

[G+](#) Más[Sobre este blog](#)[¿Quiénes somos?](#)[Web redGDPS](#)[Publicar un comentario](#)[Post TOP 2017](#)[Post TOP 2018](#)[Recomendaciones](#)[Página principal](#)

domingo, 23 de diciembre de 2018

Los Standards of Medical Care in Diabetes—2019.

Los Standards of Medical Care in Diabetes—2019.

Comentario* de Mateu Seguí Díaz, Joan Barrot de la Puente, Francisco Carramiñana Barrera y Enrique Carretero Anibarro

Como cada año el equipo de la redGDPS intenta en el mínimo tiempo (habitualmente una semana) tener leídos, traducidos, y comentados al español los “Standards of Medical Care” (SMC) de la American Diabetes Association (ADA); obra de referencia, desde hace más de 25 años (1989), para los clínicos que atendemos a los pacientes con diabetes (DM). Y documento en el que se miran o se comparan otras Guías de Práctica Clínica (GPC) a la hora de hacer sus recomendaciones. Y es que los SMC son una GPC con una actualización constante, con la ventaja que esto genera en cuanto a la actualidad de las recomendaciones, pero el inconveniente relativo de que los cambios suelen ser escasos. De ahí que se considere una obra de consulta y que la estructura del documento pueda cambiar en secciones y capítulos, recomendaciones, gráficos...lo que lo hace cada año totalmente novedoso.

Como GPC tiene una metodología basada en la evidencia (MBE), de ahí que clasifique desde el 2002 sus recomendaciones anualmente según el nivel de la evidencia. Existen cuatro grados de recomendación según las letras, de mayor a menor fuerza: A, B, C y E; siendo el A, basado en ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y metaanálisis de alta calidad, y el E, basado en consenso de expertos. Este sistema de evaluación MBE se ha ido adaptando a las ECA publicados de tal modo que en la actualidad (desde el 2014) el grado de las recomendaciones ha ido mejorando (mayoría de recomendaciones A o B) lo que aumenta la fuerza de éstas.

La estructura de los SMC está distribuida en 16 capítulos que ocupan 187 páginas lo que da idea de la extensión de la obra que hemos señalado antes, de los cambios aparecidos en la última actualización (S4-Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes—2019) en el que se indican las más importantes modificaciones del último documento. La bibliografía desde hace algunos años por capítulo, lo que la hace más accesible.

Anualmente el equipo de la fundación de la redGDPS hace un esfuerzo para poder difundir lo más importante y novedoso de este documento para que así pueda ser consultado y utilizado lo más rápidamente posible en nuestros pacientes con DM y con la atención que les dispensamos.

Este resumen se publica en el blog inicialmente por su inmediatez y la posibilidad de comentarios y correcciones, y posteriormente en la revista Diabetes Práctica (formato papel).

Hay que señalar que el formato del escrito es semejante al de años anteriores pero con la pretensión, aún su extensión, de ser manejable posible. Se han seguido los capítulos del actual documento introduciendo el número de página al inicio de cada capítulo así ser más fácil la consulta del documento original.

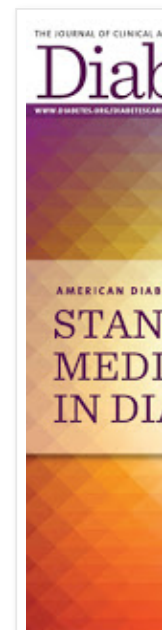
Siguiendo conceptos apuntados años anteriores y adaptándose a los nuevos tiempos, pero en sección aparte, los SMC han actualizado la “Diabetes Mellitus en la DM” con nuevas recomendaciones.

Se ha cambiado la numeración de las recomendaciones dentro de cada una de las secciones que cuenta la obra, cambiando la dedicada a la prevención.

Se han actualizado los niveles de la evidencia de diversas recomendaciones adaptándose a las nuevas publicaciones.

1.- Clasificación (sección 2, s13): La clasificación es la tradicional en las cuatro grandes entidades, la diabetes tipo 1 (DM1), la diabetes gestacional (DG), y los tipos específicos de DM debidos a otras causas (S13).

Así, la DM1 se debería a la destrucción de las células beta produciendo una deficiencia absoluta de insulina (INS); la DM2 es de tipo progresivo de la secreción de INS iniciado tras un proceso de resistencia a la insulina (RI); la DG sería aquella que se diagn



trimestre del embarazo sin que haya antecedentes previos de DM; y los “otros tipos específicos de DM por otras causas” at monogénica (diabetes neonatal, maturity-onset diabetes of the Young (MODY)), las enfermedades del páncreas exocrino (producida por fármaco (glucocorticoides, tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana -VIH-, trasplante de órganos). **Se mantiene la clasificación de la DM1 en tres estadios, 1.- autoinmunidad, normoglucemia, sin sintomatología, 2.- disglucemia, presintomático y 3.- criterios de DM clínica con hiperglucemia (ver tabla 2.1 en documento original).**

2.-Criterios diagnósticos: (sección 2, s13), Se mantienen los mismos test, tanto para el cribado de la DM2 como para el HbA1c ($\geq 6,5\%$), la glucemia basal en ayunas (GB) (≥ 126 mg/dl), como con la glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia a la glucosa (SOG) (≥ 200 mg/dl), dejando claro (2017) **que no existe una prueba superior a otra y que cada una en los mismos individuos. Todas ellas deben ser repetidas en dos ocasiones (no en el cribado), salvo cuando exist DM2 en cuyo caso una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl, es suficiente.**

La HbA1c se utilizará si el método está certificado por la National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) y est Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) (B).

En este año (2019) cambia el criterio, así se incorpora el criterio de llegar al diagnóstico cuando existan dos pruebas anónimas sanguíneas (sea GB, HbA1c o SOG).

