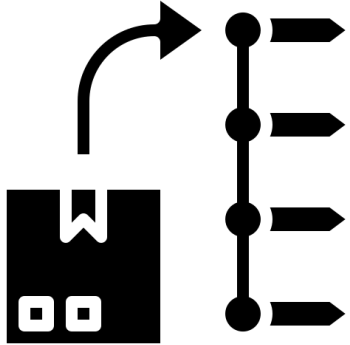


Actualización 2026 para el tratamiento de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

Potencia hipoglucemiante

PRIORIDAD



Tirzepatida, Semaglutida sc/vo

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. Semaglutida oral reduce mortalidad CV/total en el estudio PIONEER-6. El estudio con dulaglutida tenía mas pacientes SIN enfermedad CV establecida. arGLP1/GIP demostró no inferioridad frente a dulaglutida (fármaco que reduce MACE) en el estudio SURPASS-CVOT.

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.

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 arGLP1/GIP.

El resto de arGLP1, iDPP4 (excepto saxagliptina) y las insulinas basales (glargina y degludec) han demostrado seguridad respecto a las hospitalizaciones por IC.

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:** beneficio renal en subanálisis de sus estudios pivotaes SURPASS.

• Finerenona: beneficio renal

Sin nefroprotección.

• Biguanidas (metformina) Estadio G3 suspender tratamiento en situaciones con riesgo de sepsis, deshidratación o hipoxemia y previo a contrastes radiológicos intravenosos independientemente de su función renal basal. Estadio G4 suspender.

• 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 Sobre peso - Obesidad:

Alcanzar dosis máximas de arGLP1/GIP o arGLP1.

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

Enfermedad metabólica pueden mejorar el grado de afectación hepática. Semaglutida tiene indicación para MASLD/MASH tras el estudio ESSENCE sc. 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. El resto de los fármacos están pendiente de estudios específicos en fase 3 para indicaciones en MASLD/MASH.

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	Díálisis
	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
Semaglutida sc	0,5-1 mg/semana					No se recomienda
Semaglutida vo	3 mg (1,5 mg), 7 mg (4 mg), 14 mg (9 mg)					No se recomienda
	arGLP1/GIP					
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				