

XXV Curso de actualización

Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia
2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Estándares de cuidado en diabetes: un enfoque integral en diagnóstico, control glucémico y tratamiento farmacológico

Carlos E. Builes-Montaña

MD, PhD

Universidad de Antioquia

Hospital Pablo Tobón Uribe

Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia
2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Guía de aprendizaje

Qué debes repasar antes de leer este capítulo

Los estándares de cuidado en diabetes elaborados por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) constituyen un recurso integral y actualizado que abarca todos los aspectos del manejo de esta enfermedad. Es importante destacar que, si bien este capítulo se centra en áreas específicas —mejorar la atención y promover la salud en las poblaciones, diagnóstico y clasificación de la diabetes; metas glucémicas e hipoglucemia, y enfoques farmacológicos para el tratamiento glucémico—, los estándares completos incluyen muchas otras secciones esenciales, entre las que se encuentran: prevención, evaluación médica integral y valoración de comorbilidades; facilitación de comportamientos positivos para la salud y el bienestar; tecnología en diabetes; manejo de la obesidad y control del peso para la prevención y el tratamiento de la diabetes tipo 2; manejo y prevención de enfermedades cardiovasculares; manejo y prevención de la enfermedad renal crónica; cuidado de la retinopatía, neuropatía y pie diabético; apartes específicos para adultos mayores, niños y adolescentes, y manejo de la diabetes en el embarazo y atención de la diabetes en el hospital.

Objetivos del capítulo

El propósito de este capítulo es ofrecer una visión general y sintética de los pilares fundamentales que se tratan en los estándares, proporcionando a los profesionales y al lector una guía práctica para comprender y aplicar las recomendaciones más relevantes en la atención del paciente con diabetes. Sin embargo, para acceder a la información completa, se invita a los lectores a visitar el sitio oficial: <https://professional.diabetes.org/standards-of-care>.

Viñeta clínica

María, una mujer de 55 años con antecedentes de sobrepeso, hipertensión y dislipidemia, acudió a consulta por presentar síntomas de fatiga, sed excesiva y poliuria. Tras la evaluación, se confirmó el diagnóstico de diabetes tipo 2, con una hemoglobina A1C del 9.2 % y niveles elevados de glucosa en ayunas. La paciente, que enfrentaba barreras socioeconómicas y tenía dificultades para adoptar cambios en su estilo de vida, fue incluida en un modelo de atención centrado en el paciente.

¿Qué son los estándares de cuidado en diabetes que propone la Asociación Americana de la Diabetes (ADA)?

El documento Standards of Care in Diabetes se produce anualmente desde 1989, y establece un marco actualizado y dinámico para el manejo de la diabetes, debido a que ofrece a los profesionales de la salud un recurso que integra las últimas evidencias científicas y recomendaciones clínicas (1, 2). La intención es facilitar la toma de decisiones en el día a día, promoviendo un enfoque integral que aborde tanto la prevención como el tratamiento de esta compleja enfermedad.

El alcance de estas directrices es amplio, y cubre desde la tamización y diagnóstico, hasta las acciones terapéuticas, adaptándose a las necesidades de las personas en todas las etapas de la vida. Hace un especial énfasis en la importancia de individualizar la atención, teniendo en cuenta factores como las comorbilidades y las preferencias del paciente, lo que convierte estas recomendaciones en una herramienta útil y flexible para la práctica clínica (1, 2).

Para garantizar la validez y actualidad de las recomendaciones, cada año se realiza una revisión sistemática de la literatura que se encuentra en bases de datos como PubMed, Medline y EMBASE, que

abarcan un periodo de un año, previo a la publicación del documento. La versión del 2025, abarca el periodo del 1 de junio de 2023 al 19 de julio de 2024. Este proceso meticuloso asegura que solo se integre la evidencia más reciente y relevante, ofreciendo a los clínicos una base sólida para sus decisiones.

Un aspecto fundamental del documento es el sistema de clasificación de la evidencia, que se organiza en cuatro niveles. El Nivel A se respalda en ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis de alta calidad, el Nivel B se fundamenta en estudios de cohortes y evidencias prospectivas, el Nivel C agrupa estudios con limitaciones metodológicas o evidencias observacionales y el Nivel E se basa en el consenso de expertos, cuando la evidencia es limitada o contradictoria. Esta gradación permite que cada recomendación se entienda en función de la robustez de la evidencia que la respalda.

