

**PACIENTE**

# ELISA MARTÍNEZ

- **Edad:** 52 años
- **Diagnosticada con HTA** hace 4 años
- **Diagnosticada** hace 1 año **con DM2**

## Otros datos de interés:

Tiene 1 hija de 14 años y su madre padece Alzheimer. Su padre falleció hace dos años a causa de un ictus. Alto ritmo de estrés entre su vida profesional y personal.

Paciente ficticio

## Tratamiento actual:

**Metformina 850mg/12h**

**Losartan 50mg/24h**

**Atorvastatina 20mg/24h**

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; ; **HTA:** hipertensión arterial.



**PACIENTE**

# ELISA MARTÍNEZ

- **Edad:** 52 años
- **Diagnosticada con HTA** hace 4 años
- **Diagnosticada** hace 1 año **con DM2**

## Otros datos de interés:

Tiene 1 hija de 14 años y su madre padece Alzheimer. Su padre falleció hace dos años a causa de un ictus. Alto ritmo de estrés entre su vida profesional y personal.

Paciente ficticio

## Resultados de la última analítica:

\* **HbA1c 6,8%**

\* **Glucemia 108mg/dl**

\* **LDL 103mg/dl**

⊙ HDL 38 mg/dl

⊙ TG 172 mg/dl

\* **FG: 99,9mL/min/1,73m<sup>2</sup>**

⊙ Urea 40 mg/dl

⊙ Creatinina 0,74 mg/dl

⊙ Sodio 141 mEq/l

⊙ Potasio 4,9 mEq/l

\* **IMC 28,8kg/m<sup>2</sup>**

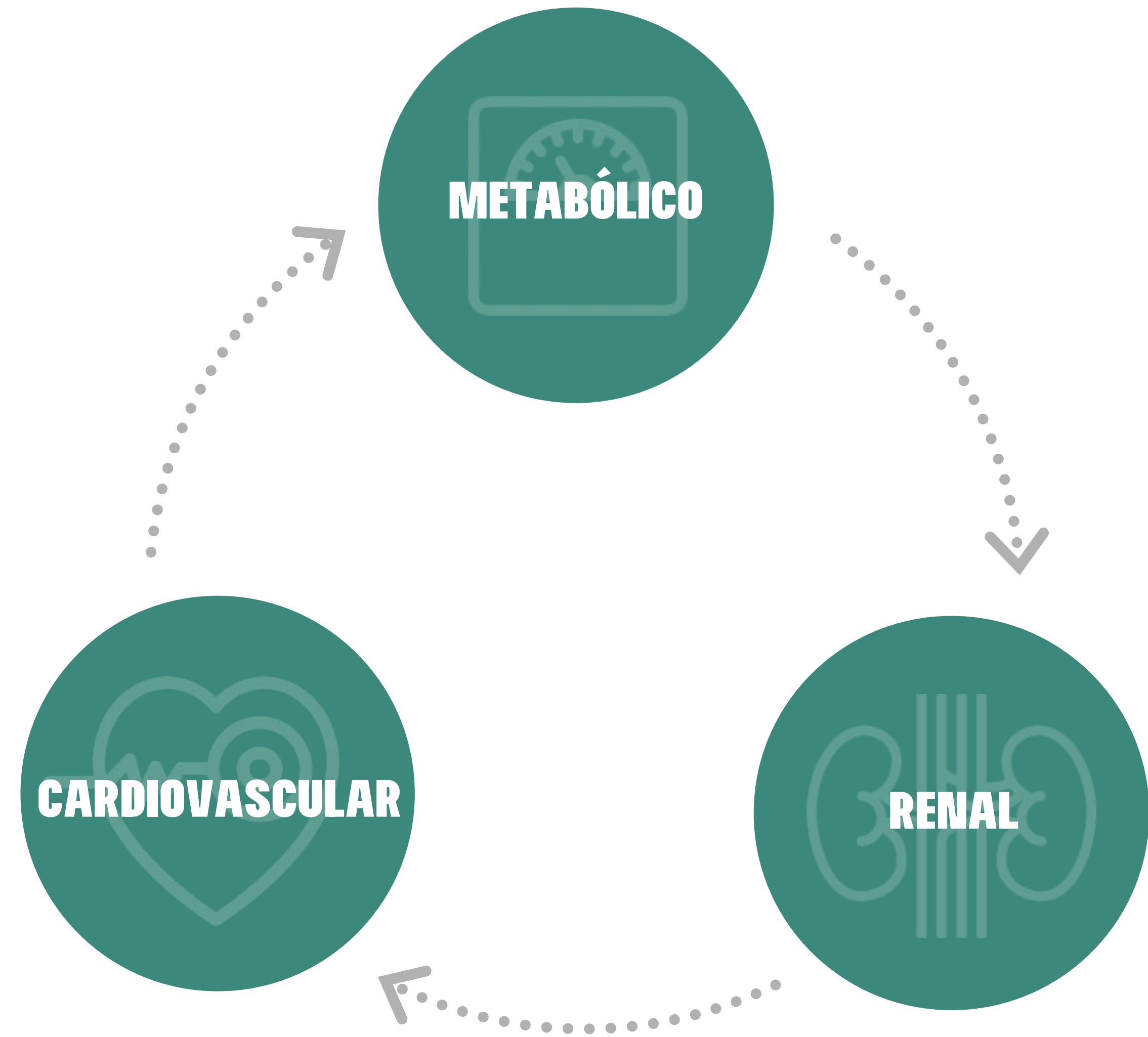
**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **FG:** filtrado glomerular; **HbA1c:** hemoglobina glicosilada; **HDL:** lipoproteínas de alta densidad; **HTA:** hipertensión arterial; **IMC:** índice de masa corporal; **LDL:** lipoproteínas de baja densidad; **TG:** tasa glomerular.