Se hace hincapié, como en años anteriores, en detectar las condiciones que distorsionan los resultados de la HbA1c: de células falciformes, el embarazo (segundo y tercer trimestre, y postparto –nuevo 2019-), deficiencia de la 6-glucodeshidrogenasa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hemodiálisis y terapia con eritropoyetina, en cuyos criterios glucémicos (B).

Los últimos estudios, avalan poder utilizar cualquier método (GB, HbA1c, o SOG) en el diagnóstico de la prediabetes o la DM2 (nuevo 2019).

Las recomendaciones para el cribado del riesgo de DM2 y de prediabetes se mantienen incidiendo en practicar los test en quienes existe sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal -IMC- ≥ 25 Kg/m² o ≥ 23 Kg/m² en asiáticos) y algún factor de riesgo (ver tabla 2.3) y en todos los adultos a partir de los 45 años (B).

Si el test es normal se ha de repetir cada 3 años (C), siendo cualquier test de los nombrados apropiado (B).

En niños y adolescentes se recomienda el cribado si presentan sobrepeso u obesidad con factores de riesgo de DM2.

Al margen de todos los factores que incrementan el riesgo de prediabetes o DM2, la edad, el IMC, la etnicidad, la medicación, si son factores para practicar el cribado, el hecho que la disglucemia esté asociada a la enfermedad periodontal hace que se recomiende el cribado de la misma en la consulta del dentista.

3.- Las categorías que incrementan el riesgo de DM2 (Prediabetes) (sección 2, s13).

Las situaciones metabólicas que incrementan el riesgo de DM2 (prediabetes) no han sufrido variación, así son: o tener una glucemia en ayunas (5,6-6,9 mmol/l), la llamada glucemia basal alterada (GBA); o una SOG a las 2 horas entre 140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l) glucosa (ITG), o una HbA1c entre 5,7-6,4% (39-47 mmol/l). Entendiendo que todos los test son igual de apropiados y que se recomienda excediendo los límites en las tres situaciones.

4.- Diabetes gestacional (DG) (sección 2, s 11)

La DG, definida como algún grado de intolerancia a la glucosa primariamente detectado en el embarazo.

Se recomienda practicar algún test para detectar la DM (usando los criterios ad hoc) en toda embarazada que acuda a la consulta (primera visita) si se identifica algún factor de riesgo de DM (B).

A su vez se recomienda practicar un test para descartar la DG a las 24-28 semanas en gestante sin DM previa (A). El test se realiza mediante la SOG con 75 gr de glucosa, o en “dos pasos” mediante una SOG con 50 gr en ayunas seguida de una SOG con 75 gr a las 3 horas en las mujeres en las que el cribado salió positivo (A). (consultar tabla 2.6).

Las mujeres que han padecido una DG a las 4-12 semanas tras el parto precisarán una nueva SOG con 75 gr de glucosa postparto con los criterios de mujer no gestante (B).

En mujeres con antecedente de DG el cribado de prediabetes o DM deberá repetirse cada 3 años (B).

5.- Diabetes monogénicas.- (sección 2, s11).

Destacan que a todo **lactante diagnosticado de DM antes de los 6 meses debe realizarse un test genético (A).**

Se debe considerar realizar pruebas genéticas para descartar MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) a aquellos adolescentes y jóvenes con una hiperglucemia estable sin características de DM1 o DM2 y antecedentes familiares de DM en diversos genes (herencia autosómica dominante) (A) (Tabla 2.7)

6.-Prevención o retraso en la aparición de la DM2. (sección 3, s29, antes sección 5)

En esta sección sigue la anterior, en la que se habla de las categorías que incrementan el riesgo de DM2 (sección 2, s13) y relacionadas con la detección de la prediabetes. Los años anteriores estaba ubicada en la sección 5, pero se ha creído más conveniente moverla a la sección del manejo de los estilos de vida (actualmente, sección 5, s46) reflejando mejor la progresión de la DM2 y haciendo hincapié en la importancia de la pérdida ponderal en pacientes con obesidad o sobrepeso en el riesgo de padecer la DM2.

Se ha añadido, a su vez la parte correspondiente al tabaquismo dado que éste incrementa el riesgo de DM2.

Se recomienda monitorizar la glucosa anualmente en las personas con prediabetes con la que detectar nuevas apariciones de DM2.

(E)

Se debe proponer a los pacientes con prediabetes un programa de intervención sobre los estilos de vida del tipo D Program (DPP) con lo que lograr y mantener una pérdida de 7% del peso al tiempo que realizar una actividad física (como caminar a paso ligero) por lo menos 150 min /semana (A). En este aspecto se apunta la posibilidad de utilizar ayudas a implementar las actividades preventivas en la DM2 (B)

La terapia con metformina (MET) para la prevención de la DM2 es una alternativa en los pacientes con prediabetes, especialmente IMC ≥ 35 kg / m², o con edad inferior a 60 años o en mujeres con antecedentes de DG (A).

Al igual que en el tratamiento se advierte que la MET puede asociarse con deficiencia de vitamina B12 por lo que se debe recomendar especialmente si existe anemia o signos de neuropatía (B).

Se recomienda, a su vez, la detección y el tratamiento de los factores de riesgo modificables de enfermedad cardiovascular en pacientes con prediabetes. (B)

Por último, la aplicación de programas de educación en el autocontrol puede ser útil en estos pacientes a la hora de fijar metas con los que prevenir o retrasar el desarrollo de la DM2.

7.- Evaluación médica integral y evaluación de las comorbilidades (sección 4, s34)

Debe aplicarse un estilo comunicativo centrado en el paciente, reforzando el lenguaje y la escucha activa, valorando las preferencias del mismo, evaluando las posibles barreras para el autocuidado que optimicen los resultados en salud y la calidad de vida. Se recalca la importancia del lenguaje añadiendo una guía de cómo utilizarlo el profesional de una manera más informativa cuando se dirige al paciente, a otro profesional, a un foro ...

Se incorpora el ciclo de cuidado de la DM (figura 4.1) del consenso del ADA-European Association for the Study of Diabetes (ADA-EASD) incidiendo sobre la necesidad de una evaluación continua con decisiones compartidas que permita alcanzar los objetivos de la inercia clínica.