Finalmente, es importante destacar que este documento se elabora con la colaboración de un panel multidisciplinario de expertos, quienes participan de manera voluntaria sin recibir remuneración. La financiación proviene exclusivamente de los ingresos generales de la American Diabetes Association (ADA), lo que garantiza la independencia y transparencia del proceso, libre de influencias externas. Este compromiso con la integridad asegura que las recomendaciones se mantengan centradas en el beneficio del paciente y la excelencia en la práctica clínica.

¿Qué incluyen los estándares para la mejora del cuidado y promoción de la salud?

La situación actual de la diabetes muestra que, a pesar de ciertos avances, muchos pacientes no logran alcanzar las metas de control recomendadas, como niveles adecuados de A1C, presión arterial y lípidos. En Colombia, por ejemplo, solo alrededor del 50 % de los pacientes reportados en la cuenta de alto costo tiene un adecuado control glucémico (3). Este panorama se ve agravado por la falta de un tratamiento farmacológico óptimo y por la persistencia de brechas en el manejo clínico, especialmente entre poblaciones con necesidades complejas, como los jóvenes, las minorías étnicas y las personas con barreras socioeconómicas (4).

En respuesta a estos desafíos, se han desarrollado diversos modelos de atención basados en la evidencia para optimizar el cuidado de la diabetes. Entre ellos, se destacan el Modelo de Atención Crónica (CCM), la Atención Médica Centrada en el Paciente (PCMH) y las Organizaciones Responsables de la Atención (ACO), que promueven un enfoque de cuidado integrado y de equipo interprofesional. Estas estrategias no solo buscan mejorar la coordinación y continuidad en la atención, sino facilitar el uso de herramientas tecnológicas como los registros electrónicos de salud y la telemedicina, permitiendo intervenciones más oportunas y personalizadas (5). La Tabla 1 sintetiza algunas características de los modelos de cuidado, y estrategias para la mejora del cuidado y promoción de la salud.

Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia
2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Tabla 1. Modelos de cuidado y estrategias para la mejora del cuidado y promoción de la salud

Modelo de atención	Características principales
Modelo de atención crónica (CCM)	Se centra en seis elementos clave: diseño del sistema de atención, soporte para la autogestión, apoyo a la toma de decisiones clínicas, sistemas de información, recursos comunitarios y una cultura de calidad.
Atención médica centrada en el paciente (PCMH)	Promueve una atención primaria integral, mediante equipos interprofesionales, coordinación continua y un enfoque personalizado que prioriza las necesidades y preferencias del paciente.
Organizaciones responsables de la atención (ACO)	Modelo de atención y pago basado en el valor, que incentiva la coordinación de cuidados y la mejora de los resultados de salud a través de estrategias integradas y compartición de riesgos.
Modelos de pago alternativos (APMs)	Se basan en la remuneración por desempeño y en la asunción de riesgos financieros, aunque los resultados en cuanto a mejoras en procesos de atención han sido mixtos.
Telesalud	Utiliza herramientas digitales (videoconferencias, apps, monitoreo remoto) para complementar la atención presencial, mejorando el acceso, la continuidad del seguimiento y la educación en autogestión, sobre todo en áreas con barreras geográficas.

El contexto social en el que se desarrolla la atención de la diabetes es determinante para los resultados en salud. Factores como la inseguridad alimentaria, la inestabilidad habitacional, las barreras lingüísticas y la limitada alfabetización en salud impactan significativamente en la capacidad de autogestión de los pacientes. La identificación y el abordaje de estos determinantes sociales de salud (SDOH) se presentan como elementos críticos para reducir las desigualdades y mejorar los resultados clínicos, en especial en comunidades tradicionalmente desatendidas (3, 107).

Finalmente, los estándares de cuidado hacen las siguientes recomendaciones: la estrategia integral para mejorar el cuidado de la diabetes implica evaluar y abordar las disparidades existentes

mediante la estratificación de datos de calidad clínica que consideren factores como seguro, raza, idioma, discapacidad y otros determinantes sociales, lo cual permite identificar áreas críticas de mejora (C).

