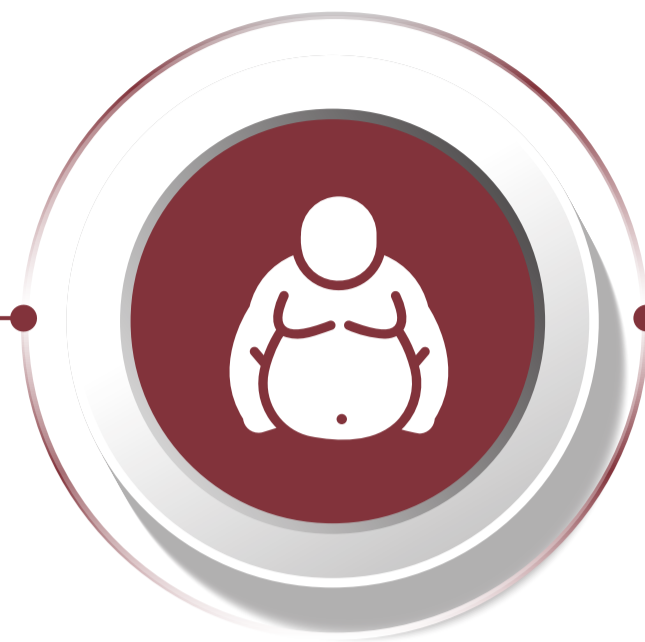


## Recomendaciones según situaciones clínicas independientemente del control metabólico



**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<sub>sc</sub> y/o iSGLT2**
- Semaglutida oral**
- iDPP4**
- Pioglitazona
- Análogos insulina lenta** (Degludec y Glargina)

**a**

**IC**

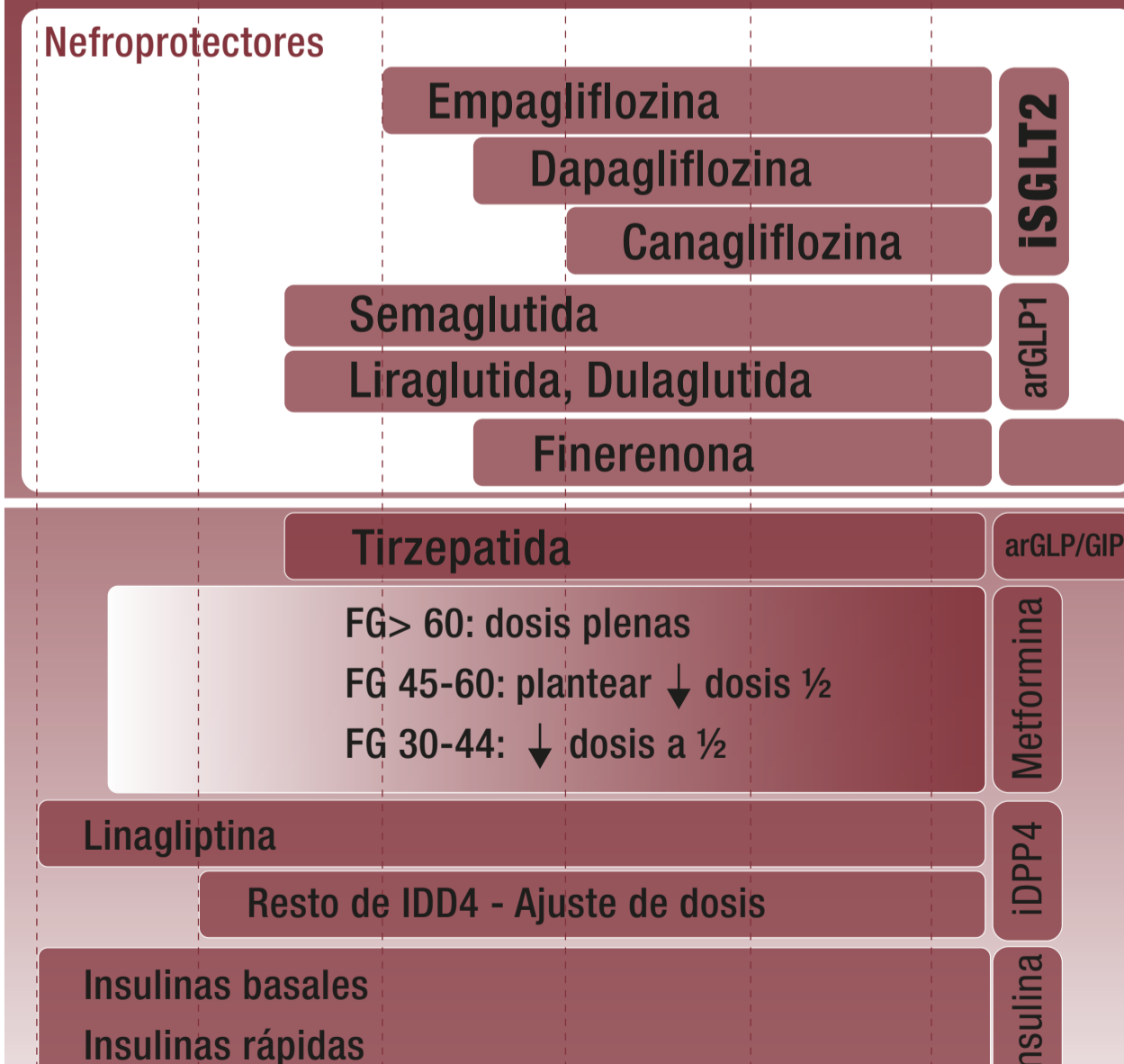
- IC-FEr, IC-FEmr, IC-FEp:**
  - Empagliflozina/dapagliflozina
- IC-FEp:**
  - Semaglutida sc (FEVi ≥45%)
  - Tirzepatida
- Neutros en IC:**
  - iDPP4
  - Insulina basal (Degludec y Glargina)

