

Los «Standards of Medical Care in Diabetes—2016»

Por el equipo de la redGPDS*

Cada año en enero desde hace más de 25 años, y publicada en *Diabetes Care*, la American Diabetes Association (ADA) lleva a cabo una actualización de las evidencias y las recomendaciones en diabetes mellitus (DM) incluidas en los «Standards of Medical Care in Diabetes» (SMCD) según las evidencias que se han ido produciendo. Por ello la estructura es parecida y los cambios normalmente son mínimos, salvo cuando existe algún estudio o consenso que rompe con lo anteriormente publicado. En estos casos los cambios suelen estar en algún capítulo, pero no afectan al conjunto de las recomendaciones.

Los SMCD tienen las ventajas de una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica. Se clasifica la fuerza de sus recomendaciones según el nivel de las evidencias científicas que las avalan estableciendo cuatro grados de mayor a menor fuerza: A, B, C y E, de los que A es el basado en ensayos clínicos y E el basado en consenso de expertos, y todo ello anualmente.

El formato, para ser más manejable, se organiza en forma individualizada según capítulos, como el documento extenso también según capítulos, y un documento breve con los cambios producidos desde el anterior publicado («Standards of Medical Care in Diabetes—2016: Summary of Revisions»). La bibliografía ha ido variando según las versiones: desde estar toda al final de la obra hasta encontrarse al final de cada capítulo (14 secciones), mucho más manejable.

Este año la redGPDS ha inaugurado una iniciativa con la que hacer más útil, asequible y rápida la consulta de este documento en lengua española. Para ello, cinco integrantes de la red se han propuesto en un tiempo récord traducir, resumir y plasmar en un pequeño documento que se publica en el blog (por su inmediatez) y en la revista *Diabetes Práctica* (en papel) más tarde los principales cambios producidos en este, dirigido (en nuestro caso) al manejo del paciente con DM tipo 2 (DM2) para el médico del primer nivel.

En este sentido, destacamos los siguientes puntos.

CLASIFICACIÓN (SECCIÓN 2)

Se mantiene la clasificación tradicional en diferentes categorías:

- DM tipo 1 (DM1): por la destrucción de las células β , deficiencia absoluta de insulina.
- DM2: por un déficit progresivo de la secreción de insulina iniciado tras un proceso de resistencia a la insulina.
- DM gestacional (DMG): aquella que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
- Otros tipos específicos de DM por otras causas: DM monogénica, enfermedades del páncreas exocrino (fibrosis quística), DM producida por fármacos, etc.

Hacemos notar (nota del comentarista) que en estas categorías no se hace mención a la DM tipo LADA (*latent autoimmune diabetes of adult*), que, como la DM1, se puede identificar determinando los anticuerpos antiglutamato descarboxilasa. Sin embargo, al contrario que en la DM1, la edad suele estar entre 30 y 70 años, y no requiere tratamiento insulínico al menos seis meses tras el diagnóstico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (SECCIÓN 2)

No existen cambios, pues se mantienen los mismos test, tanto para el cribado de la DM2 como para el diagnóstico de esta, **sea con la hemoglobina glucosilada (HbA1c) ($\geq 6,5$ %), con la glucemia basal (GB) en ayunas (≥ 126 mg/dl) o con la glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (SOG) con 75 g de glucosa (≥ 200 mg/dl), lo que deja claro (2016) que no existe una prueba superior a otra.** Todas ellas repetidas en dos ocasiones (no en el cribado), salvo cuando existan

signos inequívocos de DM2, en cuyo caso una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl es suficiente.

Este año la ADA, para clarificar la relación entre la edad, el índice de masa corporal (IMC) y el riesgo de DM2 y de prediabetes, hace una revisión de las recomendaciones de cribado insistiendo en practicar los test a todos los adultos a partir de los 45 años (2016) (B), no solo si presentan obesidad o sobrepeso (2015), y en adultos de cualquier edad con sobrepeso u obesidad o que tuvieran algún factor de riesgo adicional de DM (B).

Si es normal el test, se debe repetir cada tres años (C), para lo que cualquier test de los nombrados resulta apropiado (B). En niños y adolescentes se recomienda el cribado si presentan sobrepeso u obesidad y dos o más factores de riesgo de DM2 (E).

