



Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2



Definición

Control glucémico intensivo

Estrategia individualizada, orientada a alcanzar metas específicas de HbA1c según las características clínicas del paciente.

Control glucémico convencional

Estrategia que implica metas de HbA1c más flexibles, generalmente superiores a 7%, individualizadas.

Meta objetivo de hemoglobina glicosilada (HbA1c)

18 a 64 años → Control glucémico intensivo

Considere estos escenarios 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 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, enfermedad cardiovascular establecida, ≥ 3 factores de riesgo cardiovascular.

Seguimiento de HbA1c

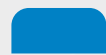
- En personas que aún no alcanzan las metas, realizar el control glucémico al menos cada 3 meses.
- En personas que mantienen la meta glucémica y un esquema terapéutico estable, realizar el control al menos cada 6 meses.
- La frecuencia puede ajustarse según la situación individual del paciente, asegurando reevaluación periódica de la respuesta y ajustes del tratamiento.

≥ 65 años → Control glucémico convencional

Considere estos escenarios 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.



Recomendación



Buena práctica



Consideración

Escanea el QR
para ver la guía completa

o pulsa aquí



IETSI
EsSalud

INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN

EsSalud



Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2

Manejo inicial

En personas adultas con DM2 que se encuentran clínicamente estables

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).

HbA1c <8%



Inicie monoterapia con metformina

HbA1c <8%
Con contraindicación o intolerancia a la metformina



Inicie monoterapia con sulfonilurea o pioglitazona

HbA1c 8-<9%



Inicie monoterapia con metformina o terapia doble que incluya metformina

8.0% - 8.5%
sin síntomas de hiperglucemia y con buen estado funcional.



Metformina

8.6% - <9.0%
o si existen factores que orientan el inicio de tratamiento combinado, al reflejar una mayor carga metabólica y un mayor riesgo de deterioro glucémico.



Terapia doble
(metformina + pioglitazona o metformina + sulfonilurea)

HbA1c ≥ 9%



Inicie insulina basal



Antes de iniciar sulfonilureas:

Tenga en cuenta la definición de **hipoglucemia** y los factores asociados a mayor riesgo.

- **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.

Escanea el QR
para ver la guía completa

o pulsa aquí



Recomendación

Buena práctica

Consideración

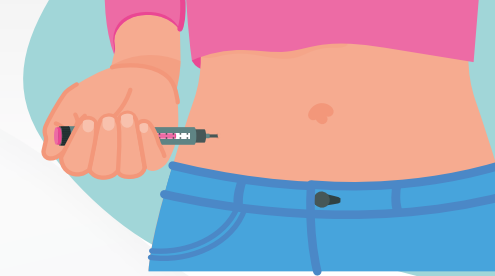
IETSI
EsSalud

INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN

EsSalud



Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2



Manejo inicial

En personas adultas con DM2 clínicamente estables con
 $\text{HbA1c} \geq 9\%$ o glucosa en ayunas $\geq 300 \text{ mg/dl}$

▼
Inicie insulina basal

▼
Insulina Isófana Humana (NPH) administrada por vía SC

► **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 TFGe.

► **Dosis máxima habitual:**

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

► **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:

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



¡Tenga en cuenta!

- Antes de iniciar con insulina, realice una evaluación clínica integral.
- La dosis de insulina puede reducir progresivamente o suspenderse, siempre bajo criterio clínico.

El uso seguro de insulina requiere educación, técnica adecuada y monitoreo.

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

Derive al médico con competencias en insulino terapia:

Médico general capacitado o especialista (Endocrinología, Medicina Interna, Geriátrica o Medicina Familiar) para su evaluación.

Cuando no es posible la administración de insulina por falta de disponibilidad, limitaciones del paciente o rechazo a su uso:

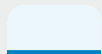


Inicie el tratamiento con una sulfonilurea + metformina a dosis máximas toleradas.

SC: subcutánea. TFGe: tasa de filtración glomerular estimada.



Recomendación



Buena práctica



Consideración

Escanea el QR
para ver la guía completa

o pulsa aquí



IETSI
EsSalud

INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SAUD E
INVESTIGACIÓN

 **EsSalud**



Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2



Intensificación del tratamiento

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

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



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

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.

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 iniciarla ingesta de la comida.

Pueden mezclarse en la misma jeringa.

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.

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.

Glargina* + Lispro*

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

Escanea el QR para ver la guía completa

o pulsa aquí



Recomendación

Buena práctica

Consideración

IETSI
EsSalud

INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN

EsSalud



Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2

Intensificación del tratamiento

En personas adultas con DM2 y control glucémico inadecuado con:

Control glucémico inadecuado:
No se logran metas glucémicas pese a buena adherencia terapéutica y cambios de estilo de vida.

Monoterapia con metformina



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

Terapia doble con ADO



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

En personas con terapia doble con sulfonilurea y pioglitazona y no se les puede añadir metformina (por contraindicación o intolerancia)



Inicie tratamiento con insulina basal



Insulina NPH



Si hay alto riesgo de hipoglucemia severa



Considere insulina glargina

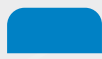
Terapia triple con ADO



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

ADO: antidiabéticos orales.

La decisión terapéutica debe individualizarse considerando las características clínicas, el objetivo glucémico, el riesgo de hipoglucemia, las comorbilidades, el impacto en el peso, el perfil de seguridad, la disponibilidad y las preferencias de la persona.



Recomendación



Buena práctica



Consideración

Escanea el QR
para ver la guía completa

o pulsa aquí



IETSI
EsSalud

INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN

 **EsSalud**



Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2



Escenarios específicos

En personas adultas con DM2 y:

ERC asociada a diabetes



Añada un iSGLT2 al tratamiento estándar*

Criterios para iniciar iSGLT2

- TFGe ≥ 20 mL/min/1.73m² y RAC ≥ 200 mg/g, o
- TFGe 20 a < 45 mL/min/1.73 m², independientemente de la albuminuria.

*Tratamiento estándar:

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

ECV establecida



Añada un iSGLT2 al tratamiento estándar

ECV establecida:

Si presenta alguna de estas condiciones:

- **Enfermedad coronaria aterosclerótica:** 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 cardíaca:** con fracción de eyección reducida, levemente reducida o preservada, atribuida a ECV.
- **Arritmias mayores de origen cardiovascular:** fibrilación auricular atribuida a cardiopatía estructural o aterosclerosis.

Alto riesgo CV



Añada un iSGLT2 al tratamiento estándar

Alto riesgo CV:

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

Evidencia de daño de órgano diana

- Hipertrofia ventricular izquierda, confirmado mediante ecocardiograma
- Retinopatía diabética

≥ 3 factores de riesgo CV

- Edad (≥ 55 años)
- Hipertensión
- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Obesidad
- Retinopatía diabética



Dosis de iSGLT2



Dapaglifozina 10 mg/día, por VO.



Empaglifozina 10 mg/día (dosis mínima), 25 mg/día (dosis máxima), por VO

ERC: enfermedad renal crónica. ECV: enfermedad cardiovascular. CV: cardiovascular. iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. TFGe: Tasa de filtración glomerular estimada. RAC: relación albúmina creatinina. DM2: diabetes mellitus tipo 2. ICC: insuficiencia cardíaca crónica. IECA: inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina. ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II. VO: vía oral.

Escanea el QR
para ver la guía completa

o pulsa aquí



Recomendación

Buena práctica

Consideración

IETSI
EsSalud

EsSalud



Guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2

Integre el tratamiento farmacológico dentro del manejo integral:



Verifique que la persona se encuentre clínicamente estable antes de avanzar en el manejo.

Evalúe la adherencia, monitoree los efectos adversos y ajuste el tratamiento según la tolerancia y la respuesta clínica para evitar la inercia terapéutica.

¿Qué es inercia terapéutica?

Falta de ajuste oportuno del tratamiento cuando no se alcanzan las metas establecidas.

Consulte también estos manuales institucionales de EsSalud para un manejo integral:



Manual para el Cuidado Integral del Paciente con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud- EsSalud. EsSalud, 2023.
<https://bit.ly/manualcuidadoDM2>



Guía de atención nutricional en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. EsSalud, 2019.
<https://bit.ly/guianutricionalDM2>



Manual para la prevención y cuidado Integral del asegurado con hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica. EsSalud, 2025.
<https://bit.ly/manualHtaDm2Erc>

Escanea el QR
para ver la guía completa
o pulsa aquí



Recomendación

Buena práctica

Consideración

IETSI
EsSalud
INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN

EsSalud