Asimismo, durante cada encuentro clínico se recomienda evaluar sistemáticamente los determinantes sociales, incluyendo inseguridad alimentaria, habitacional, barreras financieras, acceso a servicios y apoyo comunitario, para orientar las decisiones terapéuticas y derivar a recursos locales adecuados (B). Además, se debe ofrecer soporte adicional en autogestión a las personas con diabetes, utilizando la intervención de entrenadores de salud, navegadores o trabajadores comunitarios cuando estos recursos estén disponibles (A). Por último, es aconsejable considerar la participación de

trabajadores comunitarios de salud para apoyar la gestión integral de la diabetes y el manejo de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente en comunidades y sistemas con recursos limitados (B) (6).

¿Qué factores esenciales establecen los estándares para diagnosticar la diabetes?

Los estándares de cuidado dividen sus recomendaciones en la clasificación de la diabetes tipo 1, tipo 2 y otras formas de diabetes. Esta separación se utilizará para resumir las recomendaciones.

Diabetes tipo 1: la diabetes tipo 1 se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células b-pancreáticas y se diagnostica mediante la detección de autoanticuerpos específicos, tales como los anticuerpos contra la glutamato descarboxilasa (GAD), antígenos contra el islote 2 (IA-2) y el transportador de zinc 8 (ZnT8). Se recomienda la tamización en individuos con alto riesgo, por

ejemplo, en aquellos con antecedentes familiares, ya que la presencia de múltiples autoanticuerpos constituye un factor de riesgo significativo para la progresión a diabetes clínica. Además, en adultos con características clínicas compatibles (edad menor a 35 años, bajo índice de masa corporal, pérdida involuntaria de peso o cetoacidosis), se sugiere, además, utilizar pruebas complementarias, como la medición del péptido C, para confirmar la deficiencia de insulina (36).

Diabetes tipo 2: la diabetes tipo 2 se diagnostica a través de pruebas que evalúan el metabolismo de la glucosa, como la medición de glucosa en ayunas, la prueba de tolerancia oral a la glucosa y la medición de la hemoglobina glicada (A1C). Este enfoque es fundamental para identificar a individuos con prediabetes y para diagnosticar la diabetes en ausencia de síntomas agudos. Se recomienda realizar la tamización en personas asintomáticas con factores de riesgo (sobrepeso, antecedentes familiares, hipertensión, entre otros), iniciando generalmente a partir de los 35 años y repitiéndolo cada tres años o en intervalos más cortos, según el perfil de riesgo. La Tabla 2 sintetiza las pruebas y su interpretación (7).


Tabla 2. Pruebas para el diagnóstico de la diabetes y la prediabetes

Prueba diagnóstica	Criterios para diabetes	Criterios para prediabetes	Consideraciones
HbA1C	≥ 6.5 % (≥48 mmol/mol)	5.7 %–6.4 % (39–47 mmol/mol)	No requiere ayuno. Refleja el promedio de glucosa durante aproximadamente 2–3 meses. Puede verse afectada por alteraciones en el recambio de glóbulos rojos y hemoglobinopatías.
Glucosa en ayunas	≥126 mg/dL (≥7.0 mmol/L)	100–125 mg/dL (5.6–6.9 mmol/L)	Requiere ayuno de al menos 8 horas. Es un método de bajo costo y ampliamente disponible. La variabilidad diurna y factores recientes (actividad, estrés, ingesta) pueden influir en los resultados.
Prueba de tolerancia oral a la glucosa	2-h PG ≥200 mg/dL (≥11.1 mmol/L) después de una carga de 75 g de glucosa.	2-h PG de 140–199 mg/dL (7.8–11.0 mmol/L)	Permite evaluar la respuesta glucémica posprandial. Identifica a más individuos con prediabetes en comparación con la glucosa en ayunas y la HbA1C. Requiere preparación (consumo de al menos 150 g de carbohidratos en los 3 días previos) y ayuno.
Glucosa aleatoria	≥200 mg/dL (≥11.1 mmol/L) en presencia de síntomas clásicos de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) o una crisis hiperglucémica.	No se utiliza para prediabetes	Es útil en situaciones de síntomas evidentes o crisis. No se emplea rutinariamente para la tamización en ausencia de síntomas.