El listado de la evaluación médica del paciente con DM (ya aportada el año anterior) ha sido revisada, creando otra sobre la evaluación del mismo (tabla 4,1)

Una evaluación médica completa debe ser realizada en la visita inicial al confirmar el diagnóstico y la clasificación de la DM. Detectar complicaciones de la DM y condiciones comórbidas potenciales. (B)

Control y tratamiento de los factores de riesgo en pacientes con DM establecida. (B)

Desarrollar un plan para el cuidado continuo. (B)

Una nueva tabla en la que se destacan los factores que incrementan el riesgo del tratamiento asociado con la hipoglucemia.

Respecto a la inmunización, este año, se mantienen las recomendaciones de la vacunación antigripal anual desde la hepatitis B (3 dosis) y se mantiene la recomendación de aplicar la vacuna antineumocócica (VN) conjugada 13 valente antes de los dos años. Entre los 2 y 64 años recibirán además la VN de polisacáridos 23 valente (PPSV23). A partir de los 65 años, independientemente de la historia de vacunación se aplicará la PPSV23. (C)

Se ha revisado la sección del hígado graso, actualizando el texto con nuevas recomendaciones relativas a utilizar test para la enfermedad hepática. De tal modo que si el paciente con DM2 o prediabetes tiene elevación de las enzimas hepáticas o esteatosis hepática se debe evaluar la presencia de esteatohepatitis no alcohólica o fibrosis hepática.

8.- Gestión de Estilo de Vida (sección 5, s 46)

La Tabla 5.1 da recomendaciones específicas de nutrición según niveles de evidencia (se recomienda consultarla). Se destina un porcentaje ideal de calorías (sean de los hidratos de carbono, grasas o proteínas) en la población con DM, prescribiendo en cada paciente.

La actividad física de la mayoría de los adultos con DM deben comprometerse a realizar 150 minutos o más de actividad moderada a vigorosa por semana, repartidas en al menos 3 días / semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad en la DM1 (C) y DM2 (B). Duraciones más cortas (mínimo 75 min / semana) de intensidad vigorosa o entrenamiento suficientes para las personas jóvenes y con mejor aptitud física.

Se debe aconsejar a todos los pacientes que no deben fumar (A), tampoco cigarrillos electrónicos (C)

Se debe evaluar los síntomas de la DM como angustia, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, y las capacidades de las herramientas estandarizadas y validadas en la visita inicial, a intervalos periódicos, y cuando hay un cambio en la enfermedad se recomienda incluir a cuidadores y familiares en esta evaluación. (B)

9.- Los objetivos glucémicos (sección 6, s48):

El autoanálisis es de gran ayuda a la hora de tomar decisiones terapéuticas y en el autocontrol de aquellos en tratamiento. La monitorización continua de la glucosa es una herramienta complementaria en aquellos pacientes sin conciencia de hipoglucemias frecuentes. Tanto uno como otro son tratados en un capítulo específico (siguiente sección) sobre Nuevas Tecnologías.

Se debe realizar la determinación de la HbA1c al menos dos veces al año en individuos en buen control glucémico durante meses en aquellos que se hagan cambios en su tratamiento o no cumplan objetivos (E).

En adultos no gestantes el objetivo metabólico razonable se encuentra por debajo del 7% (53 mmol/mol) de HbA1c inferior a 6,5% (48 mmol/mol) en individuos seleccionados sin riesgo de hipoglucemia y habitualmente con una DM2 en tratamiento con modificación de los estilos de vida o MET y sin riesgo cardiovascular (RCV) (C).

Y, objetivos menos estrictos, inferior a 8% (64 mmol/mol) en pacientes con historia de hipoglucemias graves, esperanza de vida limitada o comorbilidades.

microvasculares o macrovasculares avanzadas, comorbilidad, o en aquellos en los que es difícil alcanzar a pesar de la educación y monitorización glucémica adecuada o múltiples dosis de INS o u otros fármacos no insulínicos (ADNI) (B).

Para aplicar estos postulados se muestra gráficamente en la clásica figura 6.1 sobre los diferentes factores implicados en los objetivos glucémicos.

Los objetivos glucémicos preprandiales se mantienen en 80-130 mg/dl (4,4-7,2 mmol/l) y postprandiales inferiores a 180 mg/dl. Modificado en abril del 2018 tras el consenso en la definición de hipoglucemia.

En los individuos con riesgo de hipoglucemia se debe interrogar activamente sobre esta posibilidad en cada contacto clínico.

Se mantiene (tabla 6.3) la definición de hipoglucemia grave o clínicamente significativa cuando la glucemia (nivel 2 (3,0 mmol/l), al tiempo que se debe tomar en consideración como valores de alerta (nivel 1) cuando son ≤ 70 mg/dl sería la hipoglucemia grave cuando existe alteración mental y/o un estado físico que requiera la asistencia por otra persona. En cuanto al tratamiento la glucosa (15-20 gr) es el tratamiento cuando el individuo está consciente y con glucemias inferiores a 70 mg/dl (3,9 mmol/l). Si tras 15 minutos la monitorización continua sigue mostrando hipoglucemia, debemos repetir el tratamiento. Tras consumir una comida para prevenir la recurrencia (E).

El glucagón debe prescribirse con niveles 2 de hipoglucemia, inferior a 54 mg/dl (3,0 mmol/L).

Los cuidadores, familiares... deben conocer la utilización del glucagón (E).

El nivel 3 de hipoglucemia o episodios de falta de conciencia de la hipoglucemia exigen una reevaluación de la pauta de tratamiento.

10.- Tecnología y DM (sección 7, s 71)

Se trata de una nueva sección a partir del apartado de autocontrol de glucemia que se incluía en el capítulo 6 (objetivos glucémicos). Se desarrollan los sistemas de administración de INS (jeringas, plumas, bombas de insulina), **monitores para autoanálisis glucémico, monitorización continua en tiempo real (flash) y sistemas de dispensación automática de INS.**

Se ha modificado la recomendación sobre el autocontrol de la glucemia en pacientes que no utilizan INS habida cuenta del beneficio clínico limitado en éstos.

