

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2



Fuente

García Soidán FJ, Artola Menéndez S, Ávila Lachica L, Baró Pato Ó, Casado Pradas N, Hernández Teixidó C, et al. Actualización algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 redGDPS 2026. Diabetes Práctica. 2025;16(4):1-33.

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2026

1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante, prevalece sobre la elección respecto a los valores de HbA1c.
En color VERDE opciones con evidencias en reducción de eventos.
2. Si antecedentes de ictus, preferiblemente arGLP1 o pioglitazona.
3. Se considera elevado RCV si ≥ 3 FRCV: Obesidad, HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, albuminuria, FG < 60 ml/min o antecedentes familiares de ECV precoz.
4. iSGLT2, arGLP1 o arGIP-GLP1 con evidencias en reducción de eventos.
5. Actualmente en España, los arGLP1 y arGIP-GLP1 solamente están financiados en tratamiento combinado si IMC ≥ 30 kg/m².
6. METFORMINA: Añadir o mantener para optimizar control glucémico. Titular la dosis de metformina para mejorar la tolerancia digestiva. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
7. Si FG < 15 ml/min preferible iDPP4 (ajustar dosis), repaglinida, pioglitazona o insulina.
8. Cana, dapa o empagliflozina si FG ≥ 20 ml/min.
9. Semaglutida y dulaglutida se pueden prescribir si FG ≥ 15 ml/min.
10. Si IMC > 35kg/m² considerar cirugía bariátrica.
11. Canagliflozina 300 es el iSGLT2 con mayor potencia en reducción de HbA1c y de peso.
12. Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos. En pacientes con ECV, IC o ERC se deben utilizar iSGLT2 o arGLP1, si no hay contraindicación.
13. No asociar iDPP4 con arGLP1 o arGIP-GLP1; ni SU con repaglinida. Considerar el perfil del paciente a la hora de la elección del tercer y cuarto fármaco.
14. Considerar un objetivo de HbA1c < 6,5% en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico.
15. Reevaluar HbA1c a los 3 meses tras inicio o después de cambio terapéutico. Intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses.
16. Gliclazida o glimepirida son las de elección.
17. Clínica grave: poliuria, polidipsia y pérdida de peso no explicable. Medir cetonuria e investigar desencadenantes: Corticoterapia, infecciones, neoplasias... La insulinización puede ser transitoria.

ABREVIATURAS:

ADNI: antidiabético no insulínico; arGIP: análogo de los receptores del polipéptido insulínico; arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; DM2: diabetes tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; GME: glucemia media estimada; HbA1c: hemoglobina glucosilada; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca; iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; IMC: índice de masa corporal; iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazona; RCV: riesgo cardiovascular; Repa: repaglinida; SU: Sulfonilureas.

