



iDPP4 en población frágil: siguen siendo eficaces en la actualidad?

Dr. Chih Hao Chen Ku, FACE

Departamento de Farmacología y Toxicología Clínica, Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Postgrado, Universidad de Costa Rica

EndoDrChen.com

Conflictos de interés (últimos 5 años)

- Conferencista: Astra Zeneca, Abbott Nutrición, Novartis Oncology, Novo Nordisk, **Merck Sharp & Dohme**, Roche, Sanofi Aventis, Bayer, Pfizer, Novartis, Servier, Siegfried
- Advisory Board: Sanofi Aventis, Novo Nordisk, Stendhal, Pfizer
- Investigación clínica: Astra Zeneca, Novartis Pharma Logistics Inc., Recordati

EndoDrChen.com

Agenda

- Población adulta mayor
- Población con enfermedad renal crónica
- Complementariedad con otros antidiabéticos

Paciente adulto mayor

Consideraciones

- Escenario clínico cada vez más común
- Mayor riesgo de caídas
- Mayor prevalencia de comorbilidades, incluyendo disfunción cognitiva
 - Muy limitada evidencia del impacto de antidiabéticos en cognición
- Caída fisiológica de tasa filtración glomerular
- polifarmacia

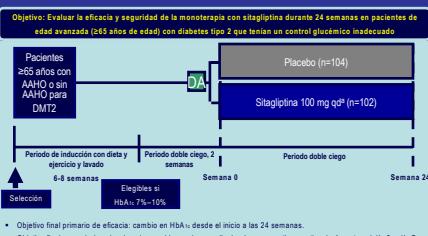
Limitantes de las opciones terapéuticas actuales

- Sulfonilureas: por supuesto que las hipoglucemias, sobre todo en esta población frágil
- Insulina: hipoglucemia, limitante en la administración (limitaciones visuales o dependencia de alguien más para la aplicación)
- Pioglitazona: no disponible en nuestra región, además del riesgo de falla cardíaca y fracturas
- arGLP1: beneficios cardiovasculares pero la pérdida de peso y las náuseas podrían ser problema en esta población
- ISGLT2: hipotensión postural, infecciones genitales. Beneficios cardiovasculares y renales!

Factores de riesgo: AEs de volumen intravascular reducido
Grupo de datos amplio del período principal

eGFR (mL/min/1.73m ²)	Sin CANA	CANA 100 mg	CANA 300 mg
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	
<60	2.8 (12/436)	5.0 (15/382)	8.1 (33/405)
60 a <90	1.5 (26/1788)	2.4 (40/1686)	2.9 (48/1680)
≥90	1.2 (12/1035)	1.3 (13/1021)	2.4 (24/999)
Edad (años)			
<75	1.5 (46/3107)	2.2 (64/2929)	3.1 (90/2913)
≥75	2.6 (41/55)	4.9 (9/163)	8.7 (15/172)
Uso de diuréticos de asa			
No	1.2 (37/3006)	2.3 (65/2876)	2.9 (83/2835)
Si	5.1 (13/256)	3.2 (7/216)	8.8 (22/250)
Edad ≥75, sin diuréticos de asa y con una eGFR ≥60 mL/min/1.73m²	1.1 (29/2604)	1.8 (45/2491)	2.2 (54/2434)

Sitagliptina en pacientes de edad avanzada con DMT2: Diseño del estudio¹

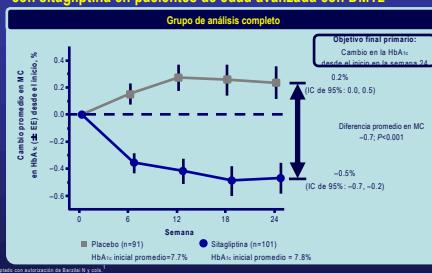


Adaptado con autorización de Barzilay N y cols. Sitagliptina en la edad avanzada. T. Diabetes y la edad. En: 17 pacientes con DMT2 (50 años) se suspendió a los pacientes con DMT2 (50 años).

AMLO+glipizida: una combinación oral: gracias a su efecto DA+α-estimulador el azar: DMT2+diabetes mellitus tipo 2.

1. Barzilay N y cols. Curr Med Res Opin. 2011;27:1549-1558.

Reducción significativa en la HbA_{1c} desde el inicio a las 24 semanas con sitagliptina en pacientes de edad avanzada con DMT2¹



Adaptado con autorización de Barzilay N y cols.¹

MC = mínima cuadradas. EEI = error estándar.

1. Barzilay N y cols. Curr Med Res Opin. 2011;27:1549-1558.

Experiencias clínicas adversas similares durante 24 semanas con sitagliptina vs. placebo en pacientes ancianos con DMT2¹

Núm. (%) de pacientes ^a	Sitagliptina n=102	Placebo n=104
≥1 EA clínicas	47 (46.1)	55 (52.9)
EA clínicas relacionadas con el medicamento ^b	11 (10.8)	9 (8.7)
EA clínicas serias	7 (6.9)	14 (13.5)
EA clínicas serias relacionadas con el medicamento ^b	0	0
Muertes	0	0
Suspendidos debido a EA	5 (4.9)	3 (2.9)

Aclaración con autorización de Barzilai N y cols.¹

EA = experiencia adversa.