Otras formas de diabetes: los estándares de cuidado también abordan otras formas de diabetes que requieren un manejo diferenciado. La diabetes por deficiencia exocrina del páncreas (tipo 3c) se diagnostica en pacientes con enfermedades del páncreas, donde la pérdida, tanto de la función exocrina como endocrina, es evidente, como en la fibrosis quística. La diabetes gestacional se evalúa mediante protocolos específicos de tamización, antes y durante el embarazo, con pruebas realizadas antes

de las 15 semanas, para identificar una hiperglucemia preexistente, y entre las 24 y 28 semanas, para confirmar el diagnóstico. En el contexto postrasplante, se recomienda el uso de la prueba de tolerancia oral a la glucosa y el ajuste de la inmunosupresión para optimizar los resultados, tanto del paciente como del trasplante. Finalmente, en las formas monogénicas (MODY) y la diabetes neonatal, se recomienda la realización de pruebas genéticas en individuos diagnosticados en los primeros meses de

vida, o en aquellos con un patrón familiar autosómico dominante y características atípicas para la diabetes tipo 1 o 2.

¿Cuáles son los objetivos y estrategias recomendadas para el control glucémico y la prevención de hipoglucemia en la diabetes?

Evaluación de glucosa en sangre: la evaluación del estado glucémico es esencial en el manejo de la diabetes, ya que permite conocer el control global de la glucosa y ajustar las intervenciones terapéuticas. Esta evaluación se realiza mediante la determinación de la hemoglobina A1C, que refleja la glucemia promedio en los últimos 2 o 3 meses, y mediante el monitoreo de glucosa en sangre, utilizando tanto dispositivos de punción capilar (BGM) como sistemas de monitoreo continuo de glucosa (CGM), que ofrecen información detallada sobre los patrones de glucemia, incluyendo el tiempo en rango (TIR) (8).

Diferentes formas de medir la glucosa: existen diversas herramientas para medir la glucosa en sangre, cada una con sus ventajas y limitaciones:

- Hemoglobina A1C: es la prueba principal para evaluar el control glucémico a largo plazo. Se recomienda que se realice en laboratorios certificados por el NGSP, y que se use para determinar si se han alcanzado las metas terapéuticas.
- Monitoreo de glucosa en sangre: utiliza dispositivos de punción capilar para obtener mediciones puntuales, lo que es útil para ajustar la terapia diaria, especialmente en personas que usan insulina.
- Monitoreo continuo de glucosa (CGM): permite evaluar la variabilidad glucémica y obtener métricas como el tiempo en rango, el tiempo por debajo o por encima del rango objetivo y la glucosa media, lo cual

proporciona una imagen dinámica de la glucemia, que facilita la toma de decisiones en tiempo real (8, 9).

La asociación entre el control de la glucosa y los desenlaces importantes: diversos estudios han demostrado que una mejoría en el control glucémico se asocia con una reducción significativa en el riesgo de complicaciones microvasculares, como la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía, así como en el riesgo cardiovascular. La evidencia de ensayos clínicos ha evidenciado que la reducción de la A1C se traduce en beneficios a largo plazo, lo que se conoce como el efecto memoria metabólica. Sin embargo, es importante equilibrar el beneficio del control glucémico intensivo con el riesgo de hipoglucemia, la cual también puede tener consecuencias negativas en la salud y la calidad de vida (10, 11).

La meta de control glucémico: las metas de control glucémico deben individualizarse, aunque para muchas personas adultas no embarazadas se recomienda alcanzar una A1C inferior al 7 % (<53 mmol/mol). Además, para quienes utilizan CGM, un tiempo en rango (TIR) superior al 70 % es considerado adecuado. Estas metas permiten reducir la incidencia de complicaciones, pero deben ajustarse según la edad, la presencia de comorbilidades, la duración de la diabetes y el riesgo de hipoglucemia. En ciertos casos, como en personas con limitaciones funcionales o con alta vulnerabilidad a la hipoglucemia, se pueden establecer metas más relajadas para garantizar la seguridad y la calidad de vida.