LAS CATEGORÍAS QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 (PREDIABETES) (SECCIÓN 2)

Las situaciones que incrementan el riesgo de DM2 (prediabetes) no han sufrido variación. Estas son: **tener una GB entre 100 y 125 mg/dl, llamada GB alterada; o una SOG a las 2 horas de 140-199 mg/dl, llamada intolerancia a la glucosa; o una HbA_{1c} entre el 5,7 y el 6,4 %.** Se entiende que todos los test son igual de apropiados y que el riesgo es continuo, si se exceden los límites en las tres situaciones.

DIABETES GESTACIONAL (SECCIÓN 2)

En la DMG, definida como algún grado de intolerancia a la glucosa primariamente detectado en el embarazo, se continúa recomendando practicar algún test para detectar la DM2 (usando los criterios *ad hoc*) en toda embarazada que acude a nuestra consulta si se identifica algún factor de riesgo de DM2 y en la primera vista prenatal de la mujer (B).

A su vez, se recomienda practicar un test para descartar la DMG a las 24-28 semanas, mediante la SOG con 75 g, o en «dos pasos» mediante una SOG con 50 g en ayunas seguida de SOG con 100 g en las mujeres sin DM previa (A).

Las mujeres con DMG a las 6-12 semanas tras el parto precisarán una nueva SOG para reevaluarlas con los criterios habituales (E). Este cribado deberá repetirse cada tres años (B).

DIABETES MONOGÉNICAS (SECCIÓN 2)

Tema cada vez con más importancia que la ADA desarrolla en aspectos de diagnóstico, evaluación individual y familiar. Destaca que a todo lactante con diagnóstico de DM antes de los 6 meses se le debe realizar un test genético (B). **Se debe considerar la DM tipo MODY (*maturity onset diabetes of the young*) en aquellos pacientes jóvenes con una hiperglucemia estable y antecedentes familiares de DM sin características de DM1 o DM2 (E).**

EVALUACIÓN INICIAL Y PLAN DE MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 3)

En la consulta inicial se debe:

- Clasificar el tipo de DM.
- Detectar las complicaciones de la DM (evaluación física, presión arterial [PA], IMC, retina, bioquímica, test, etc.).
- Revisar el tratamiento previo y los factores de riesgo en pacientes con DM, así como considerar la evaluación de la comorbilidad acompañante (por ejemplo, depresión, apnea obstructiva del sueño, etc.), que pueden complicar el tratamiento de la DM.
- Plantear un plan de tratamiento en el que se incluya la educación diabetológica, el autocontrol y consejos sobre actividad física, nutrición, tabaquismo, inmunizaciones, etc.
- Proporcionar una programación para establecer una atención continuada de por vida. **En el año 2016 la ADA intenta reflejar la importancia de integrar la evaluación médica, el compromiso del paciente y el seguimiento posterior, y le da especial importancia a la modificación de los estilos de vida y del comportamiento personal.**

LOS OBJETIVOS GLUCÉMICOS (SECCIÓN 5)

El autoanálisis, en aquellos que esté indicado, es de gran ayuda a la hora de tomar decisiones terapéuticas y en el autocontrol de aquellos en tratamiento insulínico (B). La monitorización continua de la glucosa es una herramienta complementaria en aquellos pacientes sin conciencia de hipoglucemia o con hipoglucemias frecuentes (C).

Se debe realizar la HbA_{1c} al menos dos veces al año en individuos con buen control glucémico estable (E), o cada tres meses en aquellos que experimenten cambios en su tratamiento o no cumplan objetivos (E). En adultos no gestantes el objetivo razonable se encuentra por debajo del 7 % de HbA_{1c},

y ha de ser más estricto (inferior al 6,5 %) en individuos seleccionados sin riesgo de hipoglucemia y habitualmente con una DM de reciente aparición, en tratamiento con modificación de los estilos de vida o metformina y sin riesgo cardiovascular (C). Los objetivos deben ser menos estrictos (inferior al 8 %) en pacientes con historia de hipoglucemias graves, esperanza de vida reducida, alteraciones microvasculares o macrovasculares avanzadas o comorbilidad (B).

El objetivo glucémico preprandial se mantiene en 80–130 mg/dl, y posprandial, inferior a 180 mg/dl.

EDUCACIÓN PARA EL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS Y APOYO PARA EL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 3)

Dos secciones del año 2015, la sección 3 y la sección 4, se han refundido en una.