^a Total de todos los pacientes tratados.

^b Experiencias adversas que probablemente o definitivamente relacionadas con el medicamento.

¹ Barzilai N y cols. Curr Med Res Opin. 2011;27:1049-1058.

10

Se observaron reducciones similares de peso corporal en los grupos con sitagliptina vs. placebo y no se observaron eventos adversos de hipoglucemía en la semana 24¹

Todos los pacientes distribuidos al azar. Cambio promedio en MC en peso corporal e hipoglucemía en la semana 24

	Sitagliptina n=102	Placebo n=104
Cambio promedio en MC desde el inicio en peso corporal, kg	-1.1	-1.7

La diferencia entre grupos para peso corporal fue no significativa ($P=0.299$)

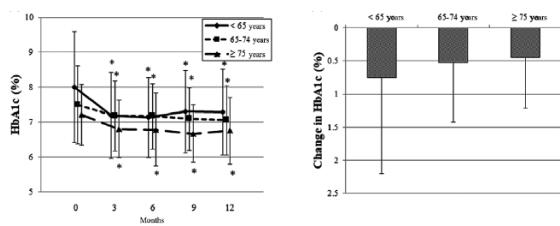
- No se reportaron experiencias adversas clínicas de hipoglucemía en ninguno de los grupos durante 24 semanas

MC = módulos cuadrados.

¹ Barzilai N y cols. Curr Med Res Opin. 2011;27:1049-1058.

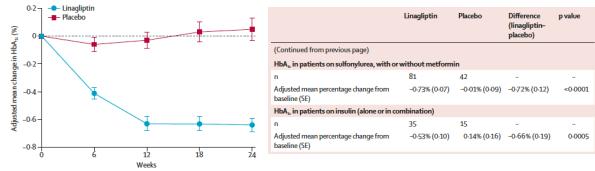
11

Eficacia de sitagliptina según edad



Tago M. Geriatr Gerontol Int. 2018. doi: 10.1111/ggi.13235

Linagliptina vs placebo en adultos mayores



Barnett AH. Lancet. 2013;382:1413

	Linagliptin	Placebo	Difference (Linagliptin-placebo)	p value
(Continued from previous page)				
HbA _{1c} in patients on sulfonylureas, with or without metformin	81	42	-	-
n				
Adjusted mean percentage change from baseline (SE)	-0.73% (0.07)	-0.01% (0.09)	-0.72% (0.12)	<0.0001
HbA _{1c} in patients on insulin (alone or in combination)				
n	35	35	-	-
Adjusted mean percentage change from baseline (SE)	-0.53% (0.10)	0.14% (0.16)	-0.66% (0.19)	0.0005

Linagliptina vs placebo: tasa de hipoglicemias en pacientes sin sulfonilureas

	Linagliptin (n=67)	Placebo (n=36)
Overall		
Any adverse event	49 (73.1%)	30 (83.3%)
Drug related adverse event*	11 (16.4%)	5 (13.9%)
Serious adverse event	5 (7.5%)	2 (5.6%)
Death	0	0
Needing admission to hospital	5 (7.5%)	1 (2.8%)
Other	0	1 (2.8%)
Adverse event leading to discontinuation	4 (6.0%)	1 (2.8%)
Severe adverse event	3 (4.5%)	1 (2.8%)
Significant adverse event†	2 (3.0%)	0
CEC-confirmed cardiovascular event	1 (1.5%)	0
Adverse events with an incidence ≥3% in either group‡		
Hypoglycaemia	8 (11.9%)	6 (16.7%)

