

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION



# Resumen Guías ADA 2025



**sanofi**

# Resumen Guías ADA 2025

Como todos los años, la **American Diabetes Association (ADA)** publica una guía con las actualizaciones de los estándares de atención médica en diabetes, en este apartado resumimos los principales cambios con respecto a la guía del año 2024.

En el capítulo de **DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE DIABETES** hay algunos cambios para tener en cuenta.

Se agregó una tabla que evalúa las ventajas y desventajas del uso e interpretación de medir glucemia en ayuno o hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Se incorpora un párrafo con la importancia de pensar que el paciente, inicialmente, puede tener características tanto de **diabetes tipo 1** (DM1) como de **diabetes tipo 2** (DM2). Es decir, un diagnóstico de DM1 no descarta la posibilidad de que también se presenten características clásicamente asociadas a DM2 (por ejemplo, resistencia a la insulina, obesidad y otras anomalías metabólicas), y puede ser apropiado categorizar a un individuo como portador de características de ambos tipos de diabetes para facilitar el acceso al tratamiento adecuado (por ejemplo, agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 [**AR-GLP1**] o inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 [**iSGLT2**] para beneficios potenciales sobre el peso y otros aspectos cardiometabólicos) y a sistemas de monitoreo.

Se agrega una recomendación sobre realizar cribado de autoanticuerpos en etapas preclínicas de DM1, es decir ante sospecha o aumento de riesgo genético.

**El screening basado en autoanticuerpos para la diabetes tipo 1 presintomática debería ofrecerse a aquellas personas con antecedentes familiares de diabetes tipo 1 o con un riesgo genético elevado conocido**

Existen programas de cribado en Europa (Fr1da y gppad.org), en Australia (type1screen.org) y en Estados Unidos (trialnet.org, askhealth.org y cascadekids.org). Los programas de cribado basados en la población general pueden ofrecer pruebas más amplias cuando se dispone de ensayos validados de alta calidad y recursos para el seguimiento adecuado de los resultados, y varios países están considerando incorporar dichas pruebas como parte de la atención estándar. En 2023, Italia introdujo un cribado nacional para la diabetes tipo 1 y la enfermedad celíaca en la población general de entre 1 y 17 años. A las personas que resulten positivas en la prueba de autoanticuerpos se les debe proporcionar asesoramiento acerca del riesgo de desarrollar diabetes, de los síntomas de la diabetes y de la prevención de la cetoacidosis diabética (CAD), y se debe considerar su derivación a un centro especializado para una evaluación adicional y/o para

la consideración de un ensayo clínico o una terapia aprobada que potencialmente retrase el desarrollo de la diabetes clínica.

En cuanto al diagnóstico de **diabetes gestacional** (DMG), se enfatiza la importancia de identificar la diabetes no diagnosticada de forma preconcepcional o, en su defecto, mediante cribado temprano (<15 semanas) en poblaciones con alta prevalencia de factores de riesgo.

En el capítulo de prevención o retraso de la diabetes se pone el foco en la importancia de considerar el **sueño** como factor de riesgo para desarrollar diabetes. Existe una asociación en forma de U entre la duración del sueño y la incidencia de DM2, siendo el punto óptimo de **7 horas por día**. Tanto el sueño corto (menos de 6 horas) como el sueño largo (más de 9 horas) se asocian con un aumento de hasta el 50% en el riesgo de desarrollar DM2, incluida la progresión desde la prediabetes.

Se publicó nueva evidencia que sugiere que la vitamina D podría reducir modestamente el riesgo de progresión a diabetes tipo 2, pero los resultados son inconsistentes. Además, la variabilidad en las dosis utilizadas y la incertidumbre sobre la relación riesgo-beneficio impiden recomendar su uso generalizado para la prevención.

