

# Actualización 2024 para el tratamiento de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

Recomendaciones según situaciones clínicas independientemente del control metabólico



**Confirmar dx de DM2**



**Confirmar dx de Obesidad**



**Modificación del estilo de vida**



**Tratamiento farmacológico**

Plantear tratamiento combinado de inicio

Se deben priorizar los arGLP-1 y/o iSGLT2

**INDEPENDIENTEMENTE** del objetivo de HbA1c y del uso de metformina.

**Alto / muy alto RCV**

**arGLP-1 y/o iSGLT2**

**iDPP4**

Pioglitazona

Análogos insulina basal  
(Glargina y Degludec)

**a**

**IC**

**iSGLT2**

Empagliflozina/dapagliflozina

**arGLP-1 sc/oral**  
**iDPP4**

Insulina basal  
(Glargina y Degludec)

**b**

**ERD**

0 10 20 30 40 50 60

FG ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (CKD-EPI)

**Nefroprotectores**

Empagliflozina

Dapagliflozina

Canagliflozina

Sema/dula/liraglutida

Exe/lixisenatida

**iSGLT2**

**arGLP-1**

**arGLP-1**

**Tirzepatida**

FG > 60: dosis plenas

FG 45-60: plantear ↓ dosis ½

FG 30-44: ↓ dosis a ¼

**M\*\***

**Metformina**

**Linagliptina**

Resto de iDPP4 - Ajuste de dosis

**iDPP4**

**Insulinas basales**

**Insulinas rápidas**

**Insulina**

**c**

**Sobrepeso - Obesidad**

**Tirzepatida\***  
**Semaglutida sc/oral**

**Liraglutida**  
**Dulaglutida**

Resto **arGLP1**  
e **iSGLT2**

**d**

**>75 años**

**Ausencia de fragilidad**

Elección como en el resto de perfiles para **<75 años** (según beneficio)

**e**

**Fragilidad y/o LET**

**iDPP4**  
Insulina basal  
(Glargina U300 y Degludec)

**f**

**Minimizar la hipoglucemia**

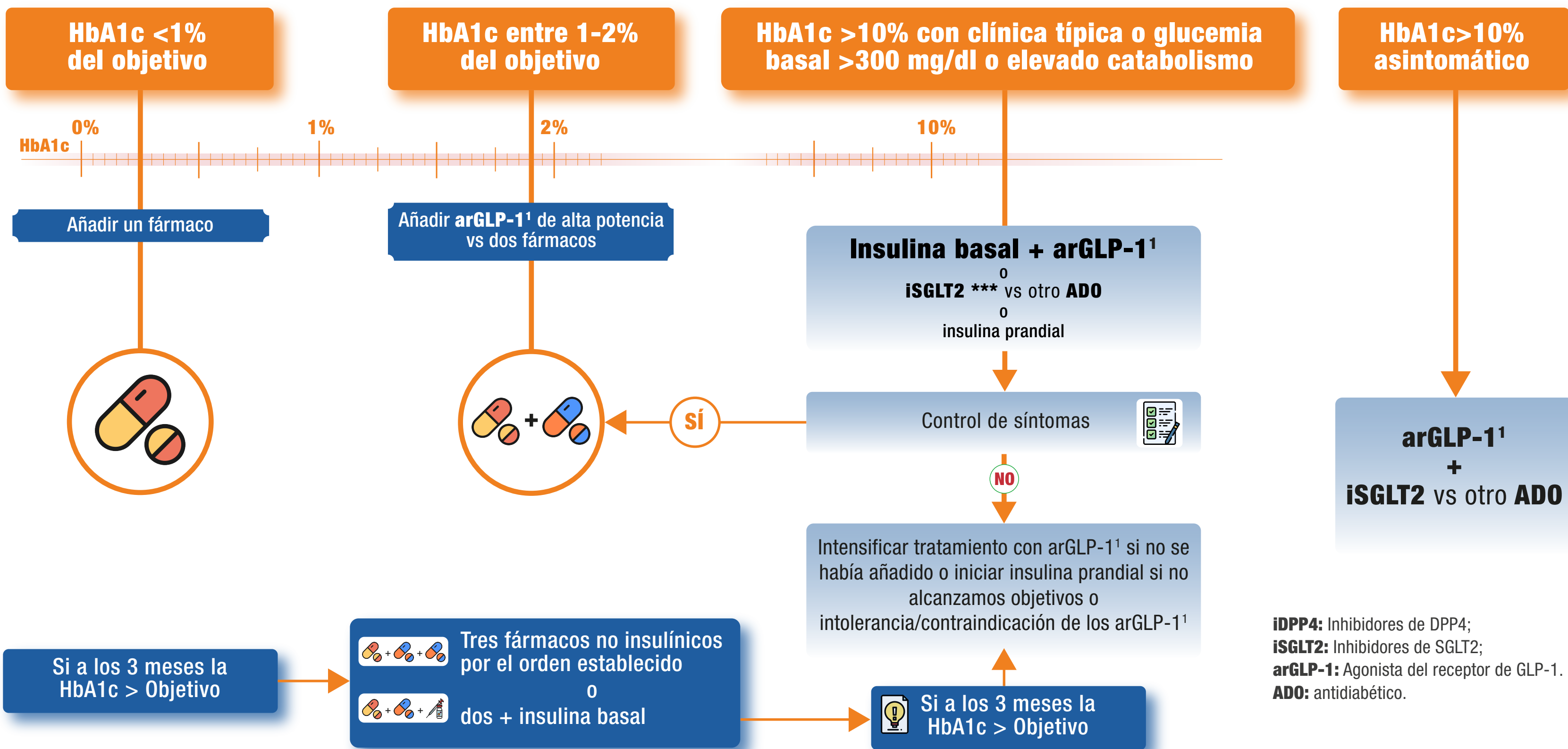
**iDPP4** o **iSGLT2** o **arGLP-1 sc/oral** o **Pioglitazona**  
Insulina basal  
(Glargina U300 y Degludec)