**American  
Heart  
Association®**

El **síndrome cardiorenometabólico** se define cómo un **trastorno sistémico** caracterizado por interacciones fisiopatológicas entre los **factores de riesgo metabólico, la ERC y el sistema cardiovascular**, que conducen a una **disfunción multiorgánica** y una **alta tasa de resultados cardiovasculares adversos**.<sup>1</sup>



**ERC:** enfermedad renal crónica.

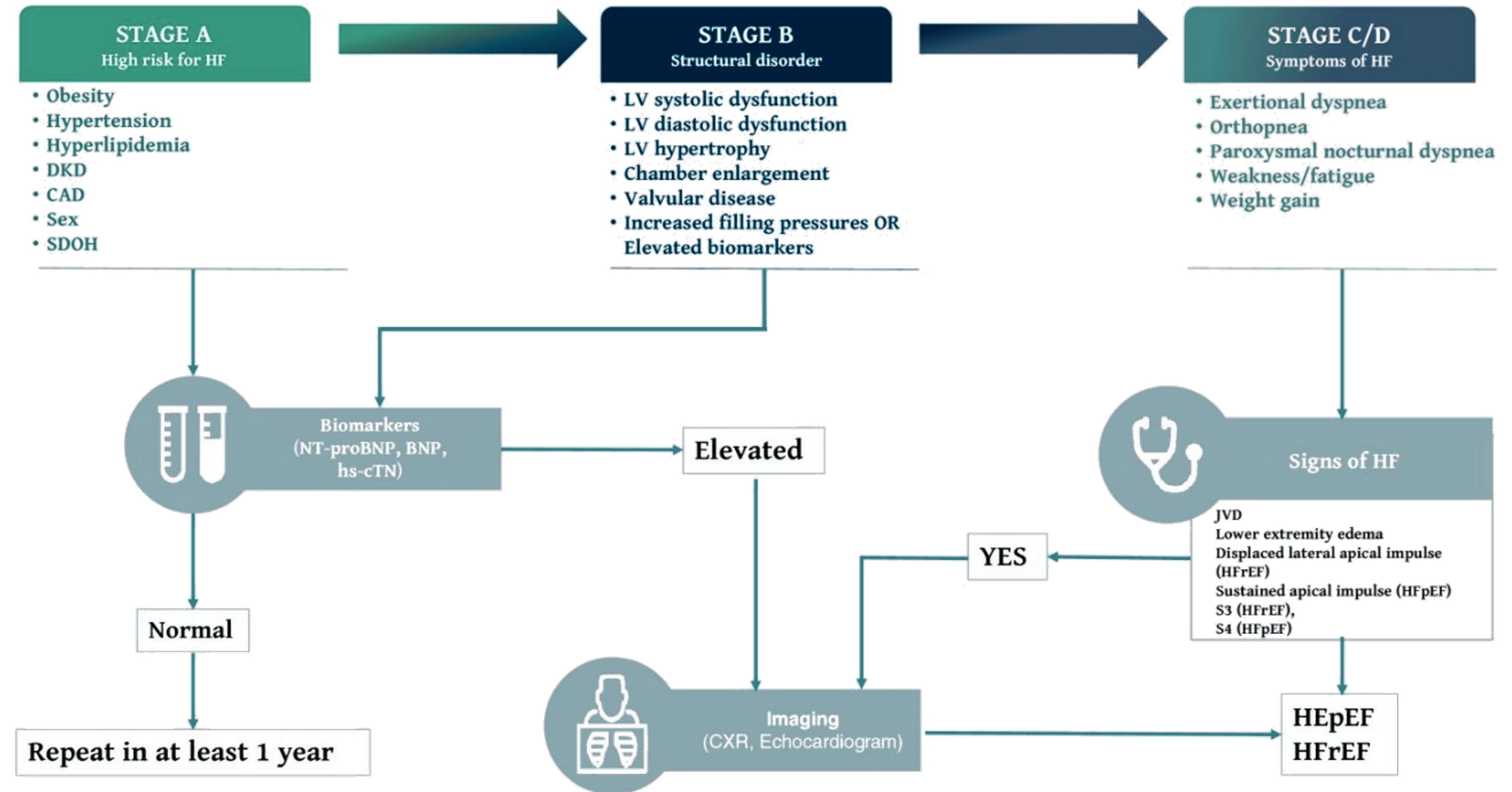
1. Ndumele CE, et al. *Circulation*. 2023;148:1606-1635.

# ¿CRIBADO EN IC?

Las Guías ESC no recomiendan el cribado de IC a nivel poblacional, pero sí en:<sup>1</sup>

- Pacientes que reciben tratamiento cardiotóxico contra el cáncer.
- Pacientes de alto riesgo como son los pacientes con DM y/o ERC.

La ADA junto con la ACC en un informe de consenso de 2022 sobre diabetes e IC aconsejan el cribado anual en este grupo de pacientes. Cualquier persona diabética con los factores de riesgo indicados se encuentra en la etapa A (fig1).<sup>2</sup>



**Figura 01:** Abordaje paso a paso del screening y diagnóstico a través de los estadios de IC. CXR, chest X-ray; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction; HFrEF, heart failure with reduced ejection fraction; hs-cTN, high-sensitivity cardiac troponin; JVD, jugular vein distension; LV, left ventricle. Pop-Busui, R, et al.<sup>2</sup>

**ACC:** American College of Cardiology; **ADA:** American Diabetes Association; **DM:** diabetes mellitus; **ERC:** enfermedad renal crónica; **ESC:** Sociedad Europea de Cardiología (del inglés, *European Society of Cardiology*); **IC:** insuficiencia cardíaca.

**1.** Docherty KF, et al. *European Journal of Heart Failure*. 2023(25):1185-1198; **2.** Pop-Busui, R, et al. *Diabetes Care* 7 July 2022; 45 (7): 1670-1690.