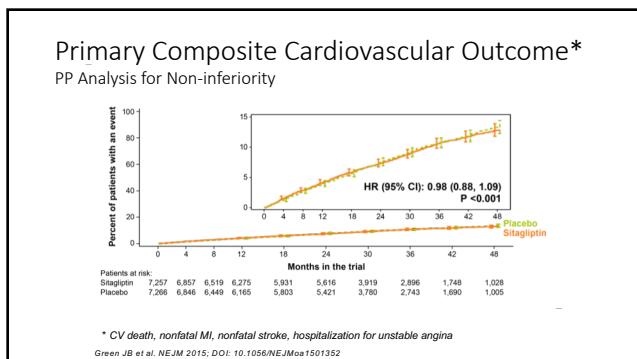
Barnett AH. Lancet. 2013;382:1413

Además de efectividad, tenemos que tener seguridad

Estudio	MACE	IAM no fatal	Ictus no fatal	Mortalidad CV	Mortalidad total	Hospitalización por falla cardíaca
Inhibidores de DPP4						
SAVOR (saxagliptina)	1.00 (0.89-1.12)	0.95 (0.80-1.12)	1.11 (0.88-1.39)	1.03 (0.87-1.22)	1.11 (0.96-1.27)	1.27 (1.07-1.51)
EXAMINE (alogliptina)	0.96 (<1.16)	1.08 (0.88-1.33)	0.91 (<1.14)	0.85 (0.66-1.10)	0.88 (0.71-1.09)	1.07 (0.79-1.46)
TECOS (sitagliptina)	0.99 (0.89-1.11)	0.95 (0.81-1.11)*	0.97 (0.79-1.19)*	1.03 (0.89-1.19)	1.01 (0.90-1.14)	1.00 (0.83-1.20)
CARMELINA (linagliptina)	1.02 (0.89-1.17)	1.15 (0.91-1.45)	0.88 (0.63-1.23)	0.96 (0.81-1.14)	0.98 (0.84-1.13)	0.90 (0.74-1.08)
Otras						
PROACTIVE (pioglitazone)	0.84 (0.72-0.98) \$	0.83 (0.65-1.06)	0.81 (0.61-1.07)	NS	0.96 (0.78-1.18)	1.23 #
TOSCA-II T (sulfonilureas) i	0.96 (0.74-1.26)	0.87 (0.48-1.55)	0.79 (0.41-1.53)	NA	1.10 (0.75-1.61)	NS
ORIGIN (insulina glargina)	1.02 (0.94-1.11)	1.02 (0.88-1.19)*	1.03 (0.89-1.21)*	1.00 (0.89-1.13)	0.98 (0.90-1.08)	0.90 (0.77-1.05)
DEVOTE (insulina degludec)*	0.91 (0.78-1.06)	0.85 (0.68-1.06)	0.90 (0.65-1.23)	0.96 (0.76-1.21)	0.91 (0.76-1.11)	NA

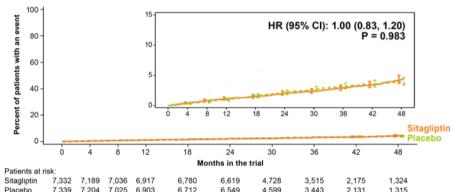
TECOS
TRIAL EVALUATING CARDIOVASCULAR OUTCOMES WITH SITAGLIPTIN

Primary Results
8th June 2015



Hospitalization for Heart Failure*

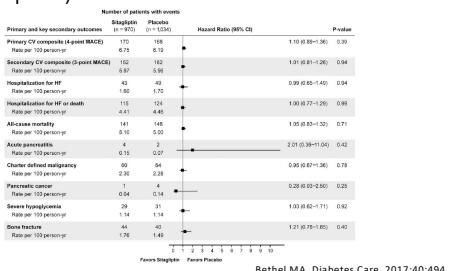
ITT Analysis



* Adjusted for history of heart failure at baseline

Green JB et al. NEJM 2015; DOI: 10.1056/NEJMoa1501352

TECOS: subanálisis en adultos >75 años (>2000 ptes)



Bethel MA. Diabetes Care, 2017;40:494

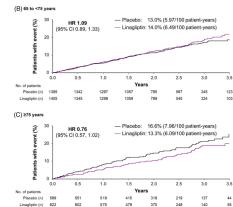
TECOS: sitagliptina no aumentó EA en adultos >75 años

System organ class preferred term patients with one or more:	Sitagliptin (n = 956)	Placebo (n = 1,023)	Difference (95% CI)
Neoplasms benign, malignant, and unspecified (including cysts and polyps)			
Basal cell carcinoma	80 (8.4%)	91 (9.2%)	-0.82 (-3.33 to 1.70)
Squamous cell carcinoma	11 (1.2%)	24 (2.3%)	-1.20 (-2.44 to -0.04)
Squamous cell carcinoma of skin	5 (0.5%)	17 (1.7%)	-1.14 (-2.18 to -0.24)
3 (0.3%)	14 (1.4%)	-1.05 (-2.01 to -0.28)	
Injury, poisoning, and procedural complications	36 (3.8%)	27 (2.6%)	1.13 (-0.43 to 2.76)
Gastrointestinal disorders	25 (2.6%)	21 (2.1%)	0.56 (-0.79 to 1.98)
Gastroesophageal reflux disease	4 (0.4%)	0 (0.0%)	0.42 (0.04 to 1.07)
Musculoskeletal and connective tissue disorders	18 (1.9%)	11 (1.1%)	0.81 (-0.27 to 1.99)
Osteoarthritis	13 (1.4%)	3 (0.3%)	1.07 (0.31 to 2.05)
Respiratory, thoracic, and mediastinal disorders	15 (1.6%)	12 (1.2%)	0.40 (-0.66 to 1.52)
Metabolism and nutrition disorders	1 (0.1%)	13 (1.3%)	-1.30 (-2.37 to -0.23)
Hypertension	1 (0.1%)	7 (0.7%)	-0.58 (-1.31 to -0.03)
Dehydration	0 (0.0%)	5 (0.5%)	-0.49 (-1.14 to -0.09)

Analysis cohort is all older patients as treated. This table includes 2) system organ classes exceeding 1% or where the 95% CI excludes 0.2%; within the system organ classes that exceed 1%, any preferred term that exceeds 1%; and 3) any individual preferred term where the 95% CI excludes 0.

