



# Resumen

## **Guía para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto**

**Aspectos destacados**

**Abril de 2025**



**sanofi**

**Guía para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto**

La SAD publicó en abril de 2025 una guía que fue elaborada para actualizar a los profesionales sobre las mejores prácticas y los avances recientes en el tratamiento integral y transdisciplinario de la DM2, basándose en evidencia científica y recomendaciones de organizaciones internacionales, con el objetivo de mejorar la atención y los resultados en salud de las personas que viven con esta enfermedad. Estos son los mensajes principales.

### Enfoque Integral de Bienestar en DM2

El Enfoque Integral de Bienestar en Diabetes (EIBD) propone un abordaje multidimensional centrado en mejorar la calidad de vida, integrando factores emocionales, sociales y conductuales, más allá de los cambios en el estilo de vida. Un pilar clave es la **educación diabetológica para el automanejo (EDAM)**, que busca empoderar a la persona con diabetes para tomar decisiones informadas. La EDAM debe ser personalizada, culturalmente sensible, e implementarse desde el diagnóstico o ante cambios en el estado clínico. Se recomienda una duración mínima de 10 horas, con refuerzos anuales si es necesario. Puede ser individual o grupal, presencial o virtual, e incluir estrategias para mejorar alimentación, actividad física, sueño, cesación tabáquica, alcohol y salud mental, resumidas con la nemotecnia "**ACÁ SAD**".

<b>Alimentación</b>	Terapia nutricional	Se recomienda un programa de terapia nutricional médica individualizada según sea necesario para lograr los objetivos del tratamiento brindado por un/a nutricionista con experiencia en el cuidado de la DM
	Balance energético	En todos los casos de sobrepeso u obesidad, se recomienda una modificación del comportamiento para lograr y mantener una pérdida de peso mínima del 5%
	Carbohidratos	45-50% del valor calórico total. Fuentes de carbohidratos mínimamente procesadas, ricas en nutrientes y fibra (al menos 14 g de fibra/1000 kcal). Evitar bebidas azucaradas y alimentos con azúcar agregada
	Proteínas	Se recomienda una ingesta de no menos de 0,8 g/kg/día. Reemplazar proteínas animales por vegetales tiene efectos beneficiosos
	Grasas dietarias	Aconsejar un plan con un patrón de alimentación mediterráneo

	Micronutrientes y suplementos herbales	No se recomiendan suplementos dietéticos con vitaminas, minerales, hierbas o especias. No se aconseja la suplementación con betacaroteno
	Sodio	Limitar el consumo de sodio a <2300 mg/día (<5 g/sal por día)
	Edulcorantes no nutritivos	Se recomienda beber agua. Uso moderado de ENN como reemplazo de productos endulzados con azúcar
<b>Cesación tabáquica</b>	Evaluar en cada visita médica y aconsejar la cesación tabáquica. Contrato de salud para dejar de fumar	
<b>Actividad física</b>	Se recomienda una combinación de ejercicio aeróbico y de resistencia para maximizar los beneficios en el control glucémico y la salud cardiovascular.	
<b>Sueño</b>	Evaluar de forma rutinaria los trastornos del sueño, especialmente las AOS (apneas obstructivas del sueño), usando herramientas de cribado (como el cuestionario STOP-Bang) y derivar a especialistas en medicina del sueño cuando sea necesario. Aconsejar la implementación de hábitos que promuevan un buen sueño, como mantener un horario de sueño consistente, crear un ambiente propicio para dormir, limitar el consumo de cafeína por la tarde y evitar el uso de dispositivos electrónicos antes de dormir	
<b>Alcohol</b>	En caso de consumir alcohol, se aconseja no exceder los límites diarios recomendados (1 bebida al día para las mujeres adultas y 2 bebidas al día para los hombres adultos). Las personas con DM2 y MAFLD deben restringir al máximo el consumo de alcohol.	
<b>Depresión</b>	Enfoque integral, cribado anual regular de síntomas depresivos usando herramientas validadas como WHO-5 index o PHQ9. Considerar la evaluación de la depresión al momento del diagnóstico de complicaciones o cambios significativos en el estado médico de la persona	

## Tratamiento farmacológico

--

<p><b>Metformina</b></p>	<p>Se puede utilizar como monodroga o en combinación con cualquier otra droga para el tratamiento de la DM</p> <p>En caso de estar indicados medicamentos antihiper glucemiantes con efectos benéficos hepato-reno-cardiovasculares adicionales a la metformina desde el diagnóstico, se aconseja mantener la metformina, siempre que no existan contraindicaciones o intolerancia.</p> <p><b>Dosis:</b> de 500-2000 mg/día</p>																								
<p><b>Pioglitazona</b></p>	<p>Se puede considerar este fármaco especialmente en pacientes con comorbilidades como esteatosis hepática o antecedentes de ACV, ya que podrían beneficiarse con su uso.</p> <p><b>Dosis:</b> 15-45 mg/día</p>																								
<p><b>Sulfonilureas</b></p>	<p>Drogas económicas y eficaces para el descenso glucémico</p> <p>Algunas subpoblaciones deberían evitar las Sus (pacientes con alto riesgo de hipoglucemias)</p> <p><b>Dosis:</b>          Gliclazida: dosis máxima de 320 mg/día          Gliclazida MR: dosis máxima 120 mg/día          Glimepirida: dosis máxima 8 mg/día</p>																								
<p><b>Repaglinida</b></p>	<p>Podría considerarse en aquellos en quienes no se logren los objetivos terapéuticos con otros grupos farmacológicos, como segunda o tercera línea de tratamiento, o como primera opción en caso de no poder utilizar metformina, evitando su administración concomitante con Sus, insulina, o en personas frágiles debido al riesgo de hipoglucemia.</p> <p><b>Dosis:</b> 0,5-4 mg antes de las comidas principales, máximo de 12 mg/día.</p>																								
<p><b>Inhibidores de DPP4</b></p>	<p>Este grupo farmacológico se puede indicar como monodroga, especialmente en personas con intolerancia a la metformina. Se puede asociar con metformina, iSGLT-2 e insulina. No combinarlo con arGLP-1.</p> <table border="1" data-bbox="467 1369 1377 1755"> <thead> <tr> <th>iDPP-4</th> <th>Dosis</th> <th>Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sitagliptina</td> <td>100 mg</td> <td>1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>Linagliptina</td> <td>5 mg</td> <td>1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>Vildagliptina</td> <td>50 mg</td> <td>2 veces/día</td> </tr> <tr> <td>Saxagliptina</td> <td>2,5-5 mg</td> <td>1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>Alogliptina</td> <td>25 mg</td> <td>1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>Evogliptina</td> <td>5 mg</td> <td>1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>Tenelegliptina</td> <td>20 mg</td> <td>1 vez/día</td> </tr> </tbody> </table>	iDPP-4	Dosis	Frecuencia	Sitagliptina	100 mg	1 vez/día	Linagliptina	5 mg	1 vez/día	Vildagliptina	50 mg	2 veces/día	Saxagliptina	2,5-5 mg	1 vez/día	Alogliptina	25 mg	1 vez/día	Evogliptina	5 mg	1 vez/día	Tenelegliptina	20 mg	1 vez/día
iDPP-4	Dosis	Frecuencia																							
Sitagliptina	100 mg	1 vez/día																							
Linagliptina	5 mg	1 vez/día																							
Vildagliptina	50 mg	2 veces/día																							
Saxagliptina	2,5-5 mg	1 vez/día																							
Alogliptina	25 mg	1 vez/día																							
Evogliptina	5 mg	1 vez/día																							
Tenelegliptina	20 mg	1 vez/día																							
<p><b>AR-GLP1</b></p>	<p>Se prescriben como monoterapia o asociados a antidiabéticos que tengan mecanismos de acción complementarios, cuando no se alcanzan las</p>																								

metas de tratamiento después de haber intentado cambios del estilo de vida. Esto puede ocurrir temprana o tardíamente en la evolución de la enfermedad.

Las guías actuales los posicionan como de primera elección en personas con enfermedad CV, independientemente de si reciben o no metformina y también del valor de la HbA1c.

**Dosis:** administración subcutánea

Liraglutida: 0.6mg, 1.2mg, 1.8mg.

Semaglutida: 0.25mg, 0.5mg, 1.0mg

Dulaglutida: 1.5mg

Lixisenatida: Solo combinada con insulina glargina

Semaglutida oral: 3mg, 7mg y 14mg.

## iSGLT2

Recomendado en toda persona con DM2 y alto riesgo cardiovascular, Enfermedad Renal Crónica (ERC) o Insuficiencia Cardíaca (IC). Pueden iniciarse con una TFGe  $\geq 20$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> y continuarse hasta el inicio de la diálisis. No necesitan ajuste de dosis

Causan una disminución aguda y transitoria de la TFG (2-4 semanas del inicio). No es necesario realizar análisis frente a dicha disminución (excepto en personas con falla renal aguda previa o con riesgo de depleción de volumen). Si la caída es  $>30\%$  del valor inicial y se interrumpió el tratamiento, se puede reiniciar después de la recuperación de la función.

