

Los «Standards of Medical Care in Diabetes—2017»

Equipo de la redGDPS: Mateu Seguí Díaz, Manuel Ruiz Quintero, Domingo Orozco Beltrán, Joan Barrot de la Puente y Javier García Soidán*

Por segundo año consecutivo y en un tiempo récord, el equipo de la redGDPS ha traducido y condensado los Standards of Medical Care (SMC) de la American Diabetes Association (ADA) para con ello llegar al máximo número de médicos que atienden a los pacientes con diabetes mellitus (DM). Es una constante que los SMC se difundan los últimos días del año que acaba, pero de un tiempo a esta parte se ha acortado este intervalo y ha llegado a nuestras manos este año el día 15 de diciembre.

Los SMC de la ADA hacen una actualización de las evidencias que se van produciendo cada año con las que aportar unas recomendaciones en la DM. Por ello, la estructura anual del documento es parecida y los cambios normalmente son mínimos, salvo cuando existe algún estudio o consenso que rompe con lo anteriormente publicado y hace variar los niveles de evidencia. En estos casos los cambios suelen estar en algún capítulo, pero no afectan al conjunto de las recomendaciones.

Los SMC tienen las ventajas de una guía de práctica clínica, al basarse en la evidencia científica. Por ello, clasifican la fuerza de sus recomendaciones según el nivel de las evidencias científicas, de forma que se establecen cuatro grados de mayor a menor fuerza: A, B, C y E (el A está basado en ensayos clínicos y el E se basa en consensos de expertos), y todo ello anualmente.

La estructura del documento se dispone en capítulos en el documento extenso (15 en el año 2017). Existe también un documento breve con los cambios producidos desde el anterior publicado («Standards of Medical Care in Diabetes in Diabetes—2017: Summary of Revisions»; S4-5). La bibliografía ha ido variando según las versiones, desde estar toda al final de la obra hasta encontrarse al final de cada sección, mucho más manejable.

Como el año pasado, la redGDPS ha mantenido esta iniciativa con la que hacer más útil, accesible y rápida la consulta de este documento en lengua española. Para ello, los mismos

cinco integrantes de la red del año pasado se han propuesto en un tiempo récord (seis días) traducir, resumir y plasmar en un pequeño documento que se publica los principales cambios producidos en él (básicamente niveles de evidencia), dirigido (en nuestro caso) al manejo del paciente con DM tipo 2 (DM2). Este documento se publica en el blog (por su inmediatez) y en la revista *Diabetes Práctica* (formato papel) más tarde.

Hay que decir que el equipo traductor y redactor de este documento se ha basado en el escrito aportado el año anterior (como es una constante en los SMC) haciendo los cambios precisos incluidos en el documento original. Se ha añadido una sección previa referida a la «Promoción de la salud, reducción de las disparidades en las poblaciones» (sección 1, s6), dirigida a mejorar los resultados según la disparidad poblacional en personas con DM atendiendo a los recursos comunitarios y al autocontrol.

Destacan que este año han actualizado los temas referidos a los problemas psicosociales, incluyendo el autocontrol, la salud mental, la comunicación, complicaciones, comorbilidades y consideraciones referidas a aspectos vitales.

Del documento aportado este año, resaltamos por secciones lo que sigue a continuación:

CLASIFICACIÓN (SECCIÓN 2, S11)

Se mantiene la clasificación tradicional en diferentes categorías, aunque se actualiza según el nuevo consenso en la clasificación de la DM tipo 1 (DM1) en tres niveles según la autoinmunidad, la glucemia y los síntomas (véase la tabla en el documento original). Con todo, la DM atiende a la siguiente clasificación:

- 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 sin antecedentes previos de DM.
- Otros tipos específicos de DM por otras causas: DM monogénica (neonatal, *maturity-onset diabetes of the young* [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (por ejemplo, fibrosis quística), DM producida por fármacos (glucocorticoides, tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], trasplante de órganos, etc.).

Hacemos notar que en estas categorías no se hace mención a la *latent autoimmune diabetes of adults* (LADA) que, como la DM1, puede identificarse determinando los anticuerpos antigitutamato descarboxilasa. Sin embargo, al contrario que en la DM1, la edad de inicio suele estar entre los 30 y 70 años, y no requiere tratamiento insulínico inmediato, al menos los seis meses tras el diagnóstico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (SECCIÓN 2, S11)

No existen cambios y se mantienen los mismos tests, tanto para el cribado de la DM2 como para su diagnóstico, sea con la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) ($\geq 6,5\%$), con la glucemia basal 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). Se deja claro (2017) que no existe una prueba superior a otra y que cada una de ellas no detecta la DM en los mismos individuos. Todas ellas se deben repetir 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. La HbA_{1c} se utilizará si el método está certificado por el National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) y estandarizado por el estudio Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Aunque existen datos insuficientes sobre la utilización de la HbA_{1c} como método diagnóstico en niños, la ADA la recomendaría en el caso de la DM2.

Como el año pasado, la ADA hace unas recomendaciones para el cribado del riesgo de DM2 y de prediabetes e insiste en practicar los tests en cualquier edad cuando existe sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal [IMC] ≥ 25 kg/m² o ≥ 23 kg/m² en asiáticos) y algún factor de riesgo añadido para la DM (B) y en todos los adultos a partir de los 45 años (2017) (B).

Si el test es normal, se ha de repetir cada tres años (C); cualquier test de los nombrados es 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).

En cuanto a la DM1, el cribado mediante anticuerpos solo se realizará en el caso de miembros familiares de primer grado (B). La persistencia de dos o más anticuerpos predeciría la DM1 clínica.

Se comentan las evidencias de cribar la DM en la práctica odontológica.

