Fundación redGDPS
Comprometidos con la DIABETES

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2026

1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante, prevalece sobre la elección respecto a los valores de HbA1c. **En** color **VERDE** opciones con **evidencias en reducción de eventos**.
2. Si antecedentes de **ictus**, preferiblemente **arGLP1** o **pioglitazona**.
3. Se considera **elevado RCV si ≥3 FRCV**: **Obesidad, HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, albuminuria, FG < 60 ml/min** o **antecedentes familiares de ECV precoz**.
4. **iSGLT2, arGLP1** o **arGIP-GLP1 con evidencias** en reducción de eventos.
5. Actualmente en España, los **arGLP1** y **arGIP-GLP1** solamente están **financiados** en **tratamiento combinado si IMC ≥ 30 kg/m²**.
6. **METFORMINA**: **Añadir o mantener para optimizar control glucémico. Titular** la dosis de metformina para mejorar la tolerancia digestiva. **Reducir** dosis metformina a la **mitad si FG <45 ml/min** y **suspender si FG<30 ml/min**.
7. Si **FG <15 ml/min** preferible **iDPP4** (ajustar dosis), **repaglinida, pioglitazona** o **insulina**.
8. **Cana, dapa** o **empagliflozina** si **FG ≥ 20 ml/min**.
9. **Semaglutida** y **dulaglutida** se pueden prescribir **si FG ≥15 ml/min**.
10. Si **IMC > 35kg/m² considerar cirugía bariátrica**.
11. **Canagliflozina 300** es el iSGLT2 con **mayor** potencia en **reducción de HbA1c y de peso**.
12. Se recomienda desintensificar o **simplificar los regímenes terapéuticos** complejos. En pacientes con **ECV, IC o ERC se deben utilizar iSGLT2 o arGLP1, si no hay contraindicación**.
13. **No asociar iDPP4 con arGLP1 o arGIP-GLP1; ni SU con repaglinida**. Considerar el perfil del paciente a la hora de la elección del tercer y cuarto fármaco.
14. Considerar un objetivo de **HbA1c<6,5%** en pacientes jóvenes, de **reciente diagnóstico**.
15. Reevaluar **HbA1c a los 3 meses** tras **inicio o después de cambio terapéutico**. **Intensificar** tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha **conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses**.
16. **Gliclazida o glimepirida** son las de elección.
17. Clínica grave: **poliuria, polidipsia** y **pérdida de peso** no explicable. Medir **cetonuria** e investigar **desencadenantes**: Corticoterapia, infecciones, neoplasias… La **insulinización puede ser transitoria**.

