

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 arGLP1 y/o iSGLT2 **INDEPENDIENTEMENTE** del objetivo de HbA1c y del uso de metformina.

Alto / muy alto RCV

- arGLP1_{sc} y/o iSGLT2**
- Semaglutida oral**
- iDPP4**
- Pioglitazona
- Análogos insulina lenta** (Degludec y Glargina)

a

IC

- IC-FEr, IC-FEmr, IC-FEp:**
 - Empagliflozina/dapagliflozina
- IC-FEp:**
 - Semaglutida sc (FEVi ≥45%)
 - Tirzepatida
- Neutros en IC:**
 - iDPP4
 - Insulina basal (Degludec y Glargina)

b

ERD

0 10 20 30 40 50 60

FG ml/min/1,73 m² (CKD-EPI)

Nefroprotectores		
Empagliflozina	Dapagliflozina	iSGLT2
Canagliflozina		
Semaglutida	Liraglutida, Dulaglutida	
Finerenona		
Tirzepatida		arGLP/GIP
FG > 60: dosis plenas		Metformina
FG 45-60: plantear ↓ dosis ½		
FG 30-44: ↓ dosis a ½		
Linagliptina		iDPP4
Resto de iDPP4 - Ajuste de dosis		
Insulinas basales		Insulina
Insulinas rápidas		

c

Sobrepeso - Obesidad

Tirzepatida

Semaglutida sc/oral

Liraglutida

Dulaglutida

iSGLT2

d

MASLD

MASLD

Semaglutida

Tirzepatida

iSGLT2 (Empagliflozina y Canagliflozina)

Pioglitazona

Liraglutida

Dulaglutida

MASH

Semaglutida

Tirzepatida

Pioglitazona

e

>75 años

Ausencia de fragilidad

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

Fragilidad y/o LET

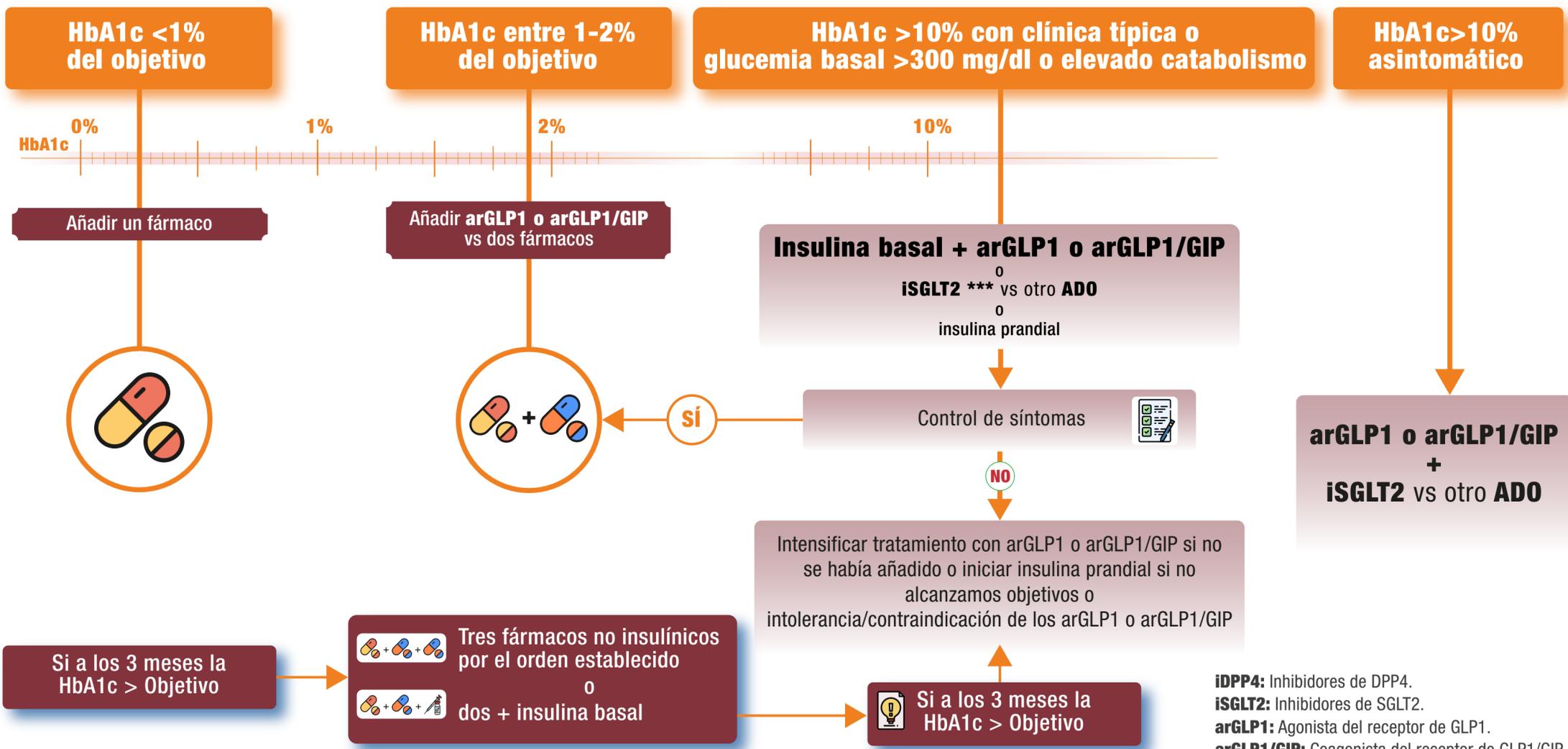
iDPP4

Insulina basal (Glargina U300 y Degludec)