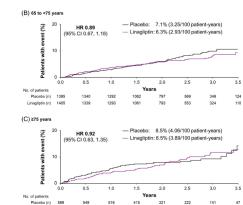
Bethel MA. Diabetes Care, 2017;40:494

CARMELINA y MACE: subanálisis en adultos mayores



Cooper ME. Diabetes Obes Metab. 2020;22:1062

CARMELINA y hospitalización por falla cardíaca: adultos mayores



Cooper ME. Diabetes Obes Metab. 2020;22:1062

CARMELINA: no aumento de eventos adversos en adultos mayores

n (% of patients)	Age <65 years		Age 65 to <75 years		Age 75 to >80 years		Age ≥80 years	
	Linagliptin (n = 1467)	Placebo (n = 1501)	Linagliptin (n = 1405)	Placebo (n = 1395)	Linagliptin (n = 402)	Placebo (n = 397)	Linagliptin (n = 220)	Placebo (n = 192)
Overall summary								
Any AE	1087 (74.1)	1142 (76.1)	1093 (77.8)	1084 (77.7)	340 (84.6)	323 (83.9)	177 (80.5)	164 (85.4)
Serious AE	466 (31.8)	518 (34.5)	545 (38.8)	548 (39.3)	176 (43.8)	178 (44.8)	106 (48.2)	99 (51.6)
AE leading to discontinuation	108 (7.4)	146 (9.7)	164 (11.7)	168 (12.0)	52 (12.9)	57 (14.4)	35 (15.9)	31 (16.1)
Selected AEs								
Hypoglycaemia*	403 (27.5)	425 (28.3)	429 (30.5)	423 (30.3)	141 (35.1)	117 (29.5)	63 (28.6)	59 (30.7)
Plasma glucose <54 mg/dL or severe ^b	210 (14.3)	242 (16.1)	233 (16.6)	218 (15.6)	76 (18.9)	73 (18.4)	38 (17.3)	39 (20.3)
Severe ^b	39 (2.7)	37 (2.5)	40 (2.8)	45 (3.2)	15 (3.7)	14 (3.5)	12 (5.5)	12 (6.3)

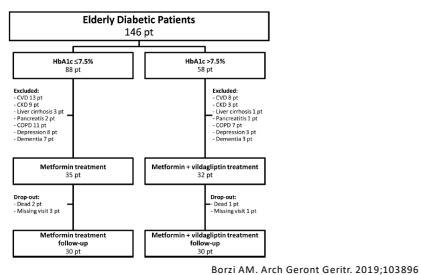
Cooper ME. Diabetes Obes Metab. 2020;22:1062

Consideración adicional en adultos mayores: cognición

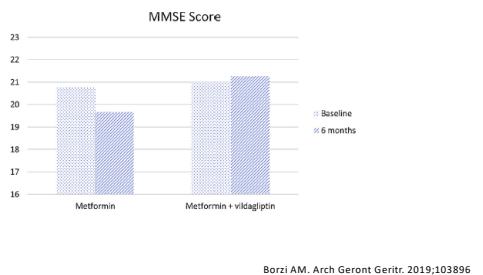
Cognición

- Sabemos de las limitantes terapéuticos asociados a disfunción cognitiva
- Factores asociados a menor deterioro cognitivo:
 - Mejor control glicémico
 - Control estricto de presión arterial
 - Evitar hipoglicemias

iDPP4: algún impacto en cognición?



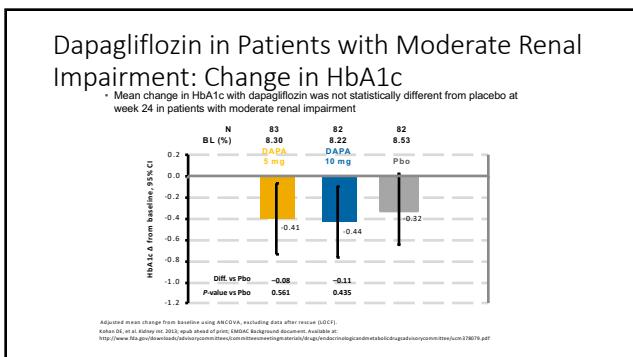
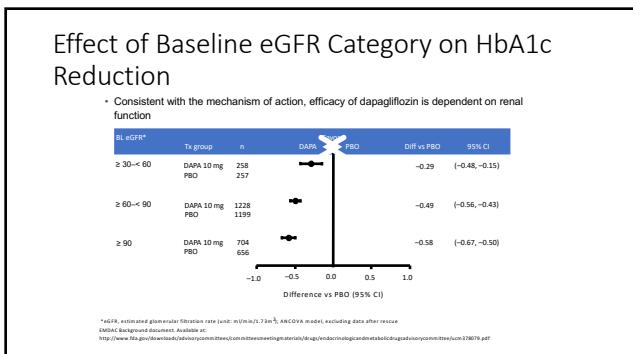
iDPP4: algún impacto en cognición?



