



Ús adequat dels GLP1

Dra. Àngels Molló Iniesta

Metge de Família CAP Tàrrega

Membre del GdT GEDAPS (Grup d'Estudi sobre Diabetis a l'APS)

POTENCIALS CONFLICTES D'INTERÈS

Ponències:

AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Lilly, Novo Nordisk, Menarini, Abbott.

1. EFECTES CLÍNICS
2. INDICACIONS (ESTUDIS)
3. POSICIONAMENTS
4. EVIDÈNCIA EN EL MÓN REAL. DADES SIDIAP
5. PERSPECTIVES DE FUTUR
6. CONCLUSIONS

01

EFECTES CLÍNICS

BENEFICIS CLÍNICS AMB ARGLP-1



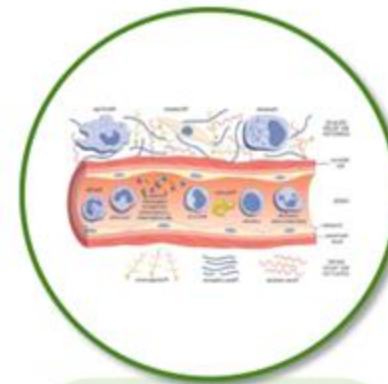
Reducció
en HbA_{1c}¹



Reducció
el pes corporal¹



Reducció
PAS²



Reducció
marcadors inflamatoris^{3,4}



Beneficis CV^{5*}

* Sols alguns arGLP-1 han aconseguit reducció risc CV

1. Trujillo JM et al. Ther Adv Endocrinol Metab 2021;12:2042018821997320; 2. Hu M et al. J Am Heart Assoc 2020;9:e015323; 3. Mosenzon O et al. Cardiovasc Diabetol 2022;21:172; 4. Rakipovski G et al. JACC Basic Transl Sci 2018;3:844–57; 5. Sattar N et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2021;9:653–62.

02

INDICACIONS (ESTUDIS)

arGLP-1, ESTUDIS DE SEGURETAT CV

Ús adequat dels GLP1

	ELIXA	LEADER	SUSTAIN-6	EXSCEL	HARMONY	REWIND	PIONEER-6	overall
	Lixisenatida	Liraglutida	Semaglutida	Exenatide	Albiglutide	Dulaglutide	Semaglutide o	
MACE	1.02 0.89-1.17	0.87 0.78-0.97	0.74 0.58-0.95	0.91 0.83-1.00	0.78 0.68-0.90	0.88 0.79-0.99	0.79 0.57-1.11	0.88 0.82-0.94
CV death	0.98 0.78-1.22	0.78 0.66-0.93	0.98 0.65-1.48	0.88 0.76-1.02	0.93 0.73-1.19	0.91 0.78-1.06	0.49 0.27-0.92	0.88 0.81-0.96
fatal or no fatal MI	1.03 0.87-1.22	0.86 0.73-1.00	0.81 0.57-1.16	0.97 0.85-1.10	0.75 0.61-0.90	0.96 0.79-1.15	1.18 0.73-1.90	0.91 0.84-1.00
fatal or no fatal Stroke	1.12 0.79-1.58	0.86 0.71-1.06	0.65 0.41-1.03	0.85 0.70-1.03	0.86 0.66-1.14	0.76 0.62-0.94	0.74 0.35-1.57	0.84 0.76-0.93
All cause mortality	0.94 0.78-1.13	0.85 0.74-0.97	1.05 0.74-1.50	0.86 0.77-0.97	0.95 0.79-1.16	0.90 0.80-1.01	0.51 0.31-0.84	0.88 0.83-0.95
Hospital for Heart failure	0.96 0.75-1.23	0.87 0.73-1.05	1.11 0.77-1.61	0.94 0.78-1.13	0.71 0.53-0.94	0.93 0.77-1.12	0.86 0.48-1.44	0.91 0.83-0.99
composite kidney outcome	0.84 0.68-1.02	0.78 0.67-0.92	0.64 0.46-0.88	0.88 0.76-1.01		0.85 0.77-0.93		0.83 0.78-0.89
worsening of Kidney function	1.16 0.74-1.83	0.89 0.67-1.19	1.28 0.64-2.58	0.88 0.74-1.05		0.70 0.57-0.85		0.87 0.73-1.03

Kristensen. Lancet Diab Endoc 2019

MORTALITAT CV, OBJECTIU RENAL AMB arGLP-1 EN DM2: REVISIÓ SISTEMÀTICA I METAANÀLISI

Ús adequat dels GLP1

3-component MACE	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95% CI)	P-value
ELIXA	400/3034 (13%)	392/3034 (13%)	1.02 (0.89-1.17)	0.78	
EXSCEL	839/7356 (11%)	905/7396 (12%)	0.91 (0.83-1.00)	0.061	
LEADER	608/4668 (13%)	694/4672 (15%)	0.87 (0.78-0.97)	0.015	
SUSTAIN-6	108/1648 (7%)	146/1649 (9%)	0.74 (0.58-0.95)	0.016	
Harmony	338/4731 (7%)	428/4732 (9%)	0.78 (0.68-0.90)	<0.001	
REWIND	594/4949 (12%)	663/4952 (13%)	0.88 (0.79-0.99)	0.026	
PIONEER 6	61/1591 (4%)	76/1592 (5%)	0.79 (0.57-1.11)	0.17	
Overall	2948/27977 (11%)	3304/28027 (12%)	0.88 (0.82-0.94)	75 (50-151)	<0.001

Cardiovascular death	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95%CI)	P-value
ELIXA	156/3034 (5%)	158/3034 (5%)	0.98 (0.78-1.22)	0.85	
EXSCEL	340/7356 (5%)	383/7396 (5%)	0.88 (0.76-1.02)	0.096	
LEADER	219/4668 (5%)	278/4672 (6%)	0.78 (0.66-0.93)	0.007	
SUSTAIN-6	44/1648 (3%)	46/1649 (3%)	0.98 (0.65-1.48)	0.92	
Harmony	122/4731 (3%)	130/4732 (3%)	0.93 (0.73-1.19)	0.58	
REWIND	317/4949 (6%)	346/4952 (7%)	0.91 (0.78-1.06)	0.18	
PIONEER 6	15/1591 (1%)	30/1592 (2%)	0.49 (0.27-0.92)	0.021	
Overall	1277/27977 (5%)	1471/28027 (5%)	0.88 (0.81-0.96)	163 (103-489)	0.003