La educación para el autocontrol de la DM (EACD) y el apoyo para el autocontrol de la DM (AACD) son procesos constantes que facilitan el conocimiento y las habilidades necesarias para el autocuidado de la DM. La EACD y el AACD presentan cuatro momentos críticos (novedad de los SMCD de 2016):

- En el momento del diagnóstico.
- Anualmente, para la evaluación de la educación, la nutrición y las necesidades emocionales.
- Cuando surgen nuevas complicaciones que influyen en la autogestión.
- Cuando se producen cambios en el tratamiento.

Recomendaciones

En los SMCD de 2016, como novedad, encontramos:

- Todas las personas con DM deben adquirir de manera participativa los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para el autocuidado de la DM e implementar y mantener las aptitudes y los comportamientos necesarios para la autogestión permanente, en el momento del diagnóstico y, posteriormente, según sea preciso (B).
- La EACD y el AACD se deben centrar en el paciente. Es necesario ser respetuosos y sensibles a las preferencias individuales, necesidades y valores de cada paciente, que deben guiar las decisiones clínicas (A).
- Los programas de EACD y AACD deben contar con los elementos necesarios en sus planes para prevenir la aparición de la DM (B).

TRATAMIENTO MÉDICO DIETÉTICO (SECCIÓN 3)

Se ha simplificado respecto a las recomendaciones de 2015, sin ningún cambio en los grados de evidencia ni en los conceptos respecto a la terapia dietética nutricional.

ACTIVIDAD FÍSICA (SECCIÓN 3)

No hay cambios en las recomendaciones respecto al año 2015.

ABANDONO DEL TABAQUISMO (SECCIÓN 3)

No hay cambios en las recomendaciones respecto al año 2015.

VACUNAS (SECCIÓN 3)

En los actuales SMCD la síntesis de las recomendaciones es más corta que en el año 2015, pero en el texto las conclusiones son las mismas y se justifica la recomendación de vacunación contra la hepatitis B.

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL Y ASISTENCIA SANITARIA (SECCIÓN 3)

No hay cambios en las recomendaciones respecto al año 2015.

PREVENCIÓN O RETRASO EN LA APARICIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (SECCIÓN 4)

Se aglutinan en el concepto «prediabetes» la intolerancia a la glucosa y la GB alterada, así como tener una HbA_{1c} del 5,7–6,4 %, y no se diferencia en el nivel de evidencia entre ellas, como ocurría en los SMCD de 2015 (ver apartado 2).

Recomendaciones

- Se debe animar a los pacientes con prediabetes a realizar una dieta intensiva y un programa de asesoramiento sobre conductas de actividad física, adheridos a los principios del Programa de Prevención de Diabetes (DPP) para conseguir **un descenso del 7 %**

del peso corporal y realizar la actividad física de intensidad moderada (como las caminatas enérgicas) al menos 150 min/semana (A).

- Se deben ofrecer planes de seguimiento y programas de mantenimiento para obtener éxito a largo plazo en la prevención de la DM (B).
- Los programas de EACD y AACD son contextos adecuados para que las personas con prediabetes reciban educación y apoyo con el fin de desarrollar y mantener conductas que puedan prevenir o retrasar el comienzo de la DM (B; en los SMCD de 2015, evidencia C).
- Herramientas asistidas por la tecnología (que incluyen las redes sociales en internet, la educación a distancia, contenidos en DVD y aplicaciones móviles) y que pueden ser elementos útiles de modificación de estilo de vida para prevenir la DM (B).

GESTIÓN DE LA OBESIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (SECCIÓN 6)

Esta sección es una novedad en los SMCD de 2016.

El tratamiento de la obesidad puede retrasar la progresión de la prediabetes a la DM2 y puede ser beneficioso en el tratamiento de la DM2. Estas mejoras son más pronunciadas al inicio de la historia natural de la DM, cuando la resistencia a la insulina, asociada a la obesidad, produce una disfunción de la célula β reversible, con una capacidad secretora de insulina relativamente preservada.

La primera recomendación es que en cada visita debe calcularse el IMC y dejarlo documentado en la historia clínica (B).

Recomendaciones en dieta, ejercicio y terapia conductual

Debe prescribirse dieta, actividad física y terapia conductual con el objetivo de alcanzar $\geq 5\%$ de pérdida de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad con DM2 (A), aunque lo óptimo sería alcanzar $\geq 7\%$.

Estas intervenciones deben ser de alta intensidad (≥ 16 sesiones en seis meses) y se deben centrar en dieta, ejercicio y estrategias de comportamiento para lograr un déficit de energía de 500-750 kcal/día (A).

