

**“Diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2 en adultos: una revisión”**

*(Kalyani RR, Neumiller JJ, Maruthur NM, Wexler DJ. Diagnosis and Treatment of Type 2 Diabetes in Adults: A Review. JAMA. 2025;334(11):984-1002. Publicado en línea el 23 de junio de 2025.)*

Compendio de tablas  
clínicas basadas en la  
guía JAMA 2025 para el  
diagnóstico y tratamiento  
de la Diabetes Mellitus  
Tipo 2

Recomendaciones y conclusiones

Área de manejo	Puntos esenciales	Opciones terapéuticas recomendadas
<b>Diagnóstico y tamizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HbA1c <math>\geq 6,5\%</math>, glicemia ayunas <math>\geq 126</math> mg/dL, o <math>\geq 200</math> mg/dL post PTGO o al azar con síntomas.</li> <li>- Confirmar si asintomático.</li> <li>- Tamizaje desde los 35 años cada 3 años (anual si prediabetes o factores de riesgo).</li> </ul>	—
<b>Metas y estilo de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meta HbA1c: <math>&lt;7\%</math> (adultos); 7,5–8% (mayores o frágiles).</li> <li>- Dieta hipocalórica (–500 a –750 kcal/día).</li> <li>- Ejercicio aeróbico + resistencia <math>\approx 244</math> min/semana.</li> <li>- Pérdida de peso <math>&gt;5\%</math> mejora HbA1c y factores CV.</li> <li>- Educación en autocontrol reduce HbA1c hasta 0,6%.</li> </ul>	Intervención multidisciplinaria con nutricionista y educador en diabetes.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Primera línea:</b> Metformina (<math>\downarrow</math>HbA1c 1–1,5%, segura, económica).</li> <li>- <b>Segunda línea:</b> según comorbilidades.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASCVD: GLP-1RA o SGLT2i.</li> <li>• IC o ERC: SGLT2i <math>\pm</math> GLP-1RA.</li> </ul> </li> <li>- GLP-1RA y SGLT2i <math>\downarrow</math> mortalidad CV y progresión renal.</li> <li>- Tirzepatida (GIP/GLP-1) logra <math>\downarrow</math>HbA1c 2–2,5% y pérdida <math>&gt;10\%</math>.</li> </ul>	<p><b>GLP-1RA:</b> semaglutida, liraglutida, dulaglutida.</p> <p><b>SGLT2i:</b> empagliflozina, dapagliflozina.</p> <p><b>Otros:</b> DPP-4i (sitagliptina), TZD (pioglitazona), sulfonilureas (glimepirida).</p>
<b>Monitoreo y ajuste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CGM preferido: <math>\downarrow</math>HbA1c 0,3%, tiempo en rango (70–180 mg/dL) <math>&gt;70\%</math>.</li> <li>- Insulina basal si HbA1c <math>&gt;10\%</math> o síntomas; añadir prandial según necesidad.</li> <li>- Ajustar dosis al combinar con SGLT2i/GLP-1RA para evitar hipoglicemia.</li> </ul>	CGM o BGM estructurado. Insulina glargina, detemir o degludec.
<b>Prevención de complicaciones y guías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control intensivo <math>\downarrow</math> microvasculares (retinopatía 7,3% vs 10,4%; nefropatía 4,1% vs 5,2%).</li> <li>- Evitar sobretamamiento en mayores (<math>\uparrow</math> hipoglicemia).</li> <li>- Cirugía metabólica si IMC <math>\geq 30</math> (<math>\geq 27,5</math> asiáticos).</li> <li>- Guías ADA/EASD, KDIGO, ACP, NICE y OMS coinciden: tratamiento individualizado, beneficio cardiorrenal prioritario.</li> </ul>	Manejo integral centrado en el paciente: farmacoterapia + educación + monitoreo continuo.

Tabla 1. Diferenciación de la Diabetes Tipo 2 frente a otros tipos en adultos no gestantes

Categoría	Tipo 2	Tipo 1	MODY	Secundaria
<b>Prevalencia</b>	90–95%	5–10%	<5%	<5%
<b>Fisiopatología</b>	Resistencia insulínica y pérdida progresiva de función $\beta$ .	Destrucción autoinmune $\beta$ con déficit absoluto de insulina.	Mutación genética autosómica dominante (HNF1A, HNF4A, GCK).	Alteración pancreática o endocrina (p. ej. Cushing, pancreatitis, SARS-CoV-2).
<b>Edad de inicio</b>	$\geq 35$ años (en alza en jóvenes).	Cualquier edad; frecuente en jóvenes o adultos LADA.	<25 años.	Cualquiera.
<b>Presentación clínica</b>	Asintomática o síntomas leves; hiperglucemia moderada.	Síntomas catabólicos; glucosa >250–600 mg/dL.	Asintomática; leve (HbA1c <7,5%).	Variable.
<b>IMC típico</b>	$\geq 25$ .	<25 (puede ser mayor).	Variable, sin obesidad.	Cualquiera.
<b>Historia familiar</b>	Común (1er grado).	Menos frecuente.	Autosómica dominante.	No habitual.
<b>Cetoacidosis</b>	Rara; posible con SGLT2i.	Frecuente al debut.	Inusual.	Rara (SARS-CoV-2 o pancreatitis).
<b>Autoinmunidad</b>	Negativa o débilmente positiva (<10%).	Positiva (anti-GAD, IA-2, ZnT8, IAA).	Negativa.	Negativa.
<b>C-péptido</b>	Detectable.	Bajo o indetectable.	Detectable.	Variable.
<b>Tratamiento inicial</b>	Estilo de vida + orales $\pm$ insulina.	Insulina desde diagnóstico.	Dieta o sulfonilureas; a veces insulina.	Según causa base; evitar DPP-4i/GLP-1RA en pancreatitis.