Fatal – and non-fatal MI	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95%CI)	P-value
ELIXA	270/3034 (9%)	261/3034 (9%)	1.03 (0.87-1.22)	0.71	
EXSCEL	483/7356 (7%)	493/7396 (7%)	0.97 (0.85-1.10)	0.62	
LEADER	292/4668 (6%)	339/4672 (7%)	0.86 (0.73-1.00)	0.046	
SUSTAIN-6	54/1648 (3%)	67/1649 (4%)	0.81 (0.57-1.16)	0.26	
Harmony	181/4731 (4%)	240/4732 (5%)	0.75 (0.61-0.90)	0.003	
REWIND	223/4949 (5%)	231/4952 (5%)	0.96 (0.79-1.15)	0.63	
PIONEER 6	37/1591 (2%)	31/1592 (2%)	1.18 (0.73-1.90)	0.49	
Overall	1540/27977 (6%)	1662/28027 (6%)	0.91 (0.84-1.00)	193 (109-na)	0.043

Fatal and non-fatal stroke	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95%CI)	P-value
ELIXA	67/3034 (2%)	60/3034 (2%)	1.12 (0.79-1.58)	0.54	
EXSCEL	187/7356 (3%)	218/7396 (3%)	0.85 (0.70-1.03)	0.095	
LEADER	173/4668 (4%)	199/4672 (4%)	0.86 (0.71-1.06)	0.16	
SUSTAIN-6	30/1648 (2%)	46/1649 (3%)	0.65 (0.41-1.03)	0.066	
Harmony	94/4731 (2%)	108/4732 (2%)	0.86 (0.66-1.14)	0.30	
REWIND	158/4949 (3%)	205/4952 (4%)	0.76 (0.62-0.94)	0.01	
PIONEER 6	12/1591 (1%)	16/1592 (1%)	0.74 (0.35-1.57)	0.43	
Overall	721/27977 (3%)	852/28027 (3%)	0.84 (0.76-0.93)	209 (139-477)	<0.001

All-cause mortality	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95%CI)	P-value
ELIXA	211/3034 (7%)	223/3034 (7%)	0.94 (0.78-1.13)	0.50	
EXSCEL	507/7356 (7%)	584/7396 (8%)	0.86 (0.77-0.97)	0.016 [§]	
LEADER	381/4668 (8%)	447/4672 (10%)	0.85 (0.74-0.97)	0.02	
SUSTAIN-6	62/1648 (4%)	60/1649 (4%)	1.05 (0.74-1.50)	0.79	
Harmony	196/4731 (4%)	295/4732 (4%)	0.95 (0.79-1.16)	0.64	
REWIND	536/4949 (11%)	592/4952 (12%)	0.90 (0.80-1.01)	0.067	
PIONEER 6	23/1591 (1%)	45/1592 (3%)	0.51 (0.31-0.84)	0.008	
Overall	1916/27977 (7%)	2246/28027 (8%)	0.88 (0.83-0.95)	108 (77-260)	0.001

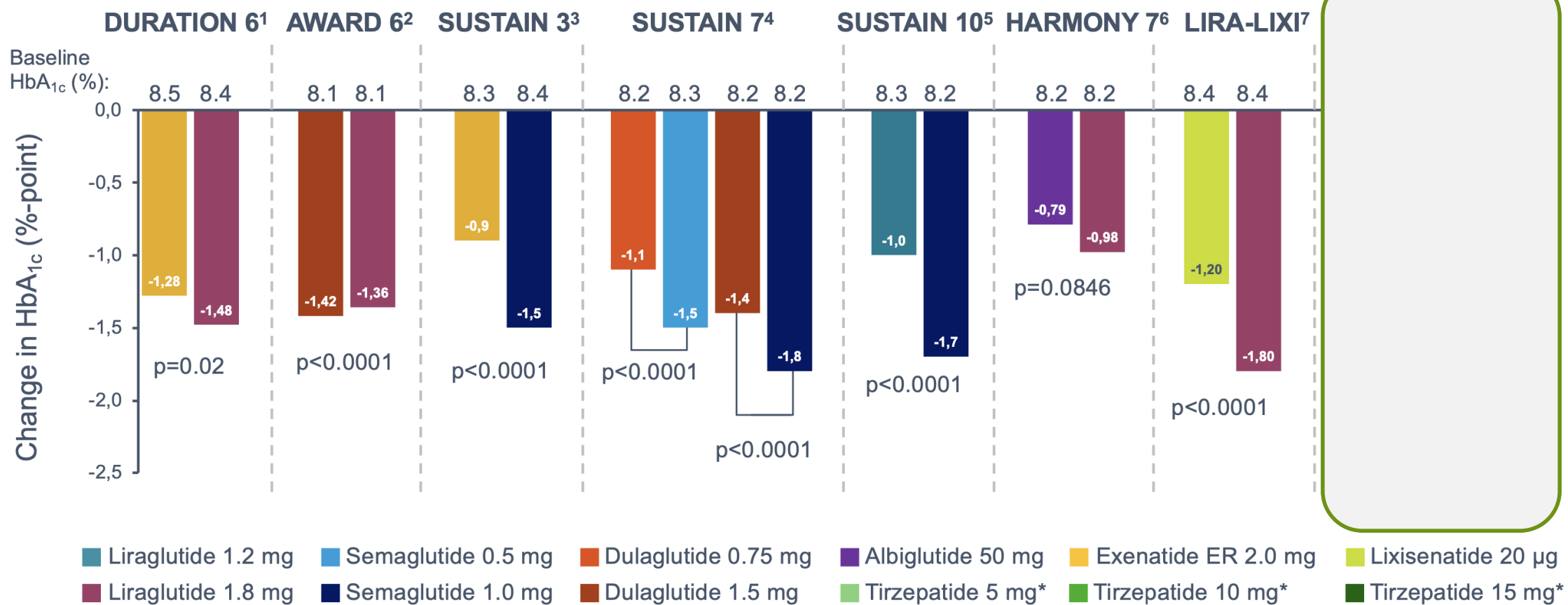
Heart failure hospitalization	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95%CI)	P-value
ELIXA	122/3034 (4%)	127/3034 (4%)	0.96 (0.75-1.23)	0.75	
EXSCEL	219/7356 (3%)	231/7396 (3%)	0.94 (0.78-1.13)	0.51	
LEADER	218/4668 (5%)	248/4672 (5%)	0.87 (0.73-1.05)	0.14	
SUSTAIN-6	59/1648 (4%)	54/1649 (3%)	1.11 (0.77-1.61)	0.57	
Harmony	79/4731 (2%)	111/4732 (2%)	0.71 (0.53-0.94)	<0.001	
REWIND	213/4949 (4%)	226/4952 (5%)	0.93 (0.77-1.12)	0.46	
PIONEER 6	21/1591 (1%)	24/1592 (2%)	0.86 (0.48-1.44)	0.59	
Overall	936/27977 (3%)	1016/28027 (4%)	0.91 (0.83-0.99)	311 (164-2797)	0.028

Renal outcomes	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95%CI)	P-value
Composite renal outcome including macroalbuminuria					
ELIXA	172/2639 (6%)	203/2647 (6%)	0.84 (0.68-1.02)	0.083	
EXSCEL	366/6256 (6%)	407/6222 (7%)	0.88 (0.76-1.01)	0.065	
LEADER	268/4668 (6%)	337/4672 (7%)	0.78 (0.67-0.92)	0.003	
SUSTAIN-6	62/1648 (4%)	100/1649 (6%)	0.64 (0.46-0.88)	0.006	
REWIND	848/4949 (17%)	970/4952 (20%)	0.85 (0.77-0.93)	<0.001	
Overall	1716/20160 (9%)	2017/20142 (10%)	0.83 (0.78-0.89)	62 (48-96)	<0.001

Renal outcomes	GLP-1 receptor agonist n/N (%)	Placebo n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95%CI)	P-value
Worsening of renal function					
ELIXA	35/3032 (1%)	41/3031 (1%)	1.16 (0.74-1.83)	0.51	
EXSCEL	246/6456 (4%)	273/6458 (4%)	0.88 (0.74-1.05)	0.16	
LEADER	87/4668 (2%)	97/4672 (2%)	0.89 (0.67-1.19)	0.43	
SUSTAIN-6	18/1648 (1%)	14/1649 (1%)	1.28 (0.64-2.58)	0.48	
REWIND	169/4949 (3%)	237/4952 (5%)	0.70 (0.57-0.85)	<0.001	
Overall	555/20753 (3%)	662/20762 (3%)	0.87 (0.73-1.03)	245 (118-1064*)	0.098

Kristensen, S. L. *Lancet Diabetes and Endocrinology*, 7(10), pp. 776-785.

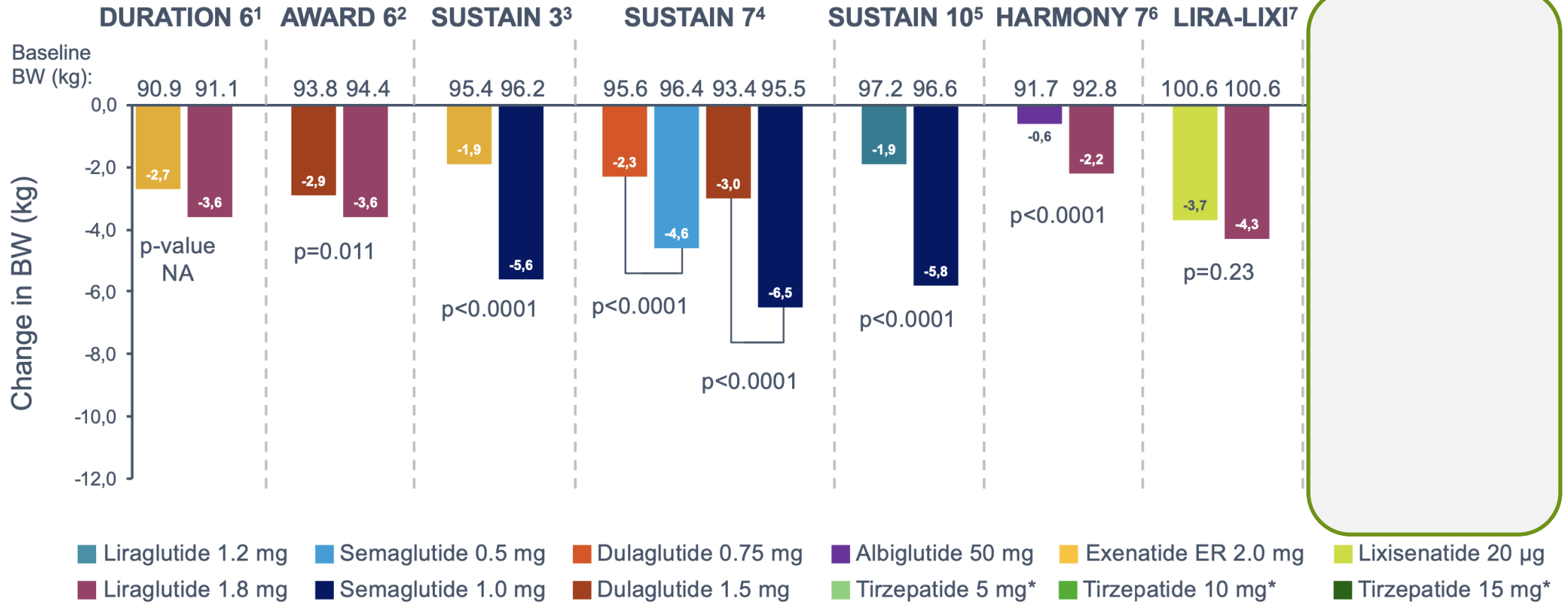
CANVIS HbA1c EN ELS TRAILS aGLP-1



1. Buse JB et al. Lancet 2013;381:117–24; 2. Dungan KM et al. Lancet 2014;384:1349–57; 3. Ahmann AJ et al. Diabetes Care 2018;41:258–66; 4. Pratley RE et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6:275–86; 5. Capehorn MS et al. Diabetes Metab 2020;46:100–9; 6. Pratley RE et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2014;2:289–97; 7. Nauck M et al. Diabetes Care 2016;39:1501–9; 8. Frias JP et al. N Engl J Med 2021;385:503–15.

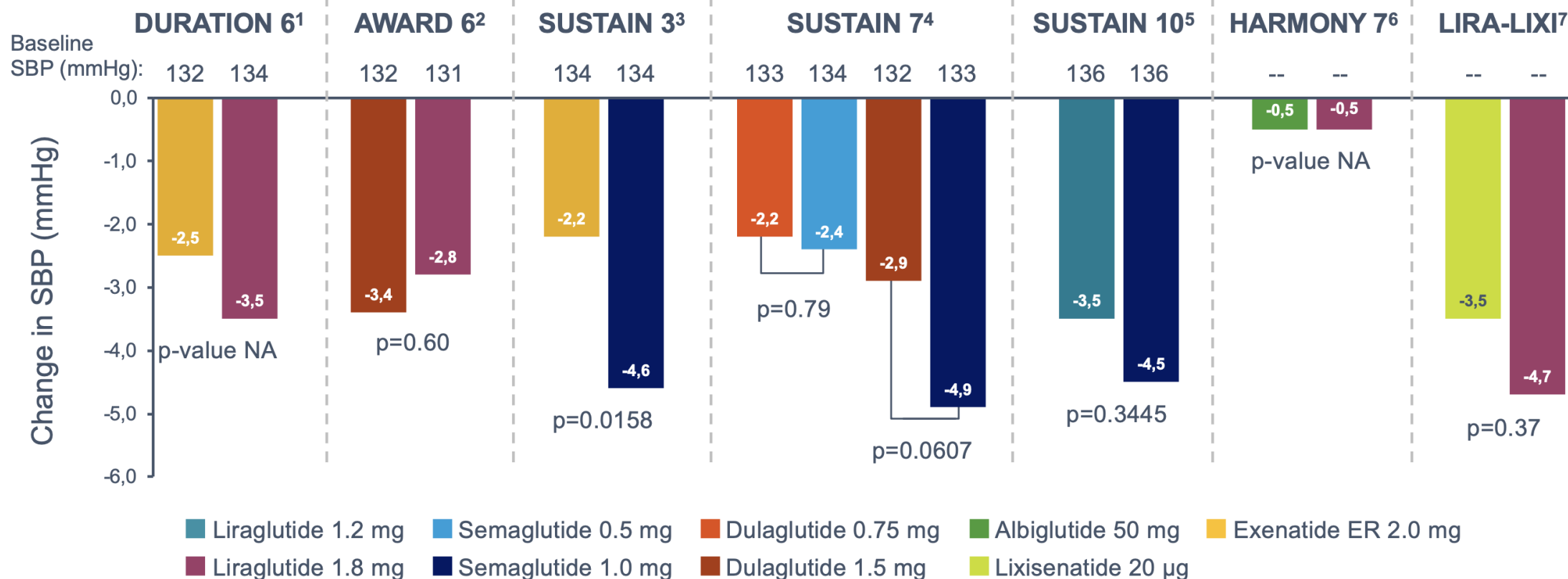
MODIFICACIONS DEL PES EN ELS TRIALS aGLP-1