Las dietas que proporcionan la misma restricción calórica, aunque difieran en contenido en proteínas, hidratos de

carbono y grasa, son igualmente eficaces en el logro de pérdida de peso (A).

Para los pacientes que logran a corto plazo objetivos de pérdida de peso, deben prescribirse programas de mantenimiento a largo plazo (≥ 1 año), y deben monitorizarse y seguirse al menos mensualmente fomentando el control continuo del peso corporal (semanalmente o con más frecuencia) y recomendando el consumo continuado de una dieta reducida en calorías y la realización de altos niveles de actividad física (200-300 min/semana) (A).

Para lograr la pérdida de peso de más del 5 % a corto plazo (tres meses), profesionales especializados pueden prescribir intervenciones intensivas utilizando dietas muy bajas en calorías (≤ 800 kcal/día) o reemplazos totales de comidas (se pueden conseguir pérdidas de peso del 10-15 %) en pacientes cuidadosamente seleccionados. Para mantener la pérdida de peso, tales programas deben incorporar consejo a largo plazo y un plan de mantenimiento (B).

Recomendaciones en farmacoterapia

Al elegir un hipoglucemiante en un paciente diabético con obesidad y sobrepeso, se debe considerar su efecto sobre el peso (E) (de elección aquellos que disminuyan peso o al menos sean neutrales con él). En la medida de lo posible, en el tratamiento de las comorbilidades **hay que reducir al mínimo los medicamentos que estén asociados con aumento de peso (E): antipsicóticos como la clozapina, la olanzapina o la risperidona; antidepresivos tricíclicos; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; inhibidores de la monoaminoxidasa; glucocorticoides; anticonceptivos orales; anticonvulsivos como la gabapentina y algunos antihistamínicos y anticolinérgicos.**

En pacientes con DM2 con $\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$ y con comorbilidades asociadas, o con un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$, la Food and Drug Administration (FDA) ha autorizado cinco fármacos con la indicación de pérdida de peso (**naltrexona/bupropión, lorcaserina, fentermina/topiramato, liraglutida en dosis de 3 mg subcutánea y orlistat**; solo este último está comercializado en España) que pueden ser efectivos como complemento a la dieta, el ejercicio y el asesoramiento conductual. Los beneficios potenciales de estos medicamentos deben sopesarse frente a los riesgos potenciales (A).

Si la respuesta de un paciente a la pérdida de peso con medicamentos es inferior al 5 % después de tres meses, o

si hay algún problema de seguridad o tolerabilidad, deben interrumpirse y buscarse medicamentos o enfoques de tratamiento alternativos (A). (Estos medicamentos están contraindicados en las mujeres que están o pueden quedarse embarazadas. Se debe advertir a las mujeres en edad reproductiva que han de usar un método fiable de anticoncepción).

Recomendaciones en cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica (CB) puede considerarse para adultos con un IMC superior a 35 kg/m², especialmente si tienen DM2 con comorbilidades asociadas o son difíciles de controlar con el estilo de vida y terapia farmacológica (B).

Los pacientes con DM2 que se han sometido a una CB necesitan apoyo de estilo de vida durante toda su vida y seguimiento médico al menos anual (B).

Aunque estudios pequeños han mostrado un beneficio glucémico de la CB en pacientes con DM2 y un IMC de 30–35 kg/m², no existe evidencia actualmente suficiente como para recomendar la CB en pacientes con un IMC < 35 kg/m² (E).

HIPOGLUCEMIAS (SECCIÓN 5)

Los pacientes tratados con insulina que hayan sufrido algún episodio de hipoglucemia inadvertida o algún episodio grave de hipoglucemia deben ajustar al alza el objetivo de control glucémico durante varias semanas para evitar nuevos episodios (A). **Si un paciente presenta deterioro cognitivo, este riesgo debe evaluarse de forma periódica y aumentar la vigilancia para evitar las hipoglucemias, tanto por parte de profesionales sanitarios como de la familia o cuidadores (B).** Dado que muchas hipoglucemias en la DM2 suelen presentarse con clínica atípica, se recomienda preguntar en cada visita por síntomas relacionados con la hipoglucemia (C). **El tratamiento de la hipoglucemia en una persona consciente debe ser la ingesta de 15–20 g de glucosa, que puede repetirse a los 15 minutos si la glucemia capilar sigue mostrando niveles bajos (E).** Una vez normalizado el nivel, el paciente debe consumir alguna comida o *snack* para prevenir la recurrencia. Se debe prescribir glucagón a las personas con riesgo aumentado de hipoglucemia grave (que requiere asistencia por otra persona) (E). Después de una hipoglucemia grave o inadvertida, se deben reevaluar los objetivos de control en todos los pacientes. La administración del glucagón no debe restringirse al personal sanitario: es necesario que familiares, cuidadores y profesores también estén instruidos en su administración (E).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 7)