# DIAGNÓSTICO DE ERC

ESTIMACIÓN DEL FG

Función renal



ALBÚMINA / CREATININA

Lesión renal

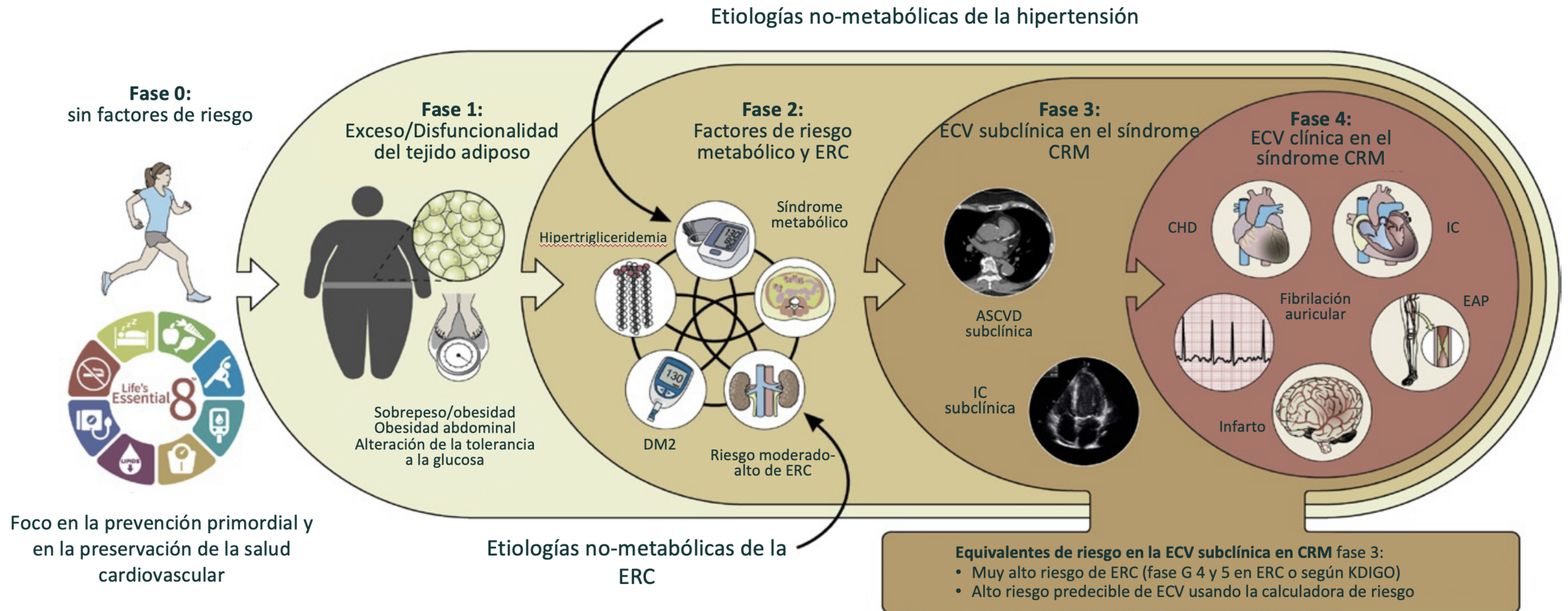


**Las dos determinaciones son imprescindibles y complementarias para estudiar la enfermedad renal y el riesgo de progresión y deben hacerse con una separación de tres meses.<sup>1,2</sup>**

**ERC:** enfermedad renal crónica; **FG:** filtrado glomerular.

**1.** Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. *Kidney Int Suppl* 2013;3(1); **2.** Gorostidi M, et al. *Nefrología* 2014;34(3):302-16;

# FASES DEL SÍNDROME CRM



**Figura 01.** Fases del síndrome CRM. Adaptada de Ndumele CE, *et al.*<sup>1</sup> Traducción no oficial.

The cardiovascular-kidney-metabolic (CKM) staging construct reflects the progressive pathophysiology and increasing absolute cardiovascular disease (CVD) risk along the spectrum of CKM syndrome. Stage 0 CKM includes individuals with normal weight, normal glucose, normal blood pressure, normal lipids, normal kidney function, and no evidence of subclinical or clinical CVD; the focus in stage 0 CKM is primordial prevention and preserving cardiovascular health. Stage 1 CKM includes individuals with excess adipose tissue, dysfunctional adipose tissue, or both. Excess adiposity is identified by either weight or abdominal obesity, and dysfunctional adipose tissue is reflected by impaired glucose tolerance and hyperglycemia. Stage 2 includes individuals with metabolic risk factors (hypertriglyceridemia, hypertension, metabolic syndrome, or type 2 diabetes), moderate- to high-risk chronic kidney disease (CKD), or both. Although hypertension and CKD are usually downstream of metabolic risk factors, the curved arrows represent individuals with nonmetabolic causes of these conditions; the risk implications and treatment approaches are similar. Stage 3 includes individuals with subclinical CVD with overlapping CKM risk factors (excess/dysfunctional adipose tissue, metabolic risk factors, or CKD) or those with the risk equivalents of very high-risk CKD or high predicted risk using the forthcoming CKM risk calculator. Stage 4 includes individuals with clinical CVD (coronary heart disease, HF, stroke, peripheral artery disease, or atrial fibrillation) overlapping with CKM risk factors. Afib indicates atrial fibrillation; ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CHD, coronary heart disease; HF, heart failure; KDIGO, Kidney Disease Improving Global Outcomes; and PAD, peripheral artery disease.

**CHD:** enfermedad coronaria (del inglés, *coronary heart disease*); **CRM:** cardiorenalmetabólico; **DM2:** diabetes tipo 2; **EAP:** enfermedad arterial periférica; **ECV:** enfermedad cardiovascular; **ERC:** enfermedad renal crónica; **IC:** insuficiencia cardíaca.