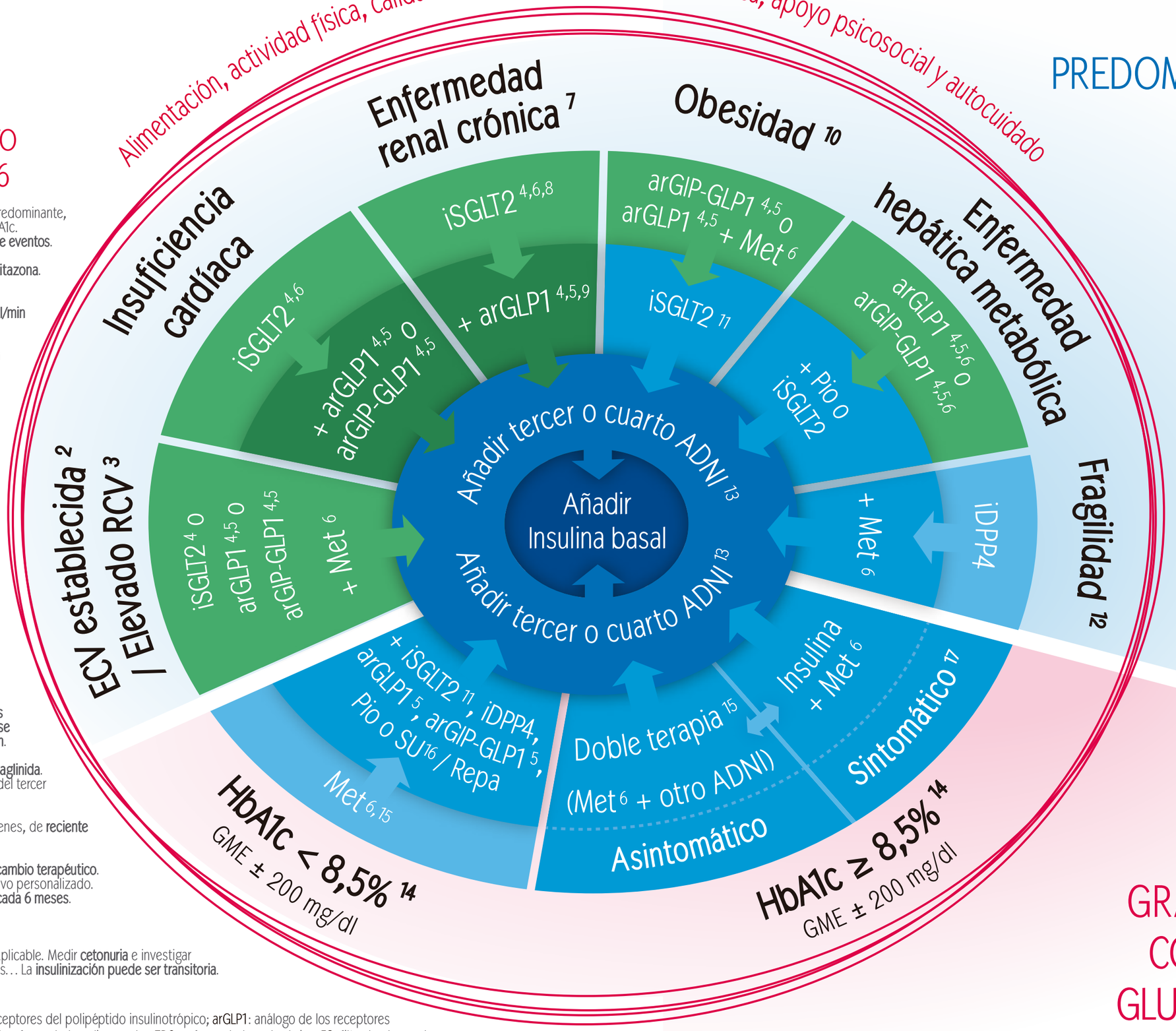


Tabla objetivos
Algoritmos específicos
Publicación

GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO [15]

ABREVIATURAS:
ADNI: antidiabético no insulínico; **arGIP**: análogo de los receptores del polipéptido insulinotrópico; **arGLP1**: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; **DM2**: diabetes tipo 2; **ECV**: enfermedad cardiovascular; **ERC**: enfermedad renal crónica; **FG**: filtrado glomerular; **FRCV**: factores de riesgo cardiovascular; **GME**: glucemia media estimada; **HbA1c**: hemoglobina glucosilada; **HTA**: hipertensión arterial; **IC**: insuficiencia cardiaca; **iDPP4**: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; **IMC**: índice de masa corporal; **iSGLT2**: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; **Met**: metformina; **Pio**: pioglitazona; **RCV**: riesgo cardiovascular; **Repa**: repaglinida; **SU**: Sulfonilureas.

© redGDPS · Actualizado: Enero 2026

Fundación redGDPS

Comprometidos con la DIABETES

OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO INDIVIDUALIZADO EN DM2 redGDPS 2026

1. Reevaluar la **HbA1c cada 3 meses si no se alcanza el objetivo** de control personalizado; y **cada 6 meses** si el paciente **está en objetivo**.
2. En pacientes con algún **condicionante clínico,** se dará prioridad a los tratamientos con evidencias, **independiente de cualquier nivel de HbA1c**.
3. Es de especial importancia alcanzar un objetivo **HbA1c < 6,5%** durante el **primer año** y **mantenerlo** siempre que se controle **sin hipoglucemias**.
4. La **fragilidad** viene determinada, entre otros, por el deterioro funcional y/o cognitivo; debe establecerse un **objetivo flexible en torno a 7,5-8,5%** con **especial vigilancia** en pacientes tratados **con insulina o SU**.
5. En pacientes con esperanza de **vida limitada, NO hay objetivo de HbA1c**. Se debe dar prioridad a la calidad de vida y evitar síntomas.

DURACIÓN DE LA DM2, FRAGILIDAD O COMPLICACIONES	HbA1c[1]
RECIENTE DIAGNÓSTICO: SIN Fragilidad NI complicaciones[2]	<6,5%[3]
SIN FRAGILIDAD CON: • Larga evolución (>10 años) SIN Complicaciones • >75 años	≤7%
FRAGILIDAD MODERADA-GRAVE[4]: Deterioro cognitivo y/o Limitación funcional	7,5 - 8,5%
FRAGILIDAD MUY GRAVE[5] o esperanza de vida limitada	Evitar síntomas (Hipoglucemia o hiperglucemia)

OBJETIVOS DE CONTROL METABÓLICO PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA (MCG)[1] redGDPS 2026

*Incluye porcentaje de valores > 250 mg/dL.

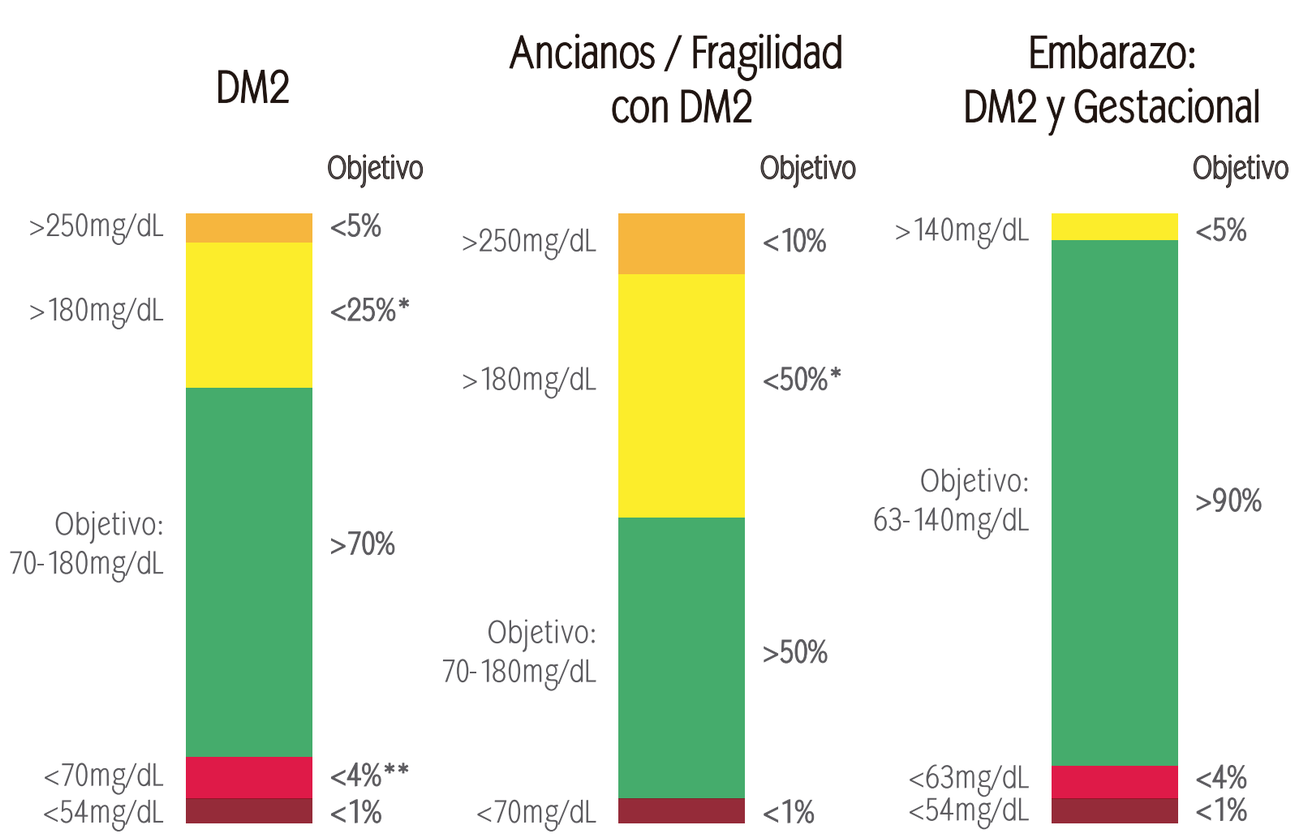
**Incluye porcentaje de valores < 54 mg/dL.

1. Modificado de Battelino T y cols. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range.
Diabetes Care. 2019 Aug;42(8):1593-1603.

2. Bellido V, et al. Time-in-range for monitoring glucose control: Is it time for a change?
Diabetes Res Clin Pract. 2021 Jul;177:108917.

Tabla objetivos
Algoritmos específicos
Publicación

© redGDPS · Actualizado: Enero 2026



TAR: Tiempo por encima del Rango
Porcentaje de tiempo en hiperglucemia[2]
○ **Nivel 2: >250 mg/dL**

TAR: Tiempo por encima del Rango
Porcentaje de tiempo en hiperglucemia[2]
○ **Nivel 1: 181-250 mg/dL**

TIR: Tiempo en Rango
Porcentaje de tiempo que la glucosa está **en objetivo 70-180 mg/dL**[2]

TBR: Tiempo por debajo del Rango
Porcentaje de tiempo en hipoglucemia[2]
○ **Nivel 1: 54-69 mg/dL**

TBR: Tiempo por debajo del Rango
Porcentaje de tiempo en hipoglucemia[2]
○ **Nivel 2: < 54 mg/dL**