

# Resumen y novedades

## American Diabetes Association 2025



**Efficib<sup>®</sup>**  
Sitagliptina 50mg + Metformina 1000mg



**Tesavel<sup>®</sup>**  
Sitagliptina 100mg

## Recomendaciones de cribado de la DM2 en adultos asintomáticos

- 1 Sobrepeso u obesidad** (índice de masa corporal [IMC]  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> o  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> en americanos asiáticos) y que tengan uno o más de los factores de riesgo siguientes:
  - Antecedentes familiares de primer grado con DM.
  - Raza/etnia de alto riesgo (p. ej., afroamericanos, latinos, americanos nativos y americanos asiáticos).
  - Antecedentes de enfermedad cardiovascular.
  - Hipertensión ( $\geq 130/80$  mmHg o en tratamiento de hipertensión).
  - Colesterol HDL  $< 35$  mg/dl (0,90 mmol/l) y/o triglicéridos  $> 250$  mg/dl (2,82 mmol/l).
  - Mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
  - Inactividad física.
  - Otras condiciones clínicas asociadas a resistencia a la insulina (p. ej., enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica, obesidad grave, *acantosis nigricans*).
- 2 Prediabetes** (HbA1c  $\geq 5,7\%$  [39 mmol/mol], ITG [intolerancia a la glucosa] o GAA [glucosa en ayunas alterada]): **cribado anual.**
- 3 Diabetes gestacional:** cribados **al menos cada 3 años** de por vida.
- 4  $\geq 35$  años:** El resto de personas deberían iniciar los cribados a partir de esta edad, si los resultados son normales, el cribado debe repetirse **mínimo cada 3 años** o antes, dependiendo de los resultados iniciales y el estatus de riesgo.
- 5 Pacientes de alto riesgo:** Pacientes con **VIH**, pacientes expuestos a **medicación de alto riesgo**, pacientes con evidencia de **enfermedad periodontal** o pacientes con **antecedentes de pancreatitis**, deberían monitorizarse de cerca.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **DM:** diabetes mellitus; **VIH:** virus de inmunodeficiencia humana.

American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2025. 2024 Dec;48(Suppl 1):S6-S13. doi: <https://doi.org/10.2337/dc25-SREV>.

## Criterios de diagnóstico

### Prediabetes

- **HbA1c** 5,7-6,4% (39-47 mmol/mol).
- **Glucemia basal en ayunas** de  $\geq 8$  h (GBA) 100-125 mg/dL (5,6-6,9 mmol/L).
- **Glucemia a las 2 horas** de una prueba de tolerancia oral a 75 g de glucosa (SOG) 140 - 199 mg/dL (7,8-11,0 mmol/L).

### DM2

#### Pacientes asintomáticos\*

- **HbA1c**  $\geq 6,5\%$  (48 mmol/mol).
- **Glucemia basal en ayunas** de  $\geq 8$  h (GBA)  $\geq 126$  mg/dl (7,0 mmol/l).
- **Glucemia a las 2 horas** de una prueba de tolerancia oral a 75 g de glucosa (SOG)  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l).

#### Pacientes con síntomas

- En un paciente con síntomas clásicos de **hiperglucemia** o **crisis hiperglucémica** con glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l).

\* El diagnóstico definitivo de la DM2 en ausencia de hiperglucemia **requiere 2 resultados anormales** en los test de cribado (Glucemia basal en ayunas/Glucemia a las 2 h de SOG + HbA1c).

American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2025. 2024 Dec;48(Suppl 1):S6-S13. doi: <https://doi.org/10.2337/dc25-SREV>.

# Círculo de decisión para el manejo de la DM2

## Revisar y acordar el plan de manejo:

- Revisar el plan de manejo.
- Acuerdo mutuo en los cambios.
- Asegurar que la modificación acordada de la terapia se implemente de manera oportuna para evitar la inercia terapéutica.
- Ciclo de decisión llevado a cabo regularmente (anual/bianual).
- Operar en un sistema integrado de asistencia al paciente.

## Proporcionar apoyo y monitorización continuos de:

- El bienestar emocional.
- El estilo de vida y comportamientos saludables.
- La tolerabilidad de la medicación.
- La biorretroalimentación que incluye la monitorización de glucosa en sangre, peso, contabilización de pasos, HbA1c, presión arterial, lípidos.

