Publicado: Jueves, 15 Diciembre 2022 00:00

La revista *Diabetes Care* ha publicado un suplemento titulado estándares de cuidado en diabetes 2023, que incluye información actualizada, y basada en la evidencia, sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, gestacional y de otros tipos. El documento, elaborado por la Asociación Estadounidense de Diabetes (*ADA*), se viene actualizando anualmente desde 1989; y su objetivo es proporcionar a los facultativos, investigadores, legisladores y otras personas interesadas, los objetivos terapéuticos y las herramientas para evaluar la calidad de la atención de la diabetes. Contiene recomendaciones sobre diferentes aspectos relacionados con la diabetes, que se agrupan en 17 capítulos:

1. Mejorar la atención y promoción de la salud en la población.
2. Clasificación y diagnóstico.
3. Prevención o retraso en la aparición de la diabetes mellitus tipo 2 y comorbilidades asociadas.
4. Evaluación médica y valoración de comorbilidades.
5. Facilitar conductas positivas para la salud y bienestar para mejorar los resultados de salud.
6. Objetivos glucémicos.
7. Tecnología para la diabetes.
8. Obesidad y control del peso para la prevención y el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.
9. Enfoques farmacológicos para el tratamiento de la glucemia.
10. Enfermedad cardiovascular y gestión del riesgo.
11. Enfermedad renal crónica y gestión del riesgo.
12. Retinopatía, neuropatía y cuidado de los pies.
13. Adultos mayores.
14. Niños y adolescentes.
15. Manejo de la diabetes en el embarazo.
16. Atención de la diabetes en el hospital.
17. Diabetes y defensa de los derechos.

Al final, a modo de ejemplo, se muestran la Figura 9.3 del capítulo 9 que es el algoritmo de tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 que propone la *ADA* y la tabla 13.1 que muestra las consideraciones para establecer los objetivos terapéuticos de glucemia, presión arterial y dislipidemia en adultos mayores con diabetes.

Phoca PDF

Publicado: Jueves, 15 Diciembre 2022 00:00

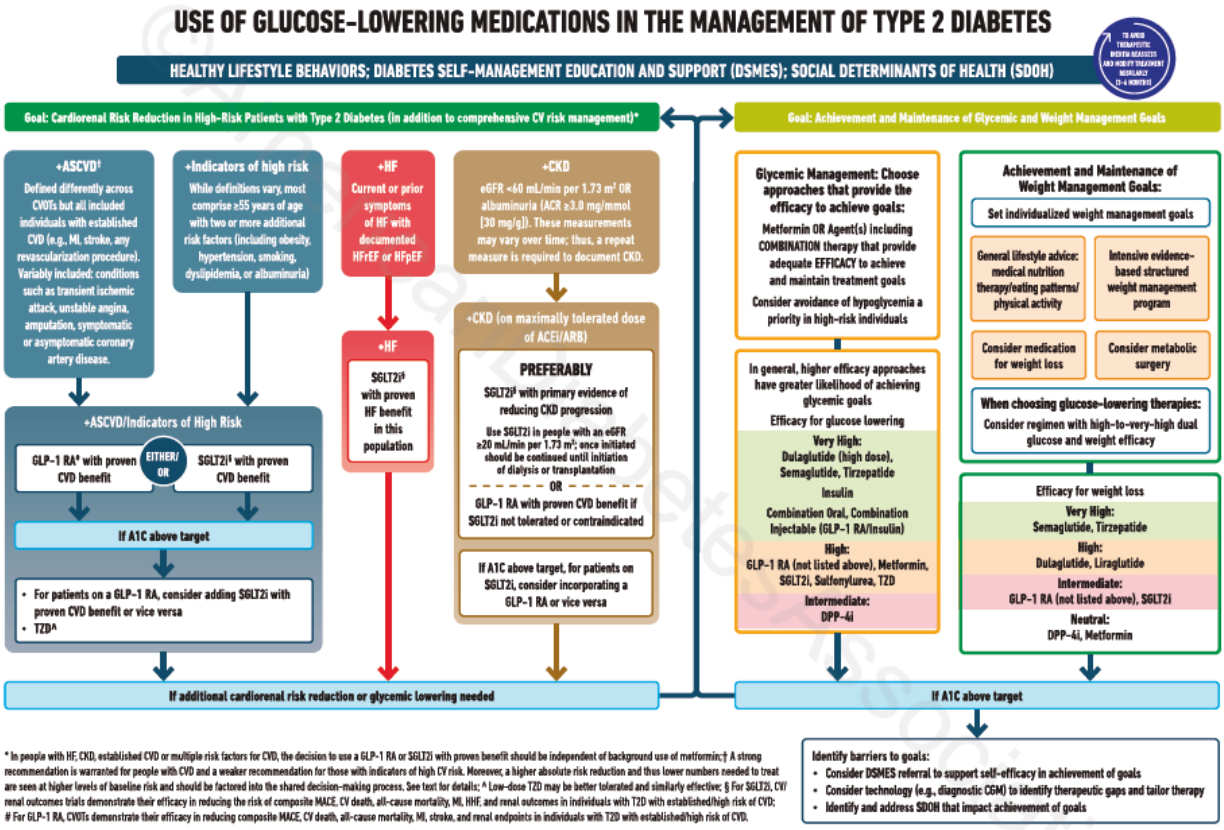

Figure 9.3—Use of glucose-lowering medications in the management of type 2 diabetes. ACEi, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ACR, albumin-to-creatinine ratio; ARB, angiotensin receptor blocker; ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CGM, continuous glucose monitoring; CKD, chronic kidney disease; CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular disease; CVOT, cardiovascular outcomes trial; DPP-4i, dipeptidyl peptidase 4 inhibitor; eGFR, estimated glomerular filtration rate; GLP-1 RA, glucagon-like peptide 1 receptor agonist; HF, heart failure; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction; HFrEF, heart failure with reduced ejection fraction; HHF, hospitalization for heart failure; MACE, major adverse cardiovascular events; MI, myocardial infarction; SDOH, social determinants of health; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor; T2D, type 2 diabetes; TZD, thiazolidinedione. Adapted from Davies et al. (45).

Phoca PDF

Publicado: Jueves, 15 Diciembre 2022 00:00

Table 13.1—Framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes

Patient characteristics/ health status	Rationale	Reasonable A1C goal‡	Fasting or preprandial glucose	Bedtime glucose	Blood pressure	Lipids
Healthy (few coexisting chronic illnesses, intact cognitive and functional status)	Longer remaining life expectancy	<7.0–7.5% (53–58 mmol/mol)	80–130 mg/dL (4.4–7.2 mmol/L)	80–180 mg/dL (4.4–10.0 mmol/L)	<130/80 mmHg	Statin, unless contraindicated or not tolerated
Complex/intermediate (multiple coexisting chronic illnesses* or two or more instrumental ADL impairments or mild-to-moderate cognitive impairment)	Intermediate remaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	<8.0% (64 mmol/mol)	90–150 mg/dL (5.0–8.3 mmol/L)	100–180 mg/dL (5.6–10.0 mmol/L)	<130/80 mmHg	Statin, unless contraindicated or not tolerated
Very complex/poor health (LTC or end-stage chronic illnesses** or moderate-to-severe cognitive impairment or two or more ADL impairments)	Limited remaining life expectancy makes benefit uncertain	Avoid reliance on A1C; glucose control decisions should be based on avoiding hypoglycemia and symptomatic hyperglycemia	100–180 mg/dL (5.6–10.0 mmol/L)	110–200 mg/dL (6.1–11.1 mmol/L)	<140/90 mmHg	Consider likelihood of benefit with statin

This table represents a consensus framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes. The patient characteristic categories are general concepts. Not every patient will clearly fall into a particular category. Consideration of patient and caregiver preferences is an important aspect of treatment individualization. Additionally, a patient's health status and preferences may change over time. ADL, activities of daily living; LTC, long-term care. ‡A lower A1C goal may be set for an individual if achievable without recurrent or severe hypoglycemia or undue treatment burden. *Coexisting chronic illnesses are conditions serious enough to require medications or lifestyle management and may include arthritis, cancer, heart failure, depression, emphysema, falls, hypertension, incontinence, stage 3 or worse chronic kidney disease, myocardial infarction, and stroke. "Multiple" means at least three, but many patients may have five or more (66). **The presence of a single end-stage chronic illness, such as stage 3–4 heart failure or oxygen-dependent lung disease, chronic kidney disease requiring dialysis, or uncontrolled metastatic cancer, may cause significant symptoms or impairment of functional status and significantly reduce life expectancy. Adapted from Kirkman et al. (3).

Phoca PDF