Tabla 2. Selección individualizada de medicamentos no insulínicos en diabetes tipo 2

Clase farmacológica	Eficacia (↓HbA1c) / Peso / Hipoglicemia	Impacto en comorbilidades	Efectos adversos relevantes	Consideraciones clínicas principales
<b>Metformina (Biguanida)</b>	Alta (1–2%) / Neutra o ↓ leve / No	↓ riesgo CV y renal; IC neutra	Diarrea, náuseas, déficit B12, acidosis láctica (rara)	Fármaco inicial; titular lento; evitar si TFG <30; suspender en cuadros agudos o procedimientos.
<b>SGLT2i</b> (empagliflozin, dapagliflozina, canagliflozina, ertugliflozina)	Intermedia (0,5–1%) / ↓ moderada / No	↓ eventos CV, ↓ progresión ERC, ↓ hospitalización IC	Infecciones genitales/urinarias, riesgo de cetoacidosis euglicémica, hipotensión	Ideal en IC o ERC; mantener hidratación; suspender 3–4 días antes de cirugía.
<b>GLP-1RA / GIP-GLP-1</b> (liraglutida, semaglutida, dulaglutida, tirzepatida)	Alta–muy alta (1–2,5%) / ↓ marcada / No	↓ MACE, ↓ progresión renal, beneficio IC con FE preservada	Náuseas, vómitos, constipación; evitar si MEN2 o CMT	Primera línea si CV o ERC; semanal o diaria; ajustar insulina al combinar.
<b>DPP-4i</b> (sitagliptina, linagliptina, saxagliptina)	Intermedia (0,5%) / Neutra / No	CV y renal neutros; saxagliptina ↑ riesgo IC	Cefalea, nasofaringitis, artralgia	Alternativa oral si riesgo de hipoglicemia; no combinar con GLP-1RA.
<b>TZD (Pioglitazona)</b>	Alta (1–2%) / ↑ peso / No	Posible ↓ riesgo CV; ↑ riesgo IC	Edema, aumento de peso, fracturas, hepatotoxicidad	Económica; útil si costo es limitante; evitar en IC clase III–IV.
<b>Sulfonilureas / Meglitinidas</b> (glimepirida, gliclazida, repaglinida)	Alta (1–2%) / ↑ peso / Sí	CV neutro; sin beneficio renal	Hipoglicemia, mareo, náuseas	Opción de bajo costo; usar con precaución en mayores o ERC; administrar con comidas.
<b>α-glucosidasa</b> (acarbose, miglitol)	Intermedia (0,5%) / Neutra / No	CV neutro	Flatulencia, diarrea, malestar abdominal	Tomar con comidas; útil en hiperglicemia postprandial leve; limitada tolerancia GI.

Tabla 3. Selección individualizada de terapia con insulina en diabetes tipo 2

Tipo / Ejemplo de insulina	Rango habitual de dosis	Eficacia (↓HbA1c) / Costo	Seguridad y tolerancia	Consideraciones de uso y titulación	Indicaciones prácticas
<b>Basal (acción prolongada)</b> <i>NPH, glargina, degludec, glargina biosimilar (yfgn, agr)</i>	10–0,2 U/kg/día; hasta 200–300 U (usar concentradas si se requiere más)	Sin límite teórico / \$–\$\$\$	Hipoglicemia (más con NPH), reacciones locales, lipohipertrofia, aumento de peso	Iniciar con <b>10 U o 0,1–0,2 U/kg</b> ; ajustar +2 U cada 3 días hasta glicemia ayunas 80–130 mg/dL; reducir si hipoglicemia. Si no usa GLP-1RA o GIP/GLP-1, considerar agregarlo antes de intensificar insulina.	<b>Inicio:</b> hiperglicemia severa, HbA1c >10% o síntomas (poliuria/polidipsia). Mantener si control parcial. CV y renal: neutro.
<b>Prandial (acción rápida)</b> <i>Aspart, lispro, glulisina, inhalada</i>	4 U o 10% de la dosis basal antes de comidas; aumentar progresivamente	Alta / \$\$–\$\$\$	Riesgo de hipoglicemia, ganancia de peso	Titular cada 1–2 U (10–15%) dos veces por semana; ajustar según glicemia posprandial (meta <180 mg/dL).	Añadir si HbA1c >7% pese a basal. Cubrir comidas principales. Suspender o reducir basal al iniciar GLP-1RA.
<b>Premix (combinada)</b> <i>Aspart 70/30, Lispro 75/25 o 50/50, NPH/Regular 70/30</i>	Según requerimiento total diario dividido 2 veces/día	Alta / \$–\$\$	Hipoglicemia intermedia, aumento de peso	Indicado si patrón alimentario regular; ajustar mañana y cena según glicemia precomida.	Útil en pacientes con adherencia limitada o con horarios fijos.
<b>Combinaciones fijas</b> <i>Degludec/liraglutide, Glargine/lixisenatide</i>	Individual	Alta / \$\$\$\$	GI leves (por componente GLP-1), menor riesgo de hipoglicemia	Simplifican esquema; titular según componente basal.	Útil si requiere intensificación y desea reducir número de inyecciones.

