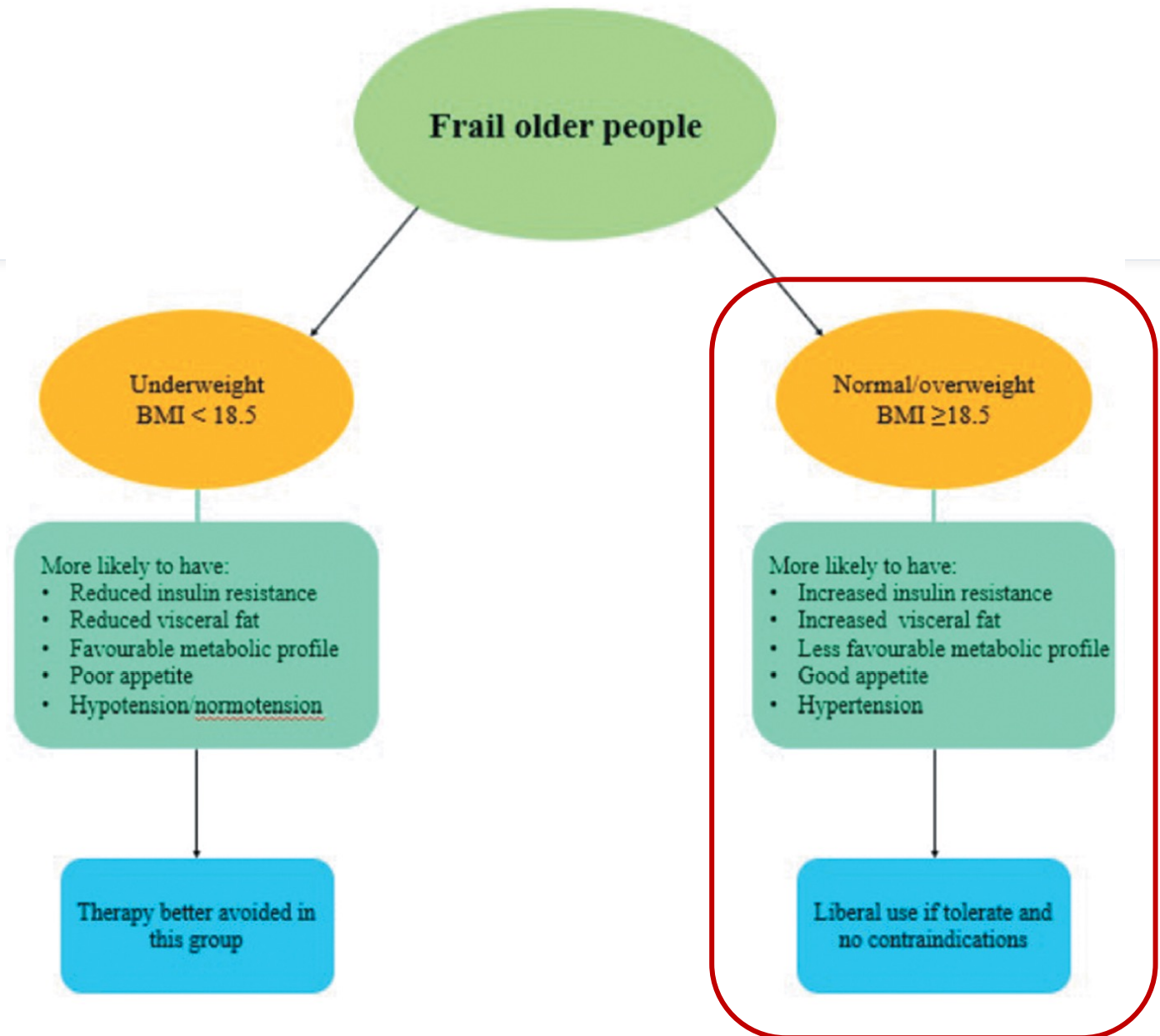
MACE	HR	IC 95%	IC	HR	IC 95%
Control intensiu	0,90	0,83-0,97	Control intensiu	1,00	0,88-1,13
Pèrdua de pes	0,93	0,79-1,10	Pèrdua de pes	0,80	0,62-1,04
Insulina glargina	1,02	0,94-1,11	Insulina glargina	0,90	0,77-1,05
Acarbosa	0,95	0,81-1,11	Acarbosa	0,89	0,63-1,24
PPAR γ	0,91	0,83-0,99	PPAR α	1,39	1,17-1,65
I-DPP4	1,00	0,93-1,06	I-DPP4	1,07	0,91-1,27
AR-GLP1	0,88	0,82-0,94	AR-GLP1	0,91	0,84-1,00
i-SGLT2	0,88	0,82-0,94	i-SGLT2	0,68	0,60-0,76