Identificación y tratamiento de la hipoglucemia: la hipoglucemia se define generalmente por una glucosa en sangre inferior a 70 mg/dL (<3.9 mmol/L) y se clasifica en niveles:

- **Nivel 1:** <70 mg/dL, que indica el inicio de respuestas adrenérgicas.
- **Nivel 2:** <54 mg/dL (<3.0 mmol/L), donde comienzan a aparecer síntomas

Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia
2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

neuroglucopénicos y se requiere intervención inmediata.

- **Nivel 3:** eventos severos que alteran la función mental o física y requieren asistencia externa.

El tratamiento de la hipoglucemia implica el uso de carbohidratos de acción rápida para corregir los niveles bajos, con la recomendación de reevaluar la glucosa a los 15 minutos. En casos de hipoglucemia severa, se debe disponer de glucagón y asegurar que familiares o cuidadores sepan administrarlo. Asimismo, es crucial revisar y ajustar el plan terapéutico en individuos con episodios recurrentes de hipoglucemia, utilizando estrategias como la educación estructurada, el cambio de medicamentos por aquellos con menor riesgo de hipoglucemia y el uso de CGM para la detección temprana de caídas en la glucosa.

Crisis hiperglucémicas

Las crisis hiperglucémicas, que incluyen la cetoacidosis diabética (DKA) y el estado hiperglucémico hiperosmolar (HHS), son emergencias agudas que representan complicaciones potencialmente mortales en personas con diabetes. La DKA se caracteriza por niveles elevados de glucosa (≥ 200 mg/dL o antecedentes de diabetes), presencia de cetonas (β -hidroxibutirato ≥ 3.0 mmol/L o resultados positivos en tiras reactivas) y alteraciones en el pH y la concentración de bicarbonato (pH < 7.3 y bicarbonato < 18 mmol/L). En contraste, el HHS se define por una hiperglucemia severa (≥ 600 mg/dL), hiperosmolaridad (> 300 mOsm/kg calculado) y la ausencia de acidosis significativa, lo que refleja la diferencia en la fisiopatología y la presentación clínica entre ambas crisis.

El manejo de estas crisis requiere intervenciones inmediatas para revertir la hiperglucemia, la cetonemia y la deshidratación, mediante el uso de insulina, reposición de líquidos y electrolitos, y,

cuando sea necesario, la administración de glucagón en situaciones en las que la administración oral no sea posible. La prevención de estas emergencias se basa en la identificación de pacientes con factores de riesgo elevados, el seguimiento cercano de su control glucémico, y la educación estructurada sobre la detección temprana de síntomas de DKA y HHS, así como sobre las estrategias del "día de enfermedad" para evitar su desencadenamiento.

En este contexto, se recomienda revisar el historial de crisis hiperglucémicas en cada consulta para todos los individuos con diabetes que presentan riesgo, y proporcionar educación estructurada a aquellos con antecedentes de crisis o en alto riesgo, con el fin de reconocer, prevenir y gestionar estos eventos. Estas recomendaciones buscan reducir la morbilidad, la mortalidad y la utilización hospitalaria asociada a las crisis hiperglucémicas, asegurando que los pacientes y sus cuidadores estén preparados para actuar rápidamente ante los primeros signos de deterioro clínico (12).

¿Qué recomendaciones específicas se hacen para el tratamiento de la diabetes?

Posiblemente, uno de los capítulos más consultados de los estándares sea el de las recomendaciones de tratamiento. A continuación, se sintetiza su información más relevante (13).

Diabetes tipo 1

El manejo farmacológico en personas con diabetes tipo 1 se centra en la administración adecuada de insulina, ya que la deficiencia absoluta de producción de insulina es la característica fundamental de esta condición. Las estrategias incluyen:

Esquemas de insulina

- **Terapia Basal-Bolus:** se recomienda el uso de inyección múltiple diaria o infusión subcutánea continua de insulina, para cubrir tanto la necesidad basal como la demanda prandial.
- **Dosis basales y prandiales:** generalmente, entre el 30 % y el 50 % de la dosis total diaria se destina a la insulina basal (para controlar la glucosa en ayunas y entre comidas), mientras que el resto se utiliza como insulina prandial para cubrir la ingesta de carbohidratos durante las comidas.
- **Ajuste de dosis:** se enfatiza la importancia de educar al paciente para ajustar las dosis preprandiales, de acuerdo con el conteo de carbohidratos, correcciones basadas en la glucemia previa y variaciones por actividad física o situaciones de enfermedad.

