

Tratamiento de la DM2 en adultos

La *American Diabetes Association* (ADA) y la *European Association for the Study of Diabetes* (EASD) han publicado un [consenso sobre el tratamiento de la DM2 en adultos](#), que actualiza la versión de 2022 con un enfoque integral, centrado en la persona, para prevenir o retrasar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Recomienda individualizar el tratamiento según las características clínicas, las preferencias y el contexto de cada paciente, combinando intervenciones sobre el estilo de vida con apoyo psicológico, educación sobre la diabetes, estrategias de control del peso y tratamiento farmacológico.

Intervenciones no farmacológicas:

- Se recomienda el fomento de hábitos saludables mediante la terapia nutricional médica (TNM), apoyo psicológico, el control del peso y, cuando sea necesario, el asesoramiento para el manejo del consumo de tabaco o de otras sustancias y prescribir comportamientos físicos a lo largo de las 24 horas del día (las cinco “S”):
 - estar de pie (Standing),
 - caminar/moverse (Stepping),
 - realizar actividad física aeróbica (Sweating),
 - ejercicios de fuerza (Strengthening)
 - sueño (Sleeping).
- En el manejo integral de la DM2, además del control de la hiperglucemia con objetivos de HbA1c y la monitorización continua de glucosa (especialmente en tratamientos con insulina), se incluyen valores objetivos de presión arterial, lípidos y de pérdida de peso.

Intervenciones farmacológicas

Los iSGLT-2 y los tratamientos basados en el GLP-1 (arGLP-1 y tirzepatida) deben considerarse tratamiento de primera línea por sus beneficios cardiovasculares, independientemente del tratamiento con metformina, recomendándose el uso temprano para la protección de órganos y mejorar los resultados a largo plazo de la DM2. La elección debe individualizarse según las comorbilidades y los beneficios demostrados de cada fármaco:

- En **enfermedad cardiovascular (ECV) establecida** se deben utilizar tratamientos basados en GLP-1 o iSGLT-2 con beneficios demostrados, pudiendo combinarse en personas con alto riesgo de ECV, con ECV establecida o enfermedad renal, independientemente de los niveles de HbA1c.
- En presencia de **múltiples factores de riesgo cardiovascular**, podrían considerarse tratamientos basados en GLP-1 o iSGLT-2.
- En **insuficiencia cardíaca (IC)** con cualquier fracción de eyección (FE) deben utilizarse los iSGLT-2, con semaglutida o tirzepatida si FE preservada y obesidad, y finerenona en FE preservada o ligeramente reducida.
- En **enfermedad renal crónica (ERC)** se recomienda el tratamiento con iSGLT-2 hasta la diálisis, con y sin albuminuria, junto con tratamientos basados en GLP-1. Se recomienda

añadir finerenona en ERC y cociente albúmina/creatinina es >3 mg/mmol para mejorar los resultados renales y de insuficiencia cardíaca, y en personas con albuminuria y tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) >25 ml/min/1,73 m², para reducir el riesgo de progresión de ERC y ECV. Debe considerarse el tratamiento combinado temprano en personas que presenten, de forma concomitante, ECV, ERC e insuficiencia cardíaca.

- En **enfermedad arterial periférica**, se puede considerar semaglutida para la mejora de los síntomas.
- En personas con **alto riesgo de arritmias auriculares**, podría considerarse iSGLT-2 o semaglutida, para reducir el riesgo de fibrilación auricular.

Se incluyen recomendaciones según la edad, raza y etnia, fragilidad, sexo y en personas con enfermedades asociadas a la obesidad.