iSGLT2 i arGLP1 en ancians?



La reducció d'hipoglucèmies, polifarmàcia, resistència a la insulina i protecció cardíorenal en ancians amb DM2: podria **retardar o prevenir el desenvolupament de fragilitat** en aquest grup vulnerable?

Nous ADOs en ancians amb DM2



Dades en vida real



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

Manel Mata-Cases^{a,b,c}, Josep Franch-Nadal^{a,b,d,*}, Jordi Real^{a,e}, Bogdan Vlacho^{a,**},
Antón Gómez-García^f, Dídac Mauricio^{a,b,g,h}



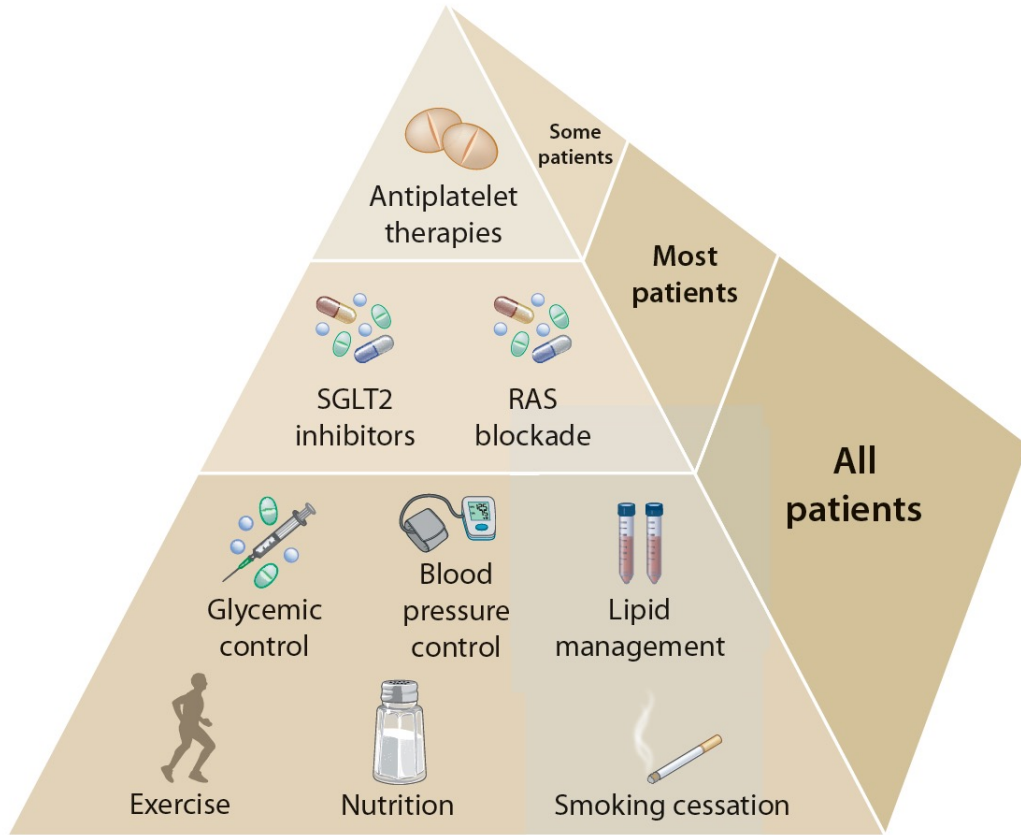
Table 1

Clinical characteristics and antidiabetic treatment for the five studied conditions.

**N 373.185 personas con DM2
SIDIAP 2016**

Variables*	All Patients** N = 373,185 (100%)	Obesity (IMC > 30 kg/m ²) N = 144,592 (44.9%)	Age ≥ 75 years N = 138,374 (37.1%)	Chronic kidney disease N = 122,996 (33.0%)	Cardiovascular disease N = 86,534 (23.2%)	Heart failure N = 25,925 (6.9%)
<i>Antidiabetic treatment</i>						
Only lifestyle modification, N (%)	18.4	15.3	19.4	12.9	14.1	16.7
Non-Insulin antidiabetic drug	37.1	37.0	37.9	32.6	33.0	30.2
Monotherapy, %						
Non-Insulin antidiabetic drug	23.2	24.1	19.7	23.6	21.4	15.4
Combination, %						
Insulin monotherapy, %	6.0	5.1	8.5	9.1	10.4	16.7
Insulin + Non-Insulin antidiabetic drug, %	15.3	18.6	14.5	21.8	21.1	21.0
Metformin, %	66.3	70.1	58.4	64.2	63.9	48.6
Sulfonylureas, %	19.0	19.8	17.8	19.9	18.0	14.3
Repaglinide, %	4.9	4.9	6.7	7.7	6.5	8.1
DPP4i, %	17.0	17.8	16.1	20.7	18.5	17.1
SGLT2i, %	2.6	4.0	0.8	2.5	2.6	1.8
GLP1ra, %	1.4	2.9	0.3	1.6	1.4	1.3
Pioglitazone, %	0.8	1.1	0.6	0.9	0.7	1.8
Insulin, %	21.3	23.7	23.0	30.9	31.5	37.7

Tractament de la MRC

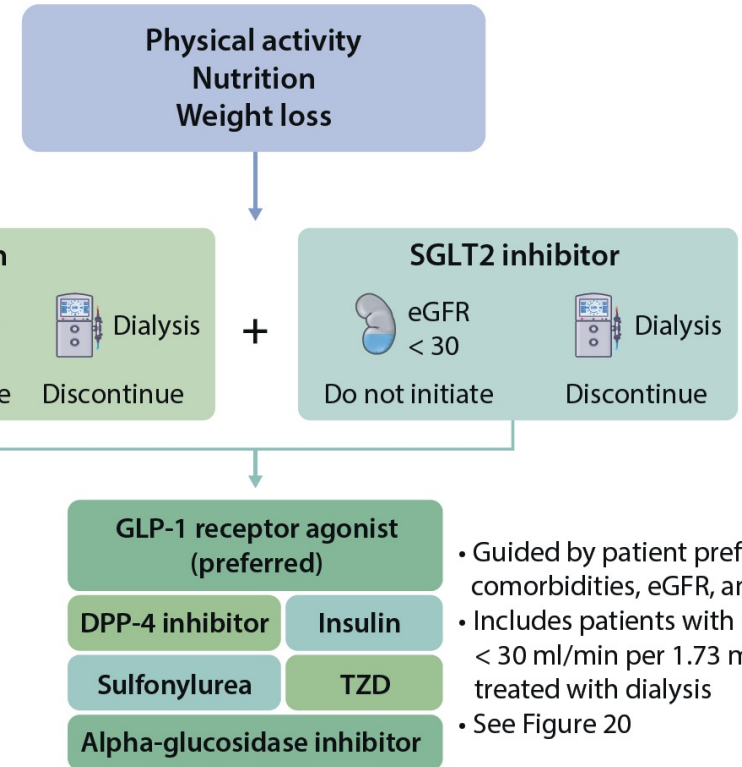


Diabetes with CKD

Lifestyle therapy

First-line therapy

Additional drug therapy as needed for glycemic control



- Guided by patient preferences, comorbidities, eGFR, and cost
- Includes patients with eGFR < 30 ml/min per 1.73 m² or treated with dialysis
- See Figure 20

Tabla de dosis de hipoglucemiantes según Filtrado Glomerular. Realizado según las fichas técnicas (28/11/2021) por López-Simarro F. @flopezsim

FG	>60	60-45	45-30	30-15	<15	DIÁLISIS
Metformina	0,5-3 g/día (2-3 tomas)	Máx. 2 g/día	Máx. 1 g/día	Contraindicado		
Gliclazida^a	30-120 mg/día			Contraindicado		
Glimepirida^a	1-6 mg/día			Contraindicado		
Repaglinida^b	0,5-4 mg/día (3 tomas)					
Pioglitazona	15-45 mg/día					Contraindicado
Sitagliptina	100 mg/día		50 mg/día	25 mg/día		
Vildagliptina	50 mg/12 h		FG<50: 50 mg/24 h			
Alogliptina	25 mg/día		FG<50:12,5 mg/día		6,25 mg/día	
Saxagliptina	5 mg/24 h		2,5 mg/24 h			Contraindicado
Linagliptina	5 mg/24 h					
Canagliflozina^c	100-300 mg/día	100 mg/día				Contraindicado
Dapagliflozina	10 mg/día hasta FG>25			Contraindicado		
Empagliflozina^d	10-25 mg/día	10 mg/día		Contraindicado		
Ertugliflozina^e	5-15 mg/día		Contraindicado			
Liraglutida	1,2-1,8 mg/día				Contraindicado	
Dulaglutida	0,7-1,5 mg/semana				Contraindicado	
Semaglutida	0,25-1 mg/semana				Contraindicado	
Exenatida LAR	2 mg/semana			Contraindicado		
Lixisenatida	10-20 µg/día			Contraindicado		
Insulina^f						

^aContraindicada si insuficiencia renal grave

^bFG<40 vigilar dosis por reducción de aclaramiento

^cFG: 45-60: iniciar con 100 mg y continuar con 100 mg. FG:30-45 y cociente albúmina/creatinina >300mg/g, iniciar con 100 mg y continuar con 100 mg. FG<30: no iniciar tratamientos, continuar con 100 mg

^dFG: 30-60 iniciar con 10 mg si enfermedad cardiovascular establecida y continuar si estaba en tratamiento previo. En insuficiencia cardiaca con FG≥20: 10 mg, no se recomienda si FG<20.