Se actualizó la recomendación de vacunas:

VACUNA	RECOMENDACIÓN
COVID-19	Todas las personas de 6 meses de edad en adelante
Hepatitis B	Adultos con diabetes < de 60 años; para adultos de 60 años o más, la vacuna contra la hepatitis B puede administrarse a discreción del médico tratante, en función del riesgo.
Influenza	Se recomienda que todas las personas con diabetes recibir una vacuna antigripal trivalente y no la vacuna antigripal atenuada viva.
Neumonía (PPSV23)	Entre 19 y 64 años, vacunar PPSV23 Se recomienda una dosis para quienes hayan recibido previamente PCV13; si se utilizó PCV15, seguir con PPSV23 1 año después; PPSV23 no está indicada tras PCV20; los adultos que recibieron únicamente PPSV23 pueden recibir PCV15 o PCV20 1 año después de su última dosis.  <u>Adultos de 65 años o más:</u> Se recomienda una dosis para quienes hayan recibido previamente PCV13; si se utilizó PCV15, seguir con PPSV23 1 año después; PPSV23 no está indicado tras PCV20; los adultos que recibieron únicamente PPSV23 pueden recibir PCV15 o PCV20 1 año después de su última dosis.
Neumonía (PSV 20 o PCV15)	<u>Adultos de 19 a 64 años</u> con condición de riesgo (insuficiencia renal crónica, implante coclear o fuga de líquido cefalorraquídeo): se recomienda una dosis de PCV15 o PCV20.  <u>Adultos de 19 a 64 años</u> , inmunocompetentes. Para aquellos que nunca hayan recibido ninguna vacuna antineumocócica, se recomienda una dosis de PCV15 o PCV20.  <u>Adultos de 65 años o más</u> , inmunocompetentes. Se recomienda una dosis de PCV15 o PCV20; PPSV23 puede administrarse 8 semanas después de PCV15; PPSV23 no está indicado después de PCV20.
Virus Sincitial Respiratorio	Mayores de 60 años con factores de riesgo o > de 75 años, pueden recibir una dosis única de vacuna contra el RSV.
Doble adultos	Se recomienda un refuerzo cada 10 años.
Zoster	Adultos de 50 años: se recomienda el esquema de dos dosis, incluso si ya han sido vacunados previamente.

Con respecto a la **salud ósea**, se agrega una recomendación sobre evitar medicamentos que se asocien con un mayor riesgo de fracturas (por ejemplo, tiazolidinedionas y sulfonilureas), en aquellos con un riesgo elevado de fracturas.

Aconseja a las personas con diabetes sobre su ingesta de **calcio** (1,000–1,200 mg/día) y **vitamina D** para asegurar que se cumpla con la cantidad diaria recomendada para quienes están en riesgo de fracturas, ya sea a través de la dieta o por suplementación.

Se recomienda el uso de medicamentos antiresortivos y agentes osteoanabólicos en adultos mayores con diabetes que presentan un mayor riesgo de fractura, incluyendo aquellos con baja densidad mineral ósea (T-score  $\leq -2.0$ ), antecedentes de fracturas por fragilidad o con una puntuación elevada en la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura ( $\geq 3\%$  para fractura de cadera o  $\geq 20\%$  para fractura osteoporótica mayor).

---

Se agrega información sobre la **salud bucal**; resaltando la importancia de remitir a las personas con diabetes a un examen dental al menos una vez al año.

Se agregan recomendaciones de evaluar la **salud sexual**, tanto en hombres como en mujeres. En hombres preguntar sobre baja de la libido y disfunción eréctil y solicitar determinación de testosterona total sérica matutina en caso de considerar necesario. En mujeres preguntar sobre libido, dispareunia y sequedad vaginal, para pesquisar y tratar según corresponda.

Se agregaron múltiples cambios en relación con el manejo de la esteatosis hepática.