Ús adequat dels GLP1



1. Buse JB et al. Lancet 2013;381:117–24; 2. Dungan KM et al. Lancet 2014;384:1349–57; 3. Ahmann AJ et al. Diabetes Care 2018;41:258–66; 4. Pratley RE et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6:275–86; 5. Capehorn MS et al. Diabetes Metab 2020;46:100–9; 6. Pratley RE et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2014;2:289–97; 7. Nauck M et al. Diabetes Care 2016;39:1501–9; 8. Frias JP et al. N Engl J Med 2021;385:503–15.

CANVIS EN PAS EN ELS TRAILS aGLP-1



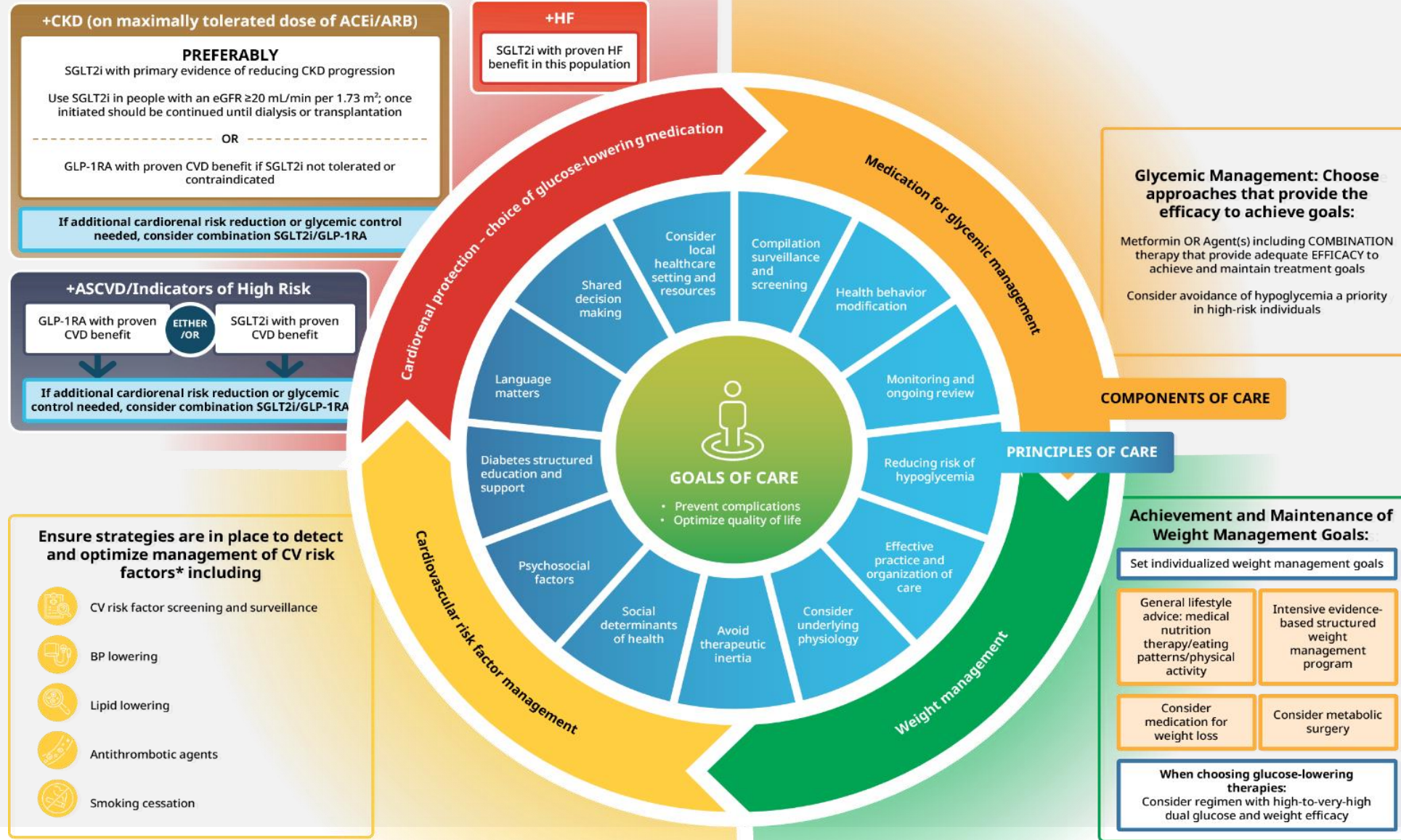
Ús adequat dels GLP1

1. Buse JB et al. Lancet 2013;381:117–24; 2. Dungan KM et al. Lancet 2014;384:1349–57; 3. Ahmann AJ et al. Diabetes Care 2018;41:258–66; 4. Pratley RE et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6:275–86; 5. Capehorn MS et al. Diabetes Metab 2020;46:100–9; 6. Pratley RE et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2014;2:289–97; 7. Nauck M et al. Diabetes Care 2016;39:1501–9; 8. Frias JP et al. N Engl J Med 2021;385:503–15.

