ALGORITMO Y OBJETIVOS DE CONTROL EN LA DM2

Joana Nicolau Ramis. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.
Irene Rodríguez Rodríguez. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.
Lluís Masmiquel Comas. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Resumen práctico para el manejo integral cardiorrenometabólico

1. Objetivos glucémicos

- HbA1c general: <7%
- Objetivo más estricto: ≤6,5% en pacientes seleccionados
- Objetivo menos estricto: 7-8% si fragilidad, comorbilidad o riesgo de hipoglucemia
- Glucemia preprandial: 80-130 mg/dl
- Glucemia posprandial: < 180 mg/dl (1-2 h tras el inicio de la comida)

2. Monitorización continua de glucosa (MCG)



- Tiempo en rango (70-180 mg/dl): >70%
- Tiempo <70 mg/dl: <4%
- Tiempo <54 mg/dl: <1%
- Útil especialmente con insulina, hipoglucemias o alta variabilidad

3. Presión arterial

- Objetivo habitual: <130/80 mmHg
- Considerar PAS 120-129 mmHg si se tolera
- Iniciar tratamiento farmacológico si PA confirmada ≥130/80 mmHg
- Si ≥150/90 mmHg: considerar combinación inicial

4. Lípidos

- Estatinas en la mayoría de adultos con DM2 de 40-75 años
- Prevención primaria de mayor riesgo: c-LDL <70 mg/dl y reducción ≥50%
- Prevención secundaria / muy alto riesgo: c-LDL <55 mg/dl y reducción ≥50%
- Añadir ezetimiba o iPCSK9 si no se alcanza objetivo

5. Aspirina

- Prevención secundaria: indicada
- Prevención primaria: valorar solo si alto riesgo CV y bajo riesgo hemorrágico
- No se recomienda de rutina en bajo riesgo o habitualmente >70 años

6. Estilo de vida

- Pérdida ponderal inicial: 5-10%
- Patrón dietético: mediterránea / DASH
- Actividad física: ≥150 min/semana + 2-3 sesiones de fuerza
- Abandono tabáquico, menos sedentarismo y sueño regular (~7 h)

7. Algoritmo terapéutico simplificado

DM2: individualizar según comorbilidad, HbA1c, peso, riesgo de hipoglucemia y preferencias

A) ECVA o alto riesgo CV
→ priorizar arGLP-1 con beneficio CV y/o iSGLT2

B) Insuficiencia cardíaca o ERC
→ priorizar iSGLT2

C) Obesidad o necesidad de mayor pérdida de peso
→ arGLP-1 o agonista dual GIP/GLP-1

D) Sin comorbilidades mayores
→ elegir según eficacia, peso, hipoglucemia, coste y preferencias

Si HbA1c ≥1,5% por encima del objetivo: considerar terapia combinada desde el inicio

Insulina si hiperglucemia sintomática, catabolismo, HbA1c > 10% o glucemia ≥300 mg/dl

Abordaje integral: glucemia + presión arterial + lípidos + peso + riesgo cardiovascular y renal.