1. Ndumele CE, *et al.* *Circulation.* 2023;148:1606-1635

# FASES DEL SÍNDROME CRM

## Mirada CRM

### Precoz

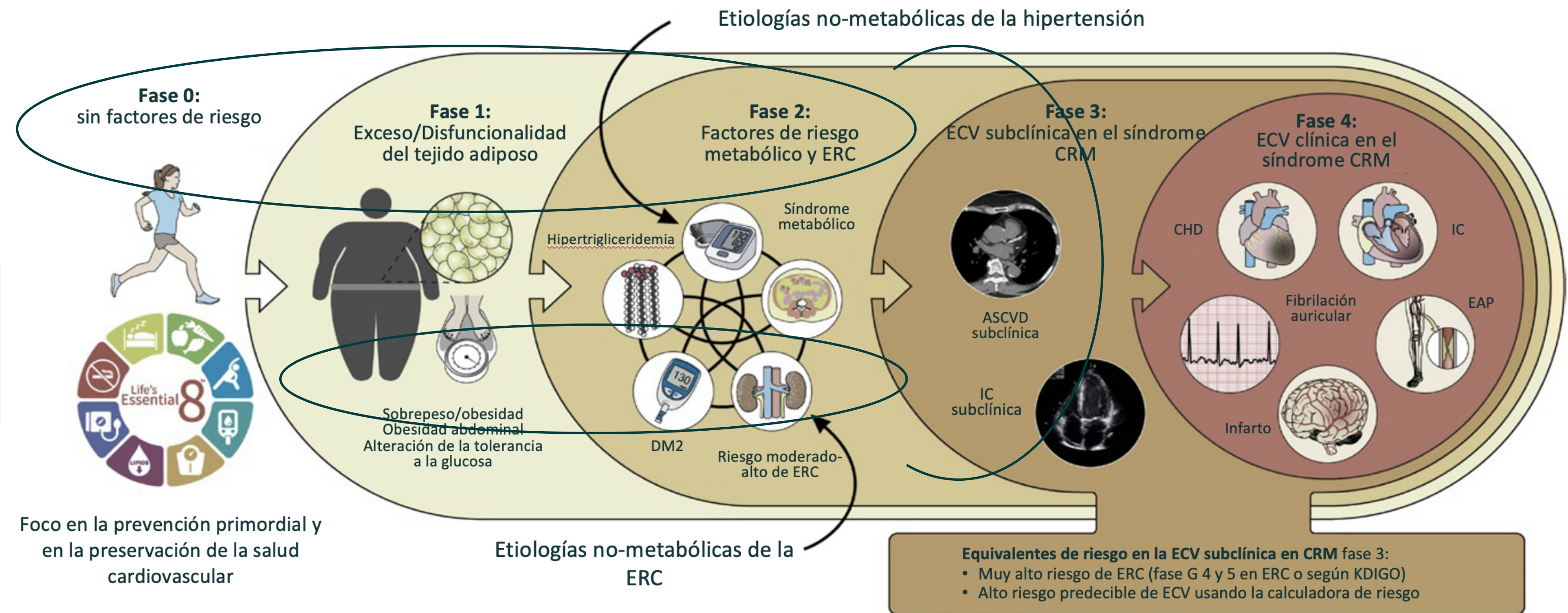
Desde el primer momento, actuando sobre la historia natural de la enfermedad

### Intensiva

El objetivo es el mayor control posible

### Preventiva

Evitar complicaciones cardio-reno-metabólicas



**Figura 01.** Fases del síndrome CRM. Adaptada de Ndumele CE, et al.<sup>1</sup> Traducción no oficial.

The cardiovascular-kidney-metabolic (CKM) staging construct reflects the progressive pathophysiology and increasing absolute cardiovascular disease (CVD) risk along the spectrum of CKM syndrome. Stage 0 CKM includes individuals with normal weight, normal glucose, normal blood pressure, normal lipids, normal kidney function, and no evidence of subclinical or clinical CVD; the focus in stage 0 CKM is primordial prevention and preserving cardiovascular health. Stage 1 CKM includes individuals with excess adipose tissue, dysfunctional adipose tissue, or both. Excess adiposity is identified by either weight or abdominal obesity, and dysfunctional adipose tissue is reflected by impaired glucose tolerance and hyperglycemia. Stage 2 includes individuals with metabolic risk factors (hypertriglyceridemia, hypertension, metabolic syndrome, or type 2 diabetes), moderate- to high-risk chronic kidney disease (CKD), or both. Although hypertension and CKD are usually downstream of metabolic risk factors, the curved arrows represent individuals with nonmetabolic causes of these conditions; the risk implications and treatment approaches are similar. Stage 3 includes individuals with subclinical CVD with overlapping CKM risk factors (excess/dysfunctional adipose tissue, metabolic risk factors, or CKD) or those with the risk equivalents of very high-risk CKD or high predicted risk using the forthcoming CKM risk calculator. Stage 4 includes individuals with clinical CVD (coronary heart disease, HF, stroke, peripheral artery disease, or atrial fibrillation) overlapping with CKM risk factors. Afib indicates atrial fibrillation; ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CHD, coronary heart disease; HF, heart failure; KDIGO, Kidney Disease Improving Global Outcomes; and PAD, peripheral artery disease.

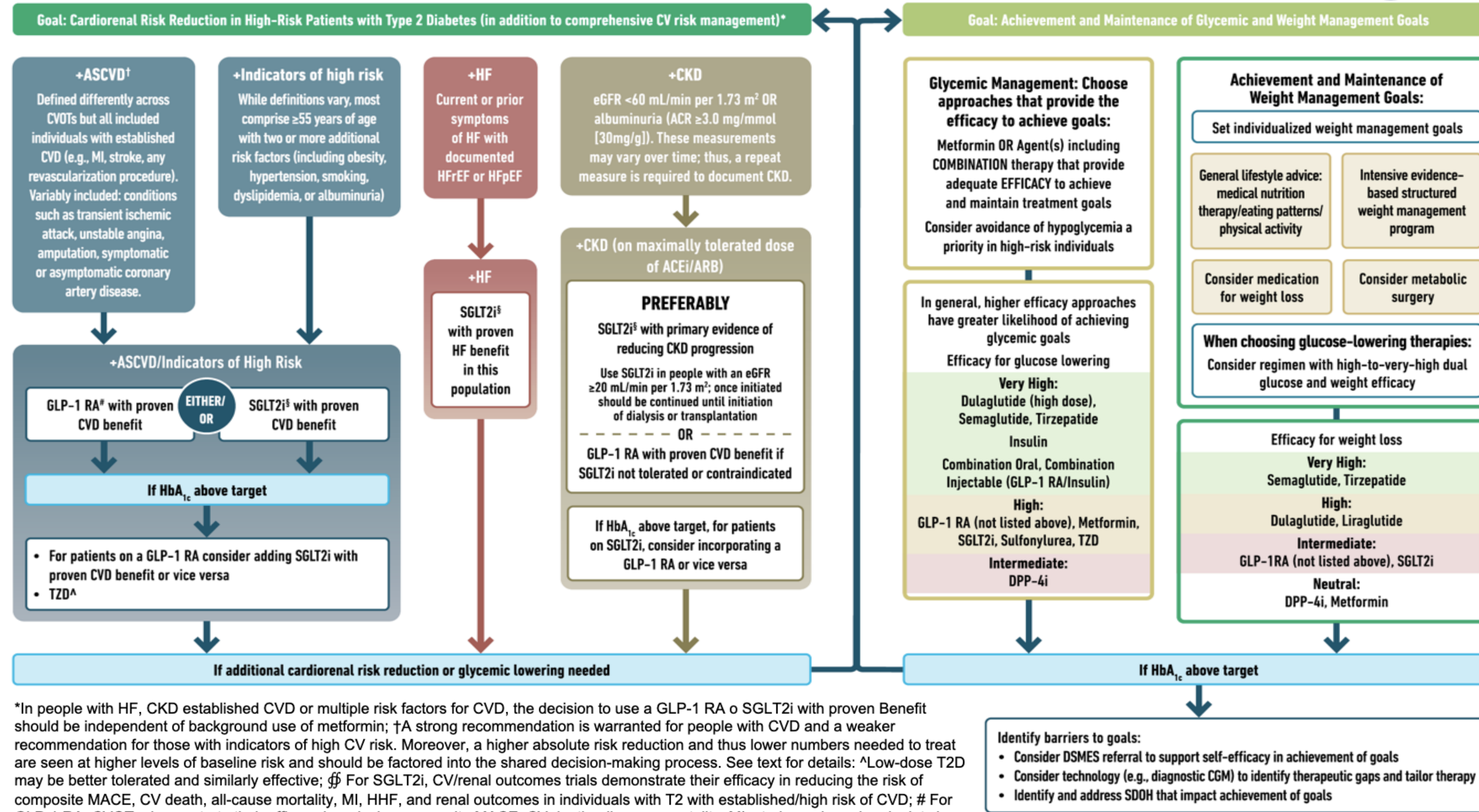
**CRM:** cardiorenalmetabólico.

1. Ndumele CE, et al. *Circulation*. 2023;148:1606-1635

# GUÍAS AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA)<sup>1</sup>

## USE OF GLUCOSE-LOWERING MEDICATIONS IN THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS; DIABETES SELF-MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSMES); SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (SDOH)



\*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: <sup>Δ</sup>Low-dose TZD may be better tolerated and similarly effective; <sup>‡‡</sup> For SGLT2i, CV/renal outcomes trials demonstrate their efficacy in reducing the risk of composite MACE, CV death, all-cause mortality, MI, HFrEF, and renal outcomes in individuals with T2D with established/high risk of CVD; <sup>#</sup> 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.

**Figura 01.** Uso de fármacos reductores de glucosa en el manejo de la DM2. Davies MJ, et al.<sup>1</sup>

**ACEi:** angiotensin-converting enzyme inhibitor; **ACR:** albumin-to-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; **DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **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; **HFrEF:** heart failure with reduced ejection fraction; **HHF:** hospitalization 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.

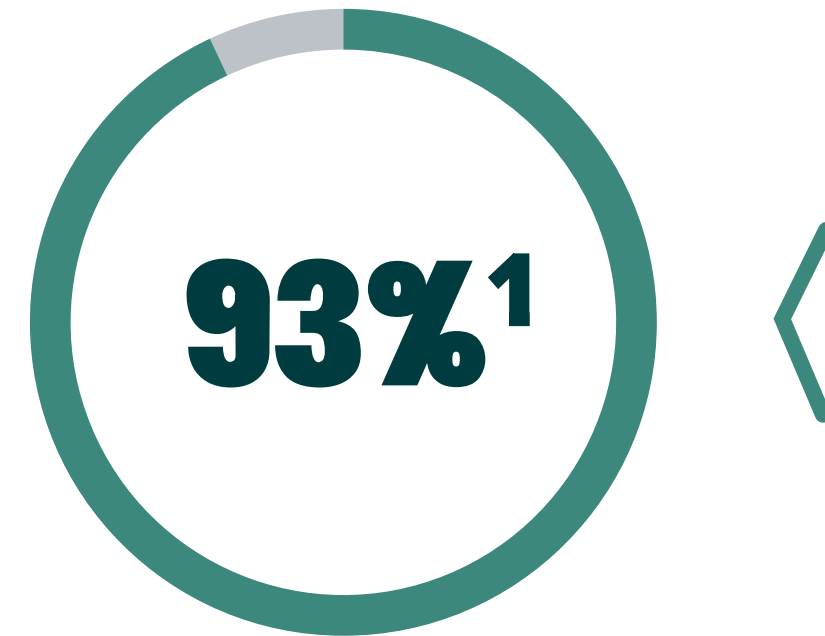
1. Davies MJ, et al. Diabetes Care 2022;45(11):2753-2786.





# GUÍAS AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA)

El 93% de los pacientes con DM2 mostraron un riesgo alto o muy alto de sufrir eventos CV mortales.<sup>1</sup>



En adultos con DM2 y riesgo establecido o alto de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, IC y/o ERC, el plan de tratamiento debe incluir agentes que reduzcan el riesgo de enfermedad cardiovascular y renal iSGLT2 y/o arGLP-1, independiente de la HbA1c y del uso o no de metformina.<sup>2</sup>