03

POSICIONAMENTS

HOLISTIC PERSON-CENTRED APPROACH TO T2D MANAGEMENT



https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S52/153956/4-Comprehensive-Medical-Evaluation-and-Assessment

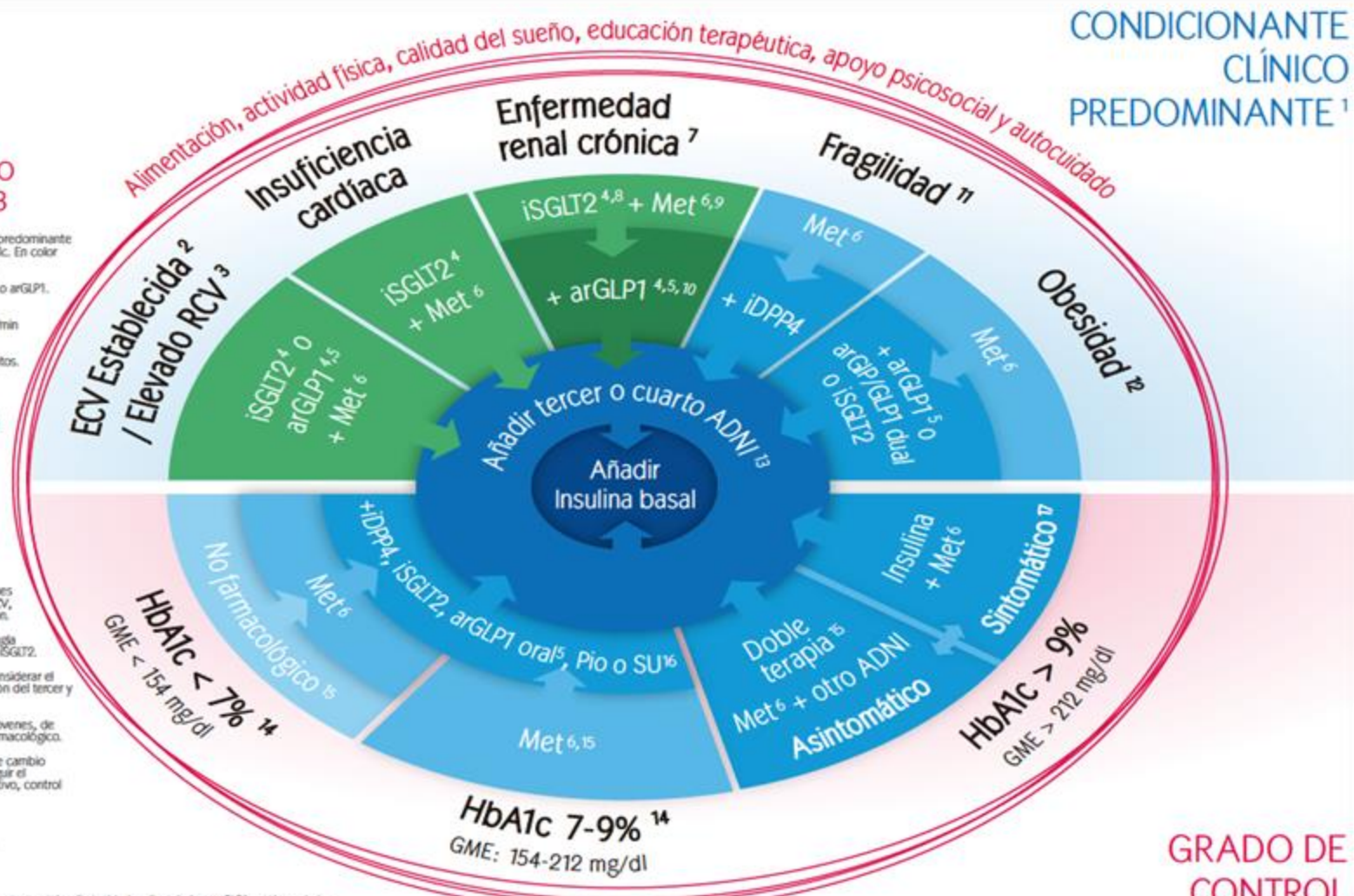


ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2023

1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante prevalece sobre la elección respecto a los valores de HbA1c. En color verde opciones con evidencias en reducción de eventos.
2. Si antecedentes de ictus, preferiblemente pioglitazona o arGLP1.
3. Se considera elevado RCV si ≥ 3 FRCV: Obesidad, HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, albuminuria, FG < 60 ml/min o antecedentes familiares de ECV precoz.
4. iSGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos.
5. Actualmente en España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC ≥ 30 kg/m² al inicio del tratamiento.
6. Titular la dosis de Metformina para mejorar la tolerancia digestiva.
7. Si FG < 15 ml/min preferible iDPP4, repaglinida o pioglitazona.
8. Cana, Dapa o Empaglifozina si FG ≥ 20 ml/min.
9. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
10. Liraglutida, Dulaglutida y Semaglutida se pueden prescribir si FG ≥ 15 ml/min.
11. Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos. En pacientes con ECV, elevado RCV, IC o ERC utilizar iSGLT2 o arGLP1, si no hay contraindicación.
12. Si IMC > 35 kg/m² de elección arGLP1 y considerar cirugía bariátrica. Si estenosis hepática pioglitazona, arGLP1 y/o iSGLT2.
13. No asociar iDPP4 con arGLP1 ni SU con repaglinida. Considerar el perfil del paciente y su función renal a la hora de la elección del tercer y cuarto fármaco.
14. Considerar un objetivo de HbA1c $< 6,5\%$ en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico.
15. Reevaluar HbA1c a los 3 meses tras inicio o después de cambio terapéutico. Intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses.
16. Gliclazida o gimepirida son las de elección.
17. Clínica cardinal: poluria, polidipsia y pérdida de peso.

ABREVIATURAS:

ADNI: antidiabético no insulínico; arGP: análogo de los receptores del polipéptido insulinotrópico; arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; CAC: cociente albúmina/creatinina; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; GME: glucemia media estimada; HbA1c: hemoglobina glicosilada; IC: insuficiencia cardíaca; iDPP4: inhibidor de la dipeptidasa 4; iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazona; RCV: riesgo cardiovascular.



Objetivo personalizado. Reevaluar cada 3 a 6 meses¹⁵

- **Els pacients candidats** a rebre tractament amb arGLP1 d'elecció (**DULA i LIRA**), conjuntament amb dieta i exercici, són aquells pacients adults amb DM2 que compleixen els criteris següents:
- En **teràpia triple** en pacients tractats amb dos hipoglucemians i control glucèmic inadequat quan la insulinització no es considera apropiada. En aquesta situació, els arGLP1 són una alternativa conjuntament amb altres hipoglucemians (pioglitazona, IDPP4 o ISGLT2) i la selecció s'ha de realitzar en funció del perfil del pacient i les seves comorbiditats.

2020

**Agonistes del receptor del pèptid
similar al glucagó-1 (ARGLP1)**
per al tractament de la diabetis *mellitus* tipus 2

RESUM AVALUACIÓ

Programa d'harmonització
farmacoterapèutica (PHF)
harmonizacioAPC@catsalut.cat
<http://catsalut.gencat.cat>

En termes generals, s'ha de **discontinuar** el tractament amb un ARGLP1 en cas de:

- Manca d'adherència al tractament.
- Manca de resposta definida com una reducció de l'HbA1c <1% en 6 mesos.
- Increment ponderal o no pèrdua del pes esperat (reducció >3% respecte al pes basal).
- Malaltia renal terminal.
- Colelitiasi, pancreatitis o càncer de pàncrees.
- Càncer medul·lar de tiroide.
- Aparició o empitjorament de la retinopatia diabètica.
- Embaràs o desig d'aquest.