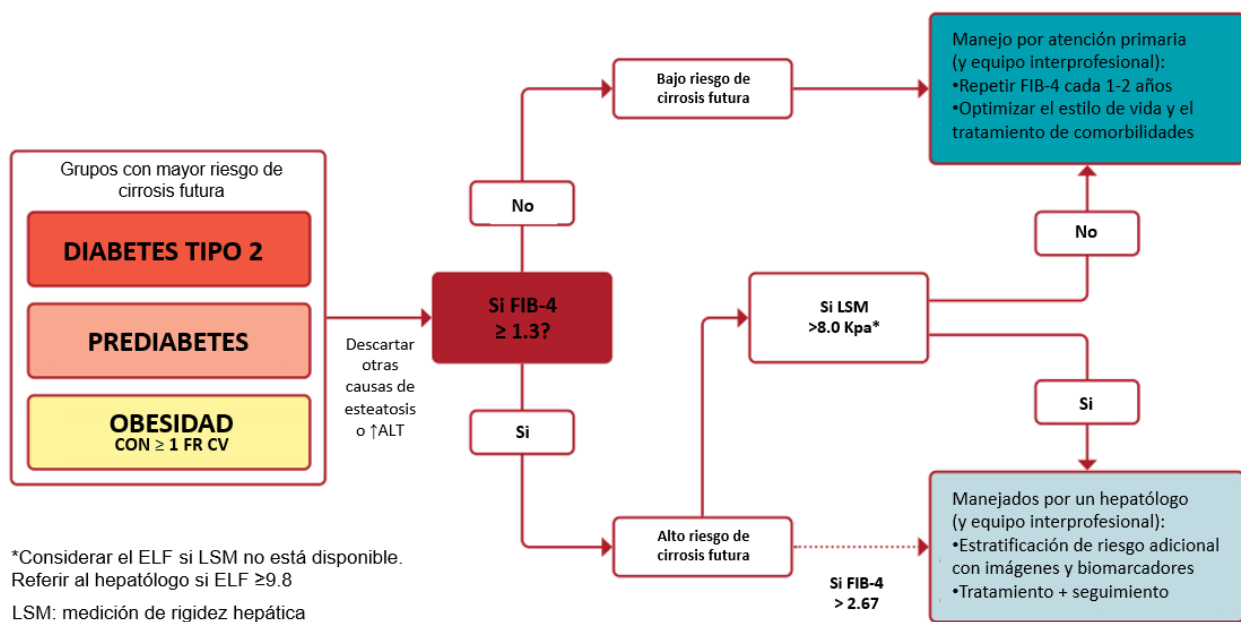
Adultos con DM2 o prediabetes y un **FIB-4  $\geq 1.3$**  deben someterse a una estratificación adicional del riesgo mediante la medición de la rigidez hepática con **elastografía transitoria** o, en caso de no estar disponible, con la prueba de **fibrosis hepática mejorada (ELF)**. Remitir a aquellos que presenten resultados patológicos con un hepatólogo o gastroenterólogo.

En adultos con DM2 o prediabetes, especialmente en aquellos con sobrepeso u obesidad, que presenten **enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MASLD)**, por sus siglas en inglés), se debe recomendar cambios en el estilo de vida; es decir, pérdida de peso, plan nutricional estructurado y un programa de actividad física.

Además, se debe considerar el uso de un AR-GLP1 o un agente dual que combine insulino-tropina dependiente de glucosa (GIP) y AR-GLP1 (**agonista dual GIP/GLP1**) para el tratamiento de la obesidad, con posibles beneficios en la esteatohepatitis asociada a MASLD.

En DM2 y **Esteatohepatitis Asociada a Disfunción Metabólica (MASH**, por sus siglas en inglés) comprobada por biopsia o aquellos con alto riesgo de fibrosis hepática (según pruebas no invasivas), se prefiere el uso de pioglitazona, un AR-GLP1 o un agonista dual GIP/GLP1 para el manejo glucémico, debido a los potenciales efectos beneficiosos sobre la MASH. Se puede utilizar un AR-GLP1 combinado con pioglitazona.