Las recomendaciones de manejo farmacológico en la DM1 y DM2 no varían respecto al año anterior. La mayoría de pacientes con DM1 precisa terapia intensiva insulínica (basal más 2–3 administraciones de rápida) o infusión continua subcutánea mediante bomba de insulina (A). La mayoría de pacientes debería usar análogos de insulina para disminuir el riesgo de hipoglucemias. En la DM2 la terapia inicial recomendada, si no está contraindicada y es bien tolerada, **sigue siendo la metformina (A).** **Si la monoterapia en dosis máxima tolerada no consigue alcanzar y mantener el objetivo glucémico, no debe esperarse más de tres meses para añadir un segundo fármaco oral, un agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 o insulina basal (A).** **En pacientes con DM2 que no alcanzan los objetivos de control, debe evitarse la inercia terapéutica en el inicio de la insulina (B).** Se puede considerar el uso de insulina de inicio con o sin otros antidiabéticos en pacientes con diagnóstico reciente muy sintomáticos y con niveles altos de glucemia o HbA_{1c} (E). Los cambios terapéuticos deben consensuarse con el paciente, informando de aspectos como eficacia, seguridad, costes, influencia sobre el peso, riesgo de hipoglucemias y comorbilidades, y siempre se han de tener en cuenta las preferencias del paciente (E).

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 8)

Se recomienda un objetivo de PA menor de 140/90 mmHg, al igual que en la versión de 2015 (A). **En algunos pacientes puede recomendarse un objetivo menor de 130/80 mmHg.** Por ejemplo, en pacientes jóvenes, o con albuminuria o con varios factores de riesgo cardiovascular, siempre que no suponga una sobrecarga indebida para el paciente. Se recomienda tomar la PA en cada visita rutinaria. Si es elevada, se recomienda confirmarlo en una visita diferente (B). En pacientes con PA mayor de 140/90 mmHg debe iniciarse tratamiento farmacológico y reajustarlo si es necesario, a fin de evitar la inercia terapéutica, además de las medidas de estilo de vida (A). Se recomienda aconsejar cambios en el estilo de vida si la PA es mayor de 120/80 mmHg (B). Las medidas no farmacológicas incluyen la reducción de peso si hay sobrepeso u obesidad y una alimentación que incluya reducción de la ingesta de sal y aumento de la de potasio, moderar el consumo de alcohol y promover la realización de ejercicio físico (B). Para alcanzar el objetivo de control suele precisarse terapia combinada de va-

rios fármacos, incluyendo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)/antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y diuréticos en dosis máximas toleradas. Debe evitarse el uso conjunto de IECA más ARA II. En pacientes mayores se recomienda evitar objetivos muy estrictos. Un objetivo de PA sistólica inferior a 130 mmHg no ha demostrado beneficio cardiovascular, y un objetivo de PA diastólica inferior a 70 mmHg ha mostrado un aumento de la mortalidad en estos pacientes (C). En pacientes tratados con IECA/ARA II o diuréticos, se recomienda monitorizar los niveles de creatinina o el filtrado glomerular y los niveles de potasio (E).

TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 8)