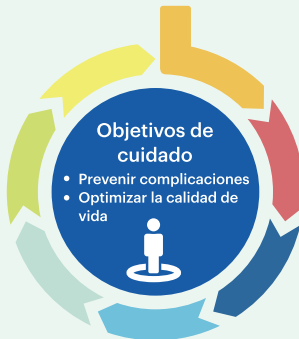
## Implementar el plan de manejo:

- Garantizar una revisión periódica; en el caso de la DSMES, suele ser deseable un contacto inicial más frecuente.

## Acordar el plan de manejo

Objetivos SMART específicos:

- Específico.
- Alcanzable.
- Tiempo limitado.
- Medible.
- Realista.



## Evaluar las características clave del paciente:

- Prioridades individuales.
- Actual estilo de vida y conductas saludables.
- Comorbilidades (ECVA, ERC, IC).
- Características clínicas (edad, HbA1c, peso).
- Cuestiones como la motivación, la depresión y la cognición.
- Condicionantes sociales de la salud.

## Considerar factores específicos que impactan en la elección del tratamiento:

- Objetivos glucémicos y de peso individualizados.
- Impacto en el peso, la hipoglucemia y la protección cardiorenal.
- Factores psicológicos subyacentes.
- Efectos secundarios de la medicación.
- Complejidad del régimen terapéutico (frecuencia, modo de administración).
- Elegir el régimen terapéutico para aumentar la adherencia y persistencia.
- Acceso, coste y disponibilidad de la medicación.

## Toma de decisiones compartida para crear un plan de manejo:

- Asegurar acceso a la DSMES.
- Involucrar a pacientes informados y educados (y sus familiares/cuidadores).
- Explorar las preferencias del paciente.
- El lenguaje es importante (incluya un lenguaje que dé prioridad a la persona, que se base en los puntos fuertes y que potencie la autonomía).
- La consulta efectiva incluye entrevistas motivacionales, establecimiento de objetivos y toma de decisiones compartida.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **DSMES:** educación para el autocontrol de la diabetes;  
**ECVA:** enfermedad cardiovascular arterioesclerótica; **ERC:** enfermedad renal crónica;  
**IC:** insuficiencia cardíaca.

American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2025. 2024 Dec;48(Suppl 1):S6-S13. doi: <https://doi.org/10.2337/dc25-SREV>.

## Objetivos glucémicos

### Paciente adulto

- **HbA1c <7% (53 mmol/mol)**

Con ausencia de hipoglucemia severa o frecuente que afecte a su salud o calidad de vida.

- **Objetivos menos estrictos** pueden ser apropiados en pacientes con **esperanza de vida limitada** o donde los **daños del tratamiento son mayores que los beneficios**.

### Paciente adulto mayor

- **HbA1c 7-7,5% (53-58 mmol/mol)**

Pacientes sanos con pocas enfermedades crónicas concomitantes y una función cognitiva y un estado funcional intactos.

- **HbA1c <8% (64 mmol/mol)**

Pacientes con múltiples enfermedades crónicas concomitantes, deterioro cognitivo o dependencia funcional, fragilidad y un ratio beneficio/riesgo menos favorable asociado a la medicación DM2.

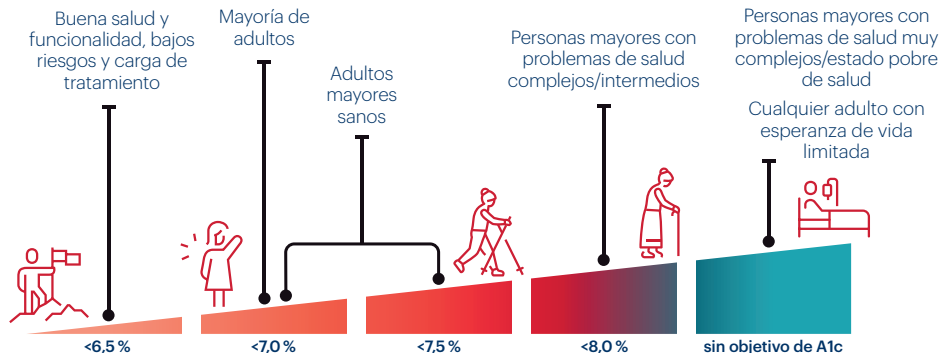
- El **tiempo en rango glucémico (TER)** es un parámetro complementario al HbA1c para **evaluar el control glucémico**, permitiendo personalizar objetivos y reducir complicaciones. **En adultos no embarazadas**, el objetivo es mantener >70% del tiempo en rango. Alcanzar un porcentaje de tiempo objetivo en el rango <70 mg/dL (<3,9 mmol/L) de <4% y un porcentaje de tiempo objetivo en el rango <54 mg/dL de <1%.
- Para **pacientes mayores sanos**, con pocas enfermedades crónicas y función cognitiva/funcional intactas el objetivo debería ser un TER 70-180 mg/dL en el ~70% y tiempo por debajo del rango ≤70 mg/dL del ≤4%.