Se debe ser consciente que existen medicaciones y otros factores (tabla 7.2) pueden interferir en la fiabilidad de los dispositivos. Los dispositivos con glucosa oxidasa se afectan por el ácido úrico, la galactosa, la xilosa, el paracetamol, el ácido ascórbico,...

Se recomienda impartir educación diabetológica, entrenamiento y dar apoyo en el seguimiento cuando se prescriba monitorización continua (E).

11.- Manejo de la obesidad en el tratamiento de la DM2 (sección 8, s 81)

En esta edición el manejo de la obesidad adquiere un papel fundamental, de hecho es uno de los ejes sobre el que se vertebran las recomendaciones. Existen diversos abordajes terapéuticos, nutricionales, farmacológicos o quirúrgicos. En cuanto al tratamiento farmacológico en EEUU (que no en España) se detallan en la tabla 8.2, siendo efectivos junto a la dieta, la actividad física y consejos sobre el estilo de vida. **Se deben valorar los riesgos de estas medicaciones frente a los potenciales beneficios. Si llega a una pérdida ponderal de 5% o si existen problemas de seguridad o tolerabilidad deben ser retirados y cambiados (A).**

A la hora de decantarse por un grupo terapéutico de ADNI habrá que tener en cuenta el comportamiento de los mismos respecto al peso. **Así por este motivo los antagonistas de los receptores del glucagon-like peptide-1 (aGLP-1) y los inhibidores de los cotransportadores sodio/glucosa 2 (iSGLT2) adquieren mayor protagonismo.**

Las recomendaciones para cirugía metabólica se amplían contemplando no solo la DM sino también las comorbilidades. **La cirugía metabólica debería ser recomendada para el tratamiento de la DM2 en los candidatos quirúrgicos adecuados con IMC ≥ 40 kg/m² o nivel de control o complejidad de los regímenes para bajar la glucemia, y en adultos con IMC entre 35,0 a 39,9 kg/m² con hiperglucemia no se controla de forma adecuada a pesar del estilo de vida y la terapia médica óptima. (A)**

La cirugía metabólica se debe considerar para los adultos con DM2 con un IMC entre 30,0-34,9 kg/m² si no se alcanza uno de los objetivos de las comorbilidades (incluida la hiperglucemia) con métodos no quirúrgicos (A)

Se precisa un seguimiento a largo plazo tras la cirugía metabólica en el estilo de vida, el control rutinario de microalbuminuria y el control nutricional. (C)

Las personas que se someten a cirugía metabólica deben ser evaluados por salud mental para ayudarles a adaptarse a los cambios psicossociales después de la cirugía.(C)

Respecto a las ediciones previas los cambios más significativos realizados en esta sección son:

Se reconoce los beneficios de otras estrategias para el control del peso (seguimiento de la ingesta, actividad física) con el fin de alcanzar un peso saludable.

Varios dispositivos médicos mínimamente invasivos han sido aprobados para la pérdida de peso a corto plazo. Dado el alto costo y la escasez de datos actualmente no se recomiendan para el control de la obesidad en personas con DM2.

Con el perfeccionamiento de técnicas mínimamente invasivos la seguridad de la cirugía metabólica ha mejorado significativamente.

12.- Tratamiento farmacológico del control glucémico (sección 9, s90)

En cuanto a la DM1 muchos estudios han comparado múltiples dosis de INS frente a las infusiones continuas de INS sin efectos secundarios y de corta duración, algún metaanálisis concluye que la bomba de INS tendría unas ventajas modestas en la reducción de la HbA_{1c} alrededor de un 0,3% y en la reducción de las tasas de hipoglucemia grave en niños y adultos. **De ahí que aún hoy no hay consenso respecto sobre cuál de las dos es mejor para el paciente. Sí que es cierto que la introducción de los monitores con**

colectivo ha mostrado beneficios en ciertas circunstancias. Recientemente la U.S. Food and Drug Administration (I primera bomba en circuito cerrado híbrida.

Aparece en esta sección un nuevo apartado sobre la técnica de inyección de INS. Se enfatiza la importancia de la técnica y adecuada de la INS y la prevención de complicaciones (lipodistrofia, etc.). Una técnica adecuada de inyección de INS puede ser efectiva de esta terapia y, como tal, tiene el potencial de mejorar los resultados clínicos.

La técnica adecuada incluye inyectarse en áreas corporales apropiadas (evitar la administración de INS intramuscular), rote los sitios de inyección para evitar complicaciones, se apoya el uso de agujas cortas como efectivas y bien toleradas en comparación con las más largas, así como la evaluación del uso de dispositivos de inyección.

La sección sobre tratamientos farmacológicos sin INS para la DM1 fue abreviada y no se recomiendan en general.

-La sección sobre el tratamiento farmacológico de la DM2 se modifica significativamente para alinearse, según la actualización de estándares de octubre de 2018, con el informe de consenso de la ADA y la EASD. Esto incluye la consideración de factores como comorbilidades importantes como antecedentes de ECV establecida, enfermedad renal crónica (ERC) e insuficiencia cardíaca, hipoglucemia c) efectos sobre el peso corporal d) efectos secundarios, e) costos y f) preferencias del paciente.

La MET si no está contraindicada y no presenta intolerancia continua sigue siendo la primera opción en el tratamiento adelantado en el apartado 6 (sección 3), sobre la prevención de la DM, aumenta el riesgo de déficit de vitamina B12 periódico y suplementación si es necesario, especialmente si existe neuropatía o anemia (B).

La insulino terapia precoz estaría indicada en pacientes con síntomas catabólicos (pérdida de peso) y síntomas de hipoglucemia si existe una HbA1c $\geq 10\%$ (86 mmol/mol) o glucemias $\geq 300\text{mg/dL}$ (16,7mmol/L) (E).