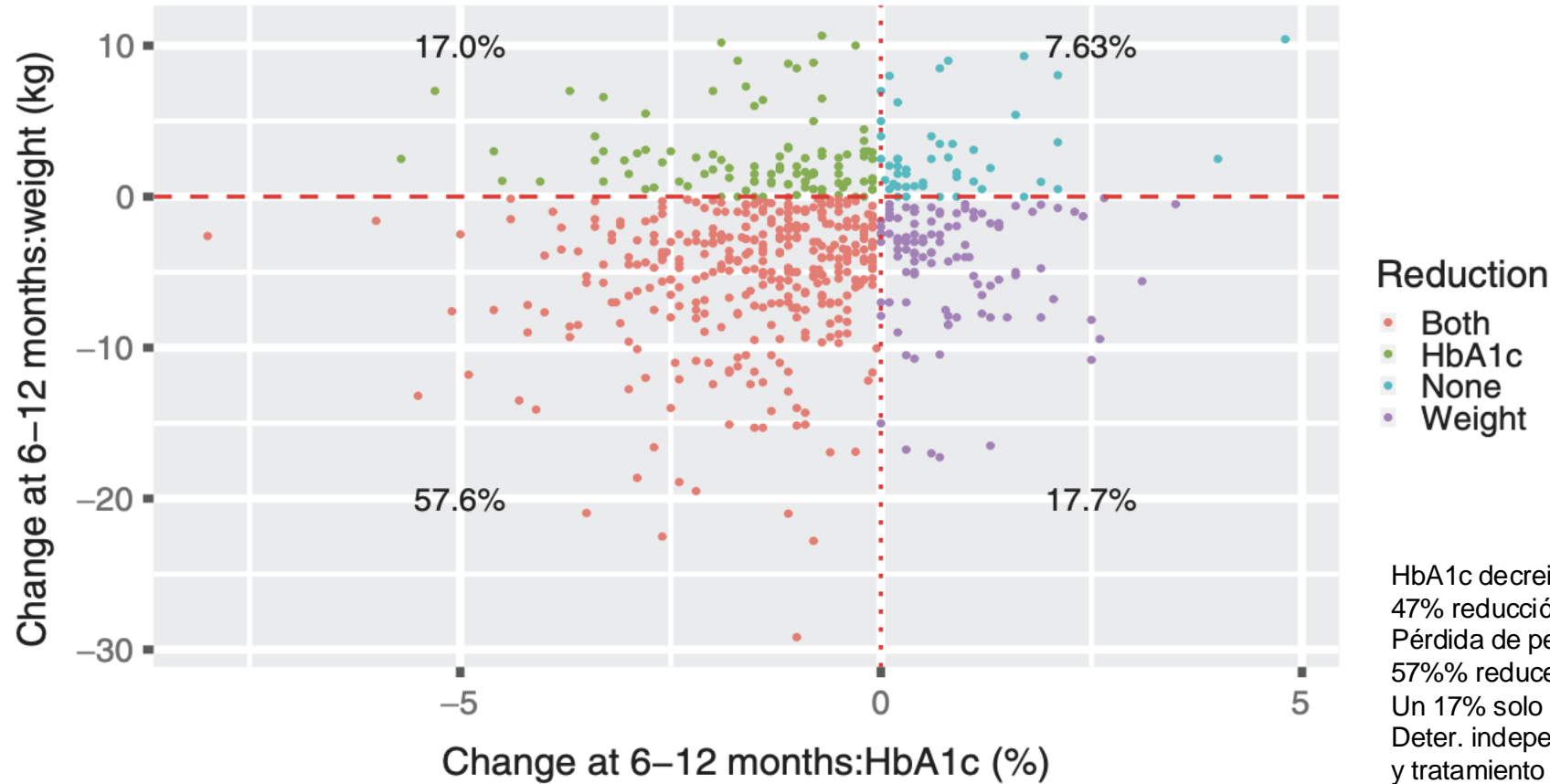
04

EVIDÈNCIA EN EL MÓN REAL. DADES SIDIAP

GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 RECEPTOR AGONISTS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES: REAL-WORLD EVIDENCE FROM A MEDITERRANEAN AREA

DM2 que inicien arGLP-1 entre 2007-2014 AP

N 4.242 (47,9% H, 58,6 años (52-65), 7,3 años de DM (4-10,5), HbA1c 8,82 (SD 1,6), IMC 37,5 Kg/m²)



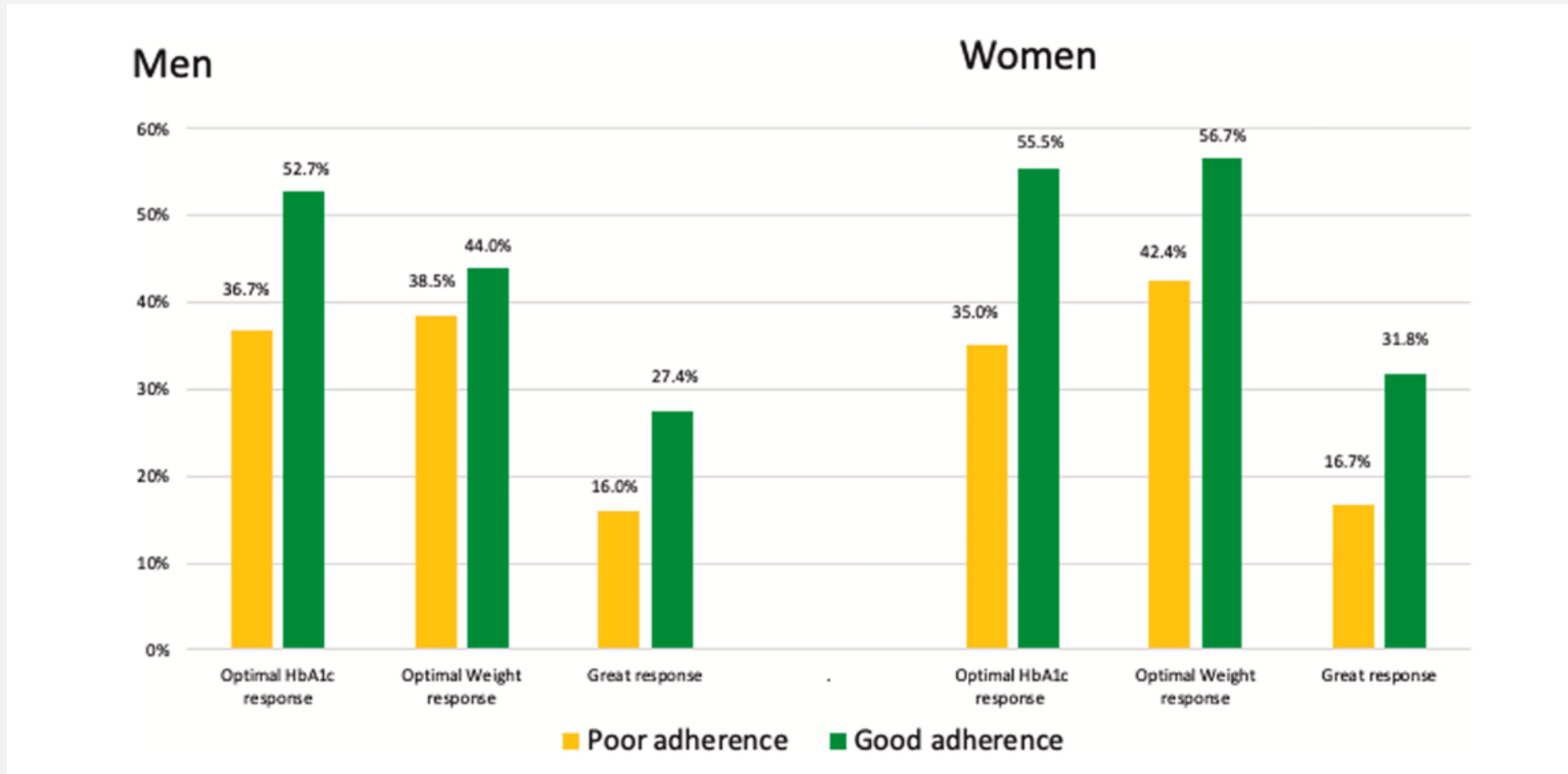
HbA1c decreix 8,8% a 7,7% (-1%; SD 1,6).
 47% reducció HbA1c 1%.
 Pèrdua de pes mitjà 3,6kg (SD 6,2).
 57,6% reduïen HbA1c i pes.
 Un 17% només redueix 1 objectiu.
 Deter. independents : HbA1c, edat, duració DM
 i tractament INS.

