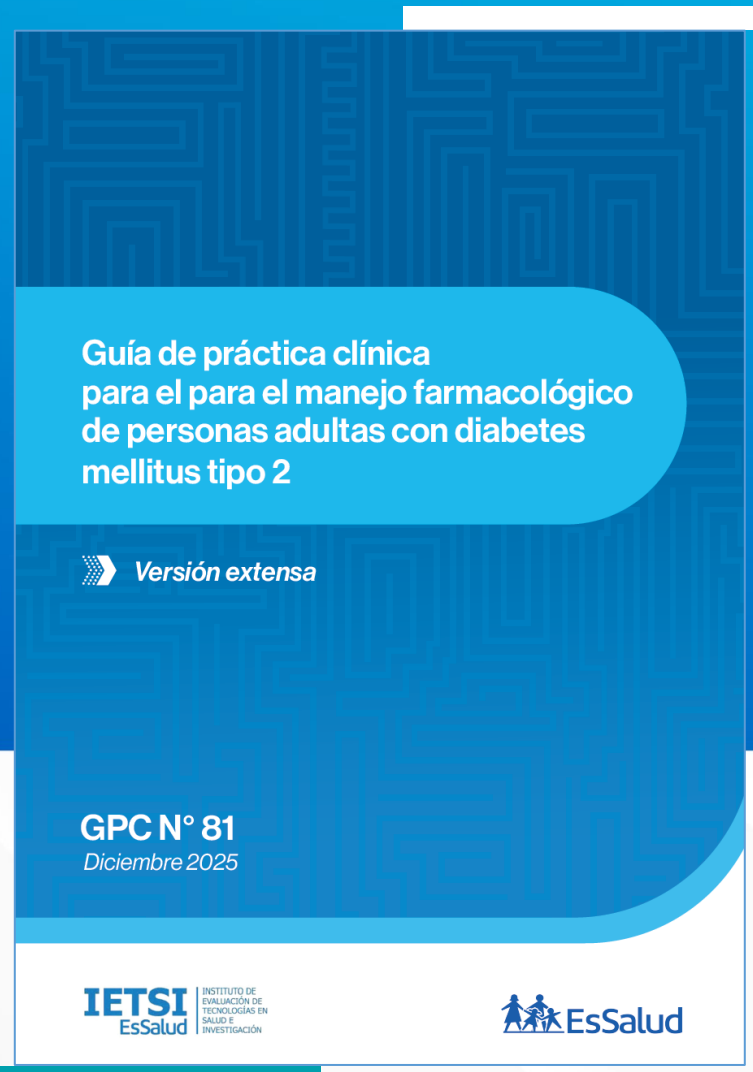
Guía de Práctica Clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2



Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, IETSI.
2025

EsSalud



¿?

PREGUNTA

En este escenario ¿qué opción de tratamiento brindar: A, B o C?

RESPUESTA

Recomendación
Buena práctica clínica
Consideración

Adaptada de: Evans, I., Thornton, H., Chalmers, I., & Glasziou, P. (2011). Los tratamientos, a prueba: Mejor investigación para mejorar la salud (2.ª ed.). Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano.

EsSalud



¿Qué es una guía de práctica clínica?

¿Qué es una guía de práctica clínica (GPC)?

Es un documento que reúne un conjunto de **recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica** disponible.

Ayuda a los profesionales de salud a tomar decisiones sustentadas en evidencia científica.

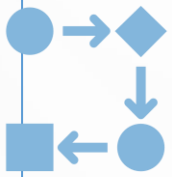
Ministerio de Salud. NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [consultado el 27 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/194791-302-2015-minsa

EsSalud

¿Por qué es importante usar esta guía?



Tomar mejores decisiones clínicas.



Estandarizar la atención de salud.



Mejorar los resultados en salud.



Optimizar los recursos en salud.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Grupo Elaborador de Guía (GEG)

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, RP Rebagliati

- **Paz Ibarra, José Luis** Líder
- Marcilla Truyenque, Rosa Laurie
- Solari Yokota, Jorge Luis

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, RAP Almenara

- Achahui Acurio, Carmen Luisa

Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, RP Sabogal

- Quiroa Alfaro, Carmen Cecilia

CAP III Puente Piedra, RP Sabogal

- Pérez Chaves, Eduardo

Hospital I Tumbes "Carlos Alberto Cortez Jimenez", RA Tumbes

- Arredondo Nontol, Rodolfo Felrrod



IETSI, Lima, EsSalud

- Brañez Condorena, Ana Lida
- Alcántara Díaz, Ana Lucía
- Romero Robles, Milton Antonio
- Caballero Luna, Joan
- Huaroto Ramirez, Fabiola Mercedes

Hospital II Jaén, RA Jaén, Cajamarca

- Larios Mendoza, Javier Iván

Hospital I Edmundo Escomel, RA Arequipa.

- Huayllazo Merel, Kelvin George

Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, RA Arequipa.

- Cervera Farfán, Carola Enriqueta
- Soto Molina, Brissette Gloria

RP: Red Prestacional. RA: Red Asistencial

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Número de enunciados por preguntas de la GPC

Área temática	Preguntas	Recomendaciones y BPC
Metas de control glucémico	Pregunta 1	2 recomendaciones – 1 BPC
Manejo inicial	Pregunta 2	3 recomendaciones
	Pregunta 3	3 BPC
Intensificación del tratamiento farmacológico	Pregunta 4	1 recomendación
	Pregunta 5	1 recomendación – 4 BPC
Adición de otros fármacos en escenarios específicos	Pregunta 6	3 recomendaciones
	Pregunta 7	1 recomendación
Uso de finerenona en personas con DM2 y ERC		1 recomendación establecida en la Guía de práctica clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica 2025

BPC: buena práctica clínica.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Se buscaron GPC previas y evidencia para cada pregunta.

Se evaluó el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia **(Metodología GRADE)**.

¿Qué es la metodología GRADE?

- **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

- Herramienta que permite **evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza** de las recomendaciones en el proceso de elaboración de una guía de práctica clínica.

Sanabria AJ, Rigau D, Rotaeche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. Atención Primaria. el 1 de enero de 2015;47(1):48–55.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Se buscaron GPC previas y evidencia para cada pregunta.

Se evaluó el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia **(Metodología GRADE)**.

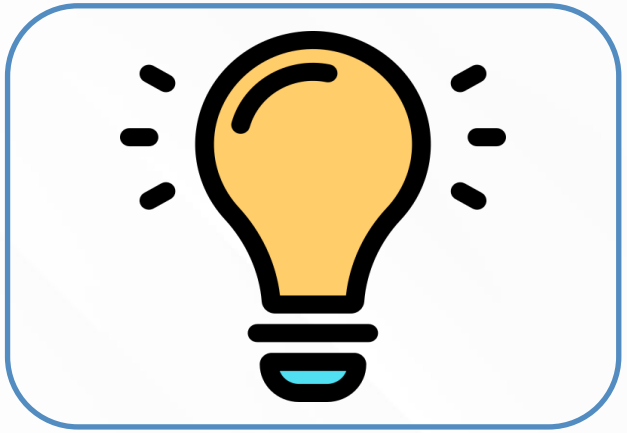
Se formularon enunciados (recomendaciones y buenas prácticas clínicas).

EsSalud

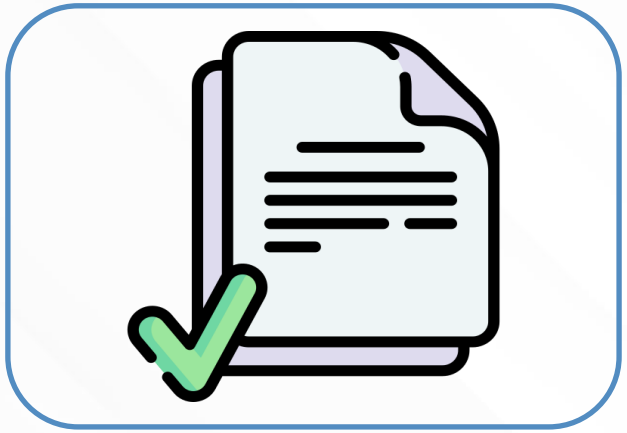
¿Qué tipos de enunciados tiene una GPC?



Recomendación



Buena práctica clínica



Consideración

Ilustraciones de Freepik

Recomendación

Premisa accionable (indicación práctica) sobre la **elección entre dos o más opciones** en una población específica y en un entorno específico.

PREGUNTA

Pregunta 2. En personas adultas con DM2 que cumplen criterios para inicio de tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs), **¿se debería utilizar metformina como tratamiento inicial en comparación con otras alternativas de ADOs?**

RECOMENDACIÓN

En personas adultas con DM2 que cumplen criterios para el inicio de ADOs y presentan HbA1c <8%, **sugerimos iniciar monoterapia con metformina.**

Fuerza de la recomendación:
Condicional

Certeza de la evidencia:
Baja ⊕⊕◯◯

EsSalud

Ilustración de Freepik

Fuerza de la recomendación

Grado de confianza del GEG en que:

Los **beneficios de una intervención:**

- Superan los efectos adversos (A FAVOR), o
- Viceversa (EN CONTRA).

Fuerza y dirección de una recomendación

Fuerte

La recomendación se sigue en todos los casos.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Recomendamos"**

Condicional

La recomendación se sigue en la gran mayoría de casos, salvo situaciones justificadas.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Sugerimos"**

EsSalud

Certeza de la recomendación

(⊕⊕⊕⊕) **Alta**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **alta.**
(⊕⊕⊕◯) **Moderada**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **moderada.**
(⊕⊕◯◯) **Baja**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **baja.**
(⊕◯◯◯) **Muy baja**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **muy baja.**

EsSalud

Buena práctica clínica (BPC)

Enunciado accionable que brinda **orientación acerca de una práctica** cuyos **beneficios superan** ampliamente a los **potenciales daños.**

Sólo existe **evidencia indirecta** disponible para respaldarla.