Considerar una terapia dual en pacientes recién diagnosticados de DM2 cuya HbA1c superior a 1,5% (12,5 mmol/mol) (E). (nuevo SMC 2019). La recomendación anterior era cuando HbA1c era $\geq 9\%$ (75 mmol/mol). (E, 2018).

El enfoque en una terapia “centrada en el paciente” hace que se deban elegir los fármacos antidiabéticos según su eficacia, antecedentes de ECV arteriosclerótica (ECVA), influencia en el peso, efectos a nivel renal, vía de administración, efectos secundarios y preferencias del paciente (E)

Los pacientes con DM2 con ECVA se recomiendan iSGLT2 o aGLP1 con beneficios demostrados para la ECV. (A) Entre los pacientes con ECVA con alto riesgo de IC o en los que ésta coexiste, se prefieren iSGLT2. (C)

Para los pacientes con DM2 y ERC, considerar el uso de iSGLT2 o de aGLP1 que hayan demostrado reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (EvCV) o ambos. (C)

En la mayoría de los pacientes que necesitan mayor efecto hipoglucemiante y se decanten por un medicamento inyectable, INS. (B)

Se revisó el enfoque de la terapia con medicamentos inyectables alineándose con el consenso de la ADA-EASD, y en base de seguridad CV (estudio LEADER).

Se mantiene como muy útil la tabla 9.1 sobre familias farmacológicas y destacando la eficacia, riesgo de hipoglucemia, aun ERC, administración y costes y **se introduce un nuevo gráfico-algoritmo terapéutico producto del consenso del EAST una doble entrada tras la iniciación con MET,**

1.- Si existe una ECV arteriosclerótica o ERC; y éste a su vez dividido en ECV arteriosclerótica predominante o IC y 2.- sin ECV arteriosclerótica o ERC que a su vez se divide en a) necesidad de reducir la hipoglucemia, b) necesidad de reducir el coste del tratamiento como mayor problema.

Y otra, la figura 9.2 de intensificación de las terapias inyectables. Se mantiene la tabla 9.2 sobre las diferentes familias de fármacos en dosis y costes.

Un capítulo totalmente remozado, con cambios importantes en contenido y forma (figuras y tablas)

13.- Enfermedad cardiovascular y manejo del riesgo CV . (sección 10, s103).

En la hipertensión arterial (HTA) el umbral a partir del cual la presión arterial (PA) en el paciente con DM **es considerado t terapéutico es de $\geq 140/90$ mmHg (A), frente al que proponen otras sociedades como la American College of Cardiology and American Heart Association (ACC/AHA) que mantienen el $\geq 130/80$ mmHg (1º nivel de HTA, incluso en la DM).** Esto se basa en como el ACCORD-BP (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes- Blood Pressure), del ADVANCE BP (Action in Diabetes: Preterax and Diamicron Modified Release Controlled Evaluation Blood Pressure), del HOT (Hypertension Optimal Treatment) (Systolic Blood Pressure Intervention Trial), aunque en éste no incluyó pacientes con DM. En la pág S105, Tabla 11 (ECA) con los objetivos conseguidos. **En la pág S108, Figura 10.1, no se modifica el algoritmo de tratamiento en el que se añaden antagonistas de los receptores mineralcorticoides en los pacientes con HTA resistente (no se consigue el control con un diurético) (B). Si la PA de inicio es $\geq 160/100$ mmHg además de la modificación de los estilos de vida se puede iniciar dos fármacos juntos en un mismo comprimido (A) .**

Los objetivos de control deben individualizarse. **Para las personas con DM y HTA con mayor riesgo cardiovascular (ECVA a 10 años *, superior a 15%), un objetivo de PA inferior a 130/80 mmHg puede ser apropiado, si se consigue con seguridad. Para las personas con DM y HTA con menor riesgo de ECV (riesgo de ECVA a 10 años, inferior a 15%), un objetivo de PA inferior a 120/80 mmHg puede ser apropiado.**

*Calculador (ACC/AHA) para estimar riesgo de ECVA.(<http://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus>)

Se aconseja nuevamente a **todos los pacientes con DM2 y HTA controlar su PA en su propio domicilio (automonitoreo de la presión arterial -AMPA-) con la intención de desenmascarar la HTA de bata blanca, HTA enmascarada y mejorar la adherencia al tratamiento.**

* En cuanto al control lipídico, al margen de la modificación de los estilos de vida, focalizado en la pérdida de peso, recomiendo reduciendo las grasas saturadas y trans; incrementando la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados omega-3, fibra, ingesta de calcio y potasio.

incrementar la actividad física para mejorar el perfil lipídico en los pacientes con DM (A). Del mismo modo se debe optimizar niveles de triglicéridos están elevados (≥ 150 mg/dl [1,7 mmol/l]) y/o las lipoproteínas de alta densidad (HDL-c) bajas (inferior en varones e inferior a 50 mg/dl [1,3 mmol/L] en mujeres) (C).

Ante pacientes de cualquier edad con DM y antecedente de ECVA previa se debe añadir una estatina de alta intensidad en los estilos de vida (A). En los pacientes con DM entre 40-75 años (A) y los mayores de 75 años sin ECVA previa (B) moderada intensidad. La Tabla 10.3 detalla la potencia de las diferentes estatinas.

La Tabla 10.2 describe las recomendaciones para la utilización de las estatinas o del tratamiento combinado en adultos con estratificación del riesgo y grupos etarios.

Si existe una ECVA previa y el LDL-c es ≥ 70 mg/dl utilizando una dosis máxima de estatinas se puede añadir otro no estatínico como ezetimibe o un inhibidor del Proteína convertasa subtilisina/kexin tipo 9 (PCSK9) tras la evaluación del RCV, los efectos adversos de estos fármacos y las preferencias del paciente. El ezetimibe es preferible al ser más barato. Recordar que las estatinas están contraindicadas en la gestación (B). Otras combinaciones como estatinas más fibratos no se recomiendan (A) ni tampoco las estatinas más niacina (A).