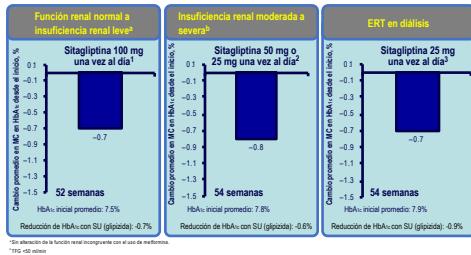
Uso de iDPP4 en pacientes con enfermedad renal crónica

	Desenlace compuesto microvascular	Desenlace compuesto renal	Nueva aparición microalbuminuria	Doblamiento creatína	Terapia reemplazo renal	Muerte renal
Inhibidores de SGLT2						
EMPAREG (empagliflozina)	0.42 (0.54-0.70)	0.61 (0.53-0.70)	0.62 (0.54-0.72)	0.56 (0.39-0.79)	0.45 (0.21-0.97)	NA
CANVAS (canagliflozina)	0.86 (0.75-0.97)	0.60 (0.47-0.77)	0.80 (0.79-0.88)	0.50 (0.39-0.84)	0.77 (0.30-1.97)	NA
DECLARE (dapagliflozina)	NA	0.53 (0.43-0.66)	NA	NA	NA	NA
CREDENCE	NA	0.66 (0.53-0.81)	NA	0.60 (0.48-0.76)	0.74 (0.55-1.00)	NA
Inhibidores de DPP4						
SAVOR (saxagliptina) (2)	NA	1.08 (0.88-1.32)	NA	1.1 (0.89-1.36)	0.90 (0.61-1.32)	NA
EXAMINE (alogliptina)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TECOS (sitagliptina)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CARMELINA (linagliptina)	0.86 (0.78-0.95)	0.98 (0.82-1.18)	NA	NA	0.87 (0.69-1.10)	NS
Análogos de GLP1						
ELIXA (liraglutide) (2)	NA	NA	NA	1.16 (0.74-1.82)	NS	NS
LEADER (iraglutide)	0.84 (0.79-0.97)	0.78 (0.67-0.92)	0.74 (0.60-0.91)	0.88 (0.66-1.18)	0.87 (0.61-1.24)	1.59 (0.52-4.87)
SUSTAIN-6 (semaglutide)	NA	NA (0.46-0.88)	NA (0.37-0.77)	NA (0.64-2.58)	0.93 (0.40-2.07)	NA
HARMONY (albiglutide)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Factores de riesgo: AEs de volumen intravascular reducido Grupo de datos amplio del período principal				
eGFR (mL/min/1.73m ²)	Sin CANA	CANA 100 mg	CANA 300 mg	
<60	2.8 (12/436)	5.0 (18/82)	8.1 (33/405)	
60 a <90	1.5 (26/1788)	2.4 (40/1686)	2.9 (48/1680)	
≥90	1.2 (12/1035)	1.3 (13/1021)	2.4 (24/999)	
Edad (años)				
<75	1.5 (46/3107)	2.2 (64/2929)	3.1 (90/2913)	
≥75	2.6 (4/155)	4.9 (8/163)	8.7 (15/172)	
Uso de diuréticos de asa				
No	1.2 (37/3006)	2.3 (65/2876)	2.9 (83/2835)	
Si	5.1 (13/256)	3.2 (7/216)	8.8 (22/250)	
<hr/>				
Edad ≥75, sin diuréticos de asa y con una eGFR ≥60 mL/min/1.73m ²				
1.1 (29/2604) 1.8 (45/2491) 2.2 (54/2434)				
<hr/>				



La eficacia de sitagliptina es similar independientemente de la función renal (datos de 1 año)



Vida media y vía de eliminación de los inhibidores de DPP-4^a

Vida media y vía de eliminación de los inhibidores de DPP-4^a

	Sitagliptina ¹	Vildagliptina ²	Saxagliptina ³	Alogliptina ⁴	Linagliptina ⁵
Vida media (t _{1/2}) a la dosis clínicamente relevante	12.4 horas	=2-3 horas	2.5 horas (fármaco original) 3.1 horas (metabolito)	=21 horas (25-800 mg)	t _{1/2} efectiva =12 horas t _{1/2} terminal >100 horas
Eliminación	Renal 87% (79% intacto) Biliar 13%	Renal 85% (23% intacto) Biliar 15%	Renal 75% (24% intacto compuesto original, 36% como metabolito activo) Biliar 25%	Renal (60%-70% intacto) Biliar 80% Renal 5%	

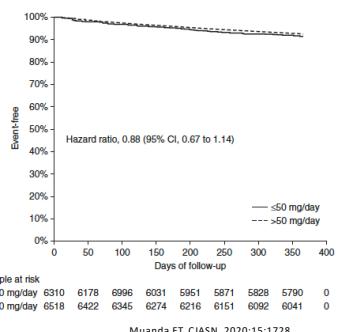
Las diferencias en las propiedades farmacocinéticas no proporcionan ninguna evidencia de diferencias en la eficacia clínica o seguridad, que es necesario establecer a través de estudios clínicos de comparación directa.