Para la consideración del tratamiento con un **agonista del receptor de hormona tiroidea-β (THR-β) (Resmetirom)** en adultos con DM2 o prediabetes con MASLD y fibrosis hepática moderada (F2) o avanzada (F3) confirmada por histología hepática, o mediante una prueba validada basada en imagen o de sangre, se debe remitir al paciente a un gastroenterólogo o hepatólogo con experiencia en el manejo de MASLD.



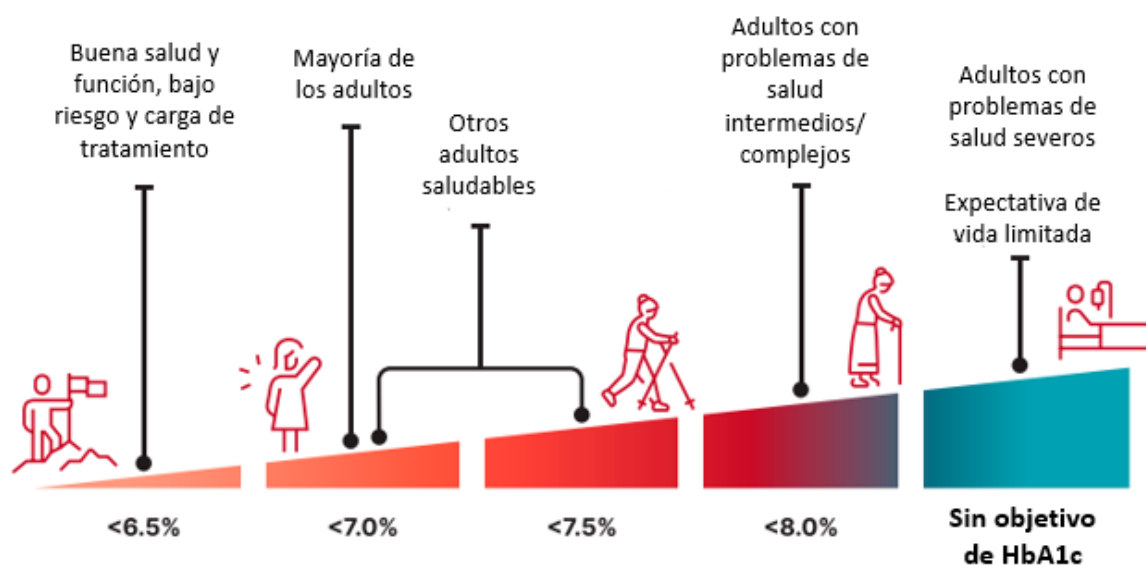
En cuanto al capítulo de cambios en el estilo de vida las principales recomendaciones agregadas son:

- Aconsejar a los jóvenes con DM1 o DM2 a realizar al menos 60 minutos al día de actividad aeróbica de intensidad moderada o vigorosa, con actividades de fortalecimiento muscular y óseo al menos 3 días a la semana, y a limitar el tiempo que pasan en estado sedentario, incluido el tiempo de pantalla recreativo.
- Aconsejar que el tiempo de estar sentado de manera prolongada debe interrumpirse al menos cada 30 minutos para obtener beneficios en la glucemia.
- Incentivar a los adultos y jóvenes tratados con farmacoterapia para el control del peso o cirugía metabólica a cumplir con las recomendaciones de

actividad física, y en particular los ejercicios de fortalecimiento muscular para mantener la masa magra.

Se agregan recomendaciones para especificar las preocupaciones psicosociales que los profesionales de la salud deben detectar, incluyendo la angustia relacionada con la diabetes, la depresión, la ansiedad, el miedo a la hipoglucemia y los trastornos de la conducta alimentaria.