Tipos de insulina y tecnología: son preferidas las insulinas análogas frente a las insulinas humanas regulares por su perfil de acción más predecible, menor riesgo de hipoglucemia y mayor flexibilidad.

Monitoreo continuo de glucosa (MCG): se recomienda la integración temprana del MCG para mejorar los resultados glucémicos y la calidad de vida.

Sistemas de entrega automatizados (bombas de insulina): los sistemas de insulina de circuito cerrado o híbrido (automatizados) han demostrado mejorar el tiempo en rango y reducir la incidencia de hipoglucemia.

Educación y técnica de administración: es esencial que tanto las personas como sus cuidadores aprendan la técnica correcta de inyección o infusión, la rotación de sitios y otros aspectos de la autogestión para evitar complicaciones como la lipohipertrofia y la variabilidad en la absorción.

Diabetes tipo 2

El tratamiento de la diabetes tipo 2 se basa en un enfoque centrado en la persona, en el que se considera la complejidad de cada paciente y se busca alcanzar objetivos glucémicos individuales sin perder de vista la protección cardiovascular, renal y otros aspectos metabólicos. Las estrategias clave son:

Enfoque personalizado y toma compartida de decisiones

- Se recomienda un modelo de atención que incluya educación, modificación del estilo de vida y una evaluación de los determinantes sociales que puedan afectar el acceso y la adherencia al tratamiento.
- La elección de los medicamentos se realiza considerando la eficacia para alcanzar y mantener los objetivos glucémicos, el impacto sobre el peso, el riesgo de hipoglucemia, la presencia de comorbilidades (enfermedad cardiovascular, disfunción renal, enfermedad hepática) y la accesibilidad económica.

Fármacos de primera línea y combinación terapéutica

- **Metformina:** se mantiene como el tratamiento de primera línea en ausencia de contraindicaciones, dada su eficacia, seguridad, bajo costo y efectos favorables en la reducción del riesgo microvascular y cardiovascular.
- **Terapia de combinación inicial:** en algunos pacientes, especialmente aquellos con A1C muy elevada o con comorbilidades importantes, se puede iniciar terapia combinada para acelerar el logro de los objetivos.

Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia
2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

- **Agentes adicionales:** dependiendo de las características individuales, se pueden emplear:
 - Inhibidores SGLT2 y agonistas del receptor GLP-1 (GLP-1 RAs): seleccionados por sus beneficios cardiovasculares y renales, además de sus efectos en el control glucémico y la pérdida de peso.
 - Otros agentes: los inhibidores de DPP-4, pioglitazona o terapias duales (por ejemplo, combinaciones de GIP y GLP-1 RAs) pueden ser considerados en función de las necesidades y riesgos particulares del paciente.

Uso de insulina

Se contempla la iniciación de insulina cuando hay evidencia de hiperglucemia severa (por ejemplo, A1C >10 % o glucemias muy elevadas) o cuando otros agentes no logran alcanzar el control deseado.

La intensificación del tratamiento puede implicar la adición de insulina prandial a una terapia basal (plan basal-bolus) o el uso de insulinas premezcladas, siempre evaluando la posibilidad de simplificar el régimen y minimizar riesgos (por ejemplo, hipoglucemia).

Consideraciones especiales

Se debe ajustar el tratamiento en función de las comorbilidades: en presencia de enfermedad cardiovascular, renal o hepática, se priorizan fármacos que hayan demostrado beneficios en estas áreas. Además, se deben tener en cuenta aspectos como la tolerabilidad, el costo y la carga terapéutica, adaptando el régimen a las capacidades y preferencias del paciente.

Mensajes indispensables

Los estándares de cuidado en diabetes de la ADA constituyen un documento anual que integra la evidencia científica más reciente para guiar el manejo integral de la enfermedad, desde el diagnóstico y la clasificación (incluyendo diabetes tipo 1, tipo 2 y otras formas), hasta el tratamiento y la prevención de complicaciones. Se destacan aspectos fundamentales como la individualización del tratamiento, la evaluación sistemática de la evidencia (clasificada en niveles A a E) y la importancia de modelos de atención que aborden tanto los determinantes sociales de salud como las necesidades clínicas específicas de cada paciente. En la diabetes tipo 1, se enfatiza el uso adecuado de esquemas de insulina (basal-bolus, bombas, CGM) y la educación para el ajuste de dosis, mientras que en el tipo 2, se prioriza un enfoque centrado en la persona, utilizando la metformina como primera línea, y combinaciones terapéuticas que incluyan inhibidores SGLT2 y agonistas del receptor GLP-1 para optimizar el control glucémico, la protección cardiovascular y renal, y la gestión del peso.

Viñeta clínica de desenlace

Mediante un enfoque de toma compartida de decisiones, se discutieron los beneficios de iniciar una terapia combinada con metformina y alguno de estos medicamentos, inhibidores SGLT2 o un agonista del receptor GLP-1, especialmente por su impacto positivo en la pérdida de peso. A lo largo de seis meses, con un seguimiento estrecho y ajustes terapéuticos, y en el control de la hemoglobina A1C, María logró reducir su A1C a un 6.8 %, sin episodios de hipoglucemia. Este caso ilustra cómo la aplicación integral de los estándares de cuidado, desde el diagnóstico y la clasificación, hasta el establecimiento de metas glucémicas y el uso de estrategias farmacológicas individualizadas, puede conducir a mejoras significativas en la salud y calidad de vida de las personas con diabetes.

Referencias bibliográficas

1. Kirkman MS, editor. Medical Management of Type 1 Diabetes, 8th ed. Arlington (VA). American Diabetes Association; 2022.
2. Meneghini LF, editor. Medical Management of Type 2 Diabetes. American Diabetes Association; 2023.
3. Mendivil CO, Amaya-Montoya M, Hernández-Vargas JA, Ramírez-García N, Romero-Díaz C, Pérez-Londoño A, *et al.* Achievement of treatment goals among adults with diabetes in Colombia, 2015-2019: Results from a national registry. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;186:109823. doi:10.1016/j.diabres.2022.109823.
4. Kerr EA, Heisler M, Krein SL, Kabeto M, Langa KM, Weir D, *et al.* Beyond Comorbidity Counts: How Do Comorbidity Type and Severity Influence Diabetes Patients' Treatment Priorities and Self-Management? *J Gen Intern Med.* 2007;22(12):1635–40. doi:10.1007/s11606-007-0313-2.
5. Goh LH, Siah CJR, Tam WWS, Tai ES, Young DY. Effectiveness of the chronic care model for adults with type 2 diabetes in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2022;11(1):273. doi:10.1186/s13643-022-02117-w.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 1. Improving care and promoting health in populations: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care.* 2024;48(Suppl 1):S14–26. doi:10.2337/dc24-S001.
7. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care.* 2024;48(Suppl 1):S27–49. doi:10.2337/dc24-S002.
8. Deshmukh H, Wilmot EG, Gregory R, Barnes D, Narendran P, Saunders S, *et al.* Effect of flash glucose monitoring on glycemic control, hypoglycemia, diabetes-related distress, and resource utilization in the Association of British Clinical Diabetologists (ABCD) nationwide audit. *Diabetes Care.* 2020;43(9):2153–60. doi:10.2337/dc20-0738.
9. Laiteerapong N, Ham SA, Gao Y, Moffet HH, Liu JY, Huang ES, *et al.* The legacy effect in type 2 diabetes: impact of early glycemic control on future complications (The Diabetes & Aging Study). *Diabetes Care.* 2019;42(3):416–26. doi:10.2337/dc18-1144.
10. Anderson EJ, Richardson M, Castle G, Cercone S, Delahanty L, Lyon R, *et al.* Nutrition interventions for intensive therapy in the Diabetes Control and Complications Trial. The DCCT Research Group. *J Am Diet Assoc.* 1993;93(7):768–72. doi:10.1016/0002-8223(93)91750-K.
11. Zoungas S, Arima H, Gerstein HC, Holman RR, Woodward M, Reaven P, *et al.* Effects of intensive glucose control on microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(6):431–7. doi:10.1016/S2213-8587(17)30104-3.
12. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care.*

Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia
2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

2024;48(Suppl 1):S128–45.
doi:10.2337/dc24-S006.

13. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Suppl 1):S181–206. doi:10.2337/dc24-S009.