

Algoritmo AACE para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2

La *American Association of Clinical Endocrinology (AACE)* ha publicado una [actualización del algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2](#) (DM2) en adultos, que facilita una toma de decisiones clínica estructurada y visual.

Se organiza en 11 secciones, cada una con un algoritmo específico, e incluye los principios del tratamiento de la DM2, la prediabetes y la clasificación de la diabetes, la reducción del riesgo cardiovascular en dislipemia e hipertensión, el control glucémico centrado en las comorbilidades y en la glucosa, el inicio y ajuste de insulina, los perfiles de farmacoterapia en DM2 y obesidad, así como las recomendaciones de vacunación en adultos con DM2 (COVID-19, hepatitis B, influenza, neumococo, virus respiratorio sincitial, tétanos, difteria y tosferina y herpes zóster).

La actualización incorpora como novedad el algoritmo de clasificación de la diabetes, refuerza la modificación del estilo de vida y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad como pilares en la prediabetes y la DM2, y destaca la importancia del tratamiento de los factores de riesgo ateroesclerótico, como la dislipemia y la hipertensión.

Algunos de los **principios clave en el tratamiento de la DM2** incluyen:

- La modificación del estilo de vida es la base de todo tratamiento.
- La elección de los fármacos debe individualizarse en función de los objetivos glucémicos y de las comorbilidades asociadas. Para ello, la guía incorpora un algoritmo que orienta la toma de decisiones en caso de insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular aterosclerótica o alto riesgo de desarrollarla, ictus o accidente isquémico transitorio y enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica.
- La hemoglobina glicosilada (HbA1c) se considera la medida universal del control glucémico. Se recomienda su determinación cada 3 meses si no se alcanzan los objetivos glucémicos individualizados y, al menos, dos veces al año si se está en objetivo. Sin embargo, presenta limitaciones en determinadas circunstancias clínicas, pudiendo ser necesarios métodos alternativos de determinación.
- Se debe evitar la inercia terapéutica, con ajuste precoz del tratamiento hasta alcanzar los objetivos, ya que un control glucémico temprano se asocia a una reducción de las complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo. Se recomienda reevaluar los objetivos y el tratamiento en cada visita, al menos cada 3 meses, valorando posibles cambios terapéuticos. En determinadas circunstancias, puede ser necesario iniciar el tratamiento con más de un fármaco. Además, el algoritmo centrado en el control glucémico establece diferencias en la elección de los fármacos en función del nivel de HbA1c.
- Se deben evitar las hipoglucemias, individualizando los objetivos de HbA1c y seleccionando fármacos que minimicen su riesgo.
- La monitorización continua de glucosa se recomienda para alcanzar los objetivos glucémicos, asociándose a un aumento del tiempo en rango terapéutico, mejoría de la HbA1c y disminución de la hipoglucemia, incluidos los episodios graves, especialmente

en pacientes con riesgo de hipoglucemia o en tratamiento con bomba de insulina o múltiples dosis de insulina.

- El control glucémico debe acompañarse del tratamiento de la dislipemia y la hipertensión, para lo cual la guía incorpora algoritmos específicos para la reducción del riesgo cardiovascular aterosclerótico en ambas patologías.
- En la elección del tratamiento se deben considerar factores como el coste, los posibles efectos adversos y la carga terapéutica. Se señala que las desigualdades en salud, el acceso a los tratamientos y su coste siguen siendo limitaciones relevantes en la práctica clínica.