

Revisión de los estándares en la atención médica en diabetes 2013 por la ADA en relación a las 2012

Actualizado Febrero 2013.

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 190-193

Además de pequeños cambios relacionados a las nuevas evidencias, y para aclarar las recomendaciones, los siguientes apartados han sufrido importantes cambios, los cuales se reflejan:

Sección II.C. El *screening de la diabetes tipo 1* ha sido revisado para incluir recomendaciones más específicas con evidencia E.

Sección IV. *Prevención/Retraso en el diagnóstico de la diabetes tipo 2* ha sido revisado para reflejar la importancia de la detección y el tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular con evidencia B.

Sección V.C.a. *Control de la glucosa.* Se ha revisado para destacar la necesidad de que en regímenes intensivos de insulina el paciente tiene que realizar frecuentemente el autocontrol de la glucosa.

Monitorización de la glucosa

Modificación en las recomendaciones:

Los pacientes tratados con múltiples dosis de insulina (MDI) o terapia con bomba de insulina deben hacer autocontroles de glucemia por lo menos. Evidencia (B):

- Antes de las comidas y picoteos
- Ocasionalmente en el periodo postprandial de las comidas
- Al acostarse
- Antes de hacer ejercicio
- Cuando sospechan la glucosa baja en la sangre
- Después de tratar la glucosa baja en la sangre hasta que estén normoglucémicos y
- Antes de tareas críticas tales como la conducción

Cuando forma parte de un contexto educativo más amplio, los resultados de los autocontroles glucosa pueden ser útiles para guiar en las decisiones de tratamiento y/o para el autocuidado de los pacientes que utilizan inyecciones de insulina o terapias no insulínicas para bajar su frecuencia (E)

Sección V.D. *El enfoque farmacológico y global del tratamiento* se ha revisado para agregar una sección con recomendaciones más específicas en la terapia de la insulina en la diabetes tipo 1.

Terapia insulínica para diabetes tipo 1

Modificación en las recomendaciones:

- La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 deben ser tratadas con inyecciones de MDI (de tres a cuatro inyecciones diarias de insulina basal y prandial) o infusión subcutánea continua de insulina (ISCI). (A)
- La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 deben ser educadas para calcular la dosis de insulina prandial en relación a la ingesta de carbohidratos, glucosa en sangre antes de las comidas y la actividad prevista. (E)
- La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 deben utilizar análogos de insulina para reducir el riesgo de hipoglucemia. (A)
- Considere la posibilidad de la detección en pacientes con diabetes tipo 1 de otras enfermedades autoinmunes (tiroides, deficiencia de vitamina B12, celíacos), según corresponda. (B)

Tratamiento farmacológico para la hiperglucemia en la diabetes tipo 2

Modificación en las recomendaciones:

- La metformina, si no está contraindicada y si se tolera, es el fármaco preferido inicial para la diabetes tipo 2. (A)
- En los pacientes diabéticos tipo 2 recién diagnosticados con síntomas importantes y/o con niveles de glucosa elevados en sangre o A_{1c}, considerar la terapia con insulina, con o sin tratamientos adicionales, desde el principio. (E)
- Si la monoterapia no insulínica a las dosis máxima tolerada no alcanza o mantiene la meta de A_{1c} en

3-6 meses, añadir un segundo tratamiento oral, un agonista del receptor del péptido similar al glucagón-1 (GLP-1, o la insulina. (A)

- Un enfoque centrado en el paciente debería ser usado para guiar la elección de los agentes farmacológicos. Las consideraciones incluyen la eficacia, el costo, los posibles efectos secundarios, efectos sobre el peso, las comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia, y las preferencias del paciente. (E)
- Debido a la naturaleza progresiva de la diabetes tipo 2, la terapia con insulina está indicada en la evolución de la enfermedad para muchos pacientes con diabetes tipo 2. (B)

Sección V. F. Autocontrol de la Diabetes. La educación y el apoyo se han revisado para ser compatible con las normas recientemente revisadas de autocontrol de la Diabetes.

Autocontrol de la Diabetes educación y apoyo

Modificación en las recomendaciones:

- El plan de autocontrol de la diabetes (DSME) y el soporte al autocontrol de la diabetes (DSMS) deben abordar las cuestiones psicosociales, ya que el bienestar emocional está asociado con resultados positivos diabetes. (C)
- Los programas de DSME y DSMS son lugares apropiados para las personas con prediabetes puedan recibir educación y apoyo para desarrollar y mantener los comportamientos que pueden prevenir o retrasar la aparición de diabetes. (C)

Sección V. K. Hipoglucemia. Ha sido revisado para enfatizar la necesidad de evaluar hipoglucemia y la función cognitiva cuando esté indicado.

Hipoglucemia

Modificación en las recomendaciones:

- Las personas con riesgo de hipoglucemia deben de ser preguntada por hipoglucemia (sintomática y asintomática) en cada consulta. (C)
- La hipoglucemia asintomática o uno o más episodios de hipoglucemia severa deben dar lugar a una reevaluación de la pauta de tratamiento. (E)
- Los pacientes tratados con insulina con hipoglucemia asintomática o un episodio de hipoglucemia severa se debe aconsejar elevar sus objetivos glucémicos para evitar la hipoglucemia por lo menos durante varias semanas, para revertir parcialmente hipoglucemia asintomática, y para reducir el riesgo de futuros episodios. (A)

- La evaluación continua de la función cognitiva debe realizarse con mayor vigilancia para la hipoglucemia por el médico y el paciente; y por los médicos si se encuentra un estado cognitivo bajo o una situación de inconsciencia (B)

Sección V. M. Las pautas de vacunación han sido actualizadas para incluir las recomendaciones del Centro de Control de Enfermedades y Prevención (CDC) para la vacunación contra la hepatitis B en personas con diabetes.

Inmunización

Modificación en las recomendaciones:

- Administrar vacunación contra la hepatitis B para adultos no vacunados con diabetes que tienen edades comprendidas de 19 a 59 años. (C)
- Considerar la administración de la vacuna contra la hepatitis B para adultos no vacunados con diabetes con ≥ 60 o más años. (C)

Sección VI.A.1. La hipertensión / Control de la presión arterial ha sido revisado para sugerir que el objetivo de presión arterial sistólica para muchas personas con diabetes e hipertensión debe ser de <140 mm Hg, pero que los objetivos sistólicas inferiores (por ejemplo <130 mmHg) puede ser apropiada para ciertos individuos, como pacientes más jóvenes, si se puede lograr excesiva sin carga de tratamiento.

Modificación en las recomendaciones:

Screening y diagnóstico

- La presión arterial se debe medir en cada visita. Los pacientes a los que se le encuentran la presión arterial elevada se le debe confirmar en otro día. (B)

Objetivos

- Las personas con diabetes e hipertensión deben ser tratada con un objetivo de presión arterial sistólica de <140 mmHg. (B)
- Objetivos menos ambiciosos, como la presión sistólica, <130 mmHg, puede ser apropiada para ciertos individuos, como los pacientes más jóvenes, si es que se puede lograr si se puede lograr excesiva sin carga de tratamiento. (C)
- Los pacientes con diabetes deben de ser tratados para conseguir una presión arterial diastólica de <80 mmHg. (B)

Tratamiento

- Los pacientes con una presión arterial $>120 / 80$ mmHg se debe aconsejar a los cambios de estilo de vida para reducir la presión arterial. (B)

- Los pacientes con presión arterial $\geq 140/80$ mmHg deben, además del cambio del estilo de vida, iniciar rápidamente el tratamiento con posterior titulación para lograr los objetivos de tensión arterial. (B)
- El cambio del estilo de vida para la presión arterial elevada consiste en la pérdida de peso, si tiene sobrepeso; una dieta modificada para disminuir para la hipertensión (DASH) en particular la reducción de sodio y el aumento de la ingesta de potasio; reducir el consumo de alcohol y un aumento de la actividad física. (B)
- Tratamiento farmacológico para los pacientes con diabetes e hipertensión debe incluir un inhibidor de la ECA (IECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARA II). Si uno de ellos nos es tolerado debe de ser sustituido por el otro. (C)
- El tratamiento con múltiples fármacos (dos o más agentes en dosis máximas) es necesario, generalmente, para lograr los objetivos de tensión arterial. (B)
- Se debe de administrar uno o más medicamentos antihipertensivos antes de acostarse. (A)
- Si utilizamos los inhibidores de la ECA, los ARA II o diuréticos, la creatinina sérica / tasa estimada de filtración glomerular (TFG) y los niveles séricos de potasio deben ser controlados. (E)
- En pacientes embarazadas con diabetes e hipertensión arterial crónica, el objetivo de presión debería de ser 110-129/65-79 mmHg en el interés a largo plazo de la salud materna y reducir al mínimo retraso del crecimiento fetal. Los IECA y los ARA II están contraindicados durante el embarazo. (E)

Sección VI.A.2. La dislipidemia /Control de lípidos y la Tabla 10 se han revisado para destacar la importancia de la terapia con estatinas sobre determinados objetivos de colesterol LDL en pacientes de alto riesgo.

Modificación en las recomendaciones:

Screening

- En los pacientes adultos con diabetes, medir el perfil de lípidos en ayunas por lo menos una vez al año. (B)
- En los adultos con los valores de lípidos de bajo riesgo (colesterol LDL < 100 mg/dL, colesterol HDL > 50 mg/dl, y triglicéridos < 150 mg/dL), la determinación de lípidos se puede repetir cada 2 años. (E)

Recomendaciones y objetivos del tratamiento

- En individuos sin enfermedad cardiovascular (ECV), el objetivo es el colesterol LDL < 100 mg/dl (2,6 mmol/L). (B)

- En los individuos con ECV, el objetivo de LDL colesterol es < 70 mg/dL (1,8 mmol/L), utilizando una dosis alta de una estatina. (B)
- La terapia de combinación se ha demostrado que no proporcionan un beneficio cardiovascular adicional por encima de la terapia con estatinas solas y no se recomienda en general. (A)

Tabla 10. Resumen de las recomendaciones de la glucemia, la presión arterial, y el control de lípidos para la mayoría de los adultos con diabetes

A1c	$< 7\%$ *
Presión arterial	$< 140/80$ mmHg **
Lípidos	< 100 mg/dL ($< 2,6$ mmol/L) ***
LDL colesterol	El tratamiento con estatinas para las personas con antecedentes de infarto de miocardio o mayores de 40 con otro factores de riesgo

* Objetivos de glucemia más o menos estrictas puede ser apropiado para cada paciente. Los objetivos deben ser individualizada basada en la duración de la diabetes, la edad / la esperanza de vida, las condiciones comórbidas, ECV o avanzados complicaciones microvasculares, hipoglucemia asintomática, y las consideraciones individuales de cada paciente.

** En base a las características del paciente y la respuesta al tratamiento, la disminución de la presión arterial sistólica objetivos pueden ser apropiados.

*** En los individuos con ECV, un objetivo de LDL colesterol menor de < 70 mg / dL (1,8 mmol / L), utilizando una dosis alta de una estatina.

Sección VI.B. Detección y tratamiento de la nefropatía y la Tabla 11 se han revisado para destacar el incremento de la excreción de albúmina urinaria en los términos micro y macroalbuminuria.

Modificación en las recomendaciones:

Tratamiento

- En el tratamiento de la paciente no embarazada con niveles moderadamente elevados (30-299 mg/día) (C) o más (≥ 300 mg/día) en la excreción urinaria de albúmina (A), los inhibidores de la ECA o los ARA II son recomendables.
- Se recomienda la reducción de la ingesta de proteínas a 0,8 a 1,0 g/kg por día en individuos con diabetes y en las primeras etapas de la enfermedad renal crónica (ERC) y a 0,8 g/kg por día en las últimas etapas de la ERC puede mejorar las medidas de la función renal (albúmina en la orina /la tasa de excreción renal - TFG). (C)

Tabla 11. Definiciones de las alteraciones en la excreción de albúmina

Categoría	Valor del análisis
Normal	<30 mg/día
Incremento de la excreción urinaria de albumina*	≥30 mg/día

* Históricamente, los valores entre 30 y 299 mg/día corresponden con microalbuminuria y los 300 mg/día o mayor con la macroalbuminuria (o albuminuria clínica).

Sección VI.C. Detección y tratamiento de la retinopatía se ha revisado para incluir la terapia del factor de crecimiento anti-vascular endotelial para el edema macular diabético.

Modificación en las recomendaciones:

Tratamiento

- La terapia con el Anti-factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), está indicada para el edema macular diabético. (A)

Sección IX.A. El cuidado de la diabetes en el Hospital ha sido revisado para incluir una recomendación para considerar la obtención de un nivel de A₁C en pacientes con factores de riesgo para la diabetes no diagnosticados que presentan hiperglucemia en el hospital.

Modificación en las recomendaciones:

Objetivos en los niveles de glucosa sérica

- Considere la posibilidad de obtener un nivel de A1C en pacientes con factores de riesgo para la diabetes no diagnosticados que presentan hiperglucemia en el hospital. (E)

Adaptado desde:

Summary of Revisions for the 2013 Clinical Practice Recommendations. Diabetes Care, Volume 36, Supplement 1, January 2013 s3 Standards of Medical Care in Diabetes-2013. Diabetes Care, Volume 36, Supplement 1, January 2013 s11-66.