***La terapia antiagregante se mantiene como en años anteriores, con alguna puntualización. Se mantiene la aspirina para la prevención secundaria en pacientes con DM y ECVA previa (A). Si alergia a la aspirina, utilizar clopidogrel (75 mg/d) o antiagregantes (bajas dosis de aspirina junto con inhibidores del receptor plaquetario P2Y₁₂ durante un año tras un evento agudo (A), y más allá de este período (B)). En prevención primaria se puede utilizar la aspirina (75–162 mg/d) en las personas con mayor riesgo cardiovascular, después de una discusión con el paciente sobre los beneficios versus un mayor riesgo de sangrado actual (ARRIVE, ASPREE y ASCEND) en prevención primaria, el uso de la aspirina en general, puede no recomendarse.**

* Enfermedad cardiovascular (ECV)

En pacientes con una ECV conocida, considerar **la terapia con inhibidores de la ECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina II para reducir el riesgo de ECV (B). En pacientes con DM2 y insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) estable, se puede usar los diuréticos para reducir el riesgo de ECV (B). Entre los pacientes con DM2 que tienen ECV establecida, se recomiendan iSGLT2 o aGLP-1 con beneficio demostrado. En pacientes con ECV con alto riesgo de IC o en quienes coexiste, se prefieren los iSGLT2 (C).**

Se desarrollan con más profundidad las conclusiones de los grandes ensayos clínicos de no inferioridad CV (ENICV) a partir de la recomendación de utilizar aquellos fármacos antidiabéticos con mayor impacto en la prevención CV.

14. Complicaciones microvasculares y pie diabético. (sección 11, s124)

En cuanto a la ERC se mantienen las recomendaciones anteriores aconsejando evaluar una vez al año la albuminuria (cociente albúmina/creatinina) y la eFG en los pacientes con DM1, con una duración ≥ 5 años, y en todos los pacientes con DM2 y aquellos que a su vez padezcan HTA (B). La optimización de la glucemia y de la PA reduce o atenúa el riesgo de progresión de la ERC (A). En los pacientes con DM2 y ERC, considerar el uso de los iSGLT2 (empagliflozina, canagliflozina) o los aCGP (semaglutida) que han demostrado reducir la progresión de la ERC, ECV, o ambos (C).

En esta sección se ha añadido una nueva Tabla (11.1) que combina la información de los estadios de la ERC y los cuidados. Se añade una sección sobre la enfermedad renal aguda (ERA). Se abordan con detalle los principales estudios (EMPA-REG, CREDENCE) en pacientes DM2 y la descripción de los beneficios renales y CV.

***En cuanto a la retinopatía diabética (RD) se insiste en la recomendación de que la optimización glucémica, atenúa la progresión de la RD (A). La evaluación de la retinografía se debe hacer dentro de los 5 años del inicio del DM1 y a los 5 años en los pacientes con DM2 (A) y para ambas). Señalan si la glucemia está bien controlada y no existe RD el examen oftalmológico puede ser anual o bienal como screening de retinopatía pero en la actualidad los programas de telemedicina con la lectura remota pueden ser una opción adecuada para la RD (B).**

Sigue la recomendación de no inferioridad en la pérdida de visión en pacientes con RD proliferativa de los factores de crecimiento de endotelio vascular (VEGF) como el ranibizumab cuando se comparaba con el tratamiento tradicional habitual como la terapia con láser (A).

***En cuanto a la neuropatía periférica se mantiene la evaluación de la misma al diagnóstico de la DM2 y a los 5 años de diagnóstico (B). La optimización glucémica previene o retrasa el desarrollo de la neuropatía en los pacientes con DM2 (B). Recomendación de pregabalina, duloxetina o gabapentina para el tratamiento de la neuropatía periférica (A).**

***En cuanto al pie diabético, se debe realizar una evaluación integral de los pies al menos una vez al año para identificar los úlceras y amputaciones. Los pacientes con síntomas de claudicación o con pulsos disminuidos o ausentes deben ser referidos a un especialista para una evaluación vascular (B). Se recomienda un enfoque multidisciplinar para personas con úlceras en los pies (B). Se hace una referencia sobre la evidencia respecto al uso de la terapia con oxígeno hiperbárico en pacientes con úlceras en los pies.**

15.-Adultos mayores (sección 12, s139)

En esta sección destacan:

- Recomendación sobre el manejo del estilo de vida con consejos para la actividad física y nutricional en esta época de la vida.
- **Desintensificación de los regímenes de INS con un algoritmo (Fig. 12.1) que trata de simplificar la terapia insulínica y mejorar las capacidades de autocontrol del individuo.**

• **Una nueva tabla (Tabla 12.2) para simplificar el tratamiento de medicamentos y facilitar la desintensificación /dep mayores con DM.**

Las principales recomendaciones respecto a la evaluación médica, psicológica, funcional y geriátrica cambia el nivel de rec considerándose necesarias para conseguir individualizar los objetivos y el enfoque terapéutico en el manejo de la DM. Mier comorbilidades y síndromes geriátricos que pueden afectar al manejo del autocontrol y a la calidad de vida mantiene el nive **La detección temprana de deterioro cognitivo leve o demencia y depresión está indicada para adultos de 65 años d la visita inicial y anualmente, según corresponda (B).**

La hipoglucemia en adultos mayores con DM se debe evitar, evaluar y manejar ajustando los objetivos glucémicos farmacológicas para adaptarse a las necesidades cambiantes del adulto mayor (B).

Para lograr el equilibrio adecuado entre el control glucémico y el riesgo de hipoglucemia, es importante evaluar y reevaluar de los pacientes de empeorar el control glucémico y el deterioro funcional.