^aLos valores farmacocinéticos se refieren a diferentes sistemas de ensayo y se deben considerar.
^bDPP-4 = dipeptidil peptidasa-4.
^cResumen de las características del producto. Merck & Co, Inc. (Merck). *Januvia®* (Sitagliptina) (Resumen de las características del producto). Novartis. 2012. 3. *Januvia®* (Sitagliptina) (Resumen de las características del producto). Bristol-Myers Squibb/Abbvie. 2016. 4. *Vildagliptina* (Resumen de las características del producto). Teva. 2016. 5. *Alogliptina* (Resumen de las características del producto). Boehringer Ingelheim. 2016.

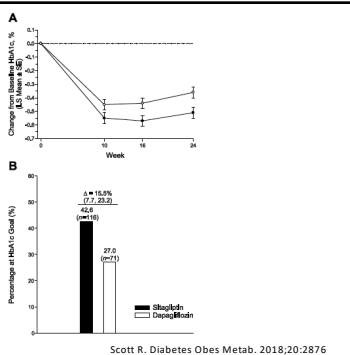
Ajuste de dosis en ERC

- Si AEC <45 cc/min
 - Concentraciones plasmáticas de sitagliptina fueron 2-4x mayores
 - Por lo tanto se recomienda iniciar a dosis menores (50 mg por día y si AEC <30 cc/min 25 mg por día)

A pesar de las recomendaciones, si se inicia >50 mg/d en ERC no afecta la seguridad

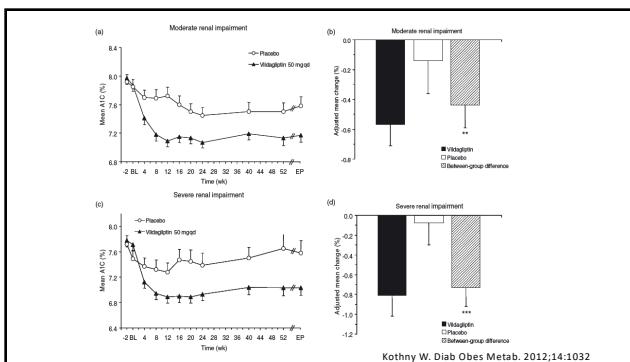
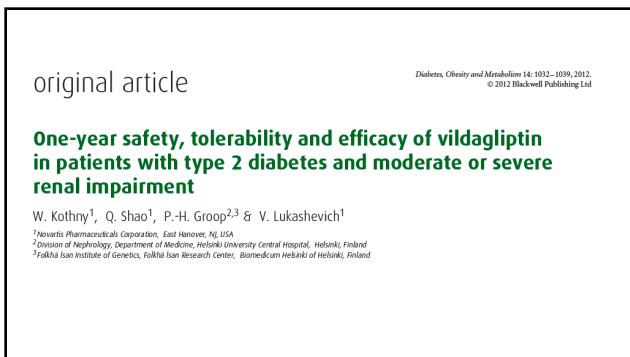
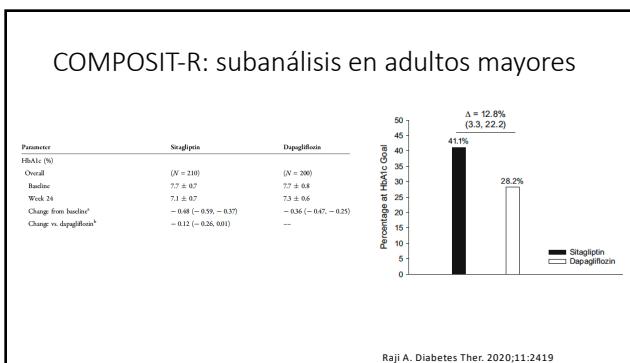