PREGUNTA

Pregunta 3. En personas adultas con DM2, clínicamente estables, con HbA1c ≥ 9% o glucosa en ayunas ≥ 300 mg/dl, **¿se debería iniciar tratamiento con insulina basal en comparación con un antidiabético oral?**

BPC

En personas adultas con DM2, clínicamente estables, con HbA1c ≥ 9% o glucosa en ayunas ≥ 300 mg/dl, **iniciar insulina basal.**

EsSalud

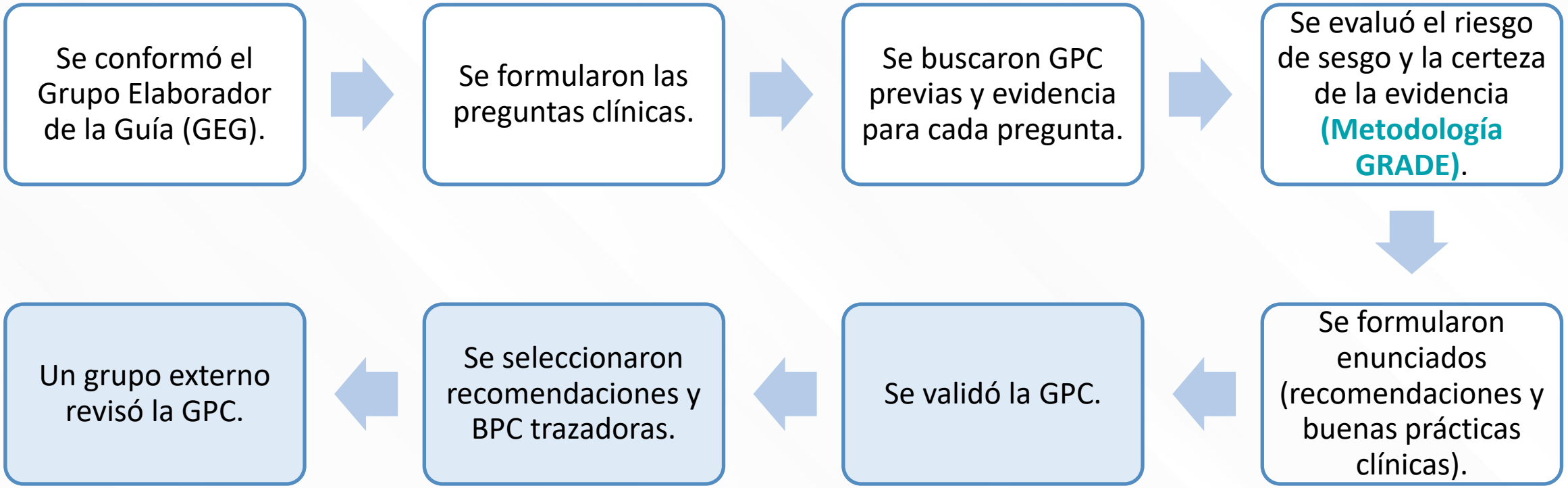
Ilustración de Freepik

Consideración

Nota o comentario adicional que **complementa** una **recomendación** o una **buena práctica clínica.**

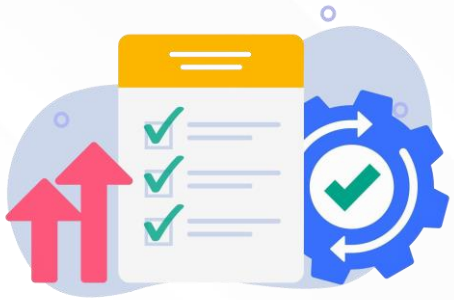
Objetivo → Aclarar el contexto, resaltar aspectos importantes o proporcionar detalles específicos.

¿Cómo se elaboró esta guía?



EsSalud

¿Qué son recomendaciones y BPC trazadoras?



- Son enunciados priorizados de la GPC que permiten valorar el mayor impacto potencial de la guía.
- Expertos clínicos y de gestión participaron el proceso de priorización.
- Los criterios de priorización fueron:

Impacto clínico en el paciente.	Impacto en el proceso de atención.	Costos de la atención.	Tipo de enunciado.

Ilustración de Freepik

Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2

EsSalud

¿Cuál es el objetivo de esta GPC?

- Brindar recomendaciones para el manejo farmacológico de personas adultas con DM2, con el fin de optimizar el control glucémico, reducir la morbilidad y mortalidad asociada, mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de complicaciones microvasculares y macrovasculares.

¿Qué población se beneficiará de la GPC?

- Personas adultas (≥18 años) con diagnóstico confirmado de DM2 atendidas en el ámbito ambulatorio de los diferentes niveles de atención de EsSalud.



Esta GPC NO APLICA A:

- Mujeres con diabetes gestacional.
- Personas con diabetes secundaria a otras enfermedades o condiciones (por ejemplo, enfermedades endocrinas, uso de fármacos).
- Personas con complicaciones agudas o crónicas de la DM2 que requieren un manejo específico.
- Personas hospitalizadas por descompensaciones o complicaciones de la DM2.

EsSalud

Ilustración de Freepik

¿A quién está dirigida esta guía?

- Médicos generales, médicos de familia, internistas, endocrinólogos, geriatras, cardiólogos, nefrólogos y médicos residentes de especialidades afines.

- La presente GPC es aplicable al **manejo ambulatorio** de la DM2 en consulta externa y **en todos los niveles de atención**.

Diabetes mellitus 2

Condición metabólica crónica caracterizada por resistencia a la insulina y un déficit progresivo en la función de las células β pancreáticas, que conduce a una hiperglicemia sostenida.

Forma más frecuente de diabetes y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.

DeFronzo RA, Ferrannini E, Groop L, Henry RR, Herman WH, Holst JJ, et al. Type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Dis Primer. 2015 July 23;1(1):15019.
World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.
Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, Boyko EJ, Vollset SE, Smith AE, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 2023 July;402(10397):203–34.67.

EsSalud

Epidemiología



Global

2021: Aprox. 509 millones de personas viviendo con DM2.
Representó más del 95% de la carga de enfermedad y muertes atribuibles a diabetes.



América Latina y el Caribe

Prevalencia estandarizada: supera el 11%



Perú

Prevalencia de personas adultas con DM2 ha aumentado.
2005: 3% → **2018:** 7.47%

Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, Boyko EJ, Vollset SE, Smith AE, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 2023 July;402(10397):203–34.
Vera-Ponce VJ, Zuzunaga-Montoya FE, Vásquez-Romero LEM, Loayza-Castro JA, Vigil-Ventura E, Ramos W. Prevalence of diabetes and prediabetes in Peru: a systematic review and meta-analysis. Diabetol Metab Syndr. 2025 July 11;17(1):260.

Ilustración de Freepik

¿Por qué se hizo esta guía?



Tratamiento farmacológico oportuno y adecuado

Pilar fundamental del manejo integral de las personas con DM2

Optimizar los resultados clínicos.

Estandarizar la atención, evitando variabilidad entre establecimientos y profesionales.

Promover un uso racional de los recursos.

EsSalud

Metas de control glucémico

Pregunta 1: En personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), **¿se debería alcanzar como meta objetivo un control glucémico intensivo en comparación con un control glucémico convencional?**



Ilustración de Freepik

Algunas definiciones…

¿Qué es control glucémico?

Es el mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre dentro de rangos objetivos e individualizados. Desde la perspectiva endocrinológica, su propósito es:

- Optimizar el metabolismo general del paciente.
- Evitar síntomas agudos derivados de la disglucemia.
- Prevenir el desarrollo y progresión de complicaciones crónicas orgánicas.

¿Qué es control glucémico intensivo?

¿Qué es control glucémico convencional?

EsSalud

Algunas definiciones…

¿Qué es control glucémico convencional?

Es el enfoque tradicional que busca mantener al paciente seguro, estable y libre de síntomas agudos de la diabetes.

- **Objetivo principal:** Evitar síntomas de hiperglucemia marcada (polidipsia, poliuria, fatiga), prevenir crisis hiperglucémicas y, fundamentalmente, minimizar el riesgo de hipoglucemia.
- **Estrategia habitual:** Tratamiento con dosis estándar de fármacos orales o esquemas simples de insulina (1 o 2 inyecciones al día).
- **¿Para quién es?:** Personas adultas de 65 años o más, personas con larga evolución de la enfermedad, comorbilidades avanzadas (ECV establecida, daño renal severo) o baja expectativa de vida.

EsSalud

Algunas definiciones…

¿Qué es control glucémico intensivo?

Es un enfoque terapéutico riguroso y proactivo que intenta normalizar los niveles de glucosa lo más cerca posible de los valores de una persona sin diabetes.

- **Objetivo principal:** Frenar drásticamente la aparición y progresión de complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía).
- **Estrategia habitual:** Esquemas complejos (múltiples dosis de insulina basal-bolo, monitoreo frecuente, ajuste constante de dosis según ingesta).
- **¿Para quién es?:** Población adulta general entre 18 y 64 años con DM2, adaptando el rigor de la meta (≤6.5% o ≤ 7%) según el tiempo de diagnóstico, la presencia de comorbilidades relevantes (ERC, ECV) y el riesgo de hipoglucemia.



En todo momento, se debe priorizar la seguridad (especialmente la prevención de hipoglucemia) y la calidad de vida del paciente

EsSalud

En personas adultas de 18 a 64 años con DM2:



Recomendación

Busque alcanzar un CONTROL GLUCÉMICO INTENSIVO como meta objetivo de hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

Escenarios clínicos orientativos

Meta de HbA1c	Características del paciente
≤ 6.5%	Duración de la DM2 < 10 años, sin comorbilidades relevantes* y/o sin antecedentes de hipoglucemia severa (episodio que requiera asistencia de otra persona para corregir la hipoglucemia).
≤ 7%	Duración de la DM2 ≥ 10 años, que presentan comorbilidades relevantes* y/o antecedentes de algún episodio de hipoglucemia severa.

*Enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, ≥ 3 factores de riesgo cardiovascular (CV).

EsSalud

En personas adultas de 65 años o más con DM2:



Recomendación

Mantenga un CONTROL GLUCÉMICO CONVENCIONAL con metas individualizadas de HbA1c

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

Escenarios clínicos orientativos

Meta de HbA1c	Características del paciente
≤ 7.5%	Buen estado funcional, sin fragilidad, con pocas comorbilidades coexistentes o comorbilidades clínicamente estables*, función cognitiva conservada, autonomía en actividades diarias y/o esperanza de vida prolongada.
≤ 8%	Función cognitiva levemente reducida o deterioro cognitivo leve, presencia de comorbilidades que requieran mayor vigilancia* y/o cierta dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria.
≤ 8.5%	Fragilidad, deterioro cognitivo moderado, comorbilidades graves* y/o dependencia funcional marcada.
Sin meta específica	Enfermedades crónicas en fase terminal*, deterioro cognitivo moderado-severo, esperanza de vida limitada, y/o dependencia en actividades básicas de la vida diaria. En estos casos, priorizar evitar hipoglucemias y síntomas de hiperglucemia.

***Clínicamente estables:** Enfermedades crónicas controladas, con bajo riesgo de complicaciones agudas y poco impacto en la vida diaria.
Requieren mayor vigilancia: Aunque estén controladas, aumentan riesgo si se intensifica el tratamiento.
Graves: Enfermedades crónicas descompensadas, inestables o con alto riesgo de complicaciones agudas.
En fase terminal: Con pronóstico limitado de vida, independientemente del órgano afectado.

EsSalud

CASO 01

Antecedentes

- Varón de 68 años.
- Diabetes mellitus tipo 2 desde hace 12 años.
- HTA controlada. Sin antecedentes de hipoglucemias severas.
- Vive solo, independiente funcionalmente, con función cognitiva conservada y buena adherencia al tratamiento.

Tratamiento actual

- Metformina 850 mg c/12 h
- Gliclazida 30 mg/día

Exámenes recientes

- HbA1c: 7.4 %
- Glucosa en ayunas: 135 mg/dL
- Función renal conservada: TFG >60 mL/min/1.73 m2



Ilustraciones de Freepik

Según la GPC, ¿cuál es la meta de HbA1c más adecuada para este paciente?

- ○ ≤ 6.5 %
- ○ ≤ 7.0 %
- ⊗ ≤ 7.5 %
- ○ ≤ 8.5 %

Según la GPC, **en personas adultas de 65 años o más con DM2, se sugiere mantener un control glucémico convencional con metas individualizadas de HbA1c.**
Se plantea una **meta ≤7.5%** en pacientes con buen estado funcional, sin fragilidad, con pocas comorbilidades coexistentes o comorbilidades clínicamente estables, función cognitiva conservada, autonomía en actividades diarias y/o esperanza de vida prolongada.

EsSalud

CASO 02

Antecedentes

- Mujer de 54 años.
- DM2 diagnosticada hace 6 meses.
- Sin otras comorbilidades y con expectativa de vida prolongada.
- Sin antecedentes de hipoglicemias.



Tratamiento actual

- Metformina 850 mg VO c/12 h, con adecuada adherencia y tolerancia.

Exámenes

- HbA1c: 7.2 %
- Glucosa en ayunas: 170 mg/dL

EsSalud

Ilustraciones de Freepik

Según la GPC, ¿cuál es la meta de HbA1c recomendada para esta paciente?

- [x] ≤ 6.5 %
- [ ] ≤ 7.0 %
- [ ] ≤ 7.5 %
- [ ] ≤ 8.5 %

Según la GPC, **en personas adultas de 18 a 64 años con DM2, se sugiere alcanzar un control glucémico intensivo como meta objetivo de hemoglobina glicosilada (HbA1c)**.
La **meta ≤ 6.5 %** se plantea en personas con una duración de la DM2 < 10 años, sin comorbilidades relevantes y/o sin antecedentes de hipoglucemia severa (episodio que requiera asistencia de otra persona para corregir la hipoglucemia).

EsSalud



Manejo inicial

Pregunta 2: En personas adultas con DM2 que cumplen criterios para inicio de tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs), **¿se debería utilizar metformina como tratamiento inicial en comparación con otras alternativas de ADOs?**



Ilustración de Freepik

Recomendación

En personas adultas con DM2:

Cumplen criterios para el inicio de ADOs

+

HbA1c <8%

Inicie monoterapia con metformina

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

¿Cuáles son los criterios para el inicio de tratamiento con ADOs?

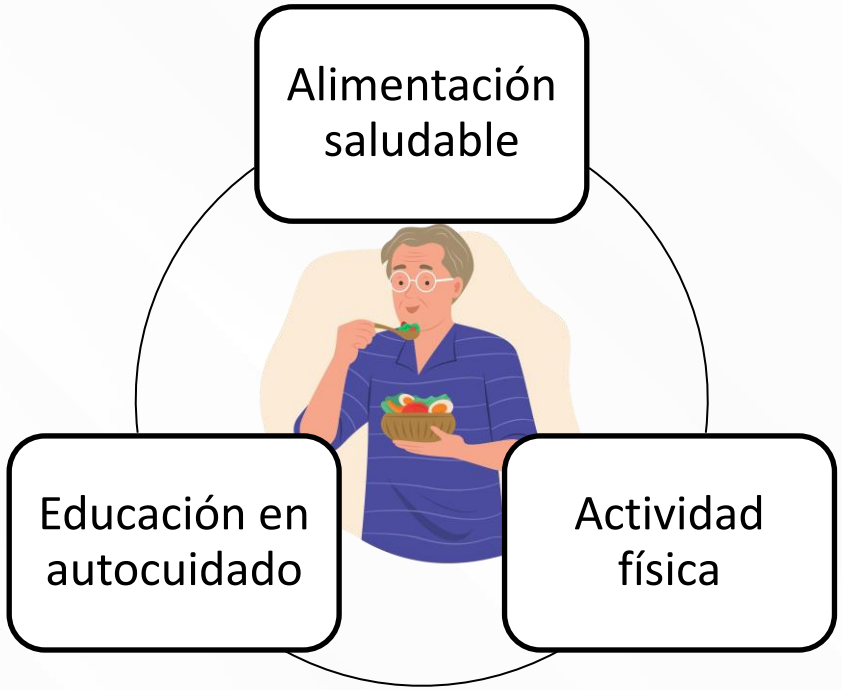


Paciente se encuentre clínicamente estable:

Sin descompensación metabólica (hiperglucemia marcada, cetosis, estado hiperosmolar o pérdida de peso relacionada con la hiperglucemia)
y/o
Sin hiperglucemia sintomática grave (poliuria, polidipsia o visión borrosa).

EsSalud

El tratamiento farmacológico forma parte del **manejo integral de la persona** con DM2, que incorpora **estilos de vida y conductas saludables**.



Debe ajustarse según la evolución clínica del paciente.

Ilustraciones de Freepik

Recomendación

Y ¿en los casos de personas que cumplen criterios para inicio de ADOs y presentan HbA1c <8%, pero **con contraindicación o intolerancia a la metformina?**

Inicie monoterapia con una sulfonilurea o pioglitazona, considerando el perfil clínico y los posibles efectos adversos.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

El uso de sulfonilureas o pioglitazona dependen de las disposiciones del petitorio farmacológico vigente.

Actualmente, la pioglitazona presenta pautas de uso específicas en la institución.

En sulfonilureas:

- **Gliclazida:** en personas > 60 años (menor riesgo de hipoglucemia).
- **Glibenclamida:** en personas ≤60 años, sin alto riesgo de hipoglucemia y que no sean operadores de maquinaria pesada.

EsSalud

Antes de iniciar sulfonilureas, tener en cuenta:

Niveles de hipoglucemia

Nivel de hipoglucemia	Definición
Nivel 1	Glucosa 54-69 mg/dL (3.0-3.9 mmol/L)
Nivel 2	Glucosa <54 mg/dL (<3.0 mmol/L)
Nivel 3 (hipoglucemia severa)	Evento grave caracterizado por alteración del estado mental y/o físico que requiere asistencia de otra persona, independientemente del nivel de glucosa.

Antes de iniciar sulfonilureas, tener en cuenta:

Factores asociados al mayor riesgo de hipoglucemia

Factores principales*	Otros factores
• Antecedente de hipoglucemia nivel 2 o 3 en los últimos 3-6 meses (al menos un episodio) • Hipoglucemia inadvertida • Tratamiento intensivo con insulina† • Enfermedad renal en estadio terminal • Deterioro cognitivo o demencia	• Múltiples episodios recientes de hipoglucemia nivel 1. • Terapia con insulina basal† • Edad ≥75 años • Sexo femenino • Alta variabilidad glucémica • Polifarmacia • Enfermedad cardiovascular • Enfermedad renal crónica (TFGe <60 mL/min/1,73 m² o albuminuria) • Neuropatía • Retinopatía • Trastorno depresivo mayor • Enfermedad mental grave • Baja alfabetización en salud • Trastorno por consumo de alcohol o sustancias

*Factores que presentan una asociación consistente e independiente con un alto riesgo de hipoglucemia nivel 2 o 3 (hipoglucemia severa).
†Las tasas de hipoglucemia son más altas en personas que reciben tratamiento intensivo con insulina (por ejemplo, múltiples dosis diarias), seguidas de quienes reciben insulina basal y, posteriormente, sulfonilureas.

Algunas definiciones

Persona con alto riesgo de hipoglicemia:
Presentan al menos un factor de riesgo principal o múltiples factores correspondientes a la categoría de otros factores de riesgo, identificados mediante criterio clínico.