LAS CATEGORÍAS QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 (PREDIABETES) (SECCIÓN 2, S11)

Las situaciones metabólicas que incrementan el riesgo de DM2 (prediabetes) no han sufrido variación. Estas son:

- Tener una glucemia basal entre 100 y 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l), llamada glucemia basal alterada.
- Presentar una SOG a las 2 horas de 140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l), llamada intolerancia a la glucosa.
- Mostrar una HbA_{1c} del 5,7-6,4 % (39-47 mmol/l).

Se entiende que todos los tests son igual de apropiados y que el riesgo es continuo y se exceden los límites en las tres situaciones.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (SECCIÓN 2, S 11)

En la DMG, 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 acude a nuestra consulta si se identifica algún factor de riesgo de DM (B).

A su vez, desde la ADA de 2011, se recomienda practicar un test para descartar la DMG a las 24-28 semanas mediante la SOG con 75 g, o en «dos pasos» desde la ADA de 2013, mediante una SOG con 50 g en ayunas seguida de una SOG con 100 g a las 3 horas en las mujeres en las que el cribado salió positivo (A).

Las mujeres con DMG a las 4-12 semanas tras el parto precisarán una nueva SOG para reevaluarlas con los criterios habituales (E).

Este cribado deberá repetirse cada 3 años (B).

DIABETES MONOGENICAS (SECCIÓN 2, S11)

Tema cada vez más importante que la ADA desarrolla en aspectos del diagnóstico y de la evaluación individual y familiar. Destaca que a todo lactante con diagnóstico de DM antes de los 6 meses se le debe efectuar un test genético (A).

Se debe considerar la DM tipo MODY en aquellos pacientes jóvenes con una hiperglucemia estable y antecedentes familiares de DM (autosómico dominante) sin características de DM1 o DM2 (A), a los que se les deben realizar pruebas genéticas. En ambas situaciones se ha actualizado la recomendación de la evidencia hasta el nivel A.

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 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 llevar a cabo la determinación de la HbA_{1c} al menos dos veces al año en individuos con buen control glucémico estable (E), o cada tres meses en aquellos que se hagan cambios en su tratamiento o no cumplan objetivos (E). En personas adultas no gestantes el objetivo metabólico razonable se encuentra por debajo del 7 % de HbA_{1c} (A). Será 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 (RCV) (C). Se perseguirán objetivos menos estrictos (inferior es al 8 %) en pacientes con historia de hipoglucemias graves, esperanza de vida reducida, alteraciones microvasculares o macrovasculares avanzadas, comorbilidad, etc. (B) (tabla 1).

Los objetivos glucémicos preprandiales se mantienen en 80-130 mg/dl (4,4-7,2 mmol/l) y los posprandiales deben ser inferiores a 180 mg/dl (10,0 mmol/l).

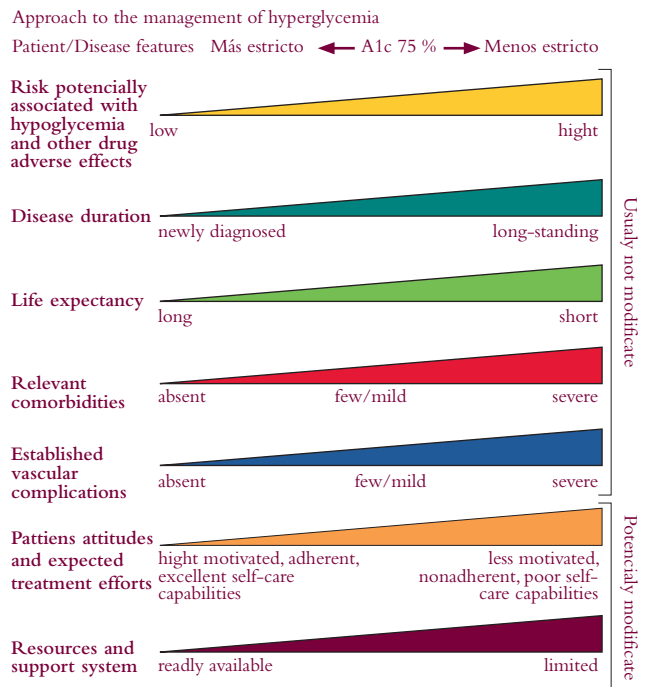
En los individuos con riesgo de hipoglucemia se debe interrogar activamente sobre esta posibilidad en cada contacto clínico (C). Se introduce la definición de hipoglucemia grave o clínicamente significativa cuando la glucemia sea inferior a 54 mg/dl (3,0 mmol/l), al tiempo que se deben tomar en consideración valores de alerta cuando son ≤ 70 mg/dl (3,9 mmol/l).

EVALUACIÓN MÉDICA INTEGRAL Y EVALUACIÓN DE LAS COMORBILIDADES (SECCIÓN 3, S25)

Atención centrada en el paciente

Se incluye una nueva discusión de los objetivos de la comunicación médico-paciente haciendo hincapié en la aten-

Tabla 1. Objetivos de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) según las características del paciente con diabetes mellitus tipo 2



ción centrada en el paciente mediante la escucha activa, teniendo en cuenta las preferencias y creencias del paciente y analizando los posibles obstáculos, como el nivel de alfabetización. Esto se debe utilizar para optimizar los resultados de salud del paciente y la calidad de vida (B).

Las personas con DM deben asumir un papel activo en su cuidado. La autogestión se relaciona con la mejora de los resultados en la DM y debe ser un objetivo de la evaluación continua, la educación del paciente y la planificación del tratamiento.