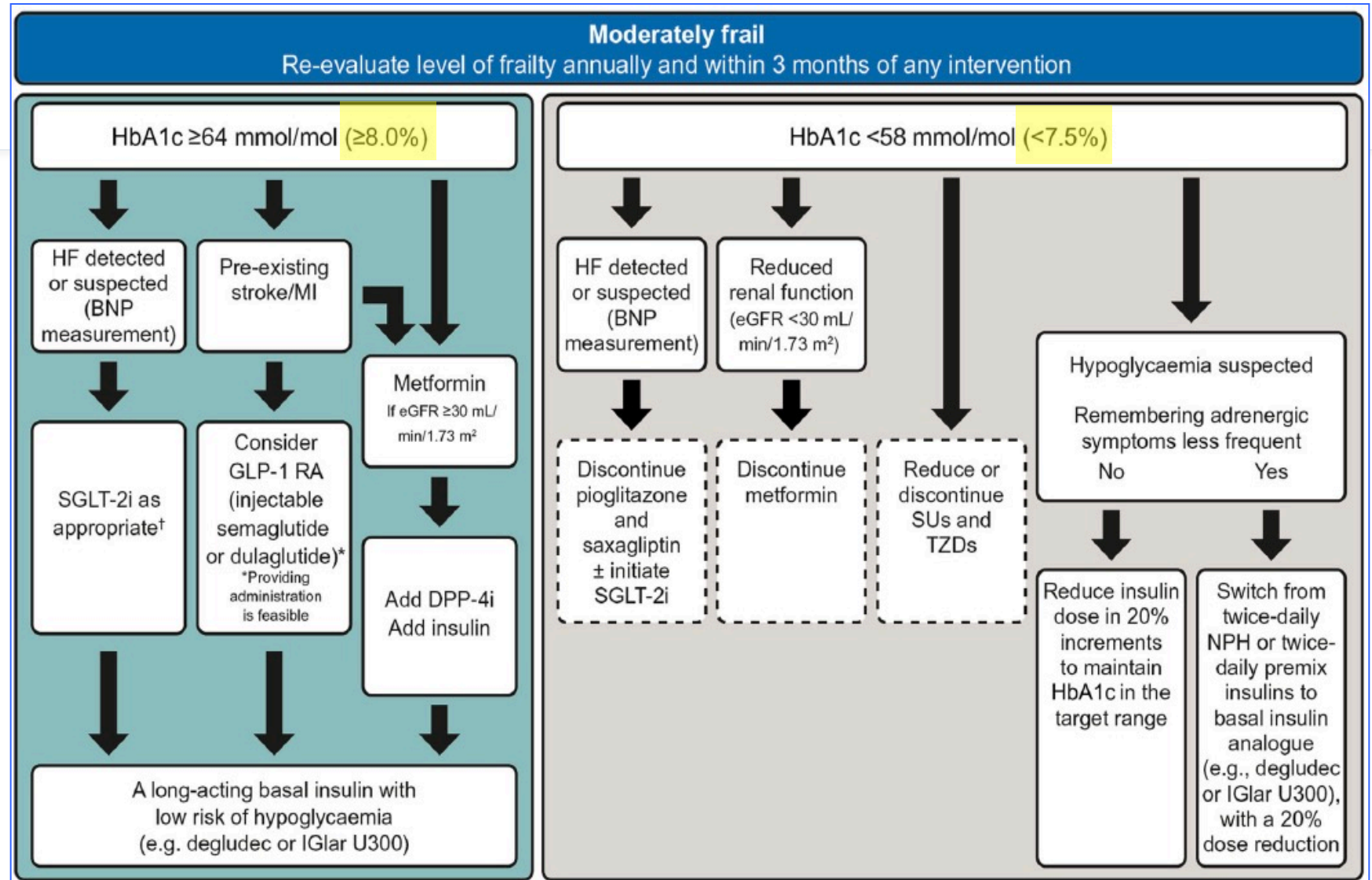
^eFG<60: no iniciar. FG<45: suspender si en tratamiento previo