En el capítulo de objetivos glucémicos e hipoglucemia se incorporó una nueva subsección sobre **crisis hiperglucémicas**, la cual abarca la epidemiología, los criterios



diagnósticos y la prevención ambulatoria de la **CAD** y del estado hiperglucémico hiperosmolar (**EHH**). Se añadieron nuevas recomendaciones específicas para la evaluación rutinaria del historial de CAD y EHH y para la provisión de educación estructurada sobre la prevención de crisis hiperglucémicas en el entorno ambulatorio. Asimismo, se incluyeron tablas que presentan los factores de riesgo y la presentación clínica de dichos cuadros.

Se agregó una figura con factores a considerar para establecer objetivos teniendo en cuenta características individuales.

A favor de metas más estrictas	A favor de metas menos estrictas
Duración corta de la diabetes	Larga duración de la diabetes
Bajo riesgo de hipoglucemia	Alto riesgo de hipoglucemia
Bajo riesgo y carga del tratamiento	Altos riesgos y cargas del tratamiento
Farmacoterapia con beneficios cardiovasculares, renales, de peso u otros	Farmacoterapia sin beneficios no glucémicos
Sin complicaciones cardiovasculares	Complicaciones cardiovasculares establecidas
Pocas o menores comorbilidades	Comorbilidades graves y limitantes para la vida

Se modificó la recomendación sobre inicio del uso de **tecnología**, considerando la posibilidad de utilizarlo incluso **desde el diagnóstico** si la persona o los cuidadores así lo prefieren.

Se agrega la recomendación para considerar el uso de **monitoreo continuo de glucosa (CGM)**, por sus siglas en inglés) en adultos con DM2 que usan agentes reductores de glucosa distintos a la insulina para alcanzar y mantener objetivos glucémicos individualizados.

El apartado sobre **bombas de insulina y sistemas de administración automatizada de insulina (AID)** fue ampliado para discutir las características de los diversos sistemas AID y sus datos de ensayos y estudios de vida real.

Se enfatiza la importancia de continuar el uso de bombas de insulina o AID en personas con diabetes mientras están hospitalizadas, cuando sea clínicamente apropiado y con mediciones confirmatorias de glucosa en sangre para ajustes de dosis de insulina y evaluación y tratamiento de la hipoglucemia. El uso de estos dispositivos en el entorno hospitalario debe depender de la disponibilidad de infraestructura de apoyo y protocolos institucionales de tecnología para la diabetes.

En el capítulo de **obesidad**, se aconsejan mediciones adicionales de la **distribución de grasa corporal** si el índice de masa corporal (IMC) es indeterminado, y recomienda el monitoreo de medidas antropométricas relacionadas con la obesidad al menos cada 3 meses durante el tratamiento activo para el manejo del peso.

Se recuerda la importancia del seguimiento, apoyo e intervenciones para las personas que han alcanzado sus objetivos de pérdida de peso, con el fin de **mantener estos logros a largo plazo** y continuar el tratamiento farmacológico para el manejo del peso, según corresponda, y con el propósito de mantener los beneficios para la salud y evitar la recuperación de peso y el empeoramiento de factores de riesgo cardiometabólicos.

Se agrega la recomendación para el **cribado de malnutrición** en personas con diabetes y obesidad que han perdido peso de manera significativa tanto con cirugía como con tratamiento farmacológico.

Agrega una recomendación para el uso de **CGM** en individuos con hipoglucemia tras cirugía metabólica, para mejorar la seguridad.

---

En el capítulo de **tratamiento** se recomienda considerar la **terapia combinada** en adultos con DM2 al inicio para acortar el tiempo hasta alcanzar los objetivos terapéuticos individualizados.

En personas con DM2 y **enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida** o con **alto riesgo de desarrollarla**, el plan de tratamiento debe incluir medicamentos con beneficios demostrados para reducir los eventos cardiovasculares (AR-GLP1 y/o iSGLT2) tanto para el manejo glucémico como para la reducción integral del riesgo cardiovascular (independientemente de la HbA1C).