Evaluación médica integral

- Se debe llevar a cabo una evaluación médica completa en la visita inicial al confirmar el diagnóstico y para la clasificación de la DM (B).
- Se han de detectar complicaciones de la DM y condiciones comórbidas potenciales (E).
- Es necesario el control y tratamiento de los factores de riesgo en pacientes con DM establecida (E).
- Se debe iniciar la participación del paciente en la formulación de un plan de gestión de la atención (B).
- Se aconseja desarrollar un plan para el cuidado continuo (B).

- Se mantienen las mismas recomendaciones respecto a la historia clínica que en los SMC de 2016, añadiendo la recomendación de revisar la anticoncepción y la planificación previa a la concepción en mujeres con capacidad de procrear.
- Se repite el mismo examen físico que en los SMC de 2016.
- La evaluación de laboratorio es la misma que en los SMC de 2016; sin embargo, desaparece la indicación de determinar la hormona estimulante de la tiroides en mujeres mayores de 60 años o pacientes con dislipemia, y se mantiene en la DM1.
- Se marcan las indicaciones para la gestión de la atención inicial (las mismas que en 2016, a las que se ha añadido la evaluación de las características y duración del sueño como parte de la evaluación médica integral basada en la evidencia emergente que sugiere una relación entre la calidad del sueño y el control de la glucemia).
- Respecto a la inmunización, este año aumentan las indicaciones de vacunación (se mantienen las recomendaciones de gripe y hepatitis B) con la recomendación de la vacuna antineumocócica para toda persona con DM2 de 2 a 64 años de edad, con la vacuna antineumocócica de polisacáridos (PPSV23). A la edad de 65 años, se debe administrar la vacuna neumocócica conjugada (PCV13) al menos un año después de la vacunación con PPSV23, seguida de otra dosis de la vacuna PPSV23 al menos un año después de la PCV13 y al menos cinco años después de la última dosis de PPSV23 (C).

Evaluación de las comorbilidades

En esta nueva sección se pone de relieve la importancia de valorar la comorbilidad en el contexto de una evaluación médica integral centrada en el paciente.

Además de examinar las complicaciones relacionadas con la DM, debemos ser conscientes de las comorbilidades comunes que afectan a las personas con DM y que pueden complicar la gestión de la enfermedad. Estas son condiciones que afectan a las personas con DM con más frecuencia que a las personas de la misma edad sin DM.

Una lista ampliada de las comorbilidades de la DM (ya en la anterior edición se citaban los cánceres de hígado, páncreas, endometrio, colon/recto, mama y vejiga; el hígado graso; las fracturas; la discapacidad auditiva; la apnea obstructiva del sueño; la enfermedad periodontal y los bajos niveles de testosterona en hombres) incluye ahora enfermedades au-

toinmunes, VIH, trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de conducta alimentaria y la enfermedad mental grave.

Se debe considerar la detección de enfermedades autoinmunes: tiroidea y enfermedad celíaca poco después del diagnóstico en pacientes con DM1 (E).

En cuanto al deterioro cognitivo/demencia, en esta edición se reconoce no solo el intenso aumento de demencia (tanto tipo alzhéimer como, sobre todo, demencia vascular) en el paciente con DM frente al normoglucémico, sino también a la inversa: los enfermos con demencia son más propensos a desarrollar DM.

La adherencia a la dieta mediterránea está correlacionada con la mejora de la función cognitiva.

El temor a la demencia no debe ser una barrera para el uso de estatinas.

En las personas con deterioro cognitivo/demencia, el control intensivo de la glucosa no debe recomendarse para mejorar la función cognitiva. El tratamiento debe adaptarse para evitar la hipoglucemia significativa (B).

A los pacientes con VIH se les debe realizar una analítica de glucosa en ayunas cada 6-12 meses antes de iniciar la terapia antirretroviral (aumenta el riesgo de DM2 y prediabetes) y 3 meses después de iniciar o cambiar la terapia antirretroviral; si la glucemia es normal, el seguimiento será anual. Si se detecta la prediabetes, se continuará para medir los niveles de glucosa en ayunas cada 3-6 meses para monitorizar la progresión a la DM. No se recomienda en estos pacientes la HbA_{1c} para el diagnóstico (E).

En cuanto a la ansiedad, se ha de efectuar un cribado para la ansiedad en las personas que evidencian ansiedad o preocupación respecto a las complicaciones de la DM, las inyecciones de insulina, la toma de fármacos y la hipoglucemia, pues esto interfiere en el autocuidado. Aquellos pacientes que expresen temor, terror o pensamientos irracionales o muestren síntomas de ansiedad (tales como las conductas de evitación, comportamientos repetitivos excesivos o retraimiento social) se deben someter a tratamiento de la ansiedad presente (B).

Las personas con hipoglucemias inadvertidas deben recibir formación diabetológica, con la finalidad de volver a reconocer los signos de hipoglucemia y que de esta manera disminuya su miedo a estas (A).

En cuanto a la depresión, se debe considerar el cribado anual (mediante escalas apropiadas a la edad) de todos los

pacientes con DM y prediabetes, especialmente de aquellos con historia de depresión previa, y realizar una evaluación adicional en los individuos que den un resultado positivo (B).

Se debe tener en cuenta la evaluación de la depresión desde el momento del diagnóstico de complicaciones o cuando hay cambios significativos en el estado médico (B).

Es preciso derivar para el tratamiento de la depresión a profesionales de la salud mental con experiencia en el uso de terapia cognitivoconductual, la terapia interpersonal u otros métodos de tratamiento basados en la evidencia, manteniendo la colaboración con el equipo de tratamiento de la DM del paciente (A).

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, se debe reevaluar el régimen de tratamiento de personas con DM que presentan síntomas de comportamiento desordenado de comer, un trastorno alimentario o patrones alterados (B).