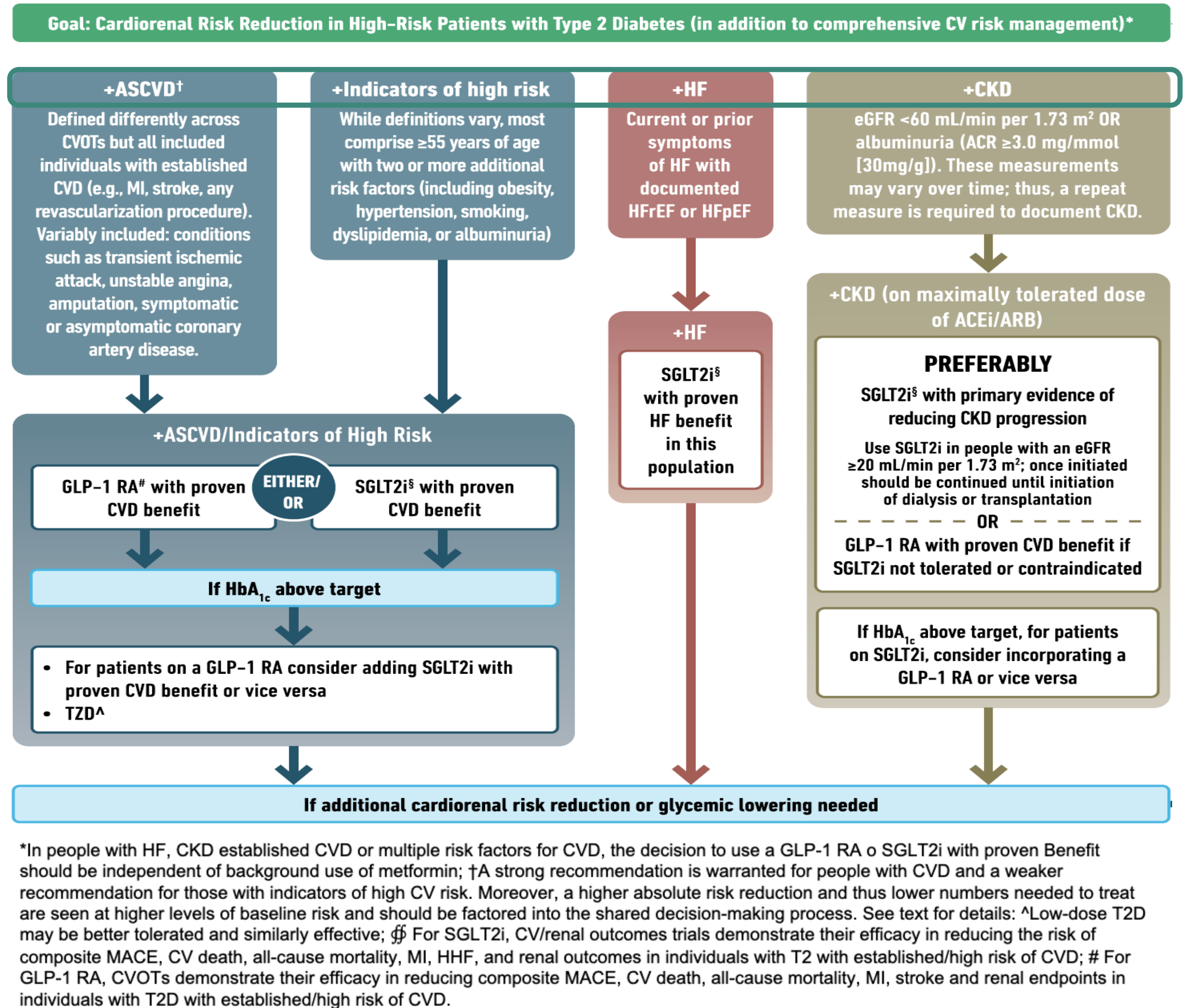


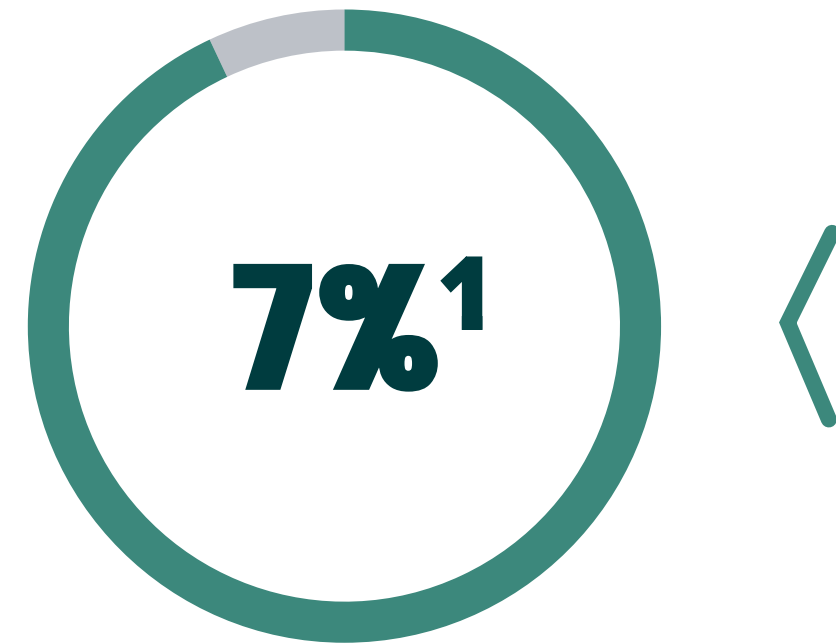
Figura 01. Uso de fármacos reductores de glucosa en el manejo de la DM2. Davies MJ, et al.<sup>2</sup>

**arGLP-1:** agonistas del receptor de GLP-1; **CV:** cardiovascular; **DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **ERC:** enfermedad renal crónica; **HbA1c:** hemoglobina glicosilada; **IC:** insuficiencia cardíaca; **iSGLT2:** inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

1. Cebrián-Cuenca A, et al. Eur J Prev Cardiol. 2020. doi:10.1093/eurjpc/zwaa073. 2. Davies MJ, et al. Diabetes Care 2022;45(11):2753-2786.

# GUÍAS AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA)

El 7% de los pacientes con DM2 mostraron un riesgo moderado de sufrir eventos CV mortales.<sup>1</sup>



## Considerar la terapia combinada inicial:

- En personas que presentan niveles de HbA1c entre 1,5% y 2,0% por encima del objetivo.<sup>2</sup>
- Para acortar el tiempo hasta el logro de los objetivos del tratamiento individualizado.<sup>2</sup>

## Goal: Achievement and Maintenance of Glycemic and Weight Management Goals

### Glycemic Management: Choose approaches that provide the efficacy to achieve goals:

Metformin OR Agent(s) including COMBINATION therapy that provide adequate EFFICACY to achieve and maintain treatment goals  
Consider avoidance of hypoglycemia a priority in high-risk individuals

In general, higher efficacy approaches have greater likelihood of achieving glycemic goals