f

Actualización 2025 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.
arGLP1: Agonista del receptor de GLP1.
arGLP1/GIP: Coagonista del receptor de GLP1/GIP.
ADO: anti-diabético.

* 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 insulínización transitoria.

⚠ 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/m²).
 Si tiene **IC, ERD** o **sobrepeso** se priorizarán los iSGLT2.

No utilizar arGLP1, arGLP1/GIP 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.

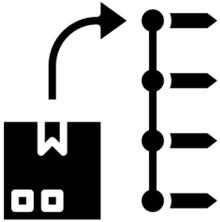
[@Diabetes_SEMI](#)

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

Actualización 2025 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:

Los **arGLP1** subcutáneos (**Semaglutida, Liraglutida, Dulaglutida**) reducen eventos CV mayores (MACE). Semaglutida oral demostró reducir el MACE (en el estudio SOUL aún no publicado). Semaglutida oral reduce mortalidad en el estudio PIONEER -6.

CV/total. El estudio con dulaglutida tenía mas pacientes SIN enfermedad CV establecida.

Los **iSGLT2** (empagliflozina y canagliflozina) reducen MACE, empagliflozina, además, reduce mortalidad CV/total. Dapagliflozina (con más pacientes SIN enfermedad CV establecida) y ertugliflozina no inferioridad en MACE.

Los **iDPP4** demostraron seguridad CV.

Pioglitazona demostró reducción MACE (objetivo secundario).

Las **insulinas basales (glargina y degludec)** demostraron seguridad CV.

Tirzepatida (arGLP1/GIP) pendiente resultados del SURPASS-CVOT.

b) Insuficiencia Cardíaca:

Recomendamos priorizar **iSGLT2** (empagliflozina, dapagliflozina y canagliflozina) en todos los pacientes con DM2 y riesgo de desarrollar IC. En pacientes con IC (independientemente de la FEVI) empagliflozina y dapagliflozina son de elección. En personas con obesidad e IC-FEp de elección semaglutida sc (arGLP1)(FEVI \geq 45%) y Tirzepatida (arGLP1/GIP).

El resto de arGLP1, 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.

· **arGLP1:** Recomendamos semaglutida 1 mg sc (estudio Flow: superioridad en mejoría en la progresión de la ERC con albuminuria vs placebo).

· Otros arGLP1: dulaglutida y liraglutida.

· arGLP1/GIP: Tirzepatida: beneficio renal en subanálisis de sus estudios pivotaes SURPASS.

· Finerenona: beneficio 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.

· **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 m² no se necesita reducción; FGe entre 15-60 ml/min/1,73 m², reducción de un 25%; FGe menor de 15 ml/min/1,73 m² : reducción de un 50% de las necesidades basales.

· **Sulfonilureas:** por ficha técnica pueden emplearse hasta filtrados de 30 ml/min/1,73m², pero comités de expertos no recomiendan hacerlo con filtrados por debajo de 50 ml/min/1,73m². Las Glinidas no tienen excreción renal.

· **Pioglitazona:** hasta FG de 10 ml/min/1,73m².

d) Sobrepeso - Obesidad:

Alcanzar dosis máximas de Tirzepatide (arGLP1/GIP) o arGLP1 (Semaglutide 1 mg sc u oral).

e) MASLD (Disfunción metabólica asociada a la esteatosis hepática).

MASH (Disfunción metabólica asociada a esteatohepatitis).

Ninguno de los tratamientos tiene indicación para MASLD/MASH. Sin embargo, la utilización de estos fármacos en pacientes con DM2 y esteatosis o esteatohepatitis asociada a enfermedad metabólica pueden mejorar el grado de afectación hepática. Pendiente de estudios específicos en fase 3 para indicaciones en MASLD.

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

Fármaco	FGe > 60	FGe 60-45	FGe 44-30	FGe 29-15	FGe < 15	Diálisis
iSGLT2						
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				
arGLP1						
Dulaglutida	0,75-1,5 mg/semana					No se recomienda
Liraglutida	1,2-1,8 mg/24h					No se recomienda
arGLP1/GIP						
Semaglutida sc	0,5-1 mg/semana					No se recomienda
Semaglutida vo	7-14 mg/24h					No se recomienda
iDPP4						
Tirzepatida*	5-10-15 mg/semana					
iDPP4						
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				



arGLP1: Agonista del receptor de GLP1; **arGLP1/GIP:** Coagonista del receptor de GLP1/GIP; **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 o iSGLT2.**