DM2: diabetes mellitus tipo 2.

American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2025. 2024 Dec;48(Suppl 1):S6-S13. doi: <https://doi.org/10.2337/dc25-SREV>.

## Objetivos glucémicos por perfil de paciente

Los **objetivos** de HbA1c y **ajustes de tratamientos** deben ser cada vez más **personalizados**.



### Factores modificadores

| A favor de un objetivo más estricto                                      | A favor de un objetivo menos estricto        |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Diabetes de corta duración                                               | Diabetes de larga duración                   |
| Riesgo bajo de hipoglucemia                                              | Riesgo elevado de hipoglucemia               |
| Riesgo y carga de tratamiento bajos                                      | Riesgo y carga altos del tratamiento         |
| Farmacoterapia con beneficios cardiovasculares, renales, de peso u otros | Farmacoterapia sin beneficios no glucémicos  |
| Ausencia de complicaciones cardiovasculares                              | Complicaciones cardiovasculares establecidas |
| Pocas o comorbilidades menores                                           | Comorbilidades severas y limitantes          |

## Seguimiento de los objetivos glucémicos

### HbA1c

Principal herramienta para medir la glucemia y el riesgo de complicaciones de la diabetes:

- **Bianual** en pacientes bien controlados.
- **Trimestral** en pacientes con mal control glucémico y/o cambios de medicación, con hipoglucemias o hiperglucemias severas o frecuentes, cambios en su estado de salud y/o en jóvenes en desarrollo o en periodos de rápido crecimiento.

### Dispositivos de monitorización continua de la glucemia (MCG)

Uso ampliado en pacientes con DM2 tratados con medicamentos no insulínicos, especialmente para **mantener el TER y prevenir hipoglucemias**.

La **monitorización continua** de la glucosa, el **tiempo en el rango** y el **indicador de control de la glucosa** proporcionan información para un plan de control de la diabetes **más personalizado**.

Se ha ampliado el uso de la MCG en pacientes con DM2 tratados con agentes hipoglucemiantes distintos de la insulina.

El **tiempo en el rango glucémico** (TER) está asociado con el **riesgo de complicaciones microvasculares** y puede usarse para **evaluar el control glucémico**. Adicionalmente, el tiempo por debajo del objetivo y el tiempo por encima del objetivo son parámetros útiles para el **ajuste de dosis de la insulina y la reevaluación del tratamiento**.

Para los pacientes con DM2 y deficiencia grave de insulina, propensos a la variabilidad glucémica, el control glucémico se evalúa mejor **combinando los resultados del autocontrol de la glucosa sanguínea, la monitorización continua de la glucosa y la HbA1c**, con un **mayor énfasis en la personalización** del seguimiento según los determinantes sociales y el acceso a tecnologías de monitorización.