Alta variabilidad glucémica:
Fluctuaciones significativas de glucosa en sangre a lo largo del día o entre días.

Hipoglucemia inadvertida:
Episodios de glucosa <70 mg/dl o <3.9 mmol/L detectados mediante medición objetiva en los cuales la persona no percibe síntomas de hipoglucemia.

Adaptado de la American Diabetes Association 2025

EsSalud



Recomendación

En personas adultas con DM2:

Cumplen criterios para el inicio de ADOs

+

HbA1c 8% - <9%

Monoterapia con metformina o terapia doble que incluya metformina, según el criterio clínico, las características individuales del paciente y el contexto de atención.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

¿Cuándo indicar monoterapia?

¿Cuándo indicar terapia doble que incluya metformina?

EsSalud

¿Cuándo indicar monoterapia?



- Personas con HbA1c entre 8.0% y 8.5%.
- Sin síntomas de hiperglucemia.
- Buen estado funcional.

¿Cuándo indicar terapia doble que incluya metformina?

metformina + pioglitazona
o
metformina + sulfonilurea

Tomar las precauciones previamente presentadas.

- HbA1c entre 8.6% y <9.0% o
- Factores que orientan el inicio de tratamiento combinado, al reflejar una mayor carga metabólica y un mayor riesgo de deterioro glucémico, como:
  - Incremento de HbA1c ≥1% en el último año.
  - Glucosa en ayunas persistentemente >200 mg/dl.
  - Marcada resistencia a la insulina (puede identificarse mediante el índice de resistencia a la insulina [HOMA-IR] elevado, hiperinsulinemia u otros marcadores clínicos/metabólicos).
  - Obesidad marcada (IMC ≥35 kg/m²).
  - Diagnóstico de DM2 en edad temprana (<40–45 años).
  - Antecedente familiar de inicio precoz o curso severo de DM2.
  - Presencia de complicaciones tempranas (ejemplo: retinopatía incipiente, microalbuminuria).

Al emplear la terapia combinada, tener en cuenta:

Combinación	Consideraciones
Metformina + sulfonilurea (gliclazida/glibenclamida)	• Puede considerarse cuando se busca una reducción relativamente rápida de HbA1c. • Mayor riesgo de hipoglucemia (más con glibenclamida). • Requiere vigilancia frecuente de glucosa capilar, sobre todo al inicio o tras cambios de dosis.
Metformina + pioglitazona	• Útil cuando se quiere evitar hipoglucemias o hay resistencia a la insulina marcada. • Riesgo de aumento de peso y edema. • Precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca o riesgo de retención de líquidos. • Revisar control periódico de peso, evaluación clínica de edemas y pruebas de función hepática.

Pregunta 3: En personas adultas con DM2, clínicamente estables, con HbA1c ≥ 9% o glucosa en ayunas ≥ 300 mg/dl, **¿se debería iniciar tratamiento con insulina basal en comparación con un antidiabético oral?**



Ilustración de Freepik



BPC

- En personas adultas con DM2
- Clínicamente estables
- **HbA1c ≥ 9% o**
  glucosa en ayunas ≥ 300 mg/dl

Inicie insulina basal

Tenga en cuenta el riesgo de hipoglucemia, con el fin de orientar la identificación de personas con riesgo elevado y ajustar la titulación de forma segura.

Insulina basal de uso habitual en el contexto nacional

Insulina Isófana Humana (NPH) administrada por vía subcutánea.

Esquema propuesto de inicio y titulación

Dosis inicial

Dosis fija de 10 UI/día, o en dosis basada en peso de 0.1–0.2 UI/kg/día, según el contexto clínico y considerando la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe).

Horario de administración

Puede utilizarse una dosis nocturna ("*bedtime*") de insulina NPH como esquema de inicio, ajustando el horario de administración según glucemia, riesgo de hipoglucemia y tolerancia, y considerando las condiciones de vida de la persona.

Titulación

Ajustar la titulación cada 3–7 días, basándose en el promedio de ≥3 mediciones consecutivas de glucemia capilar en ayunas y según criterio clínico, hasta lograr un esquema estable:

- **>180 mg/dl:** considerar un incremento de la dosis de hasta 4 UI.
- **>130–180 mg/dl (y ningún valor <90 mg/dl):** aumentar la dosis en 2 UI.
- **90–130 mg/dl:** mantener la dosis actual (control en rango objetivo).
- **<90 mg/dl o hipoglucemia:** reducir la dosis en 4 UI.

Dosis máxima habitual

0.5 UI/kg/día. Si se requiere más sin alcanzar metas, considerar esquema intensificado.

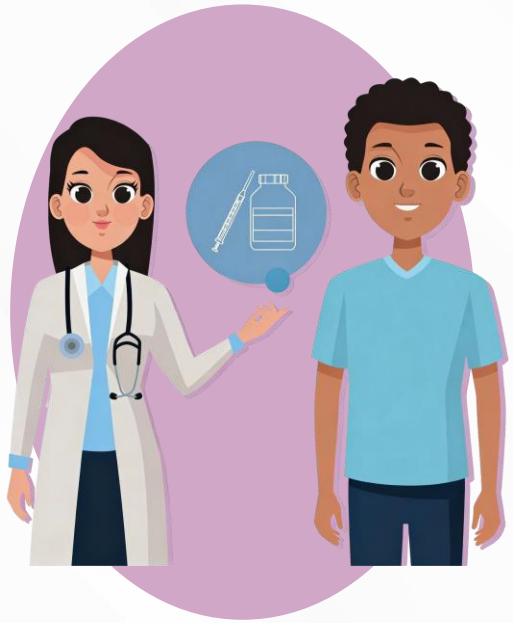
EsSalud



¿Qué hacer en caso de pacientes que alcanzan estabilidad clínica y glucémica?

Puede reducir progresivamente la dosis de insulina o suspenderla, siempre bajo criterio clínico.

¡Tenga en cuenta!



La elección del momento de administración de la insulina es individualizada, considerando las condiciones de vida de la persona, el esquema terapéutico y el patrón glucémico.

Educar a la persona sobre la verificación de la insulina correcta, el uso exclusivo de jeringas, la técnica correcta de inyección, la rotación de sitios de aplicación, el almacenamiento adecuado de la insulina y tiempo de duración del producto una vez abierto.

Educar al paciente y familiares sobre:

- Detección temprana de hipoglucemia
- Evaluar y corregir causas modificables de hipoglucemia: ingesta de carbohidratos, horarios de comidas, actividad física, sitios de inyección e interacciones farmacológicas.

Ilustraciones de Freepik

¿Qué hacer cuando no es posible la administración de insulina por falta de disponibilidad, limitaciones del paciente o rechazo a su uso?



BPC

Inicie el tratamiento con una sulfonilurea + metformina a dosis máximas toleradas.



Antes de iniciar la combinación de sulfonilurea con metformina, tener en cuenta el riesgo de hipoglucemia.

¡Tenga en cuenta!

La evaluación temprana de la glucemia capilar en ayunas a los 3–5 días del inicio del tratamiento con sulfonilurea y metformina forma parte del seguimiento inicial para valorar la respuesta y la seguridad del esquema.

Esta es una alternativa de uso temporal cuando no es posible iniciar insulina.

EsSalud



BPC

En personas adultas con DM2 que inician insulina basal en el primer nivel de atención

Derive al médico con competencias en insulinoterapia:

Médico general capacitado o especialista (**Medicina Interna, Medicina Familiar, Geriatría o Endocrinología**) para su evaluación

EsSalud

CASO 03

Anamnesis/Enfermedad actual:

- Varón de 52 años
- Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 1 mes.
- HTA controlada.
- Paciente clínicamente estable, refiere estar completamente asintomático (niega poliuria, polidipsia o pérdida de peso).



Examen físico

- IMC: 31 kg/m².
- Sin signos de insuficiencia cardíaca ni edemas periféricos.

Laboratorio

- HbA1c: 8.1 %.
- Glucosa en ayunas: 165 mg/dL.
- Función renal conservada: TFG >60 mL/min/1.73 m^2

Ilustraciones de Freepik

Según la GPC, ¿cuál es el manejo inicial más adecuado para este paciente?

- ○ Solo cambios en el estilo de vida durante 6 meses
- ○ Iniciar insulina basal de forma inmediata
- ○ Iniciar sulfonilurea como primera línea
- ⊗ Iniciar metformina junto con cambios en el estilo de vida

La GPC recomienda que, **en pacientes con diagnóstico reciente de DM2 y HbA1c elevada, el manejo inicial incluya metformina asociada a intervenciones en estilo de vida**, siempre que no existan contraindicaciones.

EsSalud

CASO 04

Antecedentes

- Varón de 68 años, DM2 desde hace 12 años.
- HTA controlada. Sin eventos cardiovasculares previos.
- Vive solo, con autonomía en actividades diarias.
- No hipoglucemias severas documentadas.

Tratamiento actual (Esquema de larga data no modificado)

- Metformina 850 mg c/12 h
- Glibenclamida 5 mg/día

Evaluación actual

- HbA1c: 7.4 %
- Glucosa ayunas: 135 mg/dL
- IMC: 27 kg/m²
- Función renal conservada: TFG >60 mL/min/1.73 m²



Ilustraciones de Freepik

Según la GPC, ¿cuál es la conducta más adecuada en este paciente?

- ○ Intensificar tratamiento para HbA1c <6.5 %
- ○ Mantener esquema actual sin cambios
- ⊗ Reevaluar tratamiento y reducir riesgo de hipoglucemia
- ○ Iniciar insulina basal

La GPC enfatiza que en adultos mayores se debe priorizar la seguridad.
Aunque la HbA1c está cercana a la meta, **el uso de glibenclamida aumenta el riesgo de hipoglucemia.** Además, su uso no está indicado para mayores de 60 años.
El manejo adecuado es revisar y optimizar el esquema, no intensificarlo.