Los objetivos glucémicos se mantienen en HbA1c menor de 7,5% para los adultos mayores saludables (pocas enfe coexistentes, estado cognitivo y funcional intacto) mientras que podrán ser menos estrictos (HbA1c menor de 8,0-1 complejo y muy complejo cuando coexistan comorbilidades importantes, deterioro cognitivo o dependencia funcio hiperglucemia sintomática y los riesgos agudos de glucosuria, deshidratación, síndrome hiperosmolar hiperglucémico y mal (C)

La detección de las complicaciones de la DM debe ser individualizada en adultos mayores. Se debe prestar especial atenc que conducirían a un deterioro funcional. (B)

En la tabla 12.1 se establece la individualización de los objetivos glucémicos y el tratamiento de la HTA y la disliper con DM.(C)

Otros FRCV se deben enmarcar considerando el beneficio que puede otorgar su tratamiento, como ocurre con la te con la aspirina en los que en función de la esperanza de vida es posible esperar beneficios similares al de la preve ensayos de intervención secundaria. (E)

La DM en el envejecimiento de la población se asocia con una reducción de la fuerza muscular, debido a la sarcopenia, un independiente para la fragilidad.

El manejo de la fragilidad en la DM incluye una nutrición óptima con una ingesta adecuada de proteínas combinada con un incluya entrenamiento aeróbico y de resistencia en todos los adultos mayores que puedan participar de manera segura en e Respecto al tratamiento con fármacos, en los adultos mayores con mayor riesgo de hipoglucemia se recomiendan los medi hipoglucemia (B).

Se deben evitar los regímenes complejos y el tratamiento excesivo de la DM (B) mediante desintensificación (o simplificació para reducir el riesgo de hipoglucemia, sin perder el objetivo personalizado de HbA1c (B). Para ello los SMC en DM-2019 d figura 12.1 y la tabla 12.1, con un algoritmo y ejemplos razonados para simplificar el régimen de insulinas en adultos mayor

En los diferentes ADNI e INS establece las recomendaciones específicas en adultos mayores e incorpora las evide los estudios de seguridad CV.

En el plan de atención personalizada de los adultos mayores con DM es necesario considerar a sus cuidadores, redes de a instrumental, así como si están institucionalizados contemplar el plan de cuidados y enfermería considerando la educación cuidadores y el personal de los centros de atención a largo plazo (LTC) (hogares de ancianos y centros especializados) par los adultos mayores con DM (E).

Estos LTC deben establecer un plan de evaluación de objetivos glucémicos y plan terapéuticos según el estado clínico y fue que incluya políticas y procedimientos propios para prevenir y tratar adecuadamente tanto la hipoglucemia como las compli hiperglucemia (E).

Cuando son necesarios cuidados paliativos en adultos mayores con DM, el control glucémico, lipídico y tensional i puede ser apropiado la retirada farmacológica (E).

Al final de la vida los objetivos principales para el tratamiento de la DM serán la comodidad general, la prevención i angustiantes y la preservación de la calidad de vida y la dignidad de la persona. (E)

Se han propuesto diferentes categorías de pacientes para el tratamiento de la DM en pacientes con enfermedad avanzada: paciente con insuficiencia orgánica y el paciente moribundo. En cada uno de ellos se dan recomendaciones respecto al ma terapia de la DM.

16.- Niños y adolescentes.(Sección 13; s148-s162)

Se han añadido varias recomendaciones nuevas:

- Una introducción para recordar las diferencias entre la DM del adulto y la DM de inicio en edad pediátrica tanto a nivel de como de su desarrollo, respuesta al tratamiento y necesidades de atención de la DM1 en la edad infantil y adolescente.
- **Se enfatiza la necesidad de realizar pruebas de autoinmunidad en jóvenes con DM1 a partir de los 10 a 12 años de**
- Se desaconseja el uso de cigarrillos electrónicos en los jóvenes.
- Se amplían las secciones/recomendaciones sobre la DM2 en niños y adolescentes respecto al manejo clínico terapéutico clínicas o factores psicosociales que pueden estar presentes.
- La Figura 13.1 sobre el manejo de la DM de nueva aparición en jóvenes con sobrepeso.

La prevalencia de DM2 en niños y adolescentes en EEUU utilizando la base de datos SEARCH, supone un incremer prevalencia en los menores de 20 años se cuadruplicará en 40 años. La DM2 en niños y adolescentes tiene característ

disminución progresiva más rápida en la función de las células β y un desarrollo acelerado de las complicaciones de la DM. La detección basada en el riesgo para la prediabetes y / o la DM2 se debe considerar en niños y adolescentes después del años de edad; y **antes lo antes en aquellos que tengan sobrepeso (IMC \geq Percentil 85) u obesidad (IMC \geq Percentil 95) factores de riesgo adicionales para la DM. Si las pruebas son normales, repetir la prueba a intervalos de 3 años cor frecuentemente si el IMC está aumentando(C).**

Los niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad en los que se considera el diagnóstico de DM2 deben someterse a la de pancreáticos para excluir la posibilidad de DM1 autoinmune(B).

En la mayoría de los niños y adolescentes con DM2 tratados solo con ADNI el objetivo será una HbA1c inferior a 7%. Lleg pacientes seleccionados si esto se puede lograr sin hipoglucemia significativa u otros efectos adversos del tratamiento (E).

Iniciar la terapia farmacológica, además de la terapia de estilo de vida, en el diagnóstico de DM2 (A).Las opciones c farmacológico actuales para la DM2 de inicio en la juventud están limitadas a dos medicamentos aprobados la MET El uso de medicamentos no aprobados por la FDA de EEUU, para jóvenes con DM2 no se recomienda fuera de los ensayo Se puede considerar la cirugía metabólica para el tratamiento de adolescentes con DM2 que tienen obesidad marcan tienen GB no controlada y/o comorbilidades graves a pesar del estilo de vida y la intervención farmacológica (A). Evaluar el síndrome de ovario poliquístico (SOP) en mujeres adolescentes con DM2, incluidos los estudios de labo indicados (B).

La MET sería, además de la modificación del estilo de vida, el tratamiento que mejora el ciclo menstrual y el hiper: con SOP y DM2 (E).