No hay inconveniente en asociar con diuréticos, adecuar según estado hemodinámico.

Adecuar dosis de insulina y/o SUs al incorporar iSGLT-2

Precaución en pacientes con insulinopenia y evitar planes de alimentación cetogénicos por el riesgo de cetosis.

Se recomienda suspender los iSGLT-2:

- 24 horas previas a una cirugía.
- Ante el uso de contraste oral o endovenoso.
- Evento agudo (infeccioso o gastrointestinal).
- Deben considerarse como potenciales contraindicaciones infecciones urinarias recidivantes y genitales frecuentes.

Se sugiere no utilizar en personas con isquemia crítica de miembros inferiores.

**Dosis:**

Dapagliflozina 10mg

Empagliflozina 10mg, 25 mg.

Canagliflozina 100mg, 300 mg

## INSULINAS

La insulina está indicada como tratamiento inicial en personas con glucemias  $>300$  mg/dL y/o HbA1c  $>10\%$  con síntomas catabólicos, y de forma definitiva cuando no se logra

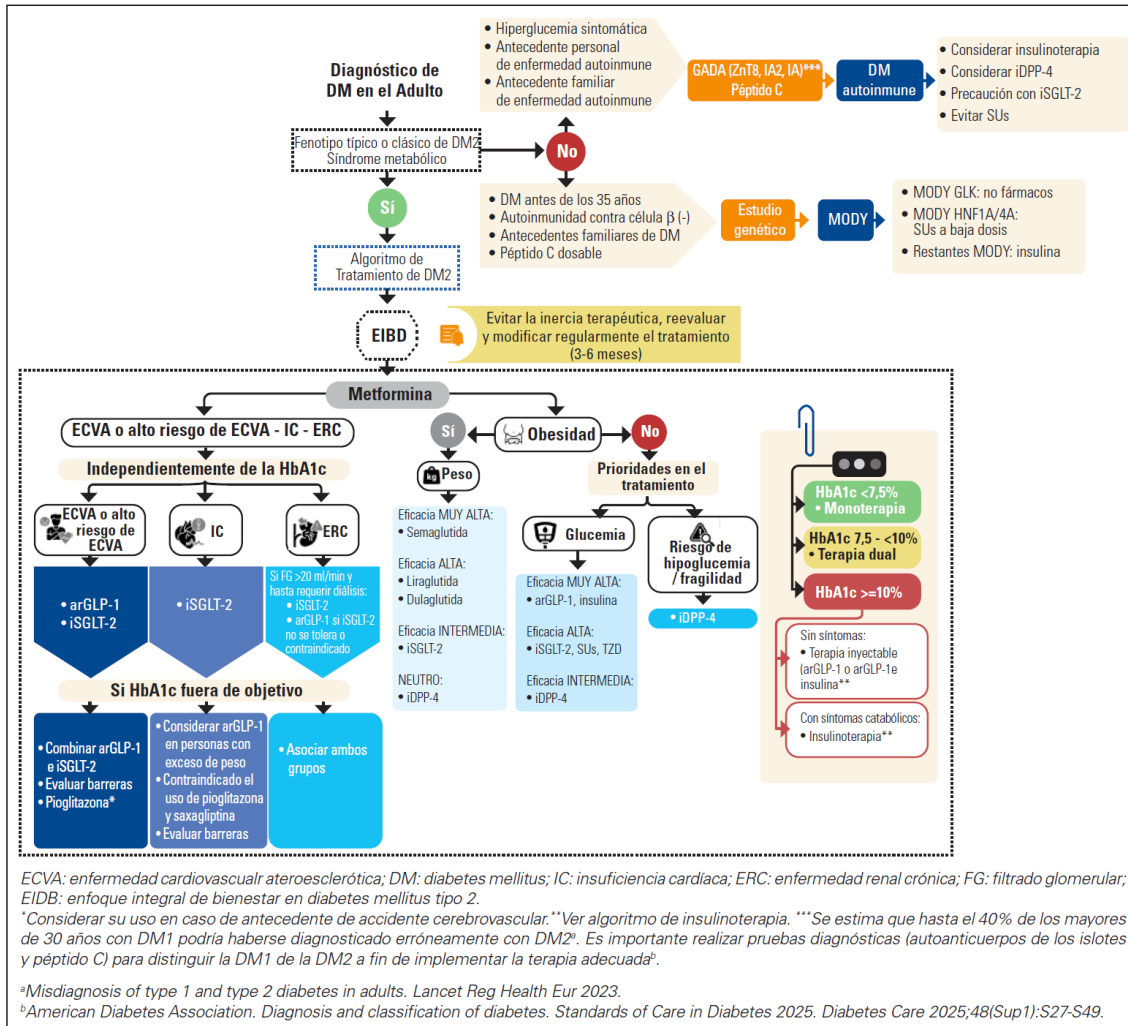
control glucémico con otros fármacos o ante comorbilidades como ERC avanzada, insuficiencia hepática o IC.