Se recomiendan las siguientes medidas no farmacológicas para mejorar el perfil lipídico: evitar el sobrepeso y la obesidad, reducir el consumo de grasas saturadas, ácidos grasos trans y colesterol; aumentar el consumo de ácidos grasos omega 3, fibra y esteroides vegetales; e incrementar la realización de ejercicio físico (A). **En todos los pacientes con enfermedad cardiovascular, además de las medidas no farmacológicas, se debe incluir una estatina de alta intensidad en el plan terapéutico (A). Si no se alcanzan objetivos o no se toleran altas dosis de estatinas, debe asociarse ezetimiba (A).** En los pacientes sin enfermedad cardiovascular pero con factores de riesgo, se recomienda una estatina de alta intensidad^a en pacientes entre 40 y 75 años de edad y de moderada o alta intensidad en pacientes menores de 40 o mayores de 75 años (B). En los pacientes sin factores de riesgo^b ni enfermedad cardiovascular, se recomienda una estatina de intensidad moderada en pacientes mayores de 75 años de edad. En pacientes con triglicéridos elevados (superiores a 150 mg/dl) o niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (inferiores a 50 mg/dl en mujeres y 40 mg/dl en hombres), se recomienda intensificar las medidas no farmacológicas y mejorar el control glucémico (C). **Si los niveles de triglicéridos en ayunas son muy elevados (superiores a 500 mg/dl), deben buscarse causas secundarias y valorar un tratamiento específico para evitar el riesgo de pancreatitis (C). En general, no se recomienda la combinación de estatinas y fibratos, ya que no han demostrado un beneficio preventivo cardiovascu-**

lar (A). No obstante, podría considerarse la combinación de estatina y fenofibrato en pacientes varones con triglicéridos superiores o iguales a 204 mg/dl y colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad inferior o igual a 34 mg/dl (B). No se recomienda la combinación de estatinas y niacina, pues no aporta beneficio sobre la monoterapia con estatina y puede incrementar el riesgo de ictus (A). No se recomienda el uso de estatinas durante el embarazo (B).

No hay datos que avalen la frecuencia de determinaciones del perfil lipídico. Se recomienda, en los pacientes que no toman estatinas, realizar un perfil lipídico en el momento del diagnóstico de la DM y, luego, cada cinco años o con más frecuencia a juicio del clínico (E). En los pacientes tratados con estatinas tampoco hay una referencia clara. Se recomienda al inicio del tratamiento y, luego, periódicamente sin establecer un criterio definido, para valorar la respuesta terapéutica y la adherencia al tratamiento (E).

USO DE ANTIAGREGANTES (SECCIÓN 8)

Se recomienda la administración de ácido acetilsalicílico (AAA) en prevención secundaria (75-162 mg/día) (A). En pacientes alérgicos al AAA debe utilizarse clopidogrel (75 mg/día) (B). Durante el primer año tras un evento coronario agudo es razonable la aplicación de una terapia combinada de clopidogrel y AAA (B). En pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, puede considerarse el uso de AAA si tienen un riesgo a 10 años mayor del 10 % siempre que no esté aumentado el riesgo de sangrado (C). No se recomienda emplear de AAA en pacientes con riesgo cardiovascular inferior al 5 % a 10 años o en menores de 50 años sin factores de riesgo (C).

ENFERMEDAD CORONARIA (SECCIÓN 8)

No hay diferencias respecto a 2015, salvo la débil recomendación de realización de cribado con poca fuerza de evidencia en pacientes con algunas alteraciones.

El cribado para la detección de enfermedad coronaria asintomática no se recomienda (A). Se recomienda el uso de IECA y de β -bloqueantes durante al menos dos años tras un infarto agudo de miocardio (B).

^a Se consideran estatinas de alta intensidad las que reducen el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) más del 50 %: atorvastatina (40-80 mg) o rosuvastatina (20-40 mg), y de moderada intensidad las que reducen el c-LDL un 30-50 %: atorvastatina (10-20 mg), rosuvastatina (5-10 mg), simvastatina (20-40 mg), pravastatina (40-80 mg), lovastatina (40 mg), fluvastatina (80 mg), pitavastatina (2-4 mg).

^b Se consideran factores de riesgo cardiovascular: c-LDL mayor de 100 mg/dl, hipertensión arterial, tabaquismo, sobrepeso y obesidad o historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.

En pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática no deben emplearse glitazonas (A). En pacientes con insuficiencia cardíaca estabilizada puede usarse metformina si la función renal es normal, pero debe suspenderse en pacientes inestables u hospitalizados (B).

ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA. COMPLICACIONES MICROVASCULARES (SECCIÓN 9)

La «nefropatía» se ha visto sustituida por enfermedad renal diabética (ERD) para enfatizar que, si bien la nefropatía puede tener una variedad de causas, la ERD está directamente relacionada con la DM.