COMPOSIT-R: sitagliptina vs dapagliflozina en TFG 60-90 cc/min



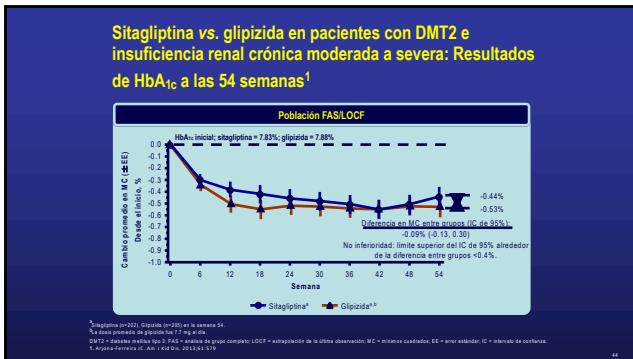
COMPOSIT-R: eventos adversos

Patients, n (%)	Sitagliptin N = 307	Dapagliflozin N = 306	Difference*
With one or more			
AEs	150 (48.9)	158 (51.6)	-2.8 (-10.1, 5.1)
Drug-related† AEs	24 (7.8)	42 (13.7)	-5.9 (-11.0, -1.1)
Serious AEs	10 (3.3)	13 (4.2)	-1.0 (-4.3, 2.2)
Serious drug-related† AEs	0 (0.0)	1 (0.3)	-0.3
Who died	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0
Who discontinued due to			
An AE	10 (3.3)	10 (3.3)	0.0 (-3.0, 3.0)
A drug-related† AE	5 (1.6)	6 (2.0)	0.3 (-2.8, 2.0)
A serious AE	3 (1.0)	3 (1.0)	-0.0
A serious drug-related† AE	0 (0.0)	1 (0.3)	-0.3



Overall summary	Moderate		Severe	
	Vildagliptin 50 mg qd (N = 122) n (%)	Placebo(N = 89) n (%)	Vildagliptin 50 mg qd (N = 94) n (%)	Placebo(N = 64) n (%)
Any AE	103 (84.4)	76 (85.4)	80 (85.1)	55 (87.5)
Any suspected drug-related AE	31 (25.4)	22 (24.7)	24 (25.5)	18 (28.1)
Any SAE	26 (21.3)	17 (19.1)	23 (24.5)	15 (25.0)
Any AE leading to discontinuation	6 (4.9)	5 (5.6)	9 (9.6)	4 (6.3)
Deaths (during extension period only)	1 (0.8)	0 (0.0)	3 (3.2)	1 (1.6)
Adverse events of particular interest:				
Hepatic disorders AEs	4 (3.3)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.6)
Infections	45 (36.9)	38 (42.7)	43 (45.7)	21 (32.8)
Skin and/or vascular-related AEs	9 (7.4)	8 (9.0)	4 (4.3)	7 (10.9)
Pancreatitis	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Oedema-related AEs	23 (18.9)	13 (14.6)	17 (18.1)	17 (26.6)
Cardiac disorders AEs	12 (9.8)	11 (12.4)	18 (19.1)	7 (10.9)

Kothny W. Diab Obes Metab. 2012;14:1032

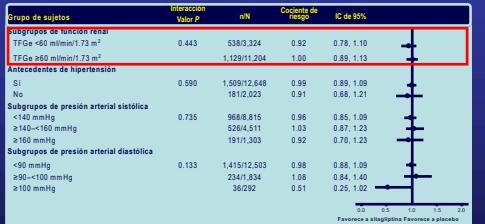


Pacientes en diálisis: eventos adversos

	Sitagliptin (n = 64)	Glipizide (n = 65)	Difference (%) ^a
Symptomatic hypoglycemia			
Total no. of episodes	7	16	
Proportion of patients	4 (6.3)	7 (10.8)	-4.5 (-15.3 to 5.6) ^b
Severe hypoglycemia			
Total no. of episodes	0	5	
Proportion of patients	0 (0)	5 (7.7)	-7.8 (-17.1 to -1.9)

Arjona-Ferreira JC. Am J Kid Dis. 2013;61:579

Estudio de Seguridad CV TECOS: Análisis de subgrupos del resultado CV primario compuesto¹

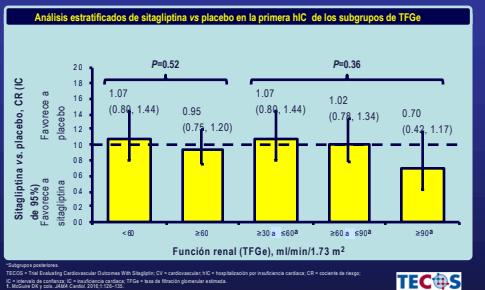


*Adaptado con autorización de Green JB y cols.
TECOS = Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes With Sitagliptin; CV = cardiovascular; IC = intervalo de confianza; TFGe = tasa de filtración glomerular estimada
† Censo de EEUU, 2000. Fuente: National Center for Health Statistics.



45

Análisis secundario del estudio de Seguridad CV TECOS: hIC por subgrupos de TFGe¹

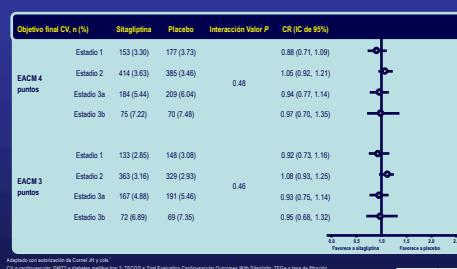


*Adaptado con autorización de Green JB y cols.
TECOS = Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes With Sitagliptin; CV = cardiovascular; hIC = hazard ratio por insuficiencia cardíaca; CR = cociente de riesgo.
† Reducción en el riesgo: JAMA Cardiol 2019;14(12):1291-1298.