Mata M. et al. Curr Med Res Opin. 2019 Oct;35(10):1735-1744

Ús adequat dels GLP1

DETERMINANTS OF RESPONSE TO THE GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 RECEPTOR AGONISTS IN A TYPE 2 DIABETES POPULATION IN THE REAL-WORLD

Ús adequat dels GLP1



HbA1c > 1%
Pes > 3%
Great : HbA1c o pes

Nadal F, et al. Prim Care Diabetes. 2022 Dec;16(6):810-817.

DETERMINANTS OF RESPONSE TO THE GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 RECEPTOR AGONISTS IN A TYPE 2 DIABETES POPULATION IN THE REAL-WORLD

Multivariate analysis of the predictors of effectiveness after six months from treatment initiation with GLP-1RAs.

	Men			Women		
	Optimal HbA1c response OR (95% CI)	Optimal weight response OR (95% CI)	Great response OR (95% CI)	Optimal HbA1c response OR (95% CI)	Optimal weight response OR (95% CI)	Great response OR (95% CI)
Age, years	1.02 (0.99–1.05)	1.01(0.99–1.04)	1.02 (0.99–1.06)	1.04 (1.01–1.06)	<u>1.02 (1.00–1.05)</u>	1.04 (1.01–1.07)
Diabetes duration, years	1.00 (0.96–1.04)	1.02 (0.98–1.06)	1.03 (0.98–1.08)	0.96 (0.93–0.99)	1.00 (0.97–1.02)	0.99 (0.96–1.03)
HbA1c, %	<u>2.30 (1.96–2.71)</u>	0.98 (0.87–1.09)	1.43 (1.22–1.67)	<u>2.03 (1.76–2.33)</u>	0.99 (0.90–1.09)	1.37 (1.20–1.56)
Weight, Kg	1.00 (0.99–1.01)	1.02 (1.01–1.03)	1.01 (0.99–1.02)	1.01 (0.99–1.02)	<u>1.01 (1.00–1.02)</u>	1.02 (1.00–1.03)
eGFR, mL/min/1.73 m ²	1.01 (0.99–1.02)	1.00 (0.99–1.01)	1.01 (0.99–1.02)	1.01 (1.00–1.02)	1.00 (0.99–1.01)	1.02 (1.00–1.03)
Antidiabetic treatment ^a						
Other oral agents ^b	1.85 (0.98–3.49)	<u>2.50 (1.41–4.44)</u>	2.67 (1.24–5.77)	1.41 (0.81–2.44)	1.31 (0.81–2.12)	2.24 (1.16–4.31)
Oral agents with basal insulin	0.77 (0.45–1.31)	<u>1.28 (0.76–2.15)</u>	1.21 (0.61–2.40)	1.14 (0.69–1.85)	1.49 (0.98–2.28)	1.48 (0.82–2.67)
Prandial insulin	0.86 (0.48–1.54)	1.03 (0.58–1.82)	0.98 (0.46–2.10)	1.03 (0.60–1.79)	1.36 (0.85–2.19)	1.20 (0.62–2.31)
Patients correctly classified with this model	72.4%	64.9%	78.6%	54.3%	56.2%	76.6%

Ús adequat dels GLP1

Nadal F, et al. Prim Care Diabetes. 2022 Dec;16(6):810-817.

05

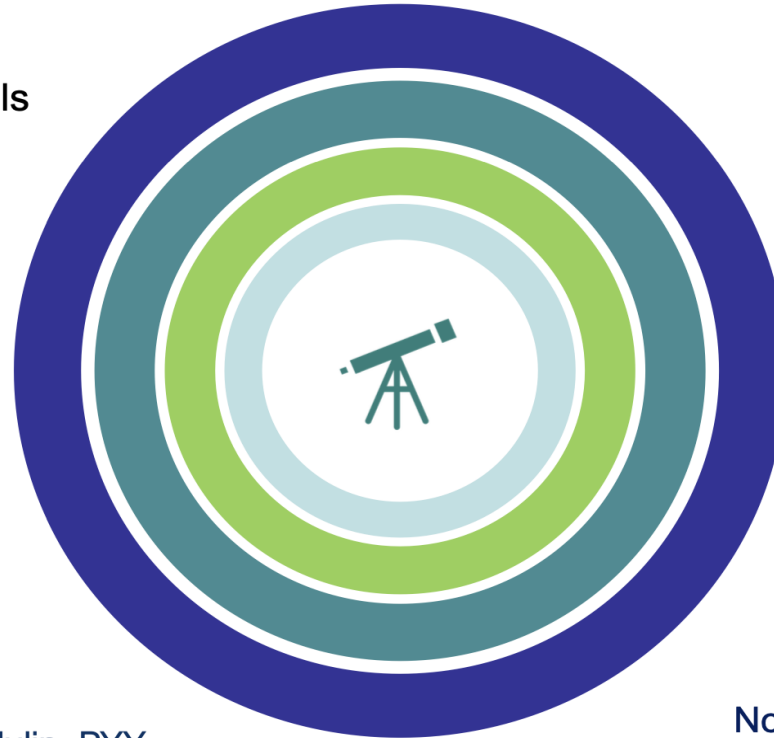
PERSPECTIVES DE FUTUR

PERSPECTIVES FUTURES (arGLP-1)

Dosis més altes i efectives
(després d'inducir la tolerància als efectes adversos GI).