INSULINAS	
TIPO DE ACCIÓN	COMPUESTO
<b>Ultrarrápida</b>	Faster Aspart
<b>Rápida</b>	Aspartica, Glulisina, Lispro Regular Humana
<b>Intermedia</b>	NPH
<b>Prolongada</b>	Degludec Glargina U-100 Glargina U-300
<b>Premezclas</b>	Aspártica protamina/aspártica 70/30 Lispro protamina/lispro 75/25 Lispro protamina/lispro 50/50 NPH/regular 70/30
<b>Combinadas con AR-GLP1</b>	Glargina/lixisenatida 10-40 Glargina/lixisenatida 30-60

También puede usarse transitoriamente en situaciones como cirugías, embarazo o desnutrición. Se inicia con **0,1–0,2 UI/kg o 10 UI/día**, ajustando cada 3–5 días para alcanzar **glucemias en ayunas entre 80–130 mg/dl**. Si persiste HbA1c elevada, se añade insulina prandial ajustada según glucemias posprandiales. La combinación de insulina basal con arGLP-1 (separadas o en coformulación) se indica si no se logra el objetivo glucémico con insulina basal sola o al alcanzar dosis >60 UI/día, iniciando y ajustando según glucemias en ayunas y tolerancia.

En pacientes adultos jóvenes sin fenotipo de síndrome de metabólico y/o con historia personal o familiar de autoinmunidad, considerar el cribado con anticuerpos para detección de diabetes autoinmune pues se estima que hasta el 40% de los mayores de 30 años con DM1 podría haberse diagnosticado erróneamente con DM2. Es importante realizar pruebas diagnósticas (autoanticuerpos de los islotes y péptido C) para distinguir la DM1 de la DM2 a fin de implementar la terapia adecuada. Estos pacientes suelen requerir insulina desde el inicio y se recomienda evitar las sulfonilureas.

### **Algoritmo de tratamiento no farmacológico y farmacológico en adultos con diabetes mellitus tipo 2.**



### Insulinización basal en DM2

La insulina basal (IB) actúa reduciendo la glucosa hepática en ayunas y entre comidas. Puede utilizarse NPH o análogos de acción prolongada como glargina (U-100/U-300) o degludec. La NPH puede ser utilizada inicialmente por los costos, reservando los análogos para pacientes con hipoglucemias frecuentes o variabilidad glucémica. Cabe resaltar, que las guías detallan que los análogos de primera generación (glargina U-100 y biosimilares) producen menos hipoglucemias y menor variabilidad glucémica que las NPH, mientras que los análogos de segunda generación (glargina U-300 y degludec U-200) producen menos eventos hipoglucémicos que los análogos de primera generación. Se debe evitar la sobrebasalización (>0,5 UI/kg o >60 UI/día), ya que no aporta beneficios y puede aumentar el peso y el riesgo de hipoglucemia. No hay contraindicaciones absolutas para los análogos, salvo alergias.

### Insulinización basal-bolo (prandial)

La insulinización prandial se puede hacer con insulina regular, análogos rápidos (lispro, aspártica, glulisina) o ultrarrápidos (faster aspart).

### Titulación y esquemas intensificados

El esquema de titulación de insulina basal (IB) en personas con DM2 recomienda iniciar con 0,1–0,2 UI/kg o 10 UI/día, manteniendo el tratamiento previo y evaluando la reducción de fármacos con riesgo de hipoglucemia. Se ajusta cada 3–5 días según glucemias en ayunas: si >130 mg/dl, aumentar 2 UI; si >180 mg/dl, aumentar 4 UI; si <70 mg/dl, reducir 4 UI o 10% si la dosis es >60 UI. Si se controla la glucemia en ayunas pero no la HbA1c, se debe añadir insulina prandial en las comidas con glucemias posprandiales >180 mg/dl, comenzando con 2–4 UI. En pacientes con estilo de vida predecible o limitaciones en el automonitoreo, pueden usarse insulinas premezcladas (70/30 o 75/25), titulando la dosis según glucemias en ayunas y precena.