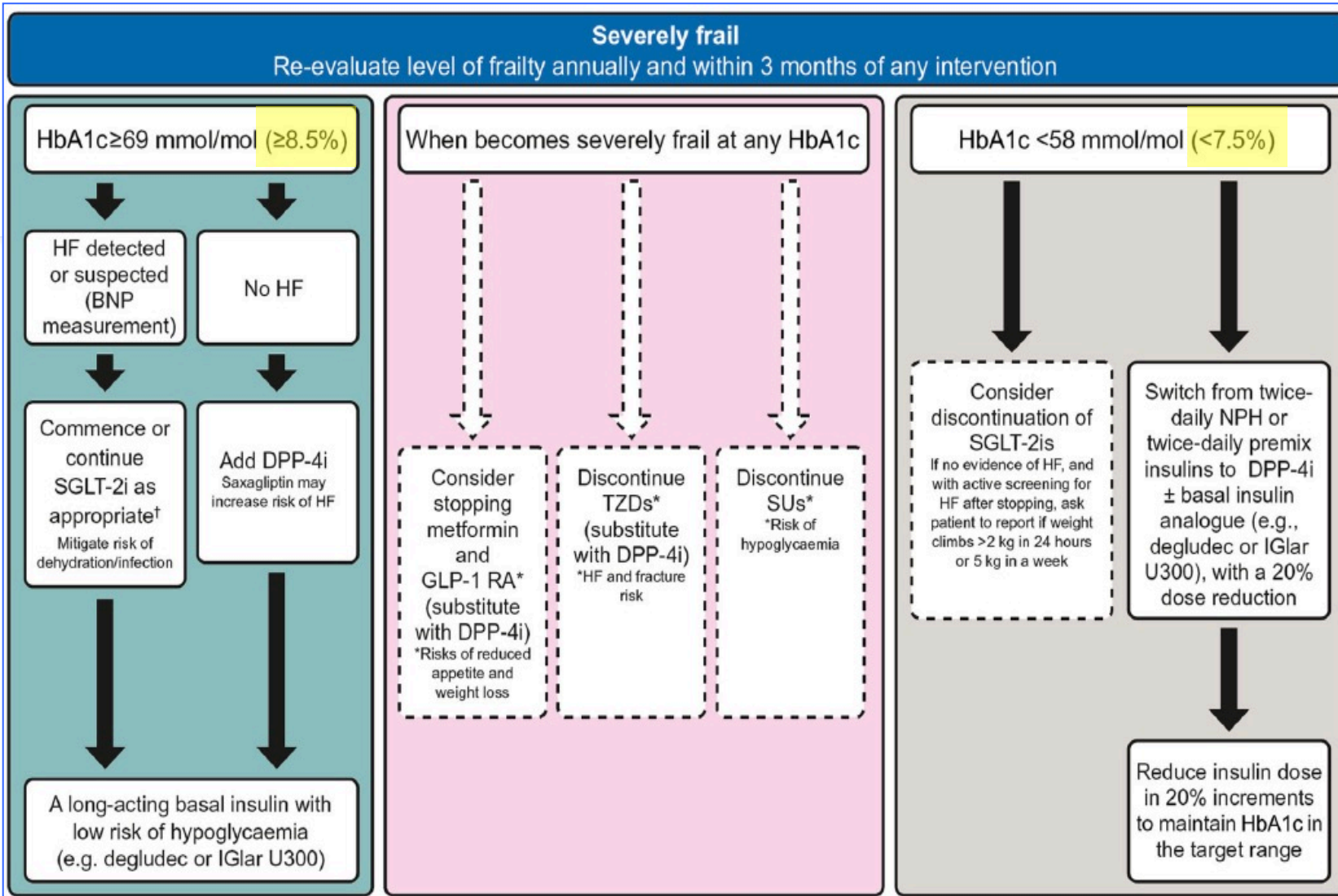
^fFG>50 no precisa ajuste de dosis. FG: 10-50 reducir dosis insulina 25%. FG <10: reducir dosis 50%