Activació del GLP-1 amb altres receptors hormonals (agonistes duales o triples)

GLP-1, GIP, glucagon, oxyntomodulin, PYY receptor agonism, amylin



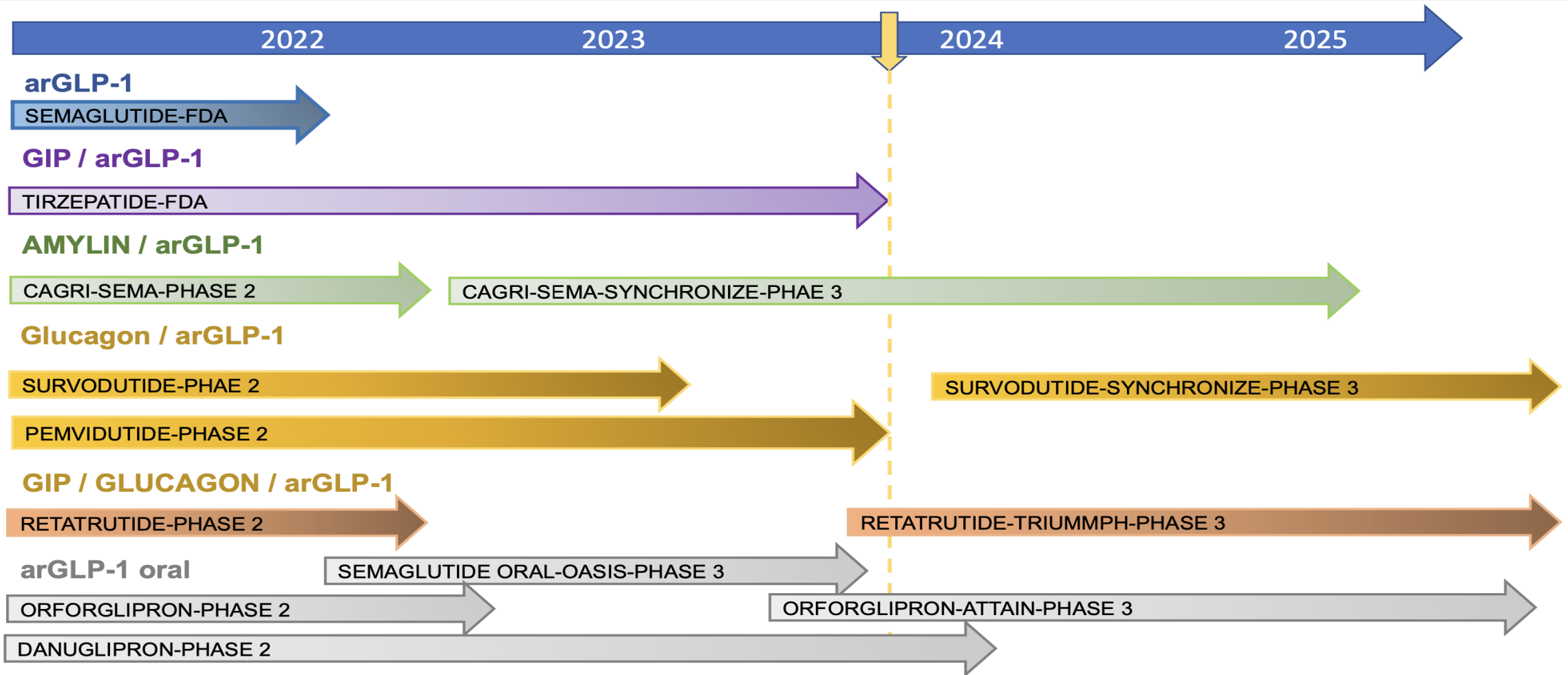
arGLP-1 oral

arGLP-1s orals

No basado en péptidos (moléculas pequeñas), mayor biodisponibilidad.

MEDICACIÓ PER L'OBESITAT EN DESENVOLUPAMENT

Ús adequat dels GLP-1



06

CONCLUSIONS

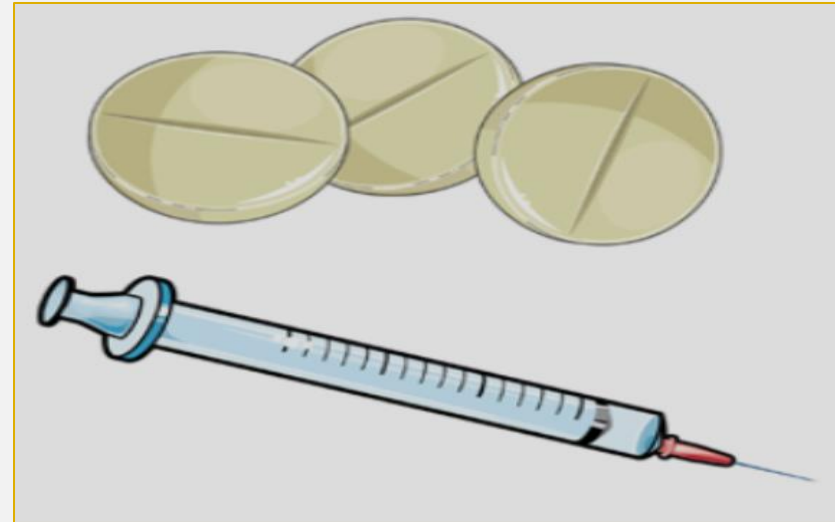
CONCLUSIONS

Objectius CV (HR;IC95%)

- MACE 0,86 (0,80-0,93)
- IAM 0,90 (0,83-0,98)
- ACV 0,83 (0,76-0,92)
- Mort CV 0,87 (0,80-0,94)

Efectes adversos:

- Gastrointestinals
- Reac. Local injecció
- Cura: antec. pancreatitis



Perfil de pacient:

- Esdeveniment Cardiovascular
- Obesitat
- Alt risc ACV
- Renal

Efectes en factors de risc:

- HbA1c 1-1,5%
- Pes aprox. 4%
- PA 3-4 mmHg

Aspectes del tractament:

- Dosi inicial baixa
- Increment dosi gradual
- Agulles < 32
- Ajust de dosi INS/SU
- Recomana dinar escàs.

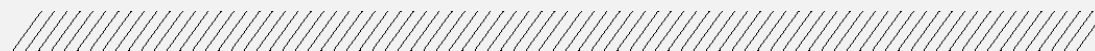
Quan no és adequat ús anàlegs GLP1?

Per tractar la diabetis...

- En monoteràpia
- En combinació amb iDPP4
- Dosis baixes i poc efectives
- No retirar-los quan hi ha criteris de deprescripció

Per tractar l'obesitat...

Si NO s'acompanya d'altres mesures



Gràcies!