No se recomienda la detección rutinaria para la enfermedad cardíaca con ECG, ecocardiograma o prueba de esfuerzo en jc DM2 (B).

Si el colesterol LDL permanece por encima del objetivo después de 6 meses de intervención dietética, inicie el tratamiento c objetivo de LDL inferior a 100 mg /dl.

17. Manejo de la diabetes en el embarazo (DG). (sección 14; s165)

El aumento de la DG y la DM2 en paralelo con la obesidad en todo el mundo es motivo de especial preocupación.

A las mujeres con DM preexistente se recomienda que su atención sea realizada en una clínica multidisciplinaria que incluy especialista en medicina materno-fetal, un dietista y un educador en diabetes, cuando esté disponible, para mejorar la DM y embarazo.

Los niveles de HbA1c disminuyen en el embarazo, su cinética es mayor, y posiblemente no capture bien la hipergl lo que debe usarse como una medida secundaria del control glucémico en el embarazo, después del autocontrol d debe controlarse con mayor frecuencia (por ejemplo mensualmente).

Se sigue poniendo énfasis en los cambios de estilos de vida y el uso de la INS como el medicamento preferido para trat **DG(A), ya que prácticamente no atraviesa la placenta. La MET y la gliburida (glibenclamida) no deben usarse como ya que ambos atraviesan de la placenta, faltan datos sobre la seguridad de la descendencia. La MET, cuando se us: inducir la ovulación, debe suspenderse una vez que se haya confirmado el embarazo (A).**

La INS es el agente preferido para el tratamiento de la DM1 y la DM2 en el embarazo porque no atraviesa la placenta y por generalmente son insuficientes para superar la resistencia a la insulina en la DM2 y son inefaces en la DM1 (E).

En pacientes embarazadas con DM e HTA se sugieren objetivos de PA de 120-160/80-105 mmHg (E).

En la mujer con DG, la prueba de SOG se recomienda sobre HbA1c en el momento de la visita posparto de 4 a 12 s: considera que es más sensible en la detección de ITG, y de la DM. Si es normal se debe repetir cada 1-3 años ya que mayor riesgo materno de por vida para debutar con DM (50-70% después de 15-25 años). Recomiendan una intervención i vida, y si fuese preciso se debería recomendar MET, ya que con estas intervenciones se reduce entre un 35-40% el riesgo i En mujeres con DM e HTA el objetivo de la PAS durante el embarazo es de 120-160 mmHg y de 80-105 mmHg el de PAD (Durante el embarazo está contraindicado el uso de los IECA, ARAII y las estatinas, por lo que estos fármacos debe mujeres con DM que desean quedarse embarazadas (B).

El embarazo incrementa el riesgo de desarrollo o progresión de RD, por lo que se aconseja la exploración del fond: trimestre del embarazo (B). Otra recomendación que se añade, según las nuevas evidencias, es la de prescribir, tanto en l con DM2 pequeñas dosis de aspirina al final del primer trimestre con el objetivo de reducir el riesgo de preeclampsia.

18. Atención de la DM en el hospital. (Sección 15, s173)

Los objetivos de los pacientes hospitalizados deben incluir la prevención tanto de la hiperglucemia como de la hipoglucem: peores resultados, incluida la muerte. Los hospitales deben promover la estancia en el hospital más corta y segura y propo: efectiva fuera del hospital que evite las complicaciones agudas y la readmisión.

En la atención de la DM en el hospital, se recomienda consultar con un equipo especializado en el manejo de la DM o la gl: (E), estos pueden mejorar las tasas de reingresos y reducir los costes de atención.

Se dan recomendaciones sobre los cuidados perioperatorios de la DM aunque carecen de evidencia sólida.

Debe haber un plan estructurado de alta adaptado al paciente con DM(B), que incluya un mínimo de datos, según l: Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), en el que se informe y asegure la medicación durante la hos: proporcione un documento de alta estructurado y se garantice la continuidad de la medicación hasta la asistencia Atención Primaria.

19. Defensa de la diabetes. (sección 16. s182-s183)

Estas recomendaciones ya fueron publicadas en 2018 siguiendo la declaración del grupo de trabajo de ADA "Grupo de trabajo de asequibilidad a la insulina: conclusiones y recomendaciones", especialmente **enfocada al coste de la INS y cómo puede DM bajo el prisma de que "las personas que viven con DM no deberían tener que enfrentar una discriminación adicional"**. Estas declaraciones de la ADA, basadas en la evidencia y revisadas por pares, versan sobre:

- Acceso a la INS y su coste
- DM y empleo
- DM y la conducción
- Manejo de la DM en el entorno escolar, guarderías infantiles e instituciones correccionales

Están enfocadas como herramientas para educar en la escuela, orientación a empleadores, agencias de empleo y permisos responsables políticos proporcionando recomendaciones legislativas y políticas con respaldo científico.

*Nota importante.- este resumen razonado de cara a la práctica asistencial del profesional sanitario de primer nivel ha sido por el equipo de la redGDPS (Mateu Seguí Díaz, Joan Barrot de la Puente, Francisco Carramiñana Barrera y Enrique Carretero) para llegar lo más rápidamente posible al personal sanitario del primer nivel. Por esto mismo pudieran existir errores de traducción en el artículo, que hace que no sustituya al mismo. Recomendamos su lectura atenta. El artículo es accesible libremente desde [aquí](#).

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2019
Diabetes Care Volume 42, Supplement 1, January 2019

Publicado por Mateu Seguí Díaz en [domingo, diciembre 23, 2018](#)



Etiquetas: ADA, Guías, Standards ADA

No hay comentarios:

[Publicar un comentario](#)

Enlaces a esta entrada

[Crear un enlace](#)

[Entrada más reciente](#)

[Página principal](#)

Suscribirse a: [Enviar comentarios \(Atom\)](#)

Tema Sencillo. Imágenes del tema: gaffera. Con la tecr