Antihiperoglucemiantes: ajust de dosi segons FGe

Desprescripció i fragilitat

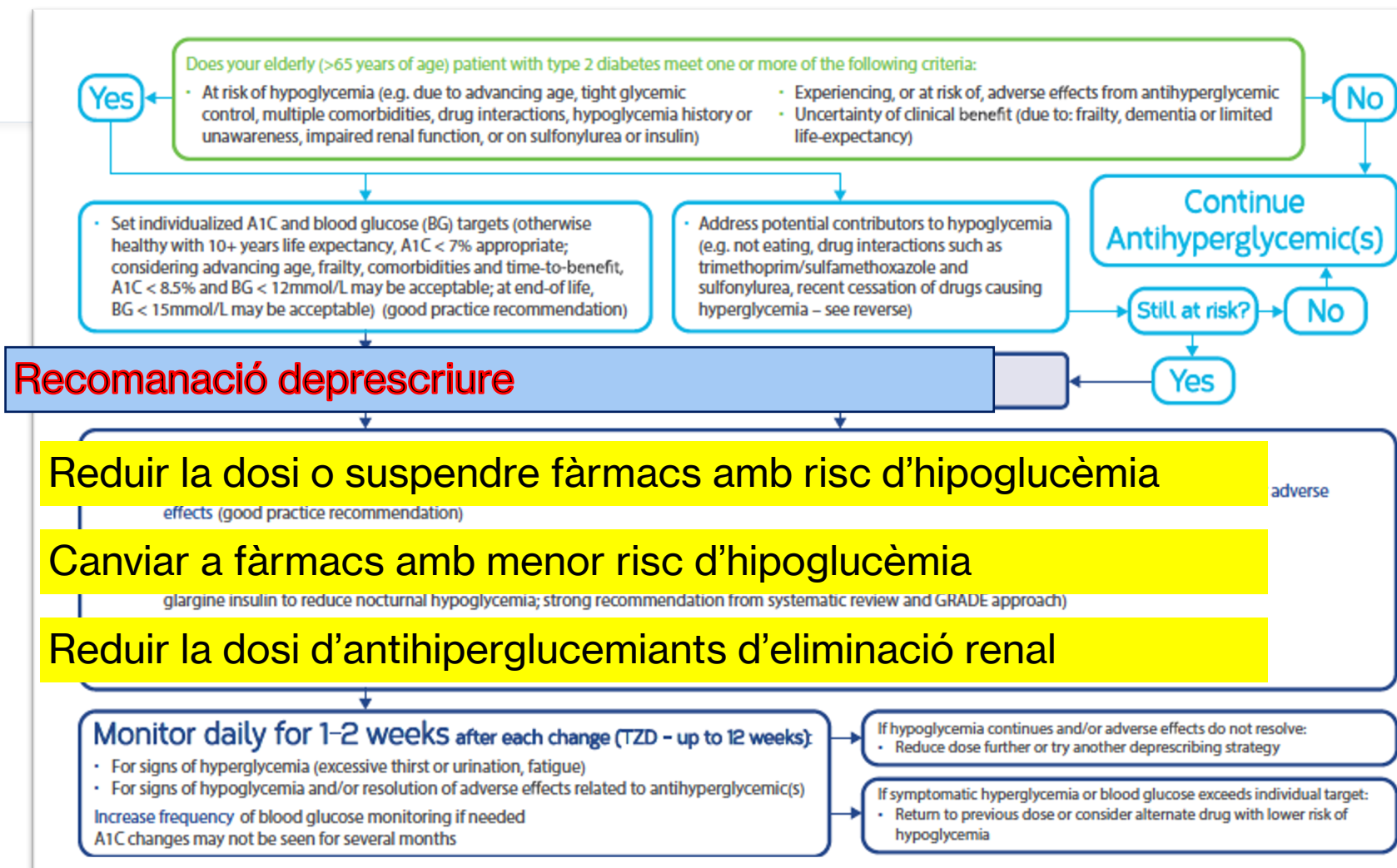
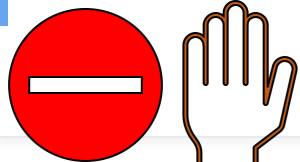
Reavaluar el nivell de **fragilitat: Anualment i cada 3 mesos** si existeix intervenció





Desprescripció i fragilitat

Reavaluar el nivell de fragilitat: **Anualment i cada 3 mesos** si existeix intervenció



Missatges de maneig de l'ancià amb DM2

1. **Fem la valoració integral** de la persona en el seu context bio-psico-social actual.
2. **Prenem les decisions de forma compartida.**
3. Adaptem les necessitats de cures i el maneig clínic a la situació. **Hem de personalitzar.**
4. Acompanyem en tots els moments d'inflexió. **Anticipem-nos.**
5. Preservem la **capacitat funcional** i millorar la **qualitat de vida.**

Moltes gràcies!!