

**RECOMENDACIONES SOBRE EL USO
DE LAS "TERAPIAS NO INSULÍNICAS"
DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN**

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE TERAPIAS NO INSULÍNICAS (TNI)

DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN:

Las TNI podrían ser una opción en un subgrupo de pacientes con **diabetes no evolucionada** y en **situación clínica estable**. Sin embargo, su uso durante la hospitalización presenta varias limitaciones:

- Pueden suponer un **factor de riesgo de hipoglucemia** o de **efectos adversos**.
- La **inestabilidad de la hiperglucemia** durante el ingreso frecuentemente requiere de la utilización de fármacos (la insulina, de elección) con un inicio de acción inmediato y con posibilidad de titulación de la dosis hasta alcanzar el efecto hipoglucemiante adecuado que no siempre es posible con el uso de las TNI.
- Algunos fármacos orales, como por ejemplo los iDPP4, podrían ser una **opción de tratamiento en un subgrupo de pacientes concreto**, pero la selección de estos en la mayoría de las salas de hospitalización por parte de médicos poco familiarizados con el tratamiento de la diabetes resultaría difícil y no aplicable, en general, en “Protocolos de Insulinización Subcutánea” para la mayoría de los pacientes con DM2 ingresados.

Secretagogos (sulfonilureas, glinidas):

Tienen una **contraindicación relativa** durante la hospitalización (especialmente las SU de acción prolongada), debido al **riesgo potencial de hipoglucemia** sobre todo en las situaciones en las que no se puede asegurar la alimentación y en las que los requerimientos de insulina pueden variar de forma drástica a diferentes horas del día.

Metformina:

En general **no indicadas** durante el ingreso, especialmente en: pacientes con riesgo de acidosis láctica, con metabolismo anaeróbico (sepsis, hipoxia tisular...), en situaciones de depuración alterada de la metformina (insuficiencia renal con TFGe < 30 ml/min/1.73 m²) y del ácido láctico (insuficiencia hepática). Además, debe ser suspendida 24 horas antes de cirugía mayor o procedimientos con contraste yodado o intraarterial (si la TFGe es < 60 ml/min/1.73 m²).

Pioglitazona:

No son útiles en la hospitalización por el inicio tardío de la acción (2-4 semanas) y el potencial riesgo de inducir o agravar la insuficiencia cardiaca por retención de líquidos (edema).

Inhibidores de la DDP-4 (iDPP4):

Los iDPP-4 **con pautas correctoras de insulina y/o con insulina basal** pueden ser una alternativa eficaz (similar control glucémico, tasas de hipoglucemia y fracaso del tratamiento) a la terapia con insulina “Basal-Bolo-Corrección”, con una menor dosis y número de inyecciones de insulina **en pacientes adultos con DM2 hospitalizados** por una **enfermedad no crítica estable + hiperglucemia “leve-moderada”** seleccionados (HbA_{1c} reciente < 7,5-8%, glucemia < 180-200 mg/dL y en tratamiento con insulina antes de la hospitalización con una DTD < 0,5 UI/kg/día).

Análogos de GLP1 y GLP1/GIP:

El inicio de los aGLP1 en el ámbito hospitalario no está bien establecido y su uso está limitado por el riesgo potencial de **efectos secundarios gastrointestinales** (náuseas y vómitos) y el retraso del vaciamiento gástrico que pueden inducir un mayor **riesgo de aspiración** en determinados contextos (pacientes en estado crítico, estado mental alterado, etc.)

Criterios de START (inicio):

Valorar su inicio y continuar tras el alta en **ausencia de criterios de STOP** y en pacientes con **DM2 e IMC ≥ 30 kg/m²** con:

- **Cardiopatía isquémica** (como alternativa a iSGLT2 o en combinación).
- **Enfermedad cerebrovascular.**
- **Enfermedad Renal Diabética** (con contraindicación de iSGLT2).

Criterios de STOP (no emplear):

No deben emplearse en estas situaciones:

- **Síndrome catabólico con pérdida de peso** (pacientes oncológicos, desnutrición, anorexia, etc.).
- **Intolerancia a alimentación oral o enteral.**
- **Clínica digestiva.**
- **Insuficiencia hepática** Child-Pugh C.
- **Procedimientos quirúrgicos mayores en las próximas 48 horas.**

Criterios de SUSPENSIÓN previo al ingreso:

- Los **aGLP-1 de administración diaria** (liraglutida sc y semaglutida oral) deben suspenderse el día del ingreso si el paciente está estable, y al menos 24 h antes en caso de procedimientos que requieran anestesia general o sedación profunda.
- Los **aGLP-1/GIP de administración semanal** (semaglutida, dulaglutida y tirzepatida) debe suspenderse la última dosis programada si cae dentro de los 7 días previos en

procedimientos quirúrgicos mayores. No es necesario suspenderlos anticipadamente para procedimientos menores no gastrointestinales.

Inhibidores de SGLT2 (iSGLT2):

Los pacientes hospitalizados tratados con iSGLT2 presentan un **mayor riesgo de:** cetoacidosis diabética “euglucémica” intrahospitalaria (en particular entre pacientes con mala ingesta de alimentos), hipovolemia y de infecciones genitourinarias micóticas.

Criterios de START (inicio):

Valorar su inicio y continuar tras el alta en **ausencia de criterios de STOP y en fase de estabilidad clínica** en pacientes con:

- **Insuficiencia cardíaca con FER.**
- **Cardiopatía isquémica** (sin signos de isquemia aguda).
- **Enfermedad Renal Diabética** (con TFGe > 25-30 ml/min/m²).

Criterios de STOP (no emplear):

No deben emplearse en estas situaciones:

- **Metabolismo anaeróbico** (sepsis, hipoxia, shock).
- **Inestabilidad hemodinámica o enfermedad potencialmente grave** (insuficiencia hepática Child-Pugh C, insuficiencia renal aguda o hemodiálisis, shock cardiogénico, EAP no controlado, arteriopatía periférica 2B, infección fúngica genital-perineal activa, etc.).
- **Síndrome catabólico con pérdida de peso** (pacientes oncológicos, desnutrición, diarrea, anorexia, cetosis, etc.).
- **Ayuno prolongado o incapacidad para mantener una ingesta oral adecuada**
- **Procedimientos quirúrgicos mayores en las próximas 72 horas.**

Criterios de SUSPENSIÓN previos al ingreso:

- Tres días antes de **cirugías mayores programadas** (4 días para el caso de ertugliflozina).
- Al menos 24 horas antes de **cirugías menores ambulatorias** sin ayuno prolongado o en cualquier otra condición que pueda comprometer la hidratación.
- El mismo día y hasta 48-72 horas después de **procedimientos con contraste yodado**, especialmente en pacientes con TFGe < 60 ml/min.