EsSalud

¿Cuál sería el ajuste terapéutico más coherente con la GPC?

- ○ Aumentar dosis de glibenclamida
- ⊗ Cambiar glibenclamida por gliclazida
- ○ Suspender metformina
- ○ Añadir insulina prandial

La GPC recomienda, cuando sea posible, evitar fármacos con alto riesgo de hipoglucemia en adultos mayores y considerar alternativas más seguras.
En el caso de usar sulfonilureas, es preferible indicar gliclazida, por su menor riesgo de hipoglicemia.

EsSalud

CASO 05

Antecedentes

- Varón de 52 años
- HTA controlada.
- DM2 de reciente diagnóstico (hace 3 meses). Se inició metformina + cambios en el estilo de vida.
- IMC: 31 kg/m².
- **Estado actual:** Paciente clínicamente estable, sin sintomatología aguda ni signos de descompensación severa, no hipoglucemias.



Tratamiento actual

- Metformina 850 mg VO cada 12 horas + cambios en el estilo de vida (con adecuada adherencia y tolerancia durante el trimestre)

Exámenes de control (a los 3 meses)

- HbA1c: 9.6 %
- Glucosa en ayunas persistente: 220–250 mg/dL
- Función renal y perfil hepático: Normales.

EsSalud

Ilustraciones de Freepik

Según la GPC, ¿cuál es la conducta más adecuada en este momento?

- ○ Mantener metformina y esperar otros 3 meses
- ○ Añadir sulfonilurea
- ⊗ Iniciar insulina basal asociada al tratamiento previo
- ○ Cambiar metformina por insulina prandial

Según la GPC, en personas adultas con DM2, clínicamente estables, con HbA1c ≥ 9% o glucosa en ayunas ≥ 300 mg/dl, se indica insulina basal.

EsSalud

Intensificación del tratamiento farmacológico

Pregunta 4: En personas adultas con DM2 y control glucémico inadecuado con monoterapia con metformina, **¿se debería añadir sulfonilurea o pioglitazona en lugar de mantener monoterapia?**

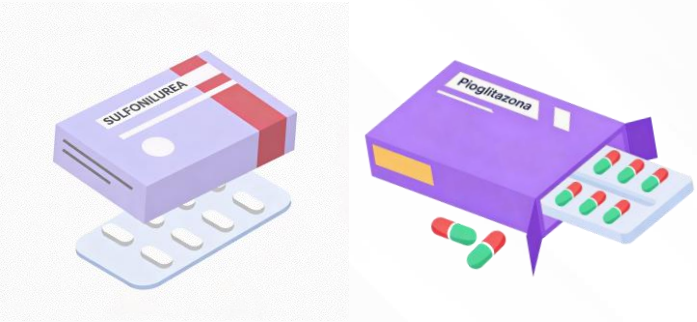


Ilustración de Freepik

En personas adultas con DM2

+

Control glucémico inadecuado con monoterapia con metformina



Recomendación

Añada sulfonilurea o pioglitazona, considerando el agente según el perfil clínico y de seguridad.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

A pesar de una **adecuada adherencia** al tratamiento farmacológico y a los cambios en el estilo de vida, **no se alcanzan los objetivos glucémicos individualizados tras 3 a 6 meses de iniciado el esquema terapéutico**, o cuando se pierde el control posteriormente.

- **Prioridad: reducción rápida de HbA1c**
  → Añada sulfonilurea
- **Prioridad: resistencia a insulina marcada/evitar hipoglicemias**
  → Añada pioglitazona

EsSalud

Pregunta 5: En personas adultas con DM2 y control glucémico inadecuado con terapia doble con ADOs, **¿se debería añadir un tercer antidiabético oral en lugar de iniciar insulina basal?**

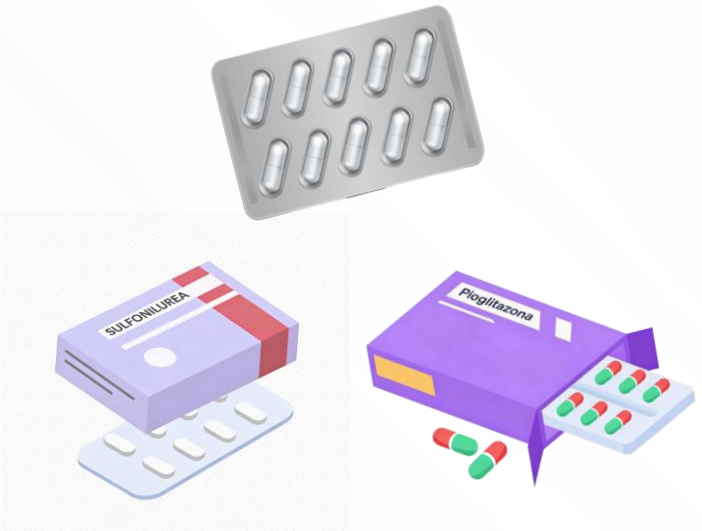


Ilustración de Freepik

Recomendación

En personas adultas con DM2 + **Control glucémico inadecuado con terapia doble**

Añada un tercer antidiabético oral o insulina basal, mediante una decisión individualizada.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

Terapia triple oral

Metformina + sulfonilurea + pioglitazona

BPC

Si persiste control glucémico inadecuado

Derive al especialista para realizar la transición a insulina basal (Endocrinología, Medicina Interna, Medicina Familiar o Geriatría).

En las personas en quienes no se les puede añadir metformina
(por contraindicación o intolerancia)

Inicie tratamiento con insulina basal

BPC

Insulina NPH

EsSalud



En personas con alto riesgo de hipoglucemia severa

Considere insulina glargina como alternativa a NPH.

BPC

En caso de no alcanzar el control glucémico con insulina basal titulada

Intensifique a un esquema que combine insulina basal con insulina preprandial (basal-plus o basal-bolo).

Esquema basal-plus

Añadir una dosis de insulina preprandial **antes de una de las comidas principales**, manteniendo la insulina basal.

Esquema basal-bolo

Administrar insulina preprandial **antes de cada comida principal,** junto con la insulina basal para cubrir los requerimientos entre comidas y durante la noche.

La elección entre ambos dependerá del grado de descontrol glucémico, la capacidad de autocuidado del paciente y la disponibilidad de recursos.

Tenga en cuenta los factores asociados a alto riesgo de hipoglucemia.

EsSalud

Tenga en cuenta lo siguiente, según criterio clínico:

Combinación	Esquema/titulación propuesta

NPH + Regular	• **Dosis total inicial:** 0.3–0.5 UI/kg/día.
	  ○ 50% como **NPH**: 1–2 dosis (nocturna o matutina+nocturna).
	  ○ 50% como **Regular**: dividido en 2–3 dosis, administradas 30 min antes de la(s) comida(s) principal(es).
	
	• **Ajuste de dosis:** en pasos de 2–4 UI según glucemias:
	  ○ **Insulina basal:** ajustar según glucosa en ayunas.
	  ○ **Insulina posprandial:** ajustar según glucosa posprandial, definida como la medición realizada 2 horas después de iniciar la ingesta de la comida.
	
	• Pueden mezclarse en la misma jeringa.

Tenga en cuenta lo siguiente, según criterio clínico:

Combinación	Esquema/titulación propuesta

NPH + Lispro*	• **Dosis total inicial:** 0.3–0.5 UI/kg/día.
	  ○ 50% como **NPH**: 1–2 dosis (nocturna o matutina+nocturna).
	  ○ 50% como **Lispro:** dividido en 2–3 dosis inmediatamente antes de comida(s) principal(es).
	
	• **Ajuste de dosis:** en pasos de 2–4 UI según glucemias:
	  ○ **Insulina basal:** ajustar según glucosa en ayunas.
	  ○ **Insulina posprandial:** ajustar según glucosa posprandial.

*Insulina Lispro según uso autorizado en petitorio farmacológico institucional vigente.



La insulina Lispro puede emplearse en pacientes que, a pesar del uso de insulina regular presentan:

- Hipoglucemias postprandiales frecuentes (≥ 2 episodios por semana) o
- Hiperglicemias postprandiales persistentes (en ≥50% de las comidas durante 1 a 2 semanas consecutivas).

Tenga en cuenta lo siguiente, según criterio clínico:

Combinación	Esquema/titulación propuesta
Glargina* + Regular	• **Dosis total inicial:** 0.3–0.5 UI/kg/día. ○ 50% como **Glargina**: 1 dosis diaria (misma hora, preferible nocturna). ○ 50% como **Regular**: dividido en 2–3 dosis, administradas 30 min antes de la(s) comida(s) principal(es). • **Ajuste de dosis:** en pasos de 2–4 UI según glucemias: ○ **Insulina basal:** ajustar según glucosa en ayunas. ○ **Insulina posprandial:** ajustar según glucosa posprandial.

*Insulina Glargina según uso autorizado en petitorio farmacológico institucional vigente.

EsSalud

Tenga en cuenta lo siguiente, según criterio clínico:

Combinación	Esquema/titulación propuesta

Glargina* + Lispro*	• **Dosis total inicial:** 0.3–0.5 UI/kg/día.
	  ○ 50% como **Glargina**: 1 dosis diaria (misma hora)
	  ○ 50% como **Lispro**: dividido en 2–3 dosis inmediatamente antes de comida(s) principal(es)
	
	• **Ajuste de dosis:** en pasos de 2–4 UI según glucemias:
	  ○ **Insulina basal:** ajustar según glucosa en ayunas.
	  ○ **Insulina posprandial:** ajustar según glucosa posprandial.

*Insulina Glargina e Insulina Lispro según uso autorizado en petitorio farmacológico institucional vigente.

CASO 06

Antecedentes

- Varón de 58 años.
- Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 4 años.
- HTA controlada. Sin enfermedad cardiovascular conocida.
- IMC: 30 kg/m².