### Uso de insulina combinada con arGLP-1

Las combinaciones fijas de insulina basal con agonistas del GLP-1 (arGLP-1), como iGlarLixi (glargina/lixisenatida), mejoran glucemias en ayunas y posprandiales, reducen el peso y la hipoglucemia. Se indican en pacientes que no alcanzan el objetivo de HbA1c con IB sola. La titulación es semanal: aumentar 2 UI si GPA está entre 100–140 mg/dl, o 4 UI si es >140 mg/dl. Reducir si GPA <70 mg/dl. La dosis máxima es 60 UI de insulina glargina y 20 mcg de lixisenatida.

## CIRUGÍA METABÓLICA

**La cirugía metabólica** (CM) está recomendada en personas con diabetes tipo 2 y un IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> (o >37,5 en asiáticos), o entre 35–39,9 kg/m<sup>2</sup> (32,5–37,4 en asiáticos) si la hiperglucemia no está controlada pese al tratamiento óptimo. Puede considerarse también con IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> aunque la glucemia esté controlada, o desde 30 kg/m<sup>2</sup> (27,5 en asiáticos) si persiste mal control glucémico. La evidencia muestra que la CM supera al tratamiento médico en control glucémico y metabólico, y se asocia a reducciones sostenidas en el riesgo cardiovascular, complicaciones microvasculares, cáncer y mortalidad.

## AJUSTE DE FÁRMACOS SEGÚN FUNCIÓN RENAL (TFGE)

TFG	>60 ml/min	60-45 ml/min	<45-30 ml/min	<30-15 ml/min	<15 ml/min	Díálisis
Metformina	500 a 3000 mg/día (2 a 3 tomas)	Máx 2000 mg/día (si ya se inició) Máx 1.000 mg/día (si se inicia)	Máx 1000 mg/día (si ya se inició) No iniciar	Contraindicada		
Pioglitazona	15 a 45 mg/día				Contraindicada	
Gliclazida	30 a 120 mg/día			No recomendada		
Glimepirida	1 a 4 mg/día	Precaución 1 a 4 mg/día	1 mg/día (si ya se inició)	No recomendada		
Repaglinida	0,5 a 4 mg/día (3 tomas)					
Sitagliptina	100 mg/día		50 mg/día	25 mg/día		
Vildagliptina	50 mg cada 12 h	50 mg/día				
Linagliptina	5 mg/día					
Evogliptina	5 mg/día					No recomendada
Teneligliptina	20 mg/día					
Saxagliptina	5 mg/día		2,5 mg/día			No recomendada
Liraglutida	1,2 a 1,8 mg/día				No recomendada*	
Semaglutida SC	0,25 a 1 mg/día				No recomendada*	
Semaglutida VO	3 a 14 mg/día				No recomendada*	
Dulaglutida	0,7 a 1,5 mg/día				No recomendada*	
Dapagliflozina	10 mg/día			No recomendada iniciar con TFG <25 ml/min**		
Empagliflozina	10 a 25 mg/día	10 mg/día			No recomendada iniciar con TFG <20 ml/min**	
Canagliflozina	100 a 300 mg/día	100 a 300 mg/día		No recomendada iniciar con TFG <30 ml/min**		
Insulina						
Insulina+lixisenatida	Lixisenatida 10 a 20 mcg/día			No recomendada		

Fuente: Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes Vol. 59 N° 1 Enero-abril de 2025: 29-66 ISSN 0325-5247 (impresa) ISSN 2346-9

Este material está dirigido exclusivamente a profesionales de la salud que prescriben y dispensan, con el propósito de brindar información científica y educativa. Cualquier mención de indicación OFF LABEL tiene el único objetivo de intercambio científico y no representa una promoción. SANOFI no recomienda indicaciones que no estén contenidas en la información para prescribir aprobada de sus productos por la Autoridad Regulatoria Local. Argentina: Sanofi Aventis Argentina S.A. – Tucumán 1, Piso 4, C1049AAA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Teléfono (011) 4732500, www.sanofi.com.ar