Efficacy for glucose lowering

#### Very High:

Dulaglutide (high dose), Semaglutide, Tirzepatide

#### Insulin

Combination Oral, Combination Injectable (GLP-1 RA/Insulin)

#### High:

GLP-1 RA (not listed above), Metformin, SGLT2i, Sulfonylurea, TZD

#### Intermediate:

DPP-4i

### Achievement and Maintenance of Weight Management Goals:

Set individualized weight management goals

General lifestyle advice: medical nutrition therapy/eating patterns/physical activity

Intensive evidence-based structured weight management program

Consider medication for weight loss

Consider metabolic surgery

### When choosing glucose-lowering therapies:

Consider regimen with high-to-very-high dual glucose and weight efficacy

Efficacy for weight loss

#### Very High:

Semaglutide, Tirzepatide

#### High:

Dulaglutide, Liraglutide

#### Intermediate:

GLP-1RA (not listed above), SGLT2i

#### Neutral:

DPP-4i, Metformin

Figura 01. Uso de fármacos reductores de glucosa en el manejo de la DM2. Davies MJ, *et al.*<sup>2</sup>

CV: cardiovascular; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ERC: enfermedad renal crónica; HbA1c: hemoglobina glicosilada; IC: insuficiencia cardíaca.

1. Cebrián-Cuenca A, *et al.* Eur J Prev Cardiol. 2020. doi:10.1093/eurjpc/zwaa073. 2. Davies MJ, *et al.* Diabetes Care 2022;45(11):2753-2786.

Jardiance® (empagliflozina) está indicado en adultos y niños a partir de 10 años de edad para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada asociado a dieta y ejercicio en monoterapia cuando metformina no se considera apropiada debido a intolerancia añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

[https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/114930014/FT\\_114930014.html](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/114930014/FT_114930014.html)

# JARDIANCE® PROTEGE A NIVEL METABÓLICO A PACIENTES CON DM2 REDUCIENDO SIGNIFICATIVAMENTE LA HbA1c, EL PESO Y LA PAS<sup>1,2</sup>

Estudio de eficacia en términos metabólicos a las 24 semanas de JARDIANCE® 10 mg añadido a metformina en pacientes con DM2. Con la **dosis de 10 mg**:<sup>1,2</sup>



**Reducción de HbA1c**  
HbA1c basal media: 7,94%<sup>1,2</sup>



**-0,57%<sup>†</sup>**  
(IC 95%: -0,70; -0,43); p < 0,001



Diferencia vs. placebo



**Pérdida de peso**  
Peso basal medio: 81,6 kg<sup>1,2</sup>



**-1,63 Kg<sup>†</sup>**  
(IC 95%: -2,11; -1,15); p < 0,001



Diferencia vs. placebo



**Reducción de la PAS**  
Nivel basal medio: 129,6 mmHg<sup>1,2</sup>



**-4,1 mmHg<sup>†</sup>**  
(IC 95%: -6,2; -2,1); p < 0,001



Diferencia vs. placebo

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **HbA1c:** hemoglobina glicosilada; **PAS:** presión arterial sistólica.

Estudio de empagliflozina como tratamiento de adición a metformina. Resultados de eficacia a las 24 semanas; <sup>†</sup>Diferencia vs. placebo

**1.** Ficha técnica Jardiance®. Boehringer Ingelheim España, S.A. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/114930014/FT\\_114930014.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/114930014/FT_114930014.html); **2.** Häring HU, et al. Diabetes Care. 2014;37(6):1650-9

# OBJETIVOS PRIMARIOS DE EFICACIA EN EMPRISE EUROPA — ASIA DEL ESTE:<sup>1</sup>

En este estudio en vida real se observa una **reducción del riesgo relativo de las hospitalizaciones por IC** y la **mortalidad por todas las causas** y **no aumentó los infartos de miocardio** entre los pacientes con DM2 iniciadores de empagliflozina frente a iDPP4.<sup>1</sup>

**30%** menos de riesgo relativo de hospitalización por IC<sup>1</sup>



**HR 0,70**

IC 95%: (0,60; 0,83) Tasa de eventos por cada 1.000 pacientes-años: grupo iDPP4 17,37; grupo empagliflozina 13,8.

**45%** menos de riesgo relativo de muerte por todas las causas<sup>1</sup>



**HR 0,55**

IC 95%: (0,48; 0,63) Tasa de eventos por cada 1.000 pacientes-años: grupo iDPP4 18,74; grupo empagliflozina 10,29.

**Infarto de miocardio<sup>1</sup>**



**HR 1,02**

IC 95%: (0,88; 1,17) Tasa de eventos por cada 1.000 pacientes-años: grupo iDPP4 6,51; grupo empagliflozina 6,45.

**Estos resultados se observaron de forma consistente independientemente del país de origen, incluido España.<sup>1</sup>**

\*En algunos resultados no se disponía sistemáticamente de datos en todos los 11 países.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **HR:** tasa de riesgo; **IC:** insuficiencia cardíaca; **IC 95%:** intervalo de confianza del 95%; **iDPP4:** inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; **MACE:** evento cardiovascular mayor.

**1.** Karasik A, et al. Diabetes & Metabolism 2023; 49:101418

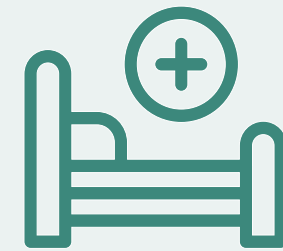
# OBJETIVOS SECUNDARIOS DE EFICACIA EN EMPRISE EUROPA-ASIA DEL ESTE EN PACIENTES CON DM2:<sup>1</sup>

En **comparación con los iDPP4**, empagliflozina se asoció con:<sup>\*1</sup>



**41%** menos de riesgo relativo de muerte CV

(HR 0,59 [IC 95%: 0,42-0,84]).



**57%** menos de riesgo relativo de enfermedad renal terminal

(HR 0,43 [IC 95%: 0,30-0,63]).



Sin diferencia en MACE-3P

(HR 0,95 [IC 95%: 0,81-1,11]).



Sin diferencia en revascularización coronaria

(HR 0,93 [IC 95%: 0,79-1,09]).