**g**

\* Pendiente de comercialización.  
\*\* M: multiagonistas

# Actualización 2024 para el tratamiento de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

## Recomendaciones para el tratamiento de la DM2 según las cifras de HbA1c



**iDPP4:** Inhibidores de DPP4;  
**iSGLT2:** Inhibidores de SGLT2;  
**arGLP-1:** Agonista del receptor de GLP-1.  
**ADO:** antidiabético.

\* La elección del tratamiento dependerá del perfil del paciente, ver segunda parte del algoritmo.  
 \*\* El tratamiento farmacológico combinado de inicio permite alcanzar los objetivos de control más rápido, mejorando el legado metabólico, en la mayoría de los pacientes.  
 \*\*\* Si elevado catabolismo (pérdida de peso) evitar los iSGLT2 para disminuir el riesgo de cetoacidosis. Valorar insulinización transitoria.

<sup>1</sup> Referencia a **arGLP-1** o **multiagonistas**.

⚠ Si el paciente tiene **alto** o **muy alto RCV** priorizaremos los arGLP-1/iSGLT2.  
 Si **obesidad** se priorizarán los arGLP-1 (Condición para financiación IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>).  
 Si tiene **IC, ERD** o **sobrepeso** se priorizarán los iSGLT2.



**Recomendaciones del número de fármacos orales y/o insulina dependiendo del objetivo a alcanzar y situación metabólica.**

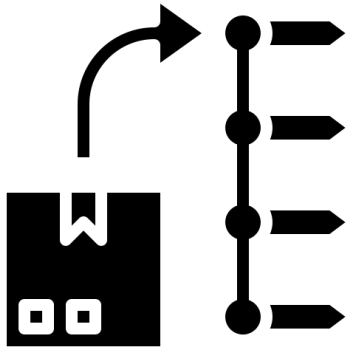
No utilizar arGLP-1 e iDPP4 de forma concomitante.  
**Instrucciones de lectura:** Lectura en vertical y horizontal. Las entradas por situaciones clínicas no tienen prioridad unas sobre otras. Un paciente puede estar incluido en más de una de las entradas. Las letras en mayor tamaño y negrita sí indican mas prioridad.



# Actualización 2024 para el tratamiento de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

## Potencia hipoglucemiante

### PRIORIDAD



**Tirzepatida\*, semaglutida sc/oral**

**Dulaglutida y liraglutida**

**Resto**

**Insulina:** potencialmente el de mayor eficacia, pero proporcional al riesgo de hipoglucemias y ganancia de peso



### a Alto/Muy Alto Riesgo Vascular:

Todo paciente con DM2 con criterios de alto/muy alto RV deben llevar un arGLP1 y/o un iSGLT2 con beneficio demostrado en la reducción de eventos CV. Los **arGLP1** subcutáneos (semaglutida, dulaglutida y liraglutida) reducen eventos CV mayores (MACE) a expensas de reducción de ictus, mientras semaglutida oral demostró no inferioridad en el MACE. Sólo semaglutida oral y liraglutida reducen la mortalidad CV y total. El estudio con dulaglutida tenía más pacientes sin enfermedad CV establecida. Los **iSGLT2** (empagliflozina y canagliflozina) reducen MACE, empagliflozina reduce la mortalidad total y CV; dapagliflozina (con más pacientes sin enfermedad CV establecida) y ertugliflozina demostraron no inferioridad respecto al MACE. La **pioglitazona** demostró reducción de MACE, pero como objetivo secundario (contraindicada en la IC).

Todos los **iDPP4** demostraron seguridad CV.

Las **insulinas basales** con seguridad CV demostrada son glargina y degludec.

**Tirzepatida no tiene publicado aún el estudio de seguridad CV.**

### b Insuficiencia Cardíaca:

Recomendamos priorizar un **iSGLT2** en todos los pacientes con DM2 e IC o riesgo de desarrollarla. *En pacientes con IC independientemente de la FEVI empagliflozina y dapagliflozina son los iSGLT2 de elección.* En pacientes sin IC establecida recomendamos cualquier **iSGLT2**.

Los **arGLP-1**, los **iDPP4**, excepto saxagliptina, y las **insulinas basales** (glargina y degludec) han demostrado seguridad respecto a las hIC.