En adultos con DM2 que tengan **insuficiencia cardíaca (IC)** (ya sea con fracción de eyección reducida o preservada), se recomienda un iSGLT2 tanto para el manejo glucémico como para la prevención de **hospitalizaciones por IC** (independientemente de la HbA1C).

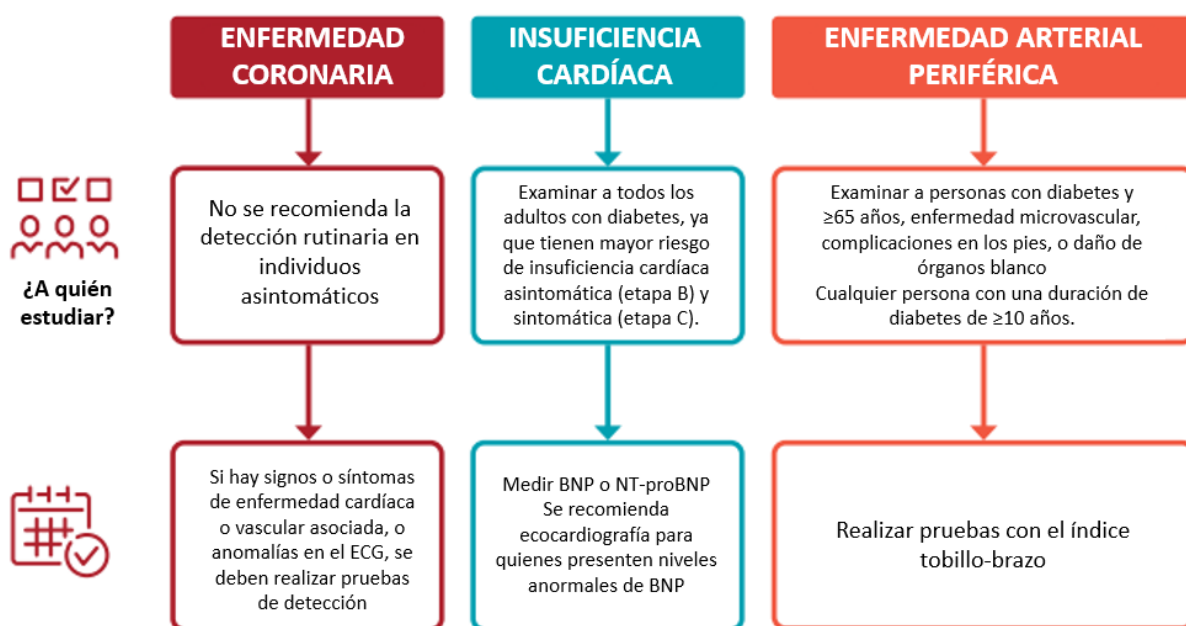
Se agrega la recomendación en DM2 con **IC sintomática** con fracción de eyección preservada (HFpEF) y obesidad, la indicación de un AR-GLP1 con beneficios demostrados tanto para el manejo glucémico como para la reducción de los síntomas relacionados con la IC (independientemente de la HbA1C).

**Se resalta la recomendación en enfermedad renal crónica (ERC):**

- **DM2 y ERC** (con una tasa de filtración glomerular estimada [**TFGe**] confirmada de 20–60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y/o con albuminuria), se debe utilizar un iSGLT2 o un AR-GLP1 con beneficios demostrados en esta población, tanto para el manejo glucémico (independientemente del HbA1C) como para frenar la progresión de la ERC y reducir los eventos cardiovasculares. Los beneficios glucémicos de los iSGLT2 se reducen cuando la TFGe es inferior a 45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>.
- Con TFGe <30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, se prefiere un AR-GLP1 para el manejo glucémico, debido al menor riesgo de hipoglucemia y a la reducción de eventos cardiovasculares.

No se recomienda el uso concurrente de inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP-4) junto con un AR-GLP1 o un agonista dual GIP/GLP1, debido a la falta de reducción adicional de glucemia.