*Estudio en vida real.*

\*En algunos resultados no se disponía sistemáticamente de datos en todos los 11 países.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **HR:** tasa de riesgo; **IC:** insuficiencia cardíaca; **IC 95%:** intervalo de confianza del 95%; **iDPP4:** inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; **MACE:** evento cardiovascular mayor.

1. Karasik A, et al. Diabetes & Metabolism 2023; 49:101418



+

Metformina  
+  
iDPP4  
+  
Estatina/exetimiba  
+ Losartan/HCTZ



HbA1c 6,4%  
LDL 68 mg/dL  
TA 132/78 mmHg  
FG 99 ml/min

+

Metformina  
+  
Empagliflozina  
+  
Estatina/exetimiba  
+  
Losartan/HCTZ



HbA1c 6,4%  
LDL 68 mg/dL  
TA 128/72 mmHg  
FG 87 ml/min



Protección  
CRM



Cambio en la  
historia  
natural de la  
enfermedad

En ambas situaciones tenemos **similares resultados analíticos**, pero en una de ellas hay un **BENEFICIO AÑADIDO**.<sup>1</sup>

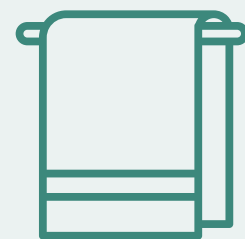
Caso clínico ficticio

**CRM:** cardiorenalmetabólico; **HbA1c:** hemoglobina glicosilada; **iDPP4:** inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; **FG:** filtrado glomerular; **TA:** tensión arterial

1. Zinman B, et al. N Engl J Med 2015;373:2117-28.

# RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES GENITOURINARIAS

- Antes de instaurar el tratamiento con JARDIANCE<sup>®</sup>, en aquellos pacientes con antecedentes de infecciones genitourinarias crónicas o recurrentes, se debe **valorar el riesgo/beneficio** para el paciente.<sup>1-3</sup>
- Es también importante una correcta educación del paciente al inicio del tratamiento con JARDIANCE<sup>®</sup>, para promover una intervención temprana y proporcionar consejos prácticos de higiene a modo de prevenir posibles infecciones.<sup>1-3</sup>



Proporcionar **educación** relativa a la higiene personal (aclarar el área con **agua tras micción** y antes de ir a la cama) podría reducir la posibilidad de infecciones micóticas.<sup>4</sup>



Las **mujeres** se deben **lavar de la parte delantera a la espalda**.<sup>2</sup>



Los **varones** no circuncidados deben **retrear el prepucio antes de lavarlo**.<sup>2</sup>

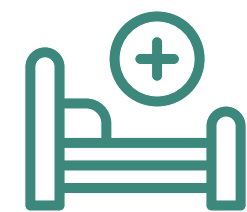


**Usar abundante agua limpia** para el **lavado o jabón suave** si es necesario; no se debe usar **desinfectante a base de alcohol**.<sup>2</sup>

1. Wilding J, et al. Diabetes Ther. 2018;9(5):1757-1773. 2. Unnikrishnan AG, et al. Indian J Endocrinol Metab. 2018;22(6):837-842. 3. Ficha técnica Jardiance<sup>®</sup>. Boehringer Ingelheim España, S.A. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/114930014/FT\\_114930014.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/114930014/FT_114930014.html). 4. Engelhardt K, Ferguson M, Rosselli JL. Prevention and management of genital mycotic infections in the setting of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors [published online August 18, 2020 ]. Annals of Pharmacotherapy.

# RETIRADA TEMPORAL DE LA MEDICACIÓN DURANTE UNA ENFERMEDAD AGUDA Y DESHIDRATANTE

Pasos esenciales para una aplicación correcta de las reglas para los días de enfermedad:<sup>1</sup>



Enfermo



Se identifica como enfermedad deshidratante



Recuerda la lista de pastillas que debe dejar de tomar

## Retirada temporal de:<sup>1</sup>

- Sulfonilureas
- IECAs
- ARA II
- Diuréticos / Inhibidores directos de la renina
- Metformina
- AINEs
- iSGLT2



Las identifica y las deja de tomar



Se recupera y recupera las pastillas que había dejado

**¡IMPORTANTE reiniciar el tratamiento!**

**Importante comunicar un plan<sup>1</sup>**

Traducción no oficial.

**ARA II:** antagonistas de los receptores de la angiotensina II; **AINEs:** antiinflamatorios no esteroideos; **IECAs:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

<sup>1</sup>. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314.



# CETOACIDOSIS

Precaución del uso de iSGLT2 en pacientes con:<sup>1</sup>

✓ Baja reserva de células beta funcionales\*

✓ Dosis de insulina reducidas

✓ Trastornos que den lugar a una ingesta restringida de alimentos o a una deshidratación grave

✓ Mayores necesidades de insulina debido a una enfermedad médica aguda, cirugía o abuso de alcohol

**iSGLT2:** inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

\*Por ejemplo pacientes con diabetes tipo 2 con péptido C bajo o con diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) o pacientes con antecedentes de pancreatitis.

1. Ficha técnica Jardiance®. Boehringer Ingelheim España, S.A. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/114930014/FT\\_114930014.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/114930014/FT_114930014.html).

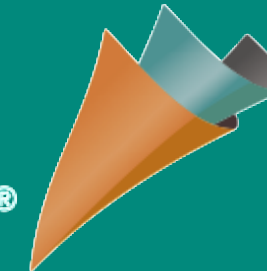
# HAZ CLIC EN EL LOGO O ESCANEA EL QR PARA ACCEDER A LAS FICHAS TÉCNICAS



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



**Synjardy**<sup>®</sup>  
(empagliflozina/metformina HCl)



**PRESENTACIONES Y PRECIO:** Jardiance 10 mg, envase de 30 comprimidos recubiertos con película: PVP+IVA: 49,31 €. Jardiance 25 mg, envase de 30 comprimidos recubiertos con película: PVP+IVA: 51,52 €.

**CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida.

**PRESENTACIONES Y PRECIO:** Synjardy 5 mg/1.000, envase de 60 comprimidos recubiertos con película: PVP+IVA: 53,39 €. Synjardy 12,5 mg/1.000, envase de 60 comprimidos recubiertos con película: PVP+IVA: 53,39 €.

**CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida.