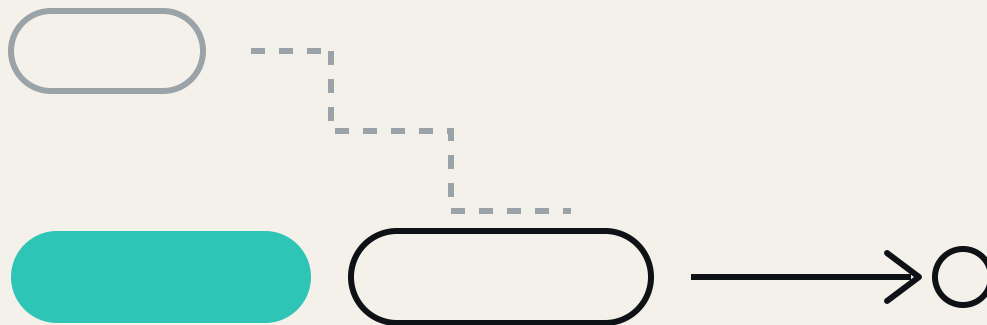


Metformina ya no va sola

Qué cambió en el consenso ADA/EASD 2026 de diabetes tipo 2, con cada dato y su página.



ISGLT2 · TERAPIAS BASADAS EN GLP-1
POR ÓRGANO · PESO · LA PERLA



@ramon.flores.img

MATERIAL EDUCATIVO.
NO ES UNA INDICACIÓN INDIVIDUAL.

De la hiperglucemia a proteger desde el inicio

De «Management of Hyperglycemia» (2022, p2753) a «Management of type 2 diabetes» (2026, p1): glucosa, peso y protección directa de corazón, riñón e hígado (p32). Que su beneficio no dependa de la metformina ya lo decía 2022 para alto riesgo (p2769); lo nuevo es para quién y cuándo.

2022 · DIABETES CARE

2026 · DIABETOLOGIA

Para bajar la glucosa, la metformina «sigue siendo el agente de elección en la mayoría» (p2772).

iSGLT2 y terapias basadas en GLP-1: «deben ser consideraciones terapéuticas de primera línea» (p22).

iSGLT2 / GLP-1 RA con beneficio probado en ECV, IC, ERC o riesgo alto, independiente de la metformina y de la HbA1c (p2769).

La mayoría se beneficiaría de iniciarlos temprano, «potencialmente desde el diagnóstico» (p33).

Peso: «al menos 5 %» es una meta razonable para la mayoría (p2771).

Metas de peso «tan esenciales» como las glucémicas; con GLP-1 se puede apuntar a >15 % (p29, p31).

Tirzepatida: aprobada para glucosa; datos CV pendientes de SURPASS-CVOT (p2763).

No inferior a dulaglutida en MACE; cuenta como terapia basada en GLP-1 (p15, p5).

Finerenona y búsqueda de hipercortisolismo: no aparecían.

Recomendadas en su contexto (p23–24, p34).

1 «Basadas en GLP-1» incluye a la tirzepatida. El término agrupa a los agonistas GLP-1 y al agonista dual GLP-1/GIP tirzepatida (p5).

EJEMPLO SURPASS-CVOT: tirzepatida fue no inferior a dulaglutida en MACE, HR 0.92 (IC 95.3 % 0.83–1.01). No inferioridad, no superioridad (p15).

2 **Cuándo considerar combinarlos.** iSGLT2 + GLP-1 «podría considerarse» en riesgo cardiovascular alto o con ECV o enfermedad renal establecida, sin importar la HbA1c (p22); y «debe considerarse» temprano cuando coexisten ECV, ERC e IC (p1, p24).

EJEMPLO En insuficiencia cardíaca, la base es el iSGLT2 (p22, p24); en ICfEp con obesidad, iSGLT2 y/o GLP-1 (Fig. 4, p21).

¿Y LA METFORMINA?

No desaparece: «todavía tiene valor en muchas personas» por su potente descenso de glucosa (p33). En bajo riesgo (hiperglucemia mínima, poco exceso de peso, sin daño de órgano) cabe un enfoque más escalonado (p32–33).

Qué recomienda según el paciente

Recomendaciones del consenso, textuales en su sentido y con su página. Elección individual, no protocolo.

RIÑÓN · ERC +
ALBUMINURIA

Añadir un ARM no esteroideo con beneficio probado (finerenona) cuando la TFGe es >25 ml/min/ 1.73 m² (p23). El iSGLT2 es la base (p24).

CORAZÓN · ICFEP +
OBESIDAD

Semaglutida o tirzepatida para mejorar los síntomas de insuficiencia cardiaca. iSGLT2 en toda IC (p22).

HÍGADO · MASLD +
OBESIDAD

Una terapia basada en GLP-1 con beneficio probado. En MASH por biopsia, también pioglitazona o tirzepatida (p28).

3 Las metas de peso pesan tanto como las de glucosa. «Desarrollar metas de peso es tan esencial como las metas glucémicas» (p29). ≥ 5 % ya da beneficio metabólico; con terapias basadas en GLP-1 se puede apuntar a >15 % (p31).

EJEMPLO Cuidar el músculo: proteína adecuada y ejercicio de fuerza durante la pérdida de peso (p14, p30).

4 Las 5 S, el día completo. Estar de pie (standing), caminar (stepping), sudar (sweating), fortalecer (strengthening) y dormir (sleep): «fundamentales» en el manejo (p4, p14).

EJEMPLO ≥ 150 min/semana de actividad aeróbica, fuerza 2–3 veces por semana, ~ 7 –8 h de sueño (p12, p14).

Lo que cae en el examen y lo que no hay que exagerar

LA PERLA

DM2 resistente al tratamiento pese a varios fármacos: considerar buscar causas secundarias, como el hipercortisolismo (p34). Se asocia con la hiperglucemia en aproximadamente una cuarta parte de estas personas (p18).

ADVERTENCIAS

Terapias basadas en GLP-1: efectos gastrointestinales frecuentes al iniciar y escalar (p16). iSGLT2: riesgo bajo de cetoacidosis, incluso euglucémica; suspender en ayuno prolongado, cirugía o enfermedad aguda (p14–15). En mujeres en edad reproductiva: asesoría sobre anticoncepción (p25).

MATICES

El propio consenso dice que aún no hay evidencia sólida para combinar iSGLT2 y GLP-1 de rutina, ni sobre el orden (p37). Que el beneficio CV y renal no dependa de la metformina viene de análisis de subgrupos «no protegidos por aleatorización», así que «la evidencia no es definitiva» (p16). En bajo riesgo cabe un enfoque más escalonado (p32–33).

1. Davies MJ, Aroda VR, Bajaj M, et al. Management of type 2 diabetes, 2026. A consensus report by the ADA and the EASD. *Diabetologia*. 2026. doi:10.1007/s00125-026-06855-7. Publicado simultáneamente en *Diabetes Care*, doi:10.2337/dci26-0141. Las páginas «p1–p57» son las del PDF de *Diabetologia* (versión en línea, acceso abierto CC BY 4.0).
2. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the ADA and the EASD. *Diabetes Care*. 2022;45(11):2753–2786. doi:10.2337/dci22-0034. Páginas «p27xx» de la revista.

© 2026 RAMÓN FLORES · TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

Puedes compartir este PDF completo y sin cambios. Material educativo: no sustituye el juicio clínico ni indica dosis.



@ramon.flores.img