## Enfoque farmacológico para el tratamiento de la DM2

### ¿Cómo elegir el tratamiento?

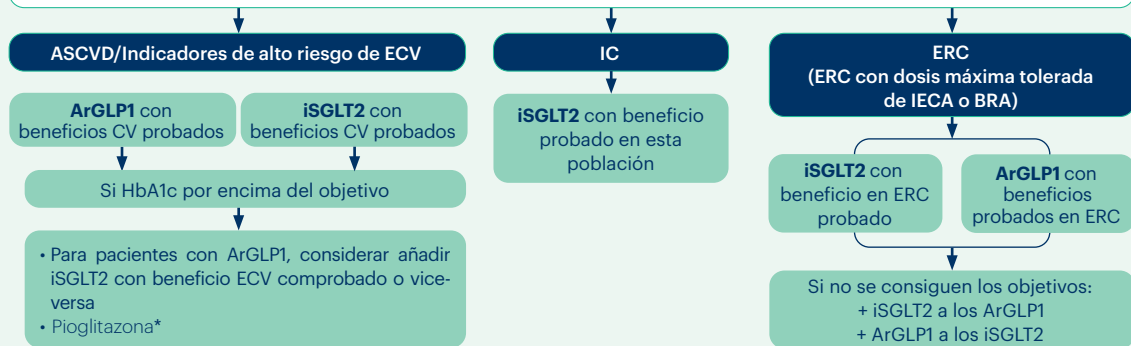
- 1 Eficacia suficiente para alcanzar y mantener los objetivos de tratamiento
- 2 Efectos cardiovasculares, renales, de peso y otras comorbilidades
- 3 Riesgo de hipoglucemia
- 4 Coste y acceso
- 5 Riesgo de efectos adversos y tolerabilidad
- 6 Preferencias individuales del paciente

- Un enfoque de **toma de decisiones compartida centrado en la persona** debería guiar la elección del medicamento para reducir la glucosa.
- Se puede considerar la **terapia combinada al inicio del tratamiento** para acortar el tiempo hasta el logro de los objetivos del tratamiento individualizado.
- El **plan de medicación** y la **conducta de toma de medicación** deben **reevaluarse** a intervalos regulares (**cada 3 a 6 meses**) y ajustarse según sea necesario para incorporar factores específicos que afecten la elección del tratamiento.
- La **modificación del tratamiento** (intensificación o desintensificación) de los pacientes que no alcancen sus objetivos terapéuticos **no debería retrasarse**.



## Algoritmo de tratamiento: Objetivos glucémicos y de peso + Reducción del riesgo cardiorrenal

### Reducción del riesgo cardiorrenal en pacientes de alto riesgo con DM2



Si se requiere una **mayor reducción del riesgo cardiorrenal** o un mayor **control glucémico** continuar con el **algoritmo de consecución y mantenimiento de objetivos glucémicos y de peso**.

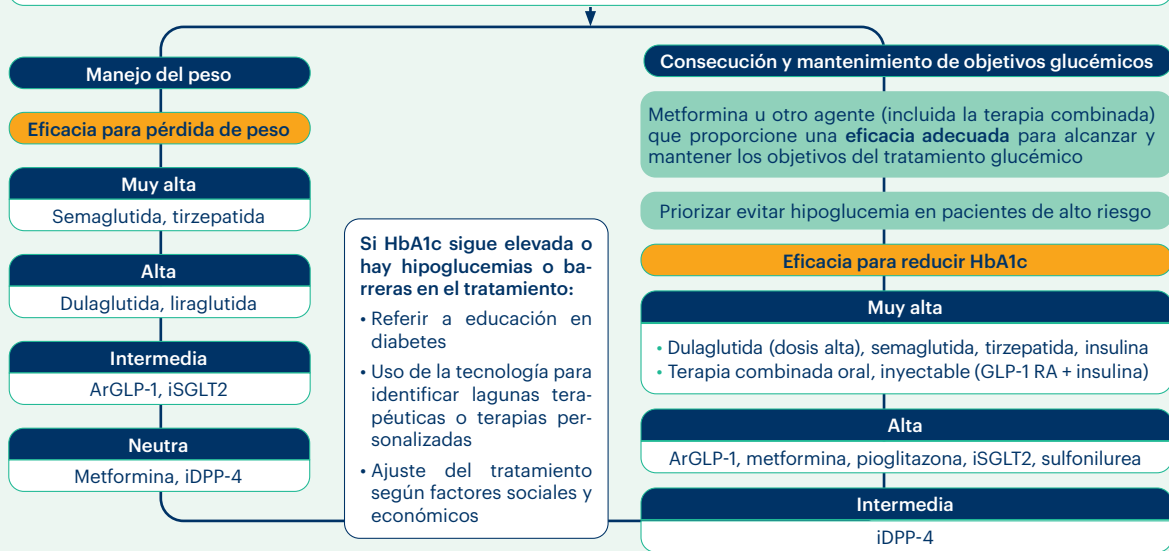
+ Mitigar el riesgo de MASLD o MASH (ArGLP1, dual ArGLP1 y GIP, Pioglitazona o combinación ArGLP1 y Pioglitazona).  
Usar insulina en cirrosis descompensada.