Se agregó una figura para la detección de enfermedad cardiovascular asintomática:



**Se debe considerar el cribado de enfermedad arterial periférica en individuos con una duración de la diabetes de  $\geq 10$  años y alto riesgo cardiovascular.**

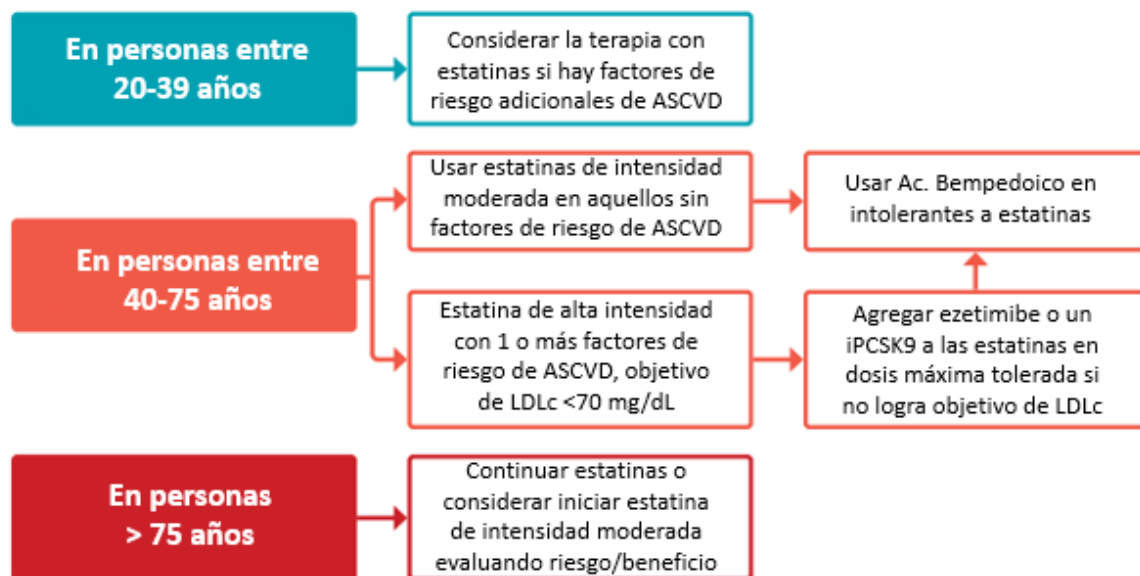
Se agregaron nuevas recomendaciones sobre evitar la **sobrebasalización con insulina**, sin tener en cuenta la dosis utilizada. Se recomienda evaluar **signos de sobreadministración basal** como diferencias significativas en los niveles de glucosa desde la noche hasta la mañana o de postprandial a preprandial, la aparición de episodios de hipoglucemia y una **alta variabilidad glucémica**.

Se agrega una recomendación para personas que siguen un patrón alimentario cetogénico y reciben tratamiento con iSGLT2, sobre los riesgos y signos de cetoacidosis, así como sobre los métodos para mitigar este riesgo y la sugerencia de proporcionar herramientas para la medición de cetonas.

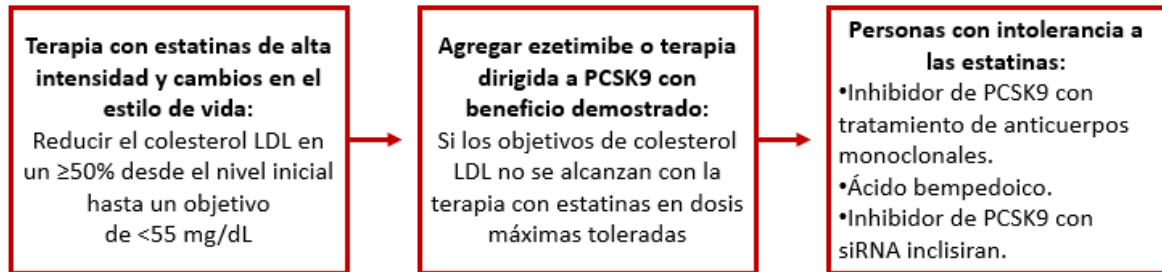
Se recomienda el cribado de la **enfermedad arterial periférica (EAP)** mediante la prueba del índice tobillo-brazo en personas asintomáticas con diabetes de  $\geq 65$  años, con enfermedad microvascular en cualquier localización, o con complicaciones en los pies o daño en algún órgano diana por diabetes.