**b**

**ERD**

0 10 20 30 40 50 60

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



**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

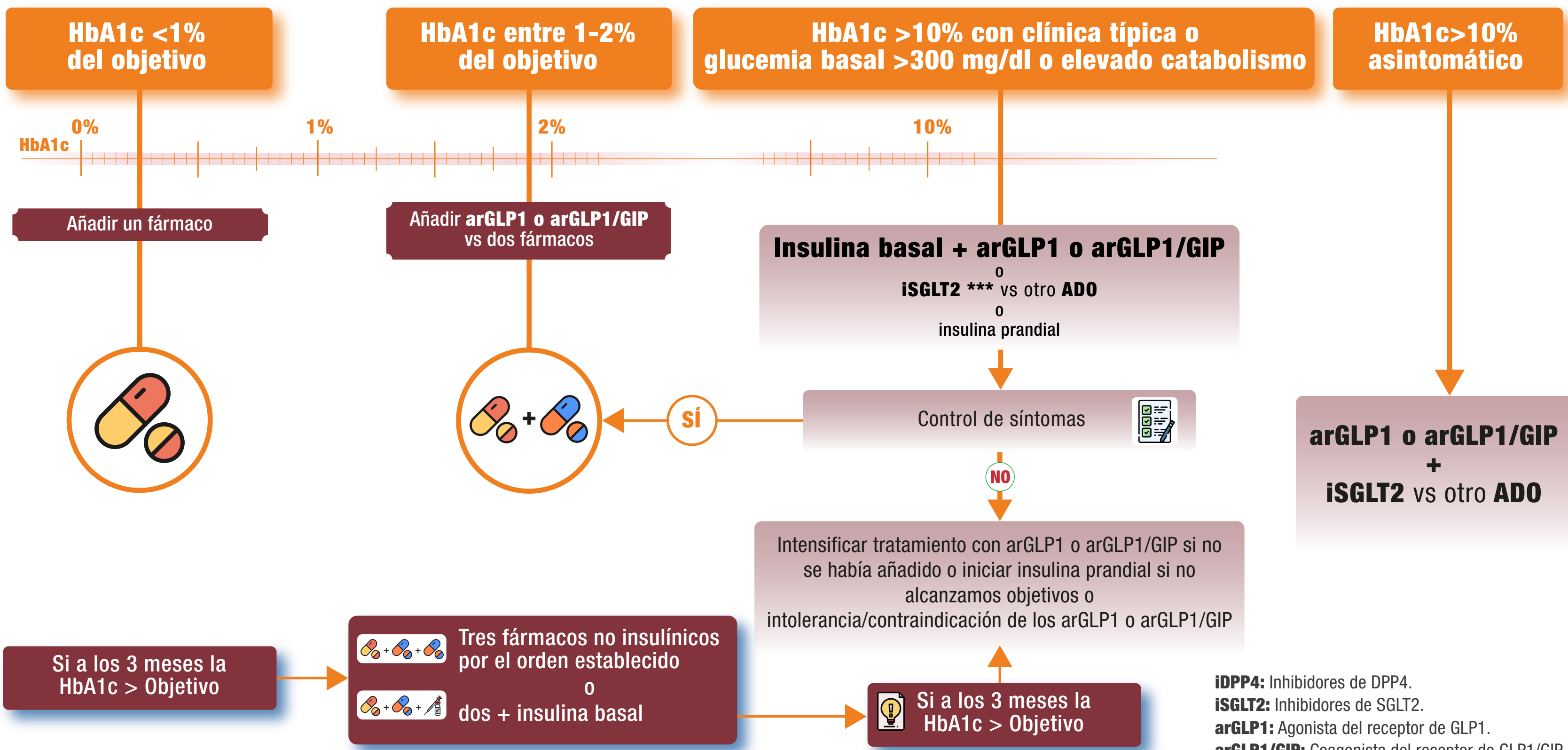
**iDPP4**

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:** 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.

⚠ 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.

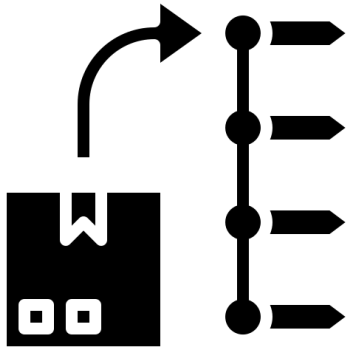
[@Diabetes\\_SEMI](#)

**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-FE<sub>p</sub> de elección semaglutida sc (arGLP1)(FEVI ≥ 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 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>. Las Glinidas no tienen excreción renal.

· **Pioglitazona:** hasta FG de 10 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

### d) Sobre peso - 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
<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				
<b>arGLP1</b>						
Dulaglutida	0,75-1,5 mg/semana					No se recomienda
Liraglutida	1,2-1,8 mg/24h					No se recomienda
<b>arGLP1/GIP</b>						
Semaglutida sc	0,5-1 mg/semana					No se recomienda
Semaglutida vo	7-14 mg/24h					No se recomienda
<b>iDPP4</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				



**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.**