CONDICIONANTE
CLÍNICO
PREDOMINANTE ¹

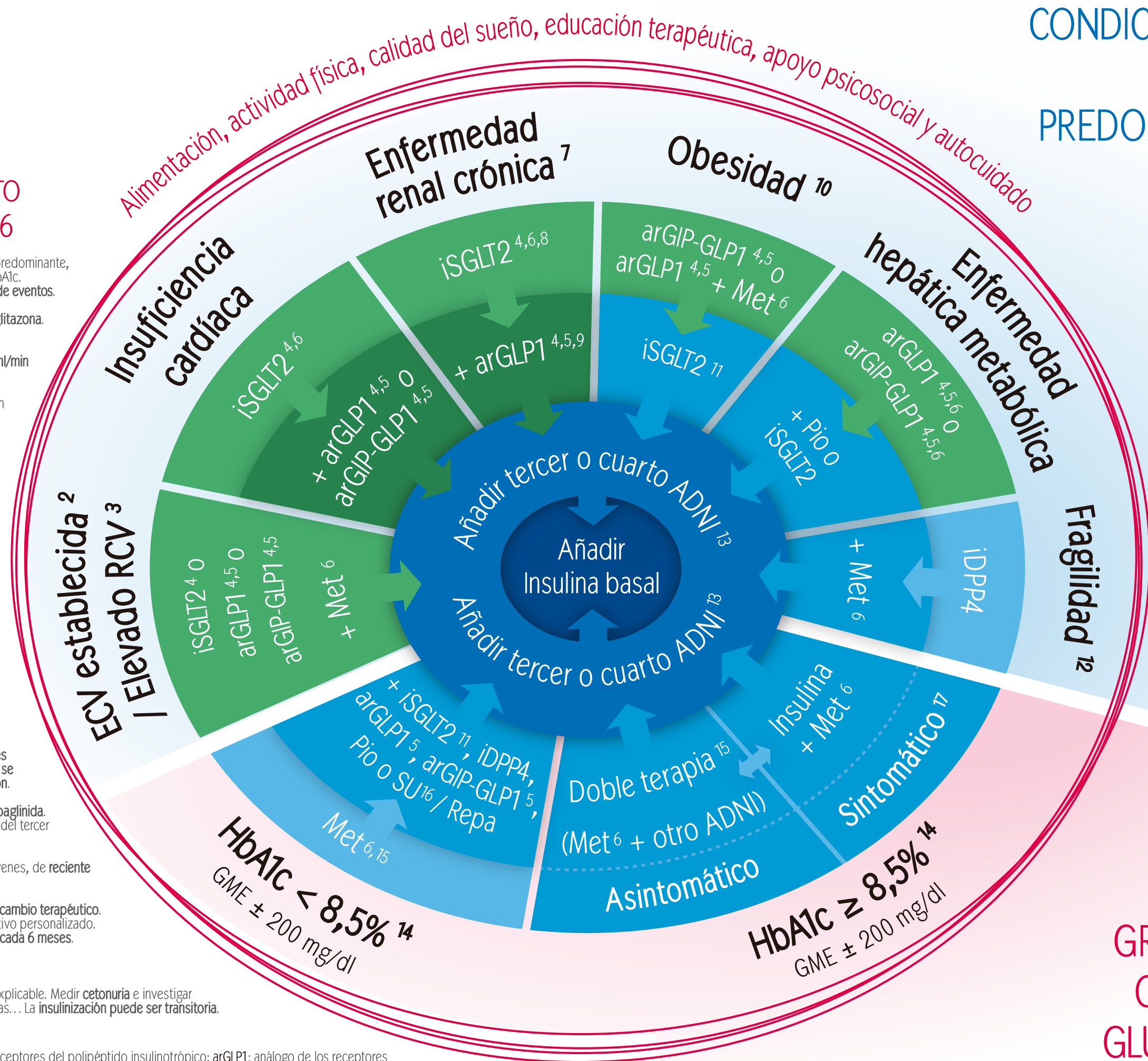
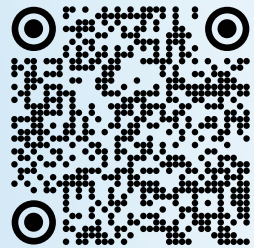


Tabla objetivos
Algoritmos específicos
Publicación



GRADO DE
CONTROL
GLUCÉMICO ¹⁵

OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO INDIVIDUALIZADO EN DM2

redGDPS 2026

1. Reevaluar la **HbA1c** cada 3 meses si no se alcanza el objetivo de control personalizado; y cada 6 meses si el paciente está en objetivo.
2. En pacientes con algún **condicionante clínico**, se dará prioridad a los tratamientos con evidencias, **independiente de cualquier nivel de HbA1c**.
3. Es de especial importancia alcanzar un objetivo **HbA1c < 6,5%** durante el **primer año** y **mantenerlo** siempre que se controle **sin hipoglucemias**.
4. La **fragilidad** viene determinada, entre otros, por el deterioro funcional y/o cognitivo; debe establecerse un **objetivo flexible en torno a 7,5-8,5%** con **especial vigilancia** en pacientes tratados con **insulina o SU**.
5. En pacientes con esperanza de **vida limitada**, **NO hay objetivo de HbA1c**. Se debe dar prioridad a la calidad de vida y evitar síntomas.

DURACIÓN DE LA DM2, FRAGILIDAD O COMPLICACIONES	HbA1c ¹
RECIENTE DIAGNÓSTICO: SIN Fragilidad NI complicaciones ²	<6,5% ³
SIN FRAGILIDAD CON: • Larga evolución (>10 años) SIN Complicaciones • >75 años	≤7%
FRAGILIDAD MODERADA-GRAVE ⁴ : Deterioro cognitivo y/o Limitación funcional	7,5 - 8,5%
FRAGILIDAD MUY GRAVE ⁵ o esperanza de vida limitada	Evitar síntomas (Hipoglucemia o hiperglucemia)

OBJETIVOS DE CONTROL METABÓLICO PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA (MCG)¹

redGDPS 2026

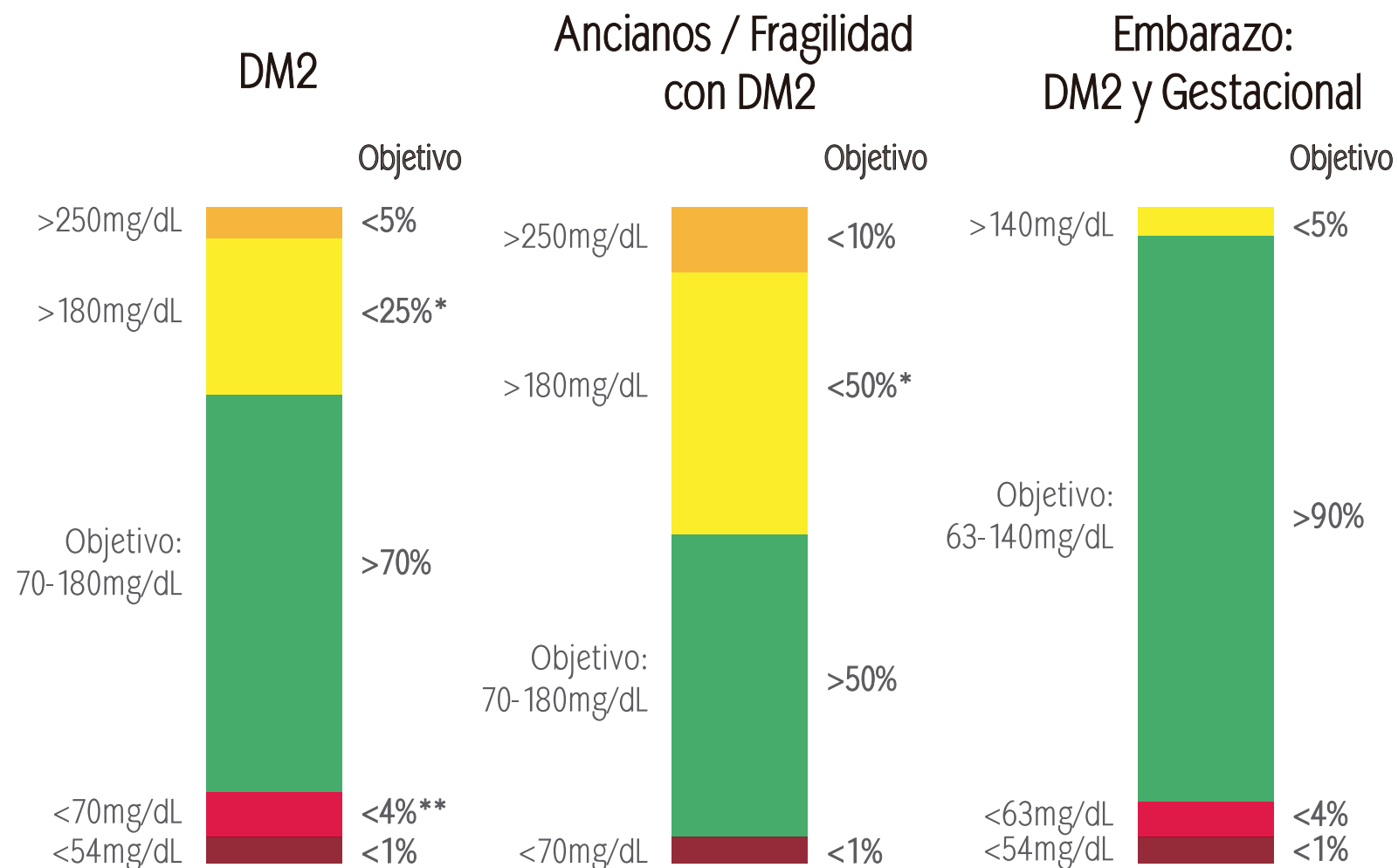
*Incluye porcentaje de valores > 250 mg/dL.

**Incluye porcentaje de valores < 54 mg/dL.

1. Modificado de Battelino T y cols. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care. 2019 Aug;42(8):1593-1603.
2. Bellido V, et al. Time-in-range for monitoring glucose control: Is it time for a change? Diabetes Res Clin Pract. 2021 Jul;177:108917.



Tabla objetivos
Algoritmos específicos
Publicación



TAR: Tiempo por encima del Rango
Porcentaje de tiempo en hiperglucemia²
○ Nivel 2: >250 mg/dL

TAR: Tiempo por encima del Rango
Porcentaje de tiempo en hiperglucemia²
○ Nivel 1: 181-250 mg/dL

TIR: Tiempo en Rango
Porcentaje de tiempo que la glucosa está en objetivo 70-180 mg/dL²

TBR: Tiempo por debajo del Rango
Porcentaje de tiempo en hipoglucemia²
○ Nivel 1: 54-69 mg/dL

TBR: Tiempo por debajo del Rango
Porcentaje de tiempo en hipoglucemia²
○ Nivel 2: < 54 mg/dL