Tratamiento actual

- Metformina 850 mg cada 12 h
- Cambios en estilo de vida con adherencia parcial

Evaluación

- HbA1c actual: 8.2 %
- Meta individual de HbA1c: < 7.0 %
- Función renal conservada



EsSalud

Ilustraciones de Freepik

Según la GPC de DM2, ¿cuál es la conducta más adecuada en este momento?

- [x] Añadir un segundo fármaco antidiabético
- [ ] Mantener metformina y reforzar solo estilo de vida
- [ ] Iniciar insulina basal de forma inmediata
- [ ] Suspender metformina y cambiar de esquema

La GPC recomienda que, cuando no se alcanza la meta glucémica con metformina a dosis plena, se debe intensificar el tratamiento añadiendo un segundo fármaco.

EsSalud

¿Cuál de los siguientes criterios debe considerarse prioritario según la GPC en el tratamiento farmacológico?

- ○ Solo la mayor reducción de HbA1c
- ⊗ Riesgo de hipoglucemia y efecto sobre el peso
- ○ Disponibilidad exclusiva en farmacia hospitalaria
- ○ Preferencia del médico tratante sin otros criterios

La GPC enfatiza que la intensificación debe ser individualizada, priorizando la seguridad en el paciente (bajo riesgo de hipoglucemia) y el perfil clínico.

EsSalud

Adición de otros fármacos en escenarios específicos

Pregunta 6: En personas adultas con DM2 y enfermedad renal crónica (ERC) asociada a diabetes, enfermedad cardiovascular (ECV) establecida o alto riesgo cardiovascular (CV), **¿se debería añadir un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) al tratamiento farmacológico?**



Ilustración de Freepik

En personas adultas con DM2 y ERC asociada a diabetes

Recomendación

Añada un iSGLT2 al tratamiento estándar

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

Esquema terapéutico recibido por el paciente, que puede incluir IECA o ARA II, así como hipoglucemiantes para el manejo de la DM2.



La indicación de un iSGLT2 se basa en su perfil cardiorrenal y cardiovascular y no depende de la HbA1c.

Dosis

- **Dapagliflozina** 10 mg/día, por vía oral.
- **Empagliflozina** 10 mg/día (dosis mínima), 25 mg/día (dosis máxima), por vía oral.

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
ARA II: antagonistas del receptor de angiotensina II

EsSalud

Recomendación

En personas adultas con DM2 y ECV establecida

Añada un iSGLT2 al tratamiento estándar

Fuerza de la recomendación: Fuerte
Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕◯

ECV establecida

- **Enfermedad coronaria ateroesclerótica:** infarto agudo de miocardio previo, angina estable o inestable, con o sin revascularización coronaria u otra arteria (angioplastia, *stent* o *bypass*), evidencia de enfermedad coronaria obstructiva en angiografía o imagen.
- **Enfermedad cerebrovascular:** accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico previo, ataque isquémico transitorio con evidencia de aterosclerosis.
- **Enfermedad arterial periférica:** claudicación intermitente, revascularización periférica, amputación de origen vascular, aneurisma de aorta.
- **Insuficiencia cardiaca:** con fracción de eyección reducida, levemente reducida o preservada, atribuida a enfermedad cardiovascular.
- **Arritmias mayores de origen cardiovascular:** fibrilación auricular atribuida a cardiopatía estructural o aterosclerosis.

Dosis

- **Dapagliflozina** 10 mg/día, por vía oral.
- **Empagliflozina** 10 mg/día (dosis mínima), 25 mg/día (dosis máxima), por vía oral.

EsSalud

Recomendación

En personas adultas con DM2 y alto riesgo CV

Añada un iSGLT2 al tratamiento estándar

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

Adulto con DM2 sin diagnóstico previo de ECV establecida o ICC, que presenten

Evidenciar daño de órgano diana

- Hipertrofia ventricular izquierda, confirmado mediante ecocardiograma
- Retinopatía diabética

≥ a 3 factores de riesgo CV

- Edad (≥ 55 años)
- Hipertensión
- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Obesidad
- Diabetes de larga evolución (>10 años)

Dosis

- **Dapagliflozina** 10 mg/día, por vía oral.
- **Empagliflozina** 10 mg/día (dosis mínima), 25 mg/día (dosis máxima), por vía oral.

Verifique que el paciente con alto riesgo CV cuente con un plan de manejo adecuado.

EsSalud

Pregunta 7: En personas adultas con DM2, sobrepeso u obesidad y control glucémico inadecuado con tratamiento de insulina, **¿se debería añadir liraglutida?**



Ilustración de Freepik

Recomendación

En personas adultas con DM2 + **Sobrepeso u obesidad** + **Control glucémico inadecuado con tratamiento de insulina**

Añada liraglutida una vez al día por vía subcutánea

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

¡Tenga en cuenta!

La **administración de liraglutida** debe realizarse **de acuerdo con las condiciones de uso establecidas según el dictamen de evaluación de tecnología sanitaria vigente del IETSI**.

- **Presentación:** Solución inyectable en lapicero prellenada, 6 mg/mL (0.6 mg/dosis).
- **Inicio:** 0.6 mg vía subcutánea (SC) una vez al día durante 1 semana.
- **Escalamiento:** Incrementar en 0.6 mg cada ≥1 semana, según tolerancia.
- **Dosis usual de mantenimiento:** 1.2 mg SC/día.
- **Dosis máxima:** 1.8 mg SC/día.

EsSalud

Uso de finerenona en personas con DM2 y ERC

Ilustración de Freepik

Recomendación

En personas adultas con DM2

+

ERC en estadios G3–G4 (TFGe: 25 a 60 mL/min/1.73 m2)

+

Albuminuria persistente (RAC ≥30 mg/g) a pesar de la <u>terapia estándar</u>

Manejo hipoglucemiante, y al menos 3 meses de tratamiento farmacológico dirigido a reducir la progresión de la ERC, que comprende el uso de IECA o ARA II e iSGLT2, según tolerancia.

Añada finerenona

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

¡Tenga en cuenta!

Brinde finerenona conforme a las condiciones de uso establecidas en el dictamen de evaluación de tecnologías sanitarias vigente emitido por IETSI.

Pautas de dosificación:

- **Dosis inicial:** 10 mg una vez al día.
- Mantener 10 mg/día cuando el potasio sérico esté entre >4.8 a 5.5 mmol/L
- Considerar aumento a 20 mg/día después de ≥ 4 semanas de tratamiento, solo si:
  - El potasio sérico es ≤ 4.8 mmol/L, y
  - La TFGe se mantiene estable.

EsSalud

CASO 07

Antecedentes

- Mujer de 64 años, asegurada de EsSalud.
- Diabetes mellitus tipo 2 desde hace 15 años.
- Hipertensión arterial en tratamiento con losartán.
- Dislipidemia en tratamiento con atorvastatina.

Tratamiento actual

- Metformina 850 mg cada 12 horas.
- Glibenclamida 5 mg cada 12 horas.
- Losartán 50 mg cada 12 horas.
- Atorvastatina 40 mg/día.

Evaluación actual

- HbA1c: 7.1 %.
- TFGe: 42 mL/min/1.73 m².
- RAC: 350 mg/g.
- Presión arterial controlada.
- Sin antecedentes de hipoglucemia severa.

La paciente presenta ERC asociada a diabetes con TFGe y albuminuria.



EsSalud

Ilustraciones de Freepik

Según la GPC, ¿cuál es la conducta terapéutica más adecuada?

- ○ Intensificar sulfonilurea
- ○ Suspender metformina
- ⊗ Añadir un iSGLT2 al tratamiento estándar
- ○ Iniciar insulina basal

Según la GPC, en personas adultas con DM2 y ERC asociada a diabetes se sugiere añadir un iSGLT2 al tratamiento estándar por su beneficio cardiorrenal. En este caso, la paciente cumple criterios de inicio por TFGe de 42 mL/min/1.73 m^2 y RAC de 350 mg/g, independientemente de la HbA1c.

EsSalud

Recomendaciones y BPC trazadoras



- Realice el seguimiento de HbA1c cada 3 meses en personas que aún no alcanzan las metas de control glucémico.
- Realice el seguimiento de HbA1c cada 6 meses en quienes mantienen la meta glucémica y un esquema terapéutico estable.
- El clínico puede ajustar la frecuencia según la situación individual del paciente, siempre asegurando reevaluación periódica de la respuesta y ajustes del tratamiento para evitar inercia terapéutica.

En personas adultas con DM2 que cumplen criterios para el inicio de ADOs y presentan HbA1c <8%, sugerimos iniciar monoterapia con metformina.