### c Enfermedad Renal Diabética:

Definida por deterioro del FG y/o la presencia de albuminuria.

#### Nefroprotectores:

Los **iSGLT2** previenen el deterioro del FG y la progresión de albuminuria.

Ertugliflozina no ha demostrado beneficio renal.

**arGLP-1:** arGLP1: recomendamos semaglutida sc, liraglutida y dulaglutida.

El estudio Flow con semaglutida sc 1.0 mg/sem demuestra mejoría en la progresión de la ERC en DM2 con respecto a placebo, pendiente de publicar, ensayo interrumpido por beneficio.

Multiagonistas; tirzepatida (GLP1/GIP) puede tener un beneficio en la microalbuminuria en sus estudios pivotaes SURPASS

Finerenona\* ha demostrado beneficio renal en el paciente con diabetes y enfermedad renal.

#### Sin nefroprotección.

Biguanidas (metformina) Estadio 3 de ERC suspender tratamiento en situaciones con riesgo de sepsis, deshidratación o hipoxemia y previo a contrastes radiológicos intravenosos independientemente de su función renal basal.

Los **iDPP4** solo deberían utilizarse cuando los hipoglucemiantes con beneficio renal están contraindicados o existe intolerancia.

Insulinas: Se recomienda el siguiente ajuste de dosis en pacientes con ERC: FGe mayor de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> no se necesita reducción; FGe entre 15-60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, reducción de un 25%; FGe menor de 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: reducción de un 50% de las necesidades basales.

Sulfonilureas: por ficha técnica pueden emplearse hasta filtrados de 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, pero comités de expertos no recomiendan hacerlo con filtrados por debajo de 50 ml/min/1,73m<sup>2</sup> Glinidas no se ven afectadas por insuficiencia renal al eliminarse principalmente por bllis.

Pioglitazona puede emplearse con filtrados de hasta 10 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

### d Sobrepeso - Obesidad:

Alcanzar dosis máximas de **arGLP-1** o **multiagonistas**, si es necesario en combinación con **iSGLT2**. Los **iDPP4** tienen efecto ponderal neutro. La Pioglitazona, las SU y las insulinas inducen ganancia ponderal.

e No debe de haber limitación en la estrategia terapéutica basada solo en la edad.

f Minimizar el riesgo de hipoglucemia. Ver (g).

g Se priorizarán las insulinas con menor riesgo de hipoglucemia: degludec y glargina U300 < glargina U100 y detemir < NPH y mezclas.

\* Pendiente de comercialización.

Fármaco	FGe > 60	FGe 60-45	FGe 44-30	FGe 29-15	FGe < 15	Diálisis
<b>iSGLT2</b>						
Canagliflozina	100-300 mg/24h	100 mg/24h	No iniciar, si prescrito mantener hasta TRS			
Dapagliflozina	10 mg/24h. No iniciar si FGe < 25 mL/min, si prescrito mantener hasta TRS					
Empagliflozina	10-25 mg/24h	10 mg/24h. No iniciar si FGe < 20 mL/min, si prescrito mantener hasta TRS				
Ertugliflozina	5-15 mg/24h	No iniciar, mantener si prescrito		No se recomienda		
<b>arGLP-1</b>						
Dulaglutida	0,75-1,5 mg/semana					No se recomienda
Exenatida LI	5-10 µg/24h	No se recomienda				
Exenatida LP	2 mg/semana	No se recomienda				
Liraglutida	1,2-1,8 mg/24h					No se recomienda
Lixisenatida	20 µg/24h	No se recomienda				
Semaglutida sc	0,5-1 mg/semana					No se recomienda
Semaglutida vo	7-14 mg/24h					No se recomienda
<b>Multiagonistas</b>						
Tirzepatida*	5-10-15 mg/semana					
<b>iDPP4</b>						
Alogliptina	25 mg/24h	12,5 mg/24h	6,25 mg/24h			
Linagliptina	5 mg/24h					
Saxagliptina	5 mg/24h	2,5 mg/24h				No se recomienda
Sitagliptina	100 mg/24h	50 mg/24h	25 mg/24h			
Vildagliptina	50 mg/12h	50 mg/24h				



**arGLP-1:** Agonista del receptor de GLP-1; **CV:** Cardiovascular; **DM2:** Diabetes mellitus tipo 2; **ERD:** Enfermedad renal diabética; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **FG:** Filtrado glomerular; **hIC:** Hospitalización por insuficiencia cardíaca; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **iDPP4:** Inhibidores de la DPP4; **iSGLT2:** Inhibidores del SGLT2; **LET:** Limitación del esfuerzo terapéutico; **MACE:** Eventos cardiovasculares mayores.

Reevaluación periódica de objetivos, individualizar tratamientos, desprescribir las terapias ineficaces y evitar la inercia terapéutica. En pacientes con tratamientos instaurados previamente, reevaluar si la combinación es la más adecuada. Se recomienda realizar un péptido C en pacientes con diabetes evolucionada y/o cuando se sospeche insulinopenia antes de prescribir arGLP1 ó iSGLT2.