\*Dosis baja de Pioglitazona puede ser mejor tolerada y de efectividad similar.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **ArGLP1:** agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; **ASCVD:** enfermedad cardiovascular aterosclerótica; **ECV:** enfermedad cardiovascular; **ERC:** enfermedad renal crónica; **IC:** insuficiencia cardíaca; **iDPP4:** inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; **iSGLT2:** inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; **SU:** sulfonilurea; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; **BRA:** bloqueadores de los receptores de angiotensina II; **MASLD:** enfermedad hepática asociada con disfunción metabólica; **MASH:** esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica; **GIP:** polipéptido inhibidor gástrico. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2025. 2024 Dec;48(Suppl 1):S6-S13. doi: <https://doi.org/10.2337/dc25-SREV>.

# Algoritmo de tratamiento: Objetivos glucémicos y de peso + Reducción del riesgo cardiorrenal

Objetivo: Consecución y mantenimiento de objetivos glucémicos y peso



**ArGLP1:** agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; **iSGLT2:** inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; **iDPP4:** inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4.

American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2025. 2024 Dec;48(Suppl 1):S6-S13. doi: <https://doi.org/10.2337/dc25-SREV>.

## Mensajes clave para el control glucémico y el manejo de la DM2

### 1. El control glucémico personalizado mejora resultados en DM2.

- Individualizar los objetivos de HbA1c según edad, duración DM2, riesgo de hipoglucemia, comorbilidades, riesgo y carga de tratamiento y esperanza de vida.
- Incorporar el TER como parámetro clave junto con la HbA1c.

### 2. Evitar inercia terapéutica y ajustar el tratamiento regularmente.

- Reevaluar la medicación y adherencia cada 3-6 meses.
- No retrasar la modificación del tratamiento si no se alcanzan los objetivos glucémicos
- Iniciar terapia combinada temprana para optimizar el control glucémico y prevenir complicaciones a largo plazo.

### 3. Seleccionar el tratamiento en función del perfil del paciente.

- Considerar eficacia, efectos cardiovasculares, renales y de peso, riesgo de hipoglucemia, efectos adversos y preferencias.
- MCG recomendada en pacientes con DM2 en tratamiento con agentes hipoglucemiantes distintos de la insulina.

### 4. Monitorización continua y educación del paciente.

- Acceso a DSMES (Educación en Autocontrol de la Diabetes) para mejorar adherencia.
- Evaluar determinantes sociales de la salud para personalizar la atención y el acceso a la tecnología.

### 5. Importancia de la salud mental en el manejo de la diabetes.

- Cribado del miedo a la hipoglucemia, ansiedad y angustia relacionada con diabetes.
- Incorporar estrategias de apoyo psicológico y entrevistas motivacionales.

### 6. Cetoacidosis diabética (CAD).

- Recomendaciones específicas para manejo ambulatorio de CAD y estado hiperglucémico hiperosmolar.



Consulta la  
Ficha Técnica  
de Efficib®



Con receta médica.  
Financiado por el SNS con aportación  
reducida.

EFFICIB® 50 mg/1.000 mg  
comprimidos recubiertos con película.  
PVP IVA: 27,32€.



Consulta la  
Ficha Técnica  
de Tesavel®



Con receta médica. Financiado por el SNS con aportación reducida.  
TESAVEL® 100 mg. 56 comprimidos recubiertos con película. PVP IVA: 53,05€.  
TESAVEL® 100 mg. 28 comprimidos recubiertos con película. PVP IVA: 26,52€.  
TESAVEL® 50 mg. 28 comprimidos recubiertos con película. PVP IVA: 13,27€.  
TESAVEL® 25 mg. 28 comprimidos recubiertos con película. PVP IVA: 6,63€.



|        |                                                 |
|--------|-------------------------------------------------|
| 100 mg | Insuficiencia renal leve <sup>1</sup>           |
| 50 mg  | Insuficiencia renal moderada <sup>1</sup>       |
| 25 mg  | Insuficiencia renal grave/diálisis <sup>1</sup> |



**Referencias:** 1. Tesavel®. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información del Medicamento. Fecha de acceso: Febrero 2025. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tesavel-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tesavel-epar-product-information_es.pdf).  
Fecha de elaboración del material: Febrero 2025.