EsSalud

Recomendaciones y BPC trazadoras



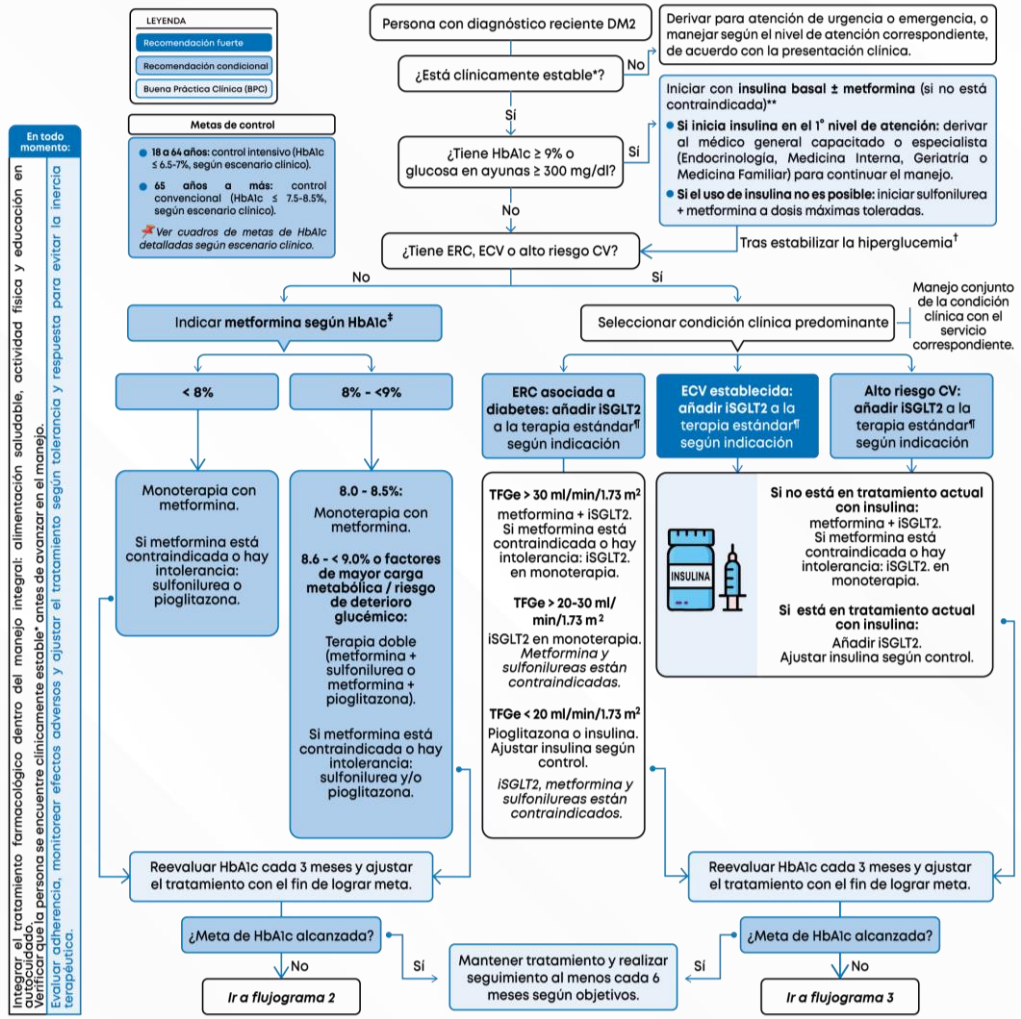
En personas adultas con DM2, clínicamente estables, con HbA1c ≥ 9% o glucosa en ayunas ≥ 300 mg/dl, iniciar insulina basal.

En personas adultas con DM2 y ERC asociada a diabetes, sugerimos añadir un iSGLT2 al tratamiento estándar.

En personas adultas con DM2 y ECV establecida, recomendamos añadir un iSGLT2 al tratamiento estándar.

EsSalud

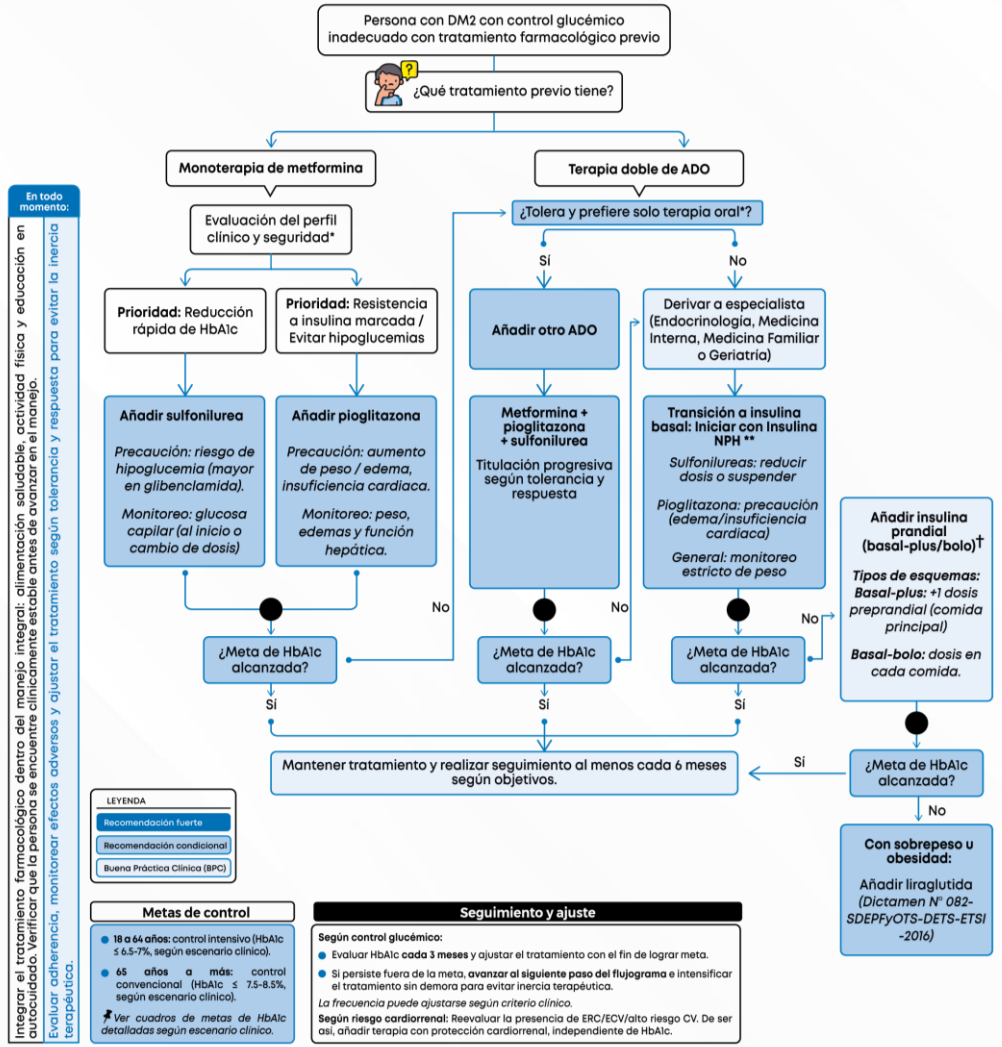
Flujograma 1. Manejo farmacológico inicial en personas con diagnóstico reciente de DM2



***Clinicamente estable:** sin descompensación metabólica (hiperglucemia marcada, cetosis, estado hiperosmolar o pérdida de peso relacionada con la hiperglucemia) y/o sin hiperglucemia sintomática grave (poliuria, polidipsia o visión borrosa).
** Seguir las consideraciones para el inicio de **insulina basal NPH.**
† En casos de hiperglucemia marcada, la insulina basal puede utilizarse de manera temporal. Tras estabilizar la hiperglucemia, reevaluar el esquema (reducirse o suspenderse, siempre bajo criterio clínico) y optimizar el tratamiento según el riesgo cardiorrenal y cardiovascular.
‡ Considerar las características de los fármacos disponibles (Tabla 1). El uso de sulfonilureas o pioglitazona depende del petitorio farmacológico vigente.
¶ **Tratamiento estándar:** conjunto de terapias que la persona ya recibe para el manejo integral de sus condiciones crónicas, e incluye la medicación indicada para DM2, así como los fármacos recomendados para ERC, ECV establecida o alto riesgo CV (por ejemplo, IECA o ARA II, estatinas, antiplaquetarios, y otros según corresponda al perfil clínico).
DM2: diabetes mellitus tipo 2, **HbA1c:** hemoglobina glicosilada, **ERC:** enfermedad renal crónica, **ECV:** enfermedad cardiovascular, **CV:** cardiovascular, **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, **TFGe:** tasa de filtración glomerular estimada.

EsSalud

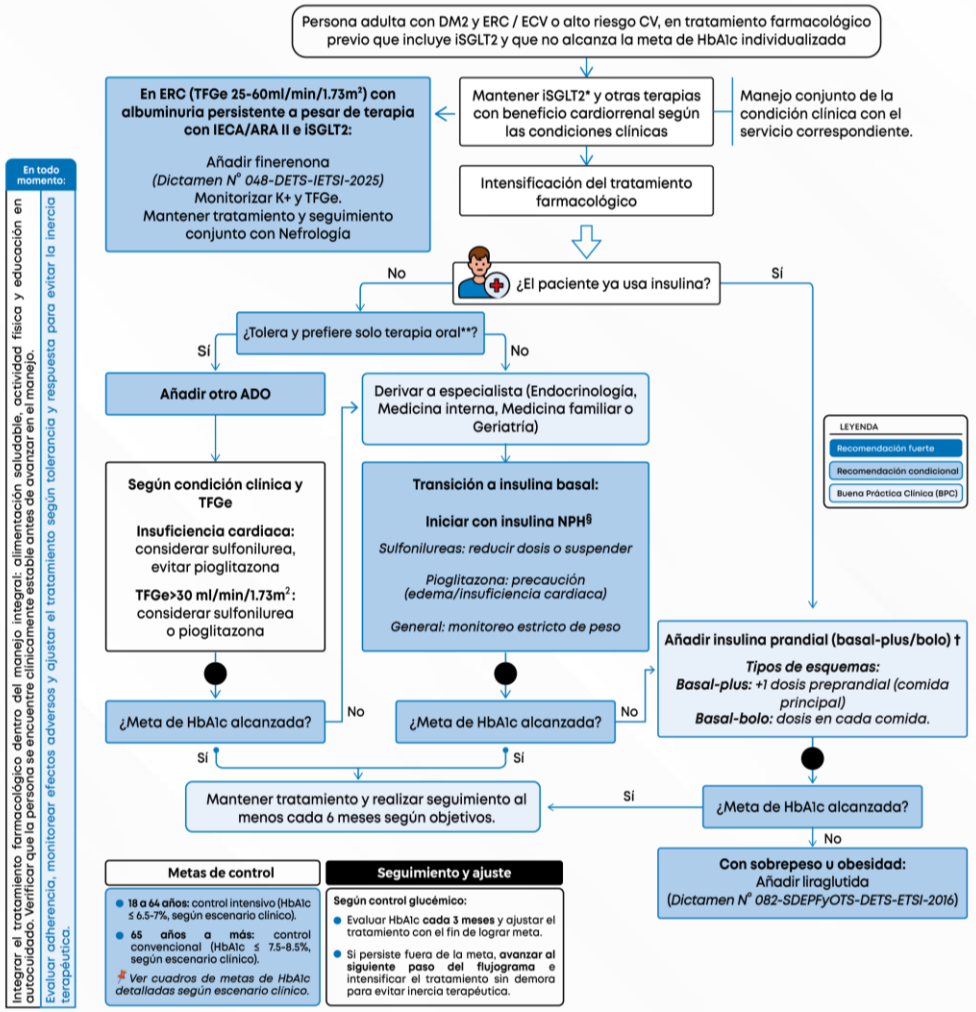
Flujograma 2. Intensificación del tratamiento farmacológico en personas sin ERC/ECV/alto riesgo CV, con terapia previa y que no alcanzan la meta de HbA1c