47

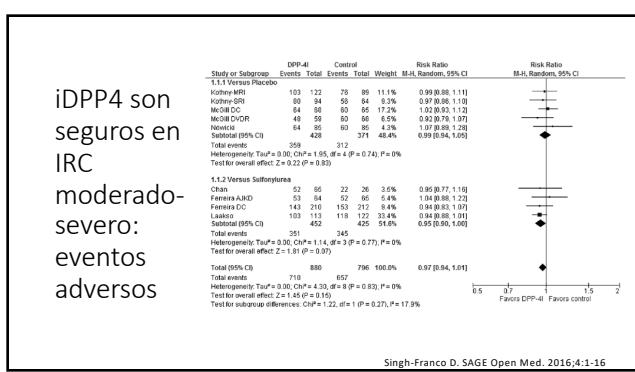
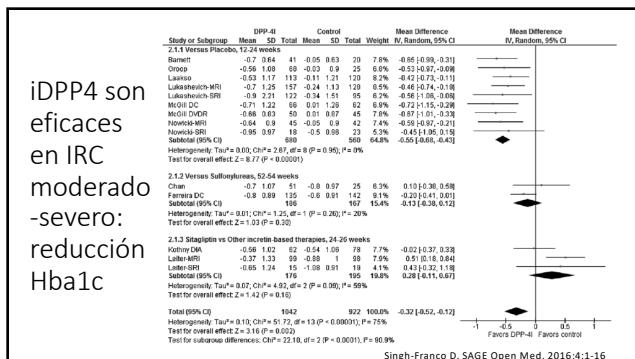
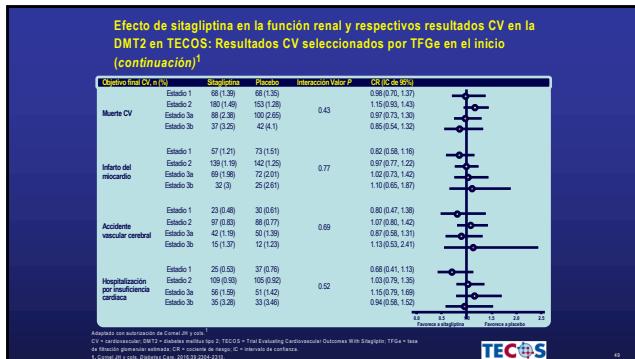
Efecto de sitagliptina en la función renal y respectivos resultados CV en la DM2 en TECOS: Resultados CV seleccionados por TFGe en el inicio¹



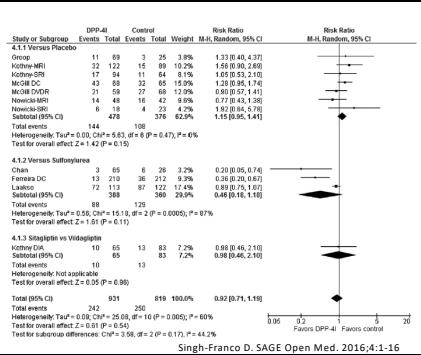
*Adaptado con autorización de Green JB y cols.
† CV = cardiovascular; DM2 = diabetes mellitus tipo 2; TECOS = Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes With Sitagliptin; TFGe = tasa de filtración glomerular estimada.
‡ EACM = escala americana cardiovascular mayor; OR = cociente de riesgo; IC = intervalo de confianza.
§ Censo de EEUU, 2000. Fuente: National Center for Health Statistics.



48



iDPP4 son seguros en IRC moderado-severo: hipoglicemias



Insuficiencia renal

- El punto a considerar aquí no sería agregado a metformin sino en lugar de metformin
- iSGLT-2
 - Dapagliflozina y empagliflozina: <60 cc/min menos eficaz
 - Canagliflozina: <45 cc/min no eficaz
- GLP-1 RA:
 - Exenatide: contraindicado en AEC <30 cc/min
 - semaglutide y liraglutide: no ajuste
 - no deben combinarse con iDPP4

En pacientes con IRC

- La eficacia de iDPP4 en reducción de glucosa se mantiene
- Con AEC menor a 50 cc/min se recomienda bajar la dosis a la mitad excepto linagliptina
- La reducción de glucosa con iSGLT2 es menor entre más baja la TFG
 - Mantiene su efecto nefroprotector y cardioprotector
 - Agregarle algo más para efecto en reducción de glucosa

Conclusiones

- iDPP4 se pueden utilizar en todo el espectro de la diabetes mellitus tipo 2, incluyendo adultos mayores
 - Mantienen eficacia
 - Especialmente seguridad
 - Bien tolerados
 - Pasarían a ser de primera elección para adultos mayores frágiles o combinarlo con otros fármacos en caso necesario
- iDPP4 son seguros y mantiene su eficacia en pacientes con IRC

Preguntas...

chenku2409@gmail.com

Puede descargar la presentación en:



www.EndoDrChen.com