Tabla 4. Recomendaciones actuales de guías internacionales para el manejo de la DM-2

Categoría	Principales recomendaciones según sociedades científicas
<b>Meta de HbA1c / glucosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ADA (2025):</b> &lt;7%; individualizar. &lt;6,5% en jóvenes o enfermedad reciente si es seguro; &lt;8% en mayores o múltiples comorbilidades.</li> <li>• <b>AACE (2023):</b> ≤6,5% si alcanzable sin hipoglicemia; 7–8% si comorbilidad o fragilidad.</li> <li>• <b>Endocrine Society (2019):</b> 7–8,5% según estado funcional; evitar hipoglicemia.</li> <li>• <b>ACP (2024):</b> 7–8%; reducir si &lt;6,5%.</li> <li>• <b>VA/DoD (2023):</b> 7–8,5%; individualizar.</li> <li>• <b>Diabetes Canada (2024):</b> &lt;6,5% si bajo riesgo de hipoglicemia; hasta 8,5% si frágil o con demencia.</li> <li>• <b>NICE (2022):</b> &lt;7% si en tratamiento; mantener sin hipoglicemia.</li> <li>• <b>OMS (2018):</b> &lt;7% o glicemia &lt;126 mg/dL, individualizar.</li> <li>• <b>IDF (2025):</b> Meta general &lt;7%; más alta en mayores.</li> </ul>
<b>Estilo de vida</b>	<p>Todas recomiendan intervención intensiva en dieta, control de peso, actividad física y educación diabetológica.</p>
<b>Terapia de primera línea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consenso general: <b>Metformina</b>.</li> <li>• Asociar <b>SGLT2i o GLP-1RA</b> si enfermedad CV, renal o IC.</li> <li>• <b>AACE, ADA, IDF:</b> priorizan SGLT2i/GLP-1RA incluso desde diagnóstico en comorbilidades mayores.</li> <li>• <b>VA/DoD, NICE:</b> basar elección en comorbilidades y relación beneficio/riesgo.</li> </ul>
<b>Terapia cardiorrenal (SGLT2i o GLP-1RA)</b>	<p>Recomendadas por <b>todas las guías</b> en pacientes con ASCVD, IC o ERC, <b>independiente de HbA1c</b>.            ADA, AACE, NICE, Canadá y IDF: iniciar precozmente incluso sin control glucémico previo.</p>
<b>Uso en IC o ERC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ADA / AACE / NICE / Canadá:</b> SGLT2i preferido; GLP-1RA alternativa si intolerancia.</li> <li>• <b>ACP / VA-DoD:</b> priorizan SGLT2i en IC o ERC.</li> <li>• <b>IDF:</b> SGLT2i óptimo; GLP-1RA básico.</li> </ul>
<b>Combinación SGLT2i + GLP-1RA</b>	<p>Sugerida si no se logra meta de HbA1c con monoterapia y persisten comorbilidades CV o renales.</p>
<b>Inicio de inyectables (GLP-1RA o insulina)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ADA / AACE:</b> iniciar GLP-1RA o GIP/GLP-1 como primera opción inyectable; insulina si HbA1c &gt;10%, glucosa &gt;300 mg/dL o catabolismo.</li> <li>• <b>Endocrine Society / VA-DoD:</b> preferir sulfonilurea o insulina en mayores.</li> <li>• <b>Canadá / NICE / OMS / IDF:</b> iniciar insulina si falla tratamiento oral o hiperglicemia sintomática.</li> </ul>
<b>Recomendaciones adicionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas enfatizan enfoque centrado en comorbilidades y riesgo hipoglicemia.</li> <li>• <b>ADA / AACE:</b> enfoque por complicación (“complication-centric”).</li> <li>• <b>ACP / Canadá:</b> evitar sobretratamiento; suspender sulfonilureas si es posible.</li> <li>• <b>OMS / IDF:</b> establecer dos niveles de atención —“básica” y “óptima”— según recursos disponibles.</li> </ul>