* Considerar las características de los fármacos disponibles (revisar Tabla 1). El uso de sulfonilureas o pioglitazona depende del petitorio farmacológico vigente.
** Seguir las consideraciones para el inicio de la **insulina basal NPH.**
† Si presenta alto riesgo de hipoglucemia severa: Considerar cambio a insulina glargina. **Elección de insulina rápida:** Estándar: Insulina Regular. Considerar insulina Lispro si hipoglucemias postprandiales frecuentes o hiperglucemias persistentes con insulina Regular.
DM2: diabetes mellitus tipo 2, **HbA1c:** hemoglobina glicosilada, **ERC:** enfermedad renal crónica, **ECV:** enfermedad cardiovascular, **CV:** cardiovascular, **ADO:** antidiabético oral, **NPH:** insulina isófana humana

EsSalud

Flujograma 3. Intensificación del tratamiento farmacológico en personas con ERC/ECV/alto riesgo CV, con terapia previa y que no alcanzan la meta de HbA1c



* Si recibe iSGLT2 y la TFGe desciende por debajo de 20ml/min/1.73 m²: Es posible mantener iSGLT2 si hay tolerancia y según criterio clínico. Suspender si se inicia terapia de reemplazo renal (diálisis).
**Considerar las características de los fármacos disponibles (Tabla 1). Metformina y sulfonilureas están contraindicadas si TFGe < 30 ml/min/1.73 m². El uso de sulfonilureas o pioglitazona depende del petitorio farmacológico vigente.
§ Seguir las consideraciones para el inicio de la **insulina basal NPH**.
† Si presenta alto riesgo de hipoglucemia severa: Considerar cambio a insulina glargina. **Elección de insulina rápida:** Estándar: Insulina Regular. Considerar insulina Lispro si hipoglucemias postprandiales frecuentes o hiperglucemias persistentes con insulina Regular.
DM2: diabetes mellitus tipo 2, **HbA1c:** hemoglobina glicosilada, **ERC:** enfermedad renal crónica, **ECV:** enfermedad cardiovascular, **CV:** cardiovascular, **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, **TFGe:** tasa de filtración glomerular estimada, **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, **ARA II:** antagonistas de los receptores de angiotensina II, **K+:** Potasio.

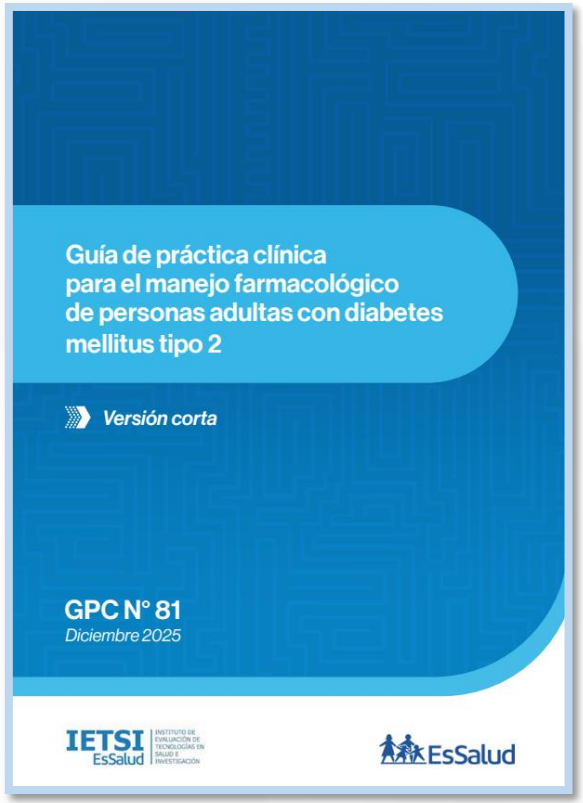
EsSalud

Consideraciones finales

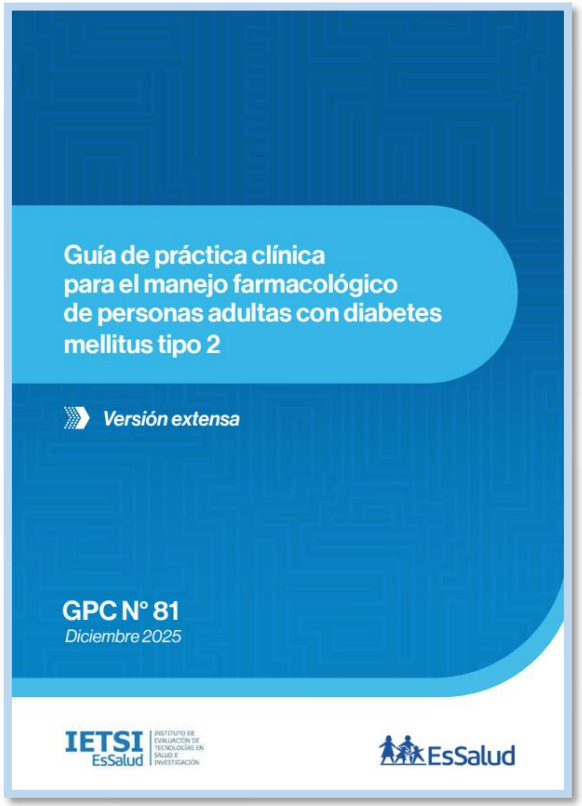
- Las metas de control glucémico deben individualizarse según edad, comorbilidades y riesgo de hipoglucemia.
- El manejo integral de la diabetes tipo 2 aborda glucosa, riesgo cardiovascular, función renal y seguridad.
- La intensificación del tratamiento debe ser oportuna, priorizando beneficios clínicos y minimizando riesgos para el paciente.
- La elección del tratamiento farmacológico debe considerar perfil clínico, comorbilidades y desenlaces cardiovasculares y renales.
- El control de la diabetes requiere seguimiento continuo, educación del paciente y ajustes terapéuticos oportunos.

EsSalud

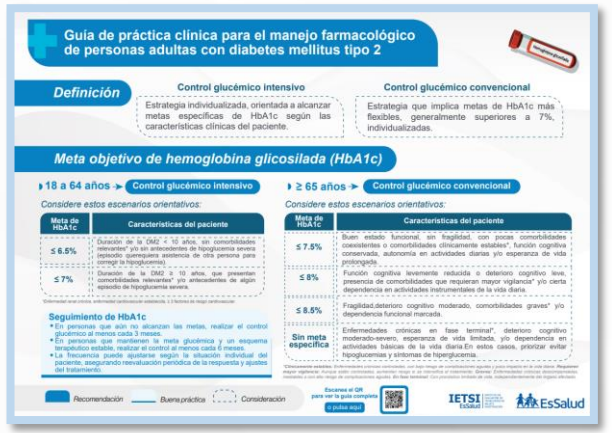
Accede a las guías de práctica clínica de IETSI



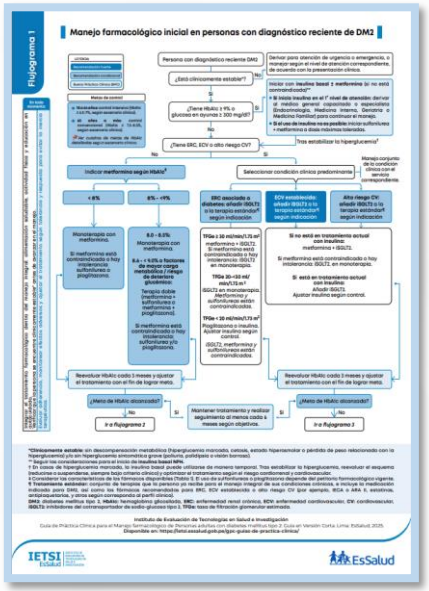
Versión corta



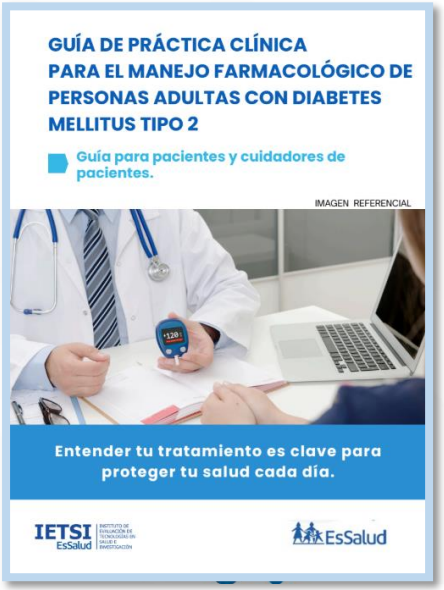
Versión extensa



Resumen visual



Flujogramas



Versión para pacientes y cuidadores de pacientes

Accede a las guías de práctica clínica de IETSI

https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/



www.gob.pe/**essalud**