



Los Estándares de Atención Médica en Diabetes de la Asociación Americana de Diabetes (los Estándares) se actualizan y publican anualmente (en enero) en Diabetes Care, con una versión abreviada para los profesionales de atención primaria publicada en Clinical Diabetes.

Ambos documentos se pueden encontrar on line y descargar de forma gratuita en care.diabetesjournals.org

Las Normas son un "documento vivo" y se actualizan de forma continua cuando se dispone de nueva información importante (por ejemplo, evidencia clínica, aprobación/actualización regulatoria) que puede afectar la atención clínica.

Hay varias actualizaciones en las Normas 2022 que pueden afectar nuestra práctica clínica. Algunas de ellas, así como algunas recomendaciones clave anteriores, se enumeran a continuación.

1. Debemos ser conscientes del impacto que la no adherencia a la medicación relacionada con los costes puede tener en los resultados clínicos, y el coste debe ser tenido en cuenta al establecer los objetivos del tratamiento.
2. Para todas las personas, independientemente de los factores de riesgo para la diabetes tipo 2, la detección de prediabetes debe comenzar a los 35 años (anteriormente, la recomendación era de 45 años).
3. Para las mujeres que están planificando el embarazo, la detección de la diabetes debe realizarse en aquellas con factores de riesgo. También se debe considerar que TODAS las mujeres, independientemente de los factores de riesgo, deben hacer un screening para diabetes antes de la concepción.
4. Las personas con prediabetes deben ser monitorizadas para el desarrollo de diabetes tipo 2 al menos una vez al año. Esto se puede hacer con una glucosa plasmática en ayunas, una A1C (no A1C en el punto de atención) o una prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) de 2 horas y 75 g.
5. Se debe considerar la terapia con metformina para las personas con prediabetes, con el objetivo de ayudar a prevenir la diabetes tipo 2. Particularmente las personas con prediabetes de 25 a 59 años con un IMC ≥ 35 kg/m², una glucosa plasmática en ayunas más alta (por ejemplo, ≥ 110 mg/dl) y HbA1c más alta (por ejemplo, $\geq 6.0\%$), y mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.
6. La prediabetes se asocia con un mayor riesgo cardiovascular. Es importante en esta población de pacientes el tratamiento de factores de riesgo cardiovascular modificables (por ejemplo, hipertensión, dislipidemia, obesidad, abuso de tabaco), si existen.
7. Los objetivos del tratamiento para la diabetes son prevenir o retrasar las complicaciones y optimizar la calidad de vida.
8. Se deben seguir las recomendaciones de inmunización específicas para las personas con diabetes, incluida la inmunización contra el COVID-19. Estos se pueden encontrar en www.cdc.gov/vaccines/
9. La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) es más común y más progresiva en personas con diabetes tipo 2. Los pacientes con indicaciones de EHGNA (p. ej., enzimas hepáticas elevadas o hígado graso en la ecografía) deben ser evaluados para la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y la fibrosis hepática. Para más información revisar el consenso ADA - AGA "Preparación para la epidemia de EHNA: una llamada a la acción" disponible en <https://doi.org/10.2337/dci21-0020>
10. Los últimos estudios publicados han demostrado el beneficio de la telemedicina y de los programas de educación en diabetes basados en Internet (DSMES) para la prevención de la diabetes y el manejo de la diabetes tipo 2.



11. El término "autocontrol de la glucosa en sangre (SMGB)" ha sido reemplazado por "monitorización de glucosa en sangre (BGM)" y los "bolígrafos inteligentes" se conocen como "bolígrafos de insulina conectados".
12. El estado glucémico (con HbA1c o GMI) debe evaluarse al menos 2 veces al año en pacientes que cumplan con los objetivos de tratamiento individualizados y al menos trimestralmente (cada 3 meses) si la terapia ha cambiado recientemente y/o no se han alcanzado los objetivos del tratamiento.
13. El glucagón debe prescribirse a todas las personas con diabetes y alto riesgo de hipoglucemia de nivel 2 (<54 mg/dL) o nivel 3 (grave).
14. Al elegir medicamentos para reducir la glucosa en personas con diabetes tipo 2 y sobrepeso u obesidad, se debe considerar el efecto del medicamento sobre el peso corporal.
15. Se agregó a la tabla de revisión de medicamentos aprobados por la FDA la semaglutida 2.4mg una vez a la semana para el tratamiento de la obesidad en adultos.
16. Para el tratamiento de la diabetes tipo 2, la terapia de primera línea debe basarse en las comorbilidades individuales del paciente (especialmente la enfermedad cardiovascular y renal), los factores de tratamiento centrados en el paciente y las necesidades de manejo y, en general, incluye metformina y modificación integral del estilo de vida.
17. En individuos con diabetes tipo 2 que tienen enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) o que tienen un alto riesgo de ASCVD, con insuficiencia cardíaca y/o enfermedad renal crónica, se considera adecuado usar en primera línea un agonista del receptor GLP-1 y/o un inhibidor de SGLT2 (con o sin metformina).
18. En personas con diabetes tipo 2 con enfermedad cardiovascular, se recomienda un agonista del receptor GLP-1 y/o inhibidor de SGLT2 independientemente del nivel de HbA1c.
19. En pacientes con diabetes tipo 2, cuando es posible, se prefiere un agonista del receptor GLP-1 a la insulina.
20. Se debe utilizar un enfoque multifactorial para reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes, incluido el manejo glucémico, el manejo de la presión arterial, el manejo de lípidos y el uso de agentes con beneficio cardiovascular y renal (por ejemplo, agonista del receptor GLP-1 y/o inhibidor de SGLT2) cuando sea apropiado. Todos estos deben abordarse sobre la base de la modificación del estilo de vida y la educación sobre la diabetes.
21. La enfermedad renal crónica (ERC) es la principal causa de enfermedad renal en etapa terminal (ERCT) en los Estados Unidos. La presencia de ERC aumenta notablemente el riesgo cardiovascular, en personas con diabetes tipo 1 o tipo 2.

Las recomendaciones de la ADA están aceptadas internacionalmente aunque pueden no coincidir con las recomendaciones de otras sociedades científicas.