Se ha de considerar la detección de trastornos de la alimentación ante la presencia de hiperglucemia y pérdida de peso en la DM1 (abandono de la insulina buscando la pérdida de peso por la glucosuria). Además, se recomienda una revisión del régimen médico para aprovechar determinados efectos del tratamiento sobre el hambre y la ingesta calórica (por ejemplo, el uso de un agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 [arGLP1] puede ayudar ante síntomas bulímicos) (B).

En cuanto a la enfermedad mental grave, se debe llevar a cabo un cribado anual de la DM y prediabetes en personas que tienen prescritos medicamentos antipsicóticos (B).

En adolescentes y adultos con DM que tomen un antipsicótico de segunda generación (por ejemplo, olanzapina), los cambios de peso, el control de la glucemia y los niveles de colesterol se deben monitorizar cuidadosamente y el tratamiento se debe reevaluar (C).

Hay que aumentar las actividades de cuidado de la DM en los objetivos del tratamiento en personas con DM y enfermedad mental grave (B).

GESTIÓN DEL ESTILO DE VIDA (SECCIÓN 4, S 33)

Autocontrol de la diabetes, educación y apoyo

Las recomendaciones son las mismas que en los SMC de 2016. Los cuatro momentos críticos donde aplicarlos son

también los mismos, así como las evidencias de los beneficios y las condiciones.

En la terapia nutricional, las recomendaciones son las dadas ya en años anteriores (2015 y 2016).

Se ofrecen recomendaciones específicas de nutrición. Como novedad respecto al año 2016, un cambio en el nivel de evidencia de C a B en la elección de alimentos saludables y el control de porciones puede ser un método sencillo y eficaz para el control de glucemia y de peso en pacientes sin tratamiento con insulina y que poseen pocos conocimientos sobre salud y cálculo, como ancianos o pacientes con tendencia a tener hipoglucemia (B).

Una variedad de patrones de alimentación como la dieta mediterránea, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) (baja en sal y grasa) y dietas basadas en vegetales son aceptables para el tratamiento de la DM2 y prediabetes (B) (nueva recomendación).

Objetivos de la terapia de nutrición, así como los del control de peso, para adultos con DM son los mismos que en el año 2016. Se añade que en la gestión intensiva de estilo de vida para la pérdida de peso ya no solo se recomienda la bajada en calorías totales, sino también determinados nutrientes como granos enteros, verduras, frutas, legumbres, lácteos bajos en grasa, carnes magras, frutos secos y semillas.

Las recomendaciones sobre hidratos de carbono, grasas, sodio y alcohol son las mismas que en el año 2016. Respecto a las proteínas, se han observado algunas mejorías en la gestión de la DM2 con dietas con niveles ligeramente más altos de proteínas (20-30 %), al aumentar la saciedad.

Resultan novedosas las referencias a los micronutrientes y suplementos. Se debe realizar un control periódico de la vitamina B₁₂ en pacientes tratados con metformina (en especial si hay anemia o neuropatía periférica) y suplementarla si hay déficit (B).

Ninguna otra suplementación se considera eficaz.

Se añade una tabla sobre el uso de edulcorantes no nutritivos. Estos tienen el potencial de reducir la ingesta total de calorías e hidratos de carbono, si sustituyen a edulcorantes calóricos y no se compensan con la ingesta de calorías adicionales de otras fuentes de alimentos. Los edulcorantes no nutritivos son generalmente seguros para usar dentro de los niveles de ingestión diaria (B).

Actividad física: los niños y adolescentes con DM o prediabetes deben realizar 60 min/día o más de actividad aeróbica de

intensidad moderada o vigorosa, con ejercicios de fortalecimiento muscular al menos 3 días/semana (B).

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

Todos los adultos, y en particular las personas con DM2, deben disminuir la cantidad de tiempo invertido en actividades sedentarias (B).

En los adultos con DM2, la sedestación prolongada se debe interrumpir cada 30 minutos para lograr beneficios de glucemia (C).

Entrenar la flexibilidad y el equilibrio se recomienda 2-3 veces/semana para los adultos mayores con DM. El yoga y el taichí pueden aconsejarse tomando en consideración las preferencias individuales para aumentar la flexibilidad, la fuerza muscular y el equilibrio (C).

Se debe aconsejar a todos los pacientes que no fumen (A), ni siquiera cigarrillos electrónicos (C).

En cuanto a los problemas psicosociales: la atención psicosocial integrada, colaborativa y centrada en el paciente se proporcionará a todas las personas con DM, con el objetivo de optimizar los resultados de salud y la calidad de vida (A).

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

Rutinariamente, se debe supervisar a las personas con DM para detectar el estrés, en particular cuando los objetivos de tratamiento no se cumplen o con la aparición de complicaciones diabéticas (B).

Una nueva sección y la tabla 4.2 proporcionan información sobre situaciones que podrían justificar la derivación a salud mental para evaluación y tratamiento (esta información es complementaria a la desarrollada en la sección 3).

PREVENCIÓN O RETRASO EN LA APARICIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (SECCIÓN 5, S44)

En esta sección nos remiten a las pautas relacionadas con la detección de prediabetes en la sección 2 «Clasificación y diagnóstico de la diabetes» (**interesa la tabla de factores de riesgo de desarrollar DM y el test de riesgo de la ADA**).

Nuevas recomendaciones respecto al año 2016

Se sugiere monitorizar la glucosa al menos anualmente en las personas con prediabetes, es decir, personas con HbA_{1c} del 5,7-6,4 % (39-47 mmol/mol), intolerancia a la glucosa o glucemia basal alterada, para descartar nuevas apariciones de casos de DM (E).

La terapia con metformina para la prevención de la DM2 se debe considerar en los pacientes con prediabetes, especialmente para aquellos con IMC \geq 35 kg/m² o con edad inferior a 60 años o mujeres con antecedentes de DMG. Se recomienda la detección y el tratamiento de los factores de riesgo modificables de enfermedad cardiovascular en los pacientes con prediabetes (B).

Las personas con prediabetes deben recibir educación y apoyo, incluidos programas de autogestión, para desarrollar y mantener comportamientos que pueden prevenir o retrasar la aparición de DM (B).

Se mantienen las siguientes recomendaciones:

- Se debe remitir a los pacientes con prediabetes a un programa de intervención de estilo de vida conductual intensiva inspirado en el Programa de Prevención de la Diabetes para lograr y mantener la pérdida del 7 % del peso corporal inicial y realizar actividad física de intensidad moderada (como caminar a paso ligero) por lo menos 150 min/semana (A).
- Herramientas asistidas por la tecnología (incluyendo las redes sociales en internet, la educación a distancia, contenidos en DVD y aplicaciones móviles) pueden ser elementos útiles de modificación de estilo de vida para prevenir la DM (B).

En cuanto a recomendaciones dietéticas, se apoya que la dieta mediterránea rica en grasas monoinsaturadas puede ayudar a prevenir la DM (la calidad de las grasas es más importante que la cantidad de estas).

GESTIÓN DE LA OBESIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (SECCIÓN 7, S57)

No hay variaciones respecto a los SMC de 2016 salvo en el punto de cambio de denominación de cirugía bariátrica por cirugía metabólica, con el consiguiente cambio en las recomendaciones:

- La cirugía metabólica se debe recomendar para el tratamiento de la DM2 en los candidatos quirúrgicos adecuados con IMC ≥ 40 kg/m² independientemente del 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 cuando la hiperglucemia no se controla de forma adecuada a pesar del estilo de vida y la terapia médica óptima (B) (en asiáticos estos valores se reducen 35 kg/m²).
- La cirugía metabólica se debe considerar para los adultos con DM2 con un IMC de 30,0–34,9 kg/m² si la hiperglucemia no se controla de forma adecuada a pesar del control médico óptimo por cualquiera de los medicamentos orales o inyectables (incluyendo insulina) (B).
- La cirugía metabólica debe realizarse en centros con equipos multidisciplinares que entiendan y tengan experiencia en el manejo de la DM y la cirugía gastrointestinal (C).
- En el seguimiento a largo plazo en el estilo de vida, el control rutinario de micronutrientes y del estado nutricional se debe monitorizar en los pacientes tras la cirugía (C).
- Los candidatos a cirugía metabólica deben recibir una evaluación completa de su salud mental (B).
- La cirugía debe posponerse en pacientes con antecedentes de abuso de alcohol o de drogas, depresión significativa, ideación suicida u otras condiciones de salud mental hasta que estos problemas se haya resuelto (C).
- Las personas que se someten a cirugía metabólica deben ser evaluadas por salud mental para ayudarlas a adaptarse a los cambios médicos y psicosociales después de la cirugía (C).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 8, S64)

Se le ha cambiado el título de «Acerca del tratamiento glucémico» por el de «Farmacología del tratamiento glucémico» reforzando el contenido del capítulo, que es fundamentalmente farmacológico.

Se introducen varias tablas que muestran los distintos antidiabéticos según su coste.

Las recomendaciones de manejo farmacológico en 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 en monoterapia, si no está contraindicada y es bien tolerada, sigue siendo la metformina (A). Se plantea, a la luz de las nuevas evidencias, la asociación entre el déficit de vitamina B₁₂ y la utilización de la metformina y se aconseja su determinación periódica y suplementar con esta vitamina si fuera necesario.

Si con monoterapia en la dosis máxima tolerada no se consigue alcanzar y mantener el objetivo glucémico, no debe esperarse más de tres meses para añadir un segundo fármaco oral (terapia dual, cualquiera salvo los inhibidores de las α -glucosidasas) o un arGLP1 o la insulina basal (A). Esta última también se planteará en pacientes con DM2 recién diagnosticada con clínica o HbA_{1c} ≥ 10 % (86 mmol/mol) o glucemias ≥ 300 mg/dl (16,7 mmol/l) (E) (tabla 2).

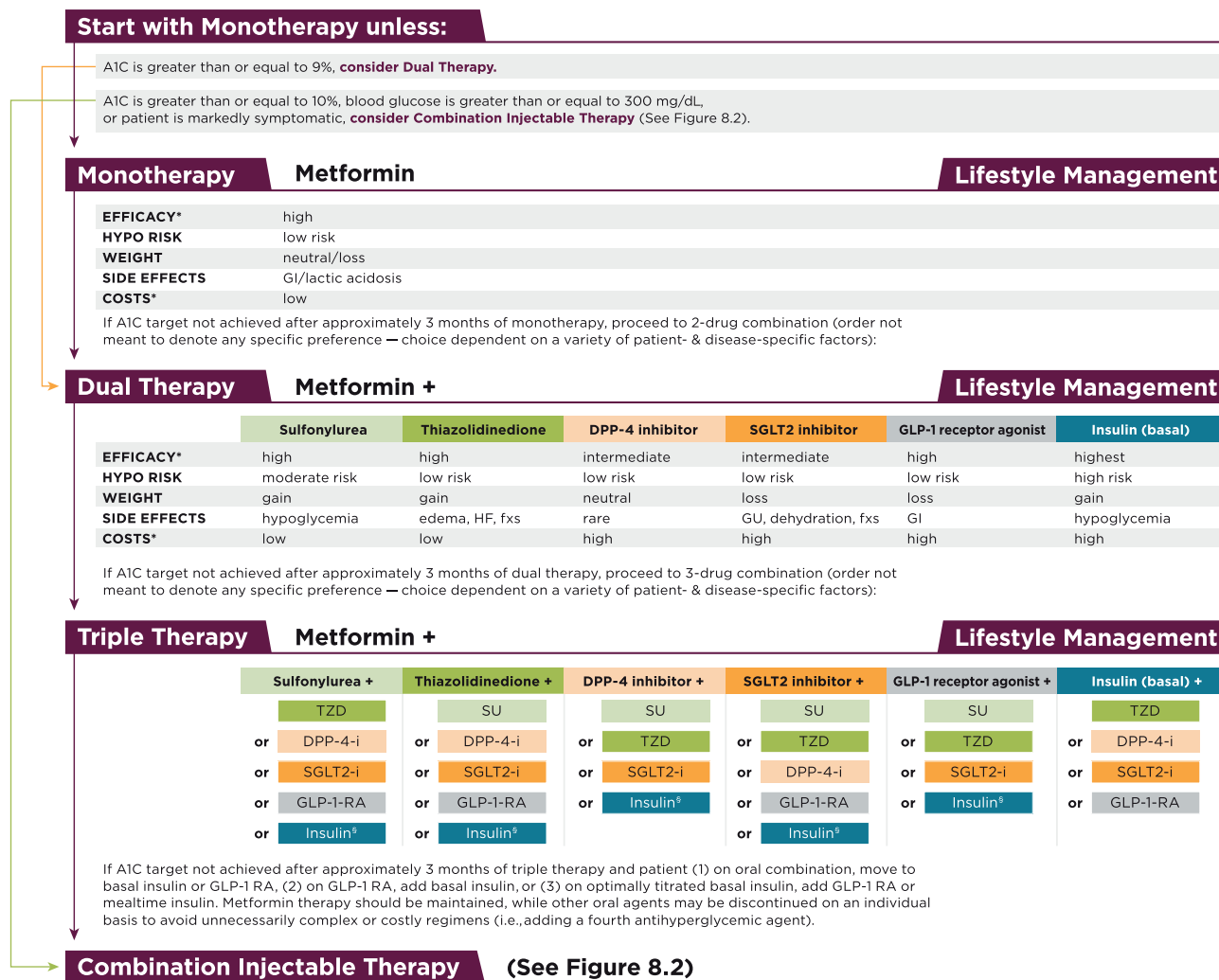
Se plantea el problema de la cetoacidosis en los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 en ausencia de hiperglucemia en pacientes tanto con DM1 como con DM2.

Si los objetivos no se alcanzan en tres meses una vez introducida la triple terapia, se debe considerar añadir la insulina basal o los arGLP1 (tabla 2).

En pacientes con DM2 que no alcanzan los objetivos de control debe evitarse la inercia terapéutica en el inicio de la insulina (B). 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 teniendo en cuenta las preferencias del paciente (E).

Se incorporan referencias al papel que en la actualidad tienen los biosimilares de la insulina y a las nuevas evidencias que demuestran la no inferioridad entre las presentaciones con insulina basal en combinación con análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 frente a la insulina basal más insulina rápida o dos inyecciones de insulina premezclada (premix), así como la no inferioridad de múltiples dosis de insulina mezclada (premix) frente al régimen basal-bolo.

Tabla 2. Esquema farmacológico propuesto para el tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2



Tomando en consideración los resultados cardiovasculares del Empagliflozin Cardiovascular Outcome Event Trial in Type 2 Diabetes Mellitus Patients (EMPA-REG OUTCOME) y del Liraglutide Effect and Action in Diabetes: Evaluation of Cardiovascular Outcome Results: a Long Term Evaluation (LEADER), se recomienda valorar la utilización de la empagliflozina o la liraglutida en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida y un control subóptimo de larga duración (B).

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 9, S75)

Se aconseja un objetivo de presión arterial (PA) inferior a 140/90 mmHg, al igual que en la versión de 2016 (A).

En algunos pacientes de alto RCV puede recomendarse un objetivo inferior a 130/80 mmHg si puede alcanzarse sin un exceso terapéutico (C).

Se debe tomar la PA en cada visita rutinaria. Si es elevada se recomienda confirmarlo en una visita diferente (B). En pacientes con PA superior a 140/90 mmHg, a la vez que se insisten en los cambios en los estilos de vida, debe iniciarse tratamiento farmacológico (puede empezarse con dos fármacos en una misma presentación si es superior a 160/100 mmHg) y reajustar dicho tratamiento si es necesario, evitando la inercia terapéutica, además de las medidas de estilo de vida (A). Se recomiendan cambios en el estilo de vida si la PA es superior a 120/80 mmHg (B).

Las medidas no farmacológicas contemplan la disminución 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 varios 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 con DM y HTA con un cociente de albúmina/creatinina (CAC) superior a 300 mg/g (A) o entre 30 y 299 mg/g (B), deben utilizarse IECA o ARA II. El empleo de ambos agentes farmacológicos exige un control del filtrado glomerular estimado (FGe) y de los niveles de potasio (B).

En pacientes mayores se recomienda evitar objetivos muy estrictos. Un objetivo de PA sistólica inferior de 130 mmHg no ha demostrado beneficio cardiovascular, y un objetivo de PA diastólica inferior a 70 mmHg ha evidenciado un aumento de la mortalidad en estos pacientes (C).

Se plantea tratar a la paciente embarazada con DM y HTA para que consiga unos objetivos de PA de 120-160/80-105 mmHg.

Se añaden las evidencias tras los últimos ensayos clínicos aleatorios de la empaglifozina y la liraglutida en los pacientes con DM2 de alto riesgo.

TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (SECCIÓN 9, S75)

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 dosis altas de estatinas, debe asociarse ezetimiba (A).

En los pacientes sin enfermedad cardiovascular pero con factores de riesgo, se recomienda una estatina de intensidad alta^a en pacientes de 40-75 años de edad (A) y de intensidad moderada o alta en pacientes cuando no existan (B) (tabla 3).

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 (superior a 150 mg/dl) o niveles de lipoproteínas de alta intensidad bajos (inferior 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 (superior 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, pues no han demostrado un beneficio preventivo cardiovascular (A). No obstante, podría considerarse la combinación de estatina y fenofibrato en pacientes varones con niveles de triglicéridos superiores o iguales a 204 mg/dl y colesterol ligado a lipoproteínas de alta intensidad inferior o igual a 34 mg/dl (B).

No se recomienda la combinación de estatinas y niacina, ya que no aporta beneficio sobre la monoterapia con estatina y puede incrementar el riesgo de ictus (A).

No se aconseja 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).

^a Se consideran estatinas de intensidad alta las que reducen el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad más del 50 % (atorvastatina [40-80 mg] o rosuvastatina [20-40 mg]) y de intensidad moderada las que reducen el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad 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] y pitavastatina [2-4 mg]).

^b Se consideran factores de RCV: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad superior a 100 mg/dl, hipertensión arterial, tabaquismo, sobrepeso y obesidad o historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.

Tabla 3. Tratamiento de la dislipemia en el paciente con diabetes mellitus tipo 2

Age	Risk factors	Recommended statin intensity*
< 40 years	None	None
	ASCVD risk factor(s)**	Moderate or high
	ASCVD	High
40–75 years	None	Moderate
	ASCVD risk factors	High
	ASCVD	High
	ACS and LDL cholesterol ≥ 50 mg/dL (1.3 mmol/L) or in patients with a history of ASCVD who cannot tolerate high-dose statins	Moderate plus ezetimibe
> 75 years	None	Moderate
	ASCVD risk factors	Moderate or high
	ASCVD High	
	ACS and LDL cholesterol ≥ 50 mg/dL (1.3 mmol/L) or in patients with a history of ASCVD who cannot tolerate high-dose statins	Moderate plus ezetimibe

*In addition to lifestyle therapy.

**ASCVD risk factors include LDL cholesterol ≥ 100 mg/dL (2.6 mmol/L), high blood pressure, smoking, chronic kidney disease, albuminuria, and family history of premature ASCVD.

USO DE ANTIAGREGANTES (SECCIÓN 9, S75)

Se recomienda el uso de ácido acetilsalicílico en prevención secundaria (75–162 mg/día) (A). En pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico, debe utilizarse clopidrogel (75 mg/día) (B). Durante el primer año tras un evento coronario agudo es razonable el uso de una terapia combinada de clopidrogel y ácido acetilsalicílico (B). En pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, puede considerarse el uso de ácido acetilsalicílico en mayores de 50 años si tienen al menos un factor de RCV adicional y riesgo a 10 años superior al 10 % siempre que no esté aumentado el riesgo de sangrado (C). No se recomienda el uso de ácido acetilsalicílico en pacientes con DM y un RCV bajo (inferior al 5 % a 10 años), al igual que en menores de 50 años sin factores de riesgo (C).

ENFERMEDAD CORONARIA (SECCIÓN 9, S75)

No hay diferencias respecto a 2016, salvo la débil recomendación de cribado con poca fuerza de evidencia en pacientes con algunas alteraciones.

El cribado para la detección de enfermedad coronaria asintomática no se aconseja (A).

Se recomienda el uso de IECA y β -bloqueantes durante al menos dos años tras un infarto agudo de miocardio (B).

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 superior a 30 ml/min/1,73 m², pero debe suspenderse en pacientes inestables u hospitalizados (B).

COMPLICACIONES MICROVASCULARES Y CUIDADO DE LOS PIES (SECCIÓN 10, S88)

Enfermedad renal diabética

La enfermedad renal diabética (ERD) se desarrolla después de 10 años de evolución de la DM en general a los 5 años de la DM1, pero puede presentarse ya en el diagnóstico de la DM2. Se recomienda el cálculo del FGe por la Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI).

Recomendaciones

Cribado

Al menos una vez al año, se debe valorar el CAC y la tasa de FGe en los pacientes con DM1 con una duración ≥ 5 años, en todos los pacientes con DM2 y en todos los pacientes con HTA (B).

Tratamiento

- Optimizar la glucemia reduce el riesgo o retrasa la progresión de la ERD (A). Disponemos de fármacos con efecto renal directo sin mediar la glucemia (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2).
- 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 debe considerar un control inferior a 130/80 mmHg.
- Para pacientes con ERD, se aconseja un aporte de proteínas de 0,8 g/kg/día. En diálisis se deberían considerar niveles mayores. Niveles más bajos no se recomiendan (B).
- Se aconseja un IECA o un ARA II para el tratamiento de pacientes con HTA (salvo embarazadas) con un CAC moderadamente elevado (30–299 mg/día) (B),

y es altamente recomendado para aquellos con $CAC \geq 300$ mg/día o FGe inferior a 60 ml/min/1,73 m² (A).

- Un IECA o un ARA II no se aconsejan para prevención primaria de ERD en pacientes con PA normal, CAC inferior a 30 mg/día y FGe normal (B).
- En los pacientes con un FGe inferior 60 ml/min/1,73 m², debemos comprobar la correcta dosificación de los fármacos, minimizar los nefrotóxicos (antiinflamatorios no esteroideos) y considerar las complicaciones potenciales de la ERC.
- Se debe tener en cuenta a los pacientes con una tasa de filtración glomerular inferior a 30 ml/min/1,73 m² para la evaluación del tratamiento sustitutivo (A).

Retinopatía diabética

Cribado

- Si no hay evidencia de retinopatía diabética (RD) en uno o más exámenes oculares y se constata buen control glucémico, se deben considerar exámenes cada dos años (coste-efectividad) (B). Según estudios de cohortes prospectivos en pacientes con DM2 bien controlados que tras un examen normal no presentaban ningún riesgo de desarrollo de RD significativa, los intervalos podrán ser de tres años.
- El embarazo se asocia con una progresión rápida de la RD.

Tratamiento

- La panfotocoagulación con láser se indica para reducir el riesgo de pérdida de la visión grave en pacientes con RD proliferativa de riesgo alto 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 que puede poner en peligro la visión (A).

Neuropatía diabética

- El control normoglucémico demora el desarrollo de la neuropatía diabética (ND) y la neuropatía autonómica cardíaca en la DM1. En la DM2 el beneficio no es tan evidente. Algunos estudios han demostrado

una modesta ralentización de la progresión sin recuperación de la pérdida neuronal.

- La Food and Drug Administration (FDA) ha aprobado la pregabalina y la duloxetina (menor evidencia con el tapentadol) para el tratamiento del dolor asociado con ND, pero ninguno ofrece alivio completo, incluso cuando se utilizan en combinación. Los antidepresivos tricíclicos, la gabapentina, la venlafaxina, la carbamazepina, el tramadol y la capsaicina tópica, aunque no aprobados para el tratamiento, pueden ser eficaces. Debemos reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Cuidado de los pies

- Las úlceras de los pies y las amputaciones, que son consecuencia de la ND o de la enfermedad arterial periférica, resultan frecuentes y representan una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el paciente con DM.
- La revisión de los pies debe ser anual, para poder identificar el riesgo de úlceras y de amputaciones (B).

ADULTOS MAYORES (SECCIÓN 11, S99)

- Se debe 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 individualizarlos (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 y la calidad de vida (C).
- 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).
- En pacientes con DM mayores de 65 años, debemos hacer un cribado anual para la detección temprana de deterioro cognitivo leve o demencia (B).
- Los adultos mayores con DM presentan un riesgo más elevado de hipoglucemias. Debemos evitarlas para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y la reducción de su funcionalidad. Debemos ajustar objetivos glucémicos e intervenciones farmacológicas (B). Existe una bidireccionalidad entre déficit cognitivo/demencia e hipoglucemia.

- 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). El coste puede ser una consideración importante, especialmente en los pacientes polimedcados.
- 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 vida (E).

NIÑOS Y ADOLESCENTES (SECCIÓN 12, S105)

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 edades consiste en alcanzar una HbA_{1c} inferior al 7,5 % (E), aunque este objetivo debe ser individualizado 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 la elevada frecuencia 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).

En los niños y adolescentes se recomienda monitorizar la PA en cada visita (B) y determinar anualmente los niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad a partir de los 10 años de edad (E).

La DM2 en niños y adolescentes progresa y produce complicaciones de una manera mucho más acelerada que en adultos. Se suele asociar a obesidad, historia familiar de DM, sexo femenino y nivel socioeconómico bajo. 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.

A partir del inicio de la pubertad se debe informar a todas las adolescentes sobre medidas anticonceptivas para evi-

tar embarazos no planificados, que podrían ocurrir durante un período de mal control glucémico, con el consiguiente riesgo de malformaciones fetales (A).

A causa del fuerte impacto de la DM sobre la calidad de vida en niños y adolescentes, es frecuente el desarrollo de problemas psicológicos, como son el miedo a las hipoglucemias, ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria, por lo que se aconseja la búsqueda activa de estos trastornos por parte de los profesionales sanitarios que los atienden.

MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO (SECCIÓN 13, S114, VÉASE TAMBIÉN LA SECCIÓN 2)

A las mujeres en edad fértil con DM se les debe recomendar la planificación de los embarazos, de tal manera que deben ser concienciadas en la importancia de conseguir 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 %; glucemia en ayunas ≤ 95 mg/dl y glucemia posprandial ≤ 140 mg/dl al cabo de una hora y ≤ 120 mg/dl a las 2 horas), 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 y la insulina. La insulina solo será necesaria en pacientes que ya la recibían previamente al embarazo o en aquellas que no consiguen un control adecuado mediante los cambios en el estilo de vida (A). Las mujeres que presentan DMG o DM2 también pueden recibir metformina durante el embarazo, aunque se debe tener en cuenta la falta de datos sobre su seguridad a largo plazo (A).

Aquellas mujeres que hayan padecido DMG se deben someter a una SOG con 75 g de glucosa entre las semanas 4 a 12 del posparto con el fin de comprobar si persiste la DM. En aquellos casos en que la SOG sea normal, se debe practicar un cribado de la DM cada 1-3 años, debido al 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 aconsejar metformina, ya que con estas intervenciones se reduce un 35-40 % el riesgo de desarrollar DM (A).

En mujeres con HTA y DM, el objetivo de la PA sistólica durante el embarazo es de 120-160 mmHg y de 80-105 mmHg el de PA diastólica (E).

Durante el embarazo está contraindicado el uso de IECA, ARA II y estatinas, por lo que estos fármacos se deberían sustituir en 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 fondo de ojo al inicio y en cada trimestre del embarazo (B).

TRANSICIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE TRAS LA HOSPITALIZACIÓN (SECCIÓN 14, S 120)

Debería instaurarse un protocolo para la transición a Atención Primaria del paciente con DM tras la hospitalización (B). Se debe informar al personal sanitario de Atención Primaria sobre 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 hiper o hipoglucemia. También se debe

informar acerca de la presentación o descompensación de complicaciones o comorbilidades durante el ingreso.

Es importante que en el momento del alta se les suministren a los pacientes con DM 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.

* Se advierte de que 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—2017. *Diabetes Care* 2017;40(Suppl 1). Disponible en: URL: http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf.