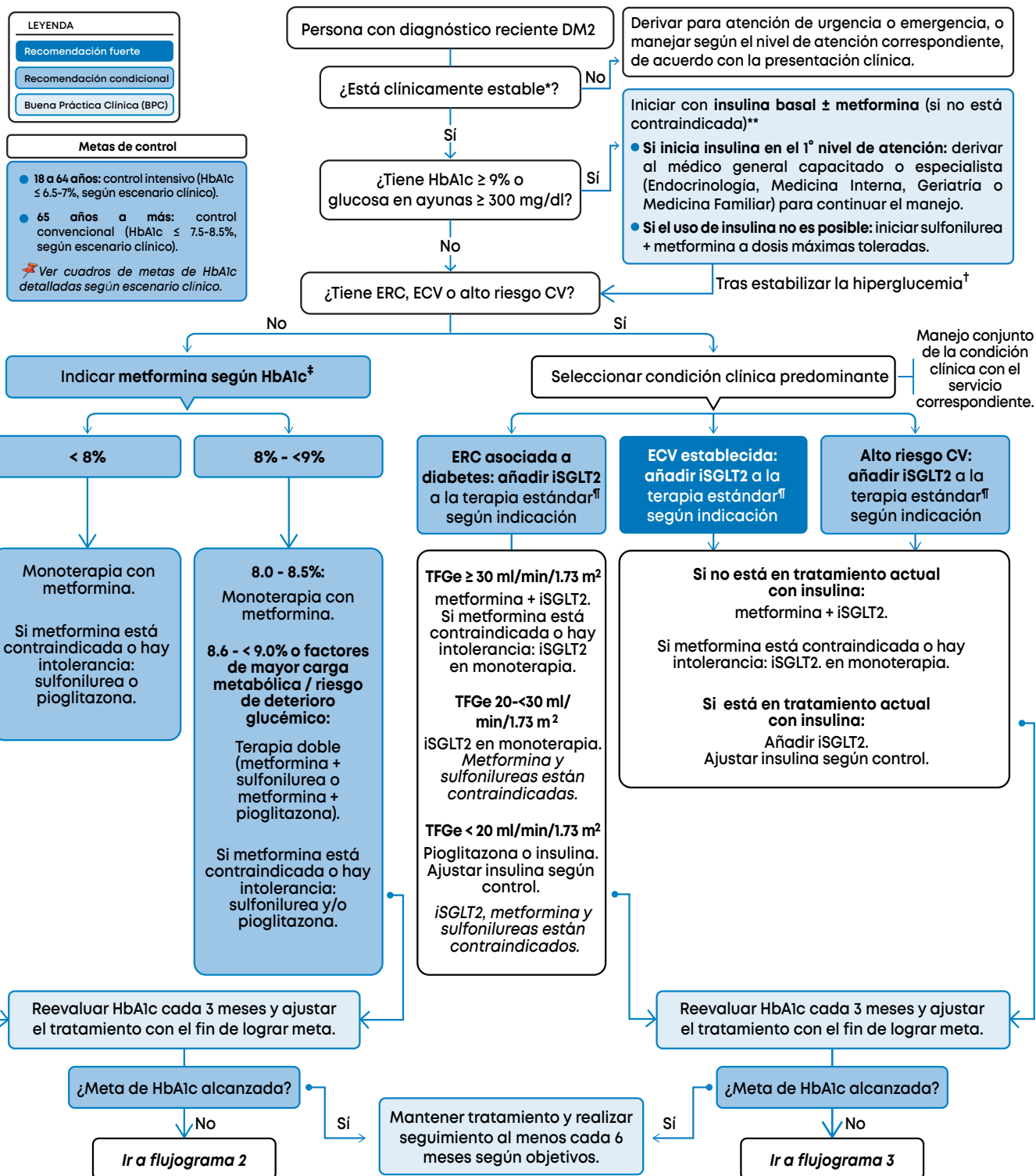


Manejo farmacológico inicial en personas con diagnóstico reciente de DM2



*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).

** 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 cardiorenal 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).

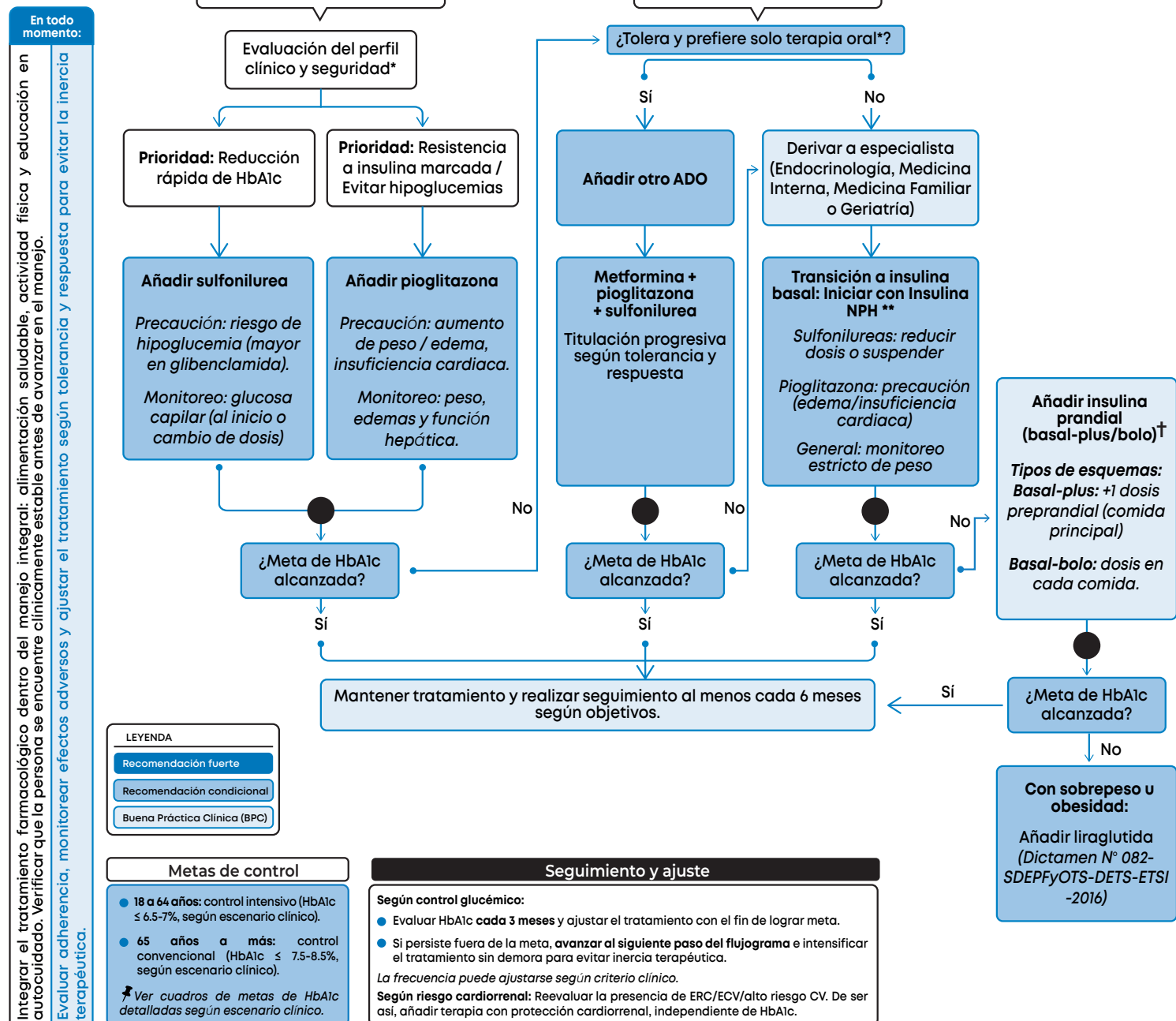
DM2: diabetes mellitus tipo 2, HbA_{1c} : hemoglobina glicosilada, ERC: enfermedad renal crónica, ECV: enfermedad cardiovascular, CV: cardiovascular, iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2, TFGe: tasa de filtración glomerular estimada.

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Guía de Práctica Clínica para el Manejo farmacológico de Personas adultas con diabetes mellitus tipo 2: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2025.

Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>

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

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

Persona adulta con DM2 y ERC / ECV o alto riesgo CV, en tratamiento farmacológico previo que incluye iSGLT2 y que no alcanza la meta de HbA1c individualizada

En ERC (TFGe 25-60 ml/min/1.73m²) con albuminuria persistente a pesar de terapia con IECA/ARA II e iSGLT2:

Añadir finerenona
(Dictamen N° 048-DETS-IETSI-2025)
Monitorizar K⁺ y TFGe.
Mantener tratamiento y seguimiento conjunto con Nefrología

Mantener iSGLT2* y otras terapias con beneficio cardiorrenal según las condiciones clínicas

Manejo conjunto de la condición clínica con el servicio correspondiente.

Intensificación del tratamiento farmacológico



¿El paciente ya usa insulina?

No

Sí

Sí

No

Añadir otro ADO

Derivar a especialista (Endocrinología, Medicina interna, Medicina familiar o Geriatría)

Según condición clínica y TFGe

Insuficiencia cardíaca:
considerar sulfonilurea,
evitar pioglitazona

TFGe ≥ 30 ml/min/1.73m² :
considerar sulfonilurea
o pioglitazona

Transición a insulina basal:

Iniciar con insulina NPH[§]

Sulfonilureas: reducir dosis o suspender

Pioglitazona: precaución
(edema/insuficiencia cardíaca)

General: monitoreo estricto de peso

¿Meta de HbA1c alcanzada?

¿Meta de HbA1c alcanzada?

Sí

Sí

Mantener tratamiento y realizar seguimiento al menos cada 6 meses según objetivos.

Añadir insulina prandial (basal-plus/bolo) †

Tipos de esquemas:
Basal-plus: +1 dosis preprandial (comida principal)
Basal-bolo: dosis en cada comida.

¿Meta de HbA1c alcanzada?

Sí

No

Con sobrepeso u obesidad:

Añadir liraglutida

(Dictamen N° 082-SDEPFyOTS-DETS-ETSI-2016)

LEYENDA

Recomendación fuerte

Recomendación condicional

Buena Práctica Clínica (BPC)

Metas de control

- 18 a 64 años: control intensivo (HbA1c $\leq 6.5-7\%$, según escenario clínico).
 - 65 años a más: control convencional (HbA1c $\leq 7.5-8.5\%$, según escenario clínico).
- ★ Ver cuadros de metas de HbA1c detalladas según escenario clínico.

Seguimiento y ajuste

- Según control glucémico:
- Evaluar HbA1c cada 3 meses y ajustar el tratamiento con el fin de lograr meta.
 - Si persiste fuera de la meta, avanzar al siguiente paso del flujograma e intensificar el tratamiento sin demora para evitar inercia terapéutica.
- La frecuencia puede ajustarse según criterio clínico.

Integrar el tratamiento farmacológico dentro del manejo integral: alimentación saludable, actividad física y educación en autocuidado. Verificar que la persona se encuentre clínicamente estable antes de avanzar en el manejo.

Evaluar adherencia, monitorear efectos adversos y ajustar el tratamiento según tolerancia y respuesta para evitar la inercia terapéutica.

* Si recibe iSGLT2 y la TFGe desciende por debajo de 20 ml/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.

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Guía de Práctica Clínica para el Manejo farmacológico de Personas adultas con diabetes mellitus tipo 2: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2025.

Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>