Recomendaciones

- Se definen los valores para optimizar el control de la PA (inferior a 140/90 mmHg) para reducir el riesgo o retrasar la progresión de ERD (A). En pacientes con albuminuria, se ha de considerar un control inferior a 130/80 mmHg.
- Para pacientes con ERD, se recomienda un aporte de proteínas de 0,8 g/kg/día. En diálisis se deberían considerar niveles mayores. Niveles más bajos no se aconsejan (A).
- Se recomienda un IECA o un ARA II para el tratamiento de pacientes (salvo embarazadas) con un cociente de albúmina-creatinina (CAC) moderadamente elevado (30-299 mg/día) (B), y altamente recomendado para aquellos con $CAC \geq 300$ mg/día o filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m² (A).
- Un IECA o un ARA II no se recomiendan para prevención primaria de ERD en pacientes con PA normal, CAC inferior a 30 mg/día y filtrado glomerular normal (B).
- La presencia de retinopatía diabética (RD) en pacientes con $CAC \geq 300$ mg/día sugiere fuertemente la ERD, y su ausencia en los que tienen reducido el filtrado glomerular y CAC inferior a 300 mg/día sugiere enfermedad renal no diabética.

RETINOPATÍA DIABÉTICA (SECCIÓN 9)

Cribado

Si no hay evidencia de RD en uno o más exámenes oculares, se deben considerar exámenes cada

dos años (coste-efectiva) (B). Estudios de cohortes prospectivos en DM2 bien controlados, después de un examen normal, no presentaban ningún riesgo de desarrollo de RD significativa en intervalos de tres años.

Tratamiento

- La panfotocoagulación con láser se indica para reducir el riesgo de pérdida de la visión grave en pacientes con RD proliferativa de alto riesgo, y algunos casos de RD no proliferativa grave (A).
- El tratamiento del edema macular diabético ha cambiado de forma importante tras la llegada de fármacos antiangiogénicos. Inyecciones intravítreas de antifactor de crecimiento vascular endotelial están indicadas en el edema macular diabético, el cual puede poner en peligro la visión (A).

NEUROPATÍA DIABÉTICA (SECCIÓN 9)

La FDA ha aprobado tres medicamentos (pregabalina, duloxetina y tapentadol) para el tratamiento del dolor asociado con la neuropatía diabética, pero ninguno ofrece alivio completo, incluso cuando se utilizan en combinación. Los antidepresivos tricíclicos, la gabapentina, la venlafaxina, la carbamazepina, el tramadol y la capsicina tópica, aunque no están aprobados para el tratamiento, pueden ser eficaces. Debemos reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

ADULTOS MAYORES (SECCIÓN 10)

Considerar la valoración geriátrica (médica, funcional, mental y social) para la gestión de la DM y proporcionar un marco para determinar objetivos y enfoques terapéuticos. Hay una gran heterogeneidad clínica y funcional de estos pacientes, y debemos individualizar (años de diagnóstico, presencia de complicaciones, fragilidad, comorbilidades, esperanza de vida, etc.) (E).

Detección de síndromes geriátricos en pacientes que sufren limitaciones en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Pueden afectar al autocontrol de la DM. Debemos detectar la disfunción cognitiva (E).

Los adultos mayores (≥ 65 años) con DM deben considerarse una población de alta prioridad para las pruebas de detección y el tratamiento de la depresión (B).

Los adultos mayores con DM tienen mayor riesgo de hipoglucemias, y debemos evitarlas para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y la disminución funcional. Debemos ajustar objetivos glucémicos e intervenciones farmacológicas (B).

En los adultos mayores con DM en cuidados paliativos, el control glucémico, lipídico y tensional no debe ser estricto, y puede ser apropiada la retirada farmacológica (E).

Los pacientes con DM que viven en centros geriátricos precisan una valoración cuidadosa para establecer objetivos glucémicos y tomar decisiones apropiadas en la elección de agentes hipoglucemiantes en función de su estado clínico y funcional (E).

Los objetivos primordiales en la gestión de la DM al final de la vida son: favorecer un confort general, la prevención de los síntomas angustiantes y la preservación de la calidad de la vida (E).

NIÑOS Y ADOLESCENTES (SECCIÓN 11)

Tres cuartas partes de los pacientes con DM1 comienzan antes de los 18 años, y la incidencia de DM2 en estas edades está creciendo a un ritmo exponencial (en torno a un 2,3 % cada año), lo cual hará que en 20 años se cuadruplique la prevalencia de la DM2 en niños y adolescentes.

El objetivo de control recomendado en estas etapas consiste en alcanzar una HbA_{1c} inferior al 7,5 % (E), aunque este objetivo debe individualizarse en función del riesgo de hipoglucemia, de tal manera que el objetivo de control puede ser más estricto si se consigue sin excesivas hipoglucemias.

Debido a las altas tasas de otras enfermedades autoinmunes en los niños y adolescentes con DM1, se aconseja el cribado de hipotiroidismo y enfermedad celíaca en el momento del diagnóstico de la enfermedad y durante el seguimiento (E).

Al igual que en los adultos, se recomienda monitorizar la PA en cada visita (B) y determinar anualmente los niveles de c-LDL en los niños mayores de 10 años (E).

En niños y adolescentes con DM2, el tratamiento de elección son los cambios en el estilo de vida y la metformina, ya que es el único antidiabético oral aprobado en niños. En aquellos casos en que no se consiga un control aceptable (HbA_{1c} ≤ 8 %), será necesario añadir insulina.

MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO (SECCIÓN 12, VER APARTADO 2)

A las mujeres en edad fértil con DM se les debe recomendar la planificación de los embarazos, de tal manera que deben esforzarse al máximo para alcanzar un estricto control de la DM (HbA_{1c} inferior al 6,5 %) en el momento de la concepción, ya que con ello se reduce el riesgo de malformaciones congénitas (B).

El objetivo de control de la DM durante el embarazo debe ser óptimo (HbA_{1c} entre el 6 y el 6,5 %), siempre y cuando se consiga sin hipoglucemias; en caso contrario, debe relajarse este objetivo (HbA_{1c} inferior al 7 %) (B).

El tratamiento de elección de la DM durante el embarazo consiste en cambios en el estilo de vida, a lo que se debe añadir insulina en pacientes con tratamiento previo con insulina o en caso de ser necesario para alcanzar un adecuado control (A). Las mujeres con DM2 previa al embarazo o DMG también pueden recibir metformina (A).

Todas las insulinas poseen una categoría de riesgo B durante el embarazo, excepto la glargina, la glulisina y la degludec, que poseen una categoría C.

A aquellas mujeres que hayan padecido DMG se les debe realizar una SOG con 75 g de glucosa entre las semanas 6 y 12 del posparto con el fin de comprobar si persiste la DM. A aquellas en que la SOG sea normal se les debe hacer un cribado de DM con una frecuencia de 1-3 años, debido a su elevado riesgo de desarrollar DM2 (B). También se les debe recomendar una intervención intensiva sobre el estilo de vida, y si fuese preciso se debería recomendar metformina, ya que con estas intervenciones se reduce un 35-40 % el riesgo de desarrollar DM (A).

El objetivo de la PA sistólica durante el embarazo es de 110-129 mmHg y de 65-79 mmHg el de PA diastólica. Durante el embarazo está contraindicado el uso de los IECA y ARA II.

TRANSICIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE TRAS LA HOSPITALIZACIÓN (SECCIÓN 13)

Debería instaurarse un protocolo individualizado para la transición a Atención Primaria del paciente

diabético tras la hospitalización (B). **Debe informarse al personal sanitario de Atención Primaria si se ha modificado el tratamiento o si el grado de control del paciente no es el adecuado, con el fin de evitar episodios de hiperglucemia o hipoglucemia.** También se debe informar acerca de la aparición o descompensación de complicaciones o comorbilidades durante el ingreso.

Es importante que en el momento del alta se les suministren a los pacientes diabéticos los medicamentos y materiales necesarios (tiras, agujas, etc.) en la cantidad suficiente para que puedan mantener la continuidad del tratamiento hasta que puedan ser atendidos por los profesionales de Atención Primaria.

*** Nota importante.** Este resumen razonado de cara a la práctica asistencial del profesional sanitario de primer nivel ha sido realizado en tiempo récord por el equipo de **la redGDPS (Mateu Seguí Díaz, Manuel Ruiz Quintero, Domingo Orozco Beltrán, Joan Barrot de la Puente y Javier García Soidán)** para con ello llegar lo más rápidamente posible al personal sanitario del primer nivel. Por esto mismo podrían existir errores de traducción o del sentido original del artículo que hace que no sustituya a este. Recomendamos su lectura atenta. El artículo es accesible libremente desde el enlace que adjuntamos:

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl 1). Disponible en: URL: <http://redgedaps.blogspot.com.es/2015/12/los-standards-of-medical-care-in.html#sthash.hZ2MgLtE.dpuf>.