



**Resumen y
novedades**

**American Diabetes
Association 2024**



Recomendaciones de cribado de la DM2 en adultos asintomáticos

- 1 **Sobrepeso u obesidad** (índice de masa corporal [IMC] ≥ 25 kg/m² o ≥ 23 kg/m² en americanos asiáticos) y que tengan uno o más de los factores de riesgo siguientes:
 - Antecedentes familiares de primer grado con DM.
 - Raza/etnia de alto riesgo (p. ej., afroamericanos, latinos, americanos nativos, americanos asiáticos y nativos de las Islas del Pacífico).
 - Antecedentes de enfermedad cardiovascular.
 - Hipertensión ($\geq 130/80$ mmHg o en tratamiento de hipertensión).
 - Colesterol HDL < 35 mg/dl (0,90 mmol/l) y/o triglicéridos > 250 mg/dl (2,82 mmol/l).
 - Mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
 - Inactividad física.
 - Otras condiciones clínicas asociadas a resistencia a la insulina (p. ej., obesidad grave, *acantosis nigricans*).
- 2 **Prediabetes** (HbA1c $\geq 5,7\%$ [39 mmol/mol], ITG [intolerancia a la glucosa] o GAA [glucosa en ayunas alterada]): cribado anual.
- 3 **Diabetes gestacional**: cribados al menos cada 3 años de por vida.
- 4 **≥ 35 años**: si los resultados son normales, el cribado debe repetirse mínimo cada 3 años o antes, dependiendo de los resultados iniciales y el estatus de riesgo.
- 5 Pacientes **VIH**, con exposición a **medicación** de **alto riesgo** o con **antecedentes** de **pancreatitis**.

DM2: diabetes mellitus tipo 2; DM: diabetes mellitus.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S321.

Criterios de diagnóstico

Prediabetes

- **HbA1c** 5,7-6,4% (39-47 mmol/mol).
- **Glucemia basal en ayunas** de ≥ 8 h (GBA) 100-125 mg/dL (5,6-6,9 mmol/L).
- **Glucemia a las 2 horas** de una prueba de tolerancia oral a 75 g de glucosa (SOG) 140 - 199 mg/dL (7,8-11,0 mmol/L).

DM2

Pacientes asintomáticos*

- **HbA1c** $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol).
- **Glucemia basal en ayunas** de ≥ 8 h (GBA) ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l).
- **Glucemia a las 2 horas** de una prueba de tolerancia oral a 75 g de glucosa (SOG) ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Pacientes con síntomas

- En un paciente con síntomas clásicos de **hiperglucemia** o **crisis hiperglucémica** con glucemia al azar ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

* El diagnóstico definitivo de la DM2 en ausencia de hiperglucemia requiere 2 resultados anormales en los test de cribado (Glucemia basal en ayunas/Glucemia a las 2 h de SOG + HbA1c).

Círculo de decisión para el manejo de la DM2

Revisar y acordar el plan de manejo:

- Revisar el plan de manejo.
- Acuerdo mutuo en los cambios.
- Asegurar que la modificación acordada de la terapia se implemente de manera oportuna para evitar la inercia terapéutica.
- Ciclo de decisión llevado a cabo regularmente (anual/bianual).
- Operar en un sistema integrado de asistencia al paciente.

Proporcionar apoyo y monitorización continuos de:

- El bienestar emocional.
- El estilo de vida y comportamientos saludables.
- La tolerabilidad de la medicación.
- La biorretroalimentación que incluye la monitorización de glucosa en sangre, peso, contabilización de pasos, HbA1c, presión arterial, lípidos.

Implementar el plan de manejo:

- Garantizar una revisión periódica; en el caso de la DSMES, suele ser deseable un contacto inicial más frecuente.

Acordar el plan de manejo

Objetivos SMART específicos:

- Específico.
- Medible.
- Alcanzable.
- Realista.
- Tiempo limitado.

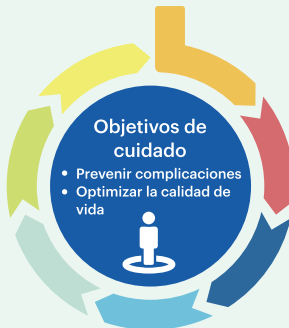
DM2: diabetes mellitus tipo 2.

DSMES: educación para el autocontrol de la diabetes.

ECVA: enfermedad cardiovascular arterioesclerótica.

ERC: enfermedad renal crónica.

IC: insuficiencia cardíaca.



Evaluar las características clave del paciente:

- Prioridades individuales.
- Actual estilo de vida y conductas saludables.
- Comorbilidades (ECVA, ERC, IC).
- Características clínicas (edad, HbA1c, peso).
- Problemas como la motivación, la depresión y la cognición.
- Contexto cultural y socioeconómico.
- Condicionantes sociales de la salud.

Considerar factores específicos que impactan en la elección del tratamiento:

- Objetivos glucémicos y de peso individualizados.
- Impacto en el peso, la hipoglucemia y la protección cardiorrenal.
- Efectos secundarios de la medicación.
- Complejidad del régimen terapéutico (frecuencia, modo de administración).
- Elegir el régimen terapéutico para aumentar la adherencia y persistencia.
- Acceso, coste y disponibilidad de la medicación.
- Factores fisiológicos subyacentes.

Toma de decisiones compartida para crear un plan de manejo:

- Asegurar acceso a la DSMES.
- Involucrar a pacientes informados y educados (y sus familiares/cuidadores).
- Explorar las preferencias del paciente.
- El lenguaje es importante (incluya un lenguaje que dé prioridad a la persona, que se base en los puntos fuertes y que potencie la autonomía).
- La consulta efectiva incluye entrevistas motivacionales, establecimiento de objetivos y toma de decisiones compartida.

Preferencias del paciente

Plan de MANEJO INDIVIDUALIZADO basado principalmente en:

- Edad.
- Estilo de vida.
- Factores sociales, económicos, culturales y laborales.
- Comorbilidades.
- Historia de DM2 (duración, complicaciones, uso actual de medicamentos).

¿Cómo elegir el tratamiento?

- 1 Efectos sobre las comorbilidades cardiovasculares y renales.
- 2 Eficacia.
- 3 Riesgo de efectos adversos (sobre todo de hipoglucemia y aumento de peso).
- 4 Coste y acceso.
- 5 Preferencias del paciente (tratamiento individualizado).

Los **planes de tratamiento** desarrollados en **colaboración** y un **estilo de vida saludable** pueden **mejorar** significativamente los resultados de **la enfermedad**.

Objetivos glucémicos

Un mejor **control glucémico disminuye entre un 50-76% las complicaciones microvasculares**, sobre todo en pacientes con DM2 de corta duración.

Paciente adulto

- **HbA1c <7% (53 mmol/mol)**

Ausencia de comorbilidades, larga esperanza de vida sin riesgo de hipoglucemias.

- **HbA1c <8% (64 mmol/mol)**

Pacientes con esperanza de vida limitada o donde los daños del tratamiento son mayores que los beneficios.

Paciente adulto mayor

- **HbA1c 7-7,5% (53-58 mmol/mol)**

Pacientes sanos con pocas enfermedades crónicas concomitantes y una función cognitiva y un estado funcional intactos.

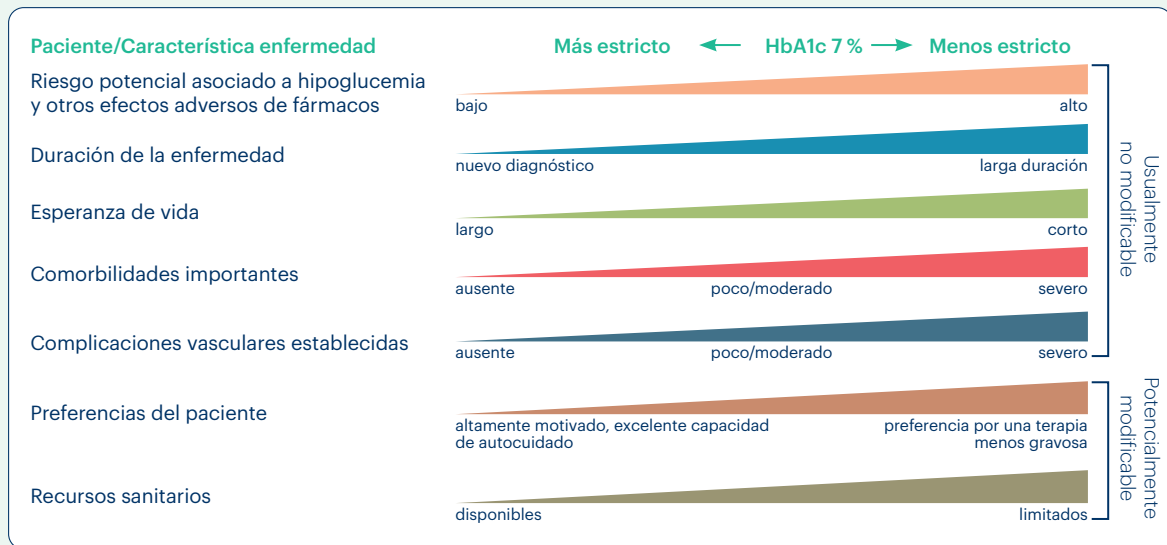
- **HbA1c <8% (64 mmol/mol)**

Pacientes con múltiples enfermedades crónicas concomitantes, deterioro cognitivo o dependencia funcional, fragilidad y un ratio beneficio/riesgo menos favorable asociado a la medicación DM2.

Si se utiliza el perfil de glucosa ambulatoria, el objetivo en adultos (no embarazadas) es **>70% del tiempo en rango**, un **<4% por debajo** y **<1% por debajo de 54 mg/dL**. Para las **personas frágiles o con alto riesgo de hipoglucemia**, el objetivo es de **>50% de tiempo en rango con <1% de tiempo** por debajo del rango.

Objetivos glucémicos por perfil de paciente

Los **objetivos** de HbA1c y **ajustes de tratamientos** deben ser cada vez más **personalizados**.



Seguimiento de los objetivos glucémicos

HbA1c

Principal herramienta para medir la glucemia y el riesgo de complicaciones de la diabetes:

- **Bianual** en pacientes bien controlados.
- **Cuatrimestral** en pacientes que no alcanzan objetivos y han sufrido hipoglucemias o hiperglucemias severas, cambios en su estado de salud y/o jóvenes en desarrollo.
- **Trimestral** en pacientes con cambios de medicación y/o mal control glucémico.

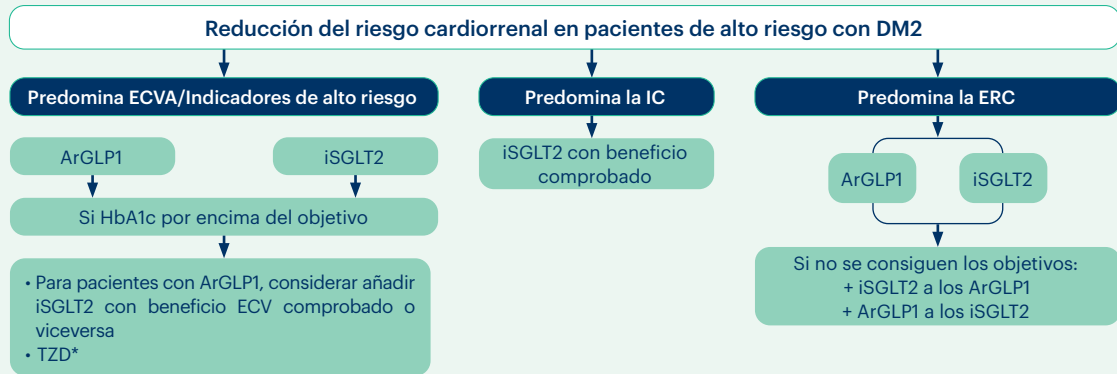
Dispositivos de monitorización continua de la glucemia (MCG)

La **monitorización continua** de la glucosa, el **tiempo en el rango** y el **indicador de control de la glucosa** proporcionan información para un plan de control de la diabetes **más personalizado**.

El **tiempo en el rango glucémico** (TER) está asociado con el **riesgo de complicaciones microvasculares** y puede usarse para **evaluar el control glucémico**. Adicionalmente, el tiempo por debajo del objetivo (<70 y <54 mg/dl [3,9 y 3,0 mmol/l]) y el tiempo por encima del objetivo (>180 mg/dl [10,0 mmol/l]) son parámetros útiles para el **ajuste de dosis de la insulina y la reevaluación del tratamiento**.

Para los **pacientes propensos a la variabilidad glucémica**, especialmente diabetes tipo 2 con deficiencia grave de insulina, el control glucémico se evalúa mejor mediante la combinación de **resultados de autocontrol de la glucosa** sanguínea o **monitorización continua de la glucosa y HbA1c**.

Algoritmo de tratamiento: Objetivos glucémicos y de peso + Reducción del riesgo cardiorrenal



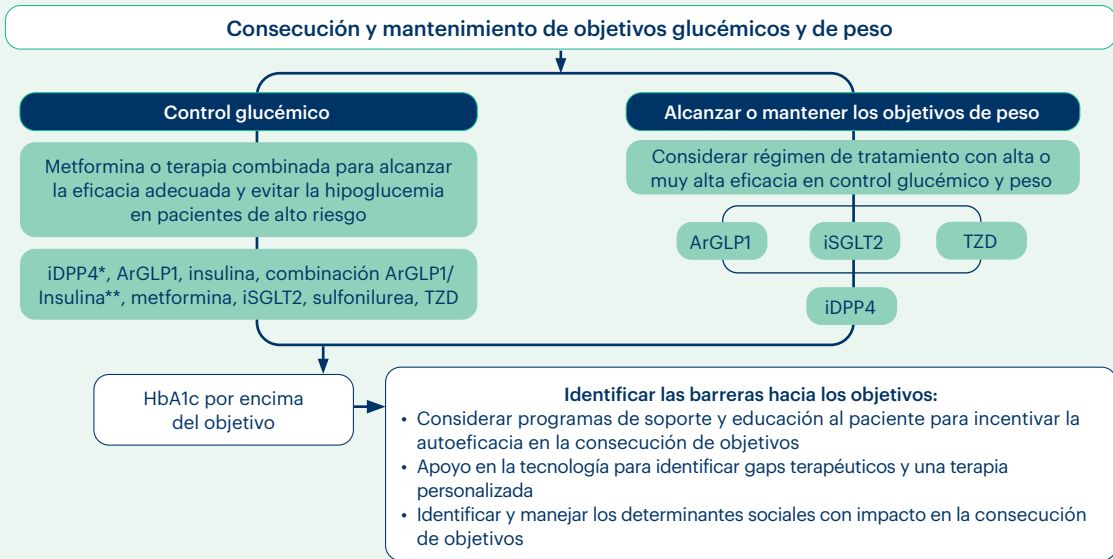
Si se requiere una **mayor reducción del riesgo cardiorrenal** o un mayor **control glucémico** continuar con el **algoritmo de consecución y mantenimiento de objetivos glucémicos y de peso**.

*Dosis baja de TZD puede ser mejor tolerada y efectividad similar.

DM2: diabetes mellitus tipo 2; **ArGLP1:** agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; **ECVA:** enfermedad cardiovascular aterosclerótica; **ECV:** enfermedad cardiovascular; **ERC:** enfermedad renal crónica; **IC:** insuficiencia cardíaca; **iDPP4:** inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; **iSGLT2:** inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; **SU:** sulfonilurea; **TZD:** tiazolidinediona.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S321.

Algoritmo de tratamiento: Objetivos glucémicos y de peso + Reducción del riesgo cardiorrenal



* Tratamiento con menor número de efectos adversos para el paciente mayor o frágil.

** Combinación oral e inyectable.

DM2: diabetes mellitus tipo 2; **ArGLP1:** agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; **iSGLT2:** inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; **TZD:** tiazolidinediona; **iDPP4:** inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S321.

Mensajes clave para el control glucémico y el manejo de la DM2

- ✓ **Cada 3-6 meses** debería **reevaluarse el plan de medicación** y adherencia, así como ajustarse si es necesario.
- ✓ **Evitar la inercia terapéutica** para adultos que no alcancen sus objetivos individualizados.
- ✓ En adultos con DM2, que no alcancen sus objetivos individualizados, la **selección de su pauta de tratamiento hipoglucemiante debería considerar** sus **objetivos glucémicos y de peso**, así como la presencia de otras **comorbilidades metabólicas** y el **riesgo de hipoglucemia**.
- ✓ **Efecto legado**: considerar la **terapia combinada temprana desde el inicio** para **acortar el tiempo** hasta el **logro de los objetivos** individualizados de tratamiento y **conseguir mayor control a largo plazo**.
- ✓ **Intensificación** del control glucémico y del tratamiento, no debe retrasarse porque:
 - Los pacientes **sin comorbilidades** que limiten su esperanza de vida pueden **beneficiarse** de un **control glucémico intensivo** que ha demostrado prevenir las complicaciones microvasculares.
 - **Puede reducir la tasa de enfermedades CV** (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica) **a largo plazo** en pacientes recientemente diagnosticados.
 - Consigue **reducciones** significativas en el **IM** y en **muerte** por todas las causas.
- ✓ **No desintensificar: no hay necesidad** en pacientes con HbA1c entre el 6-7% con bajo riesgo de hipoglucemia y con una larga esperanza de vida.

DM2: diabetes mellitus tipo 2; **CV**: cardiovascular; **IM**: infarto de miocardio.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S321.