Se agregaron figuras para organizar el manejo de la dislipemia en diabetes:

**Manejo de lípidos para la prevención primaria de eventos de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) en personas con diabetes:**



**Manejo de lípidos para la prevención secundaria de eventos de enfermedad cardiovascular aterosclerótica en personas con diabetes:**



En el capítulo de **Enfermedad Renal Crónica** se resalta la importancia de llegar a la **máxima dosis tolerada de** Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (**IECA**) o Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (**ARA II**) en pacientes con hipertensión y ERC. Se agregó una recomendación resaltando la importancia de monitorear el aumento de los niveles de creatinina y potasio cuando se utilicen IECA, ARAII y antagonistas del receptor de mineralocorticoides (**ARM**), o la hipokalemia cuando se usen diuréticos, tanto en consultas de rutina como a los 7–14 días después de la iniciación del tratamiento o de un cambio de dosis.

A la recomendación de utilizar un **iSGLT2 en pacientes con ERC** (con TFGe  $\geq 20$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup>), se suma la utilización de **AR-GLP1** con beneficio demostrado en esta población para reducir el riesgo cardiovascular y la progresión de la enfermedad renal.

Se agregó una tabla con criterios para sospechar enfermedad renal de otro origen en personas con diabetes y una con medidas para reducción de la albuminuria.

**Razones para considerar enfermedades renales no diabéticas en una persona con enfermedad renal crónica y diabetes**

- Duración de diabetes tipo 1 <5 años
- Sedimento urinario activo (ej., presencia de glóbulos rojos o cilindros celulares)
- Glucemia crónicamente bien controlada
- Descenso rápido de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe)
- Aumento rápido o niveles muy altos de RAC (relación albúmina/creatinina urinaria) o proteínas/creatinina urinaria
- Ausencia de retinopatía en una persona con diabetes tipo 1

**Intervenciones para disminuir la albuminuria**

- Manejo de la glucemia
- Control de la presión arterial
- Tratamiento con IECA o ARAII
- Cesación del tabaquismo
- Pérdida de peso
- Cambios en los patrones alimenticios (reducción de la ingesta de sal y/o proteína)
- Tratamiento con i SGLT2, ARM o AR-GLP1 RA

Si no hay evidencia de **retinopatía** en uno o más exámenes oculares anuales y los indicadores glucémicos se encuentran dentro del rango objetivo, se puede considerar realizar el cribado **cada 1–2 años**. Si se detecta algún nivel de retinopatía diabética, los exámenes retinianos con dilatación deben repetirse al menos de forma anual por un oftalmólogo o un optometrista. Si la retinopatía progresa o amenaza la visión, se requerirán exámenes por parte de un oftalmólogo con mayor frecuencia.

Los opioides, incluyendo tramadol y tapentadol, no deben utilizarse para el tratamiento del dolor neuropático en la diabetes, debido a los potenciales eventos adversos.

Se debe derivar a los pacientes **tabaquistas** con antecedentes de complicaciones en las extremidades inferiores, pérdida de la sensibilidad protectora o enfermedad arterial periférica a especialistas para recibir asesoramiento en **cesación tabáquica**. Es fundamental que estos individuos reciban información sobre la importancia de dejar de fumar y sean remitidos a programas de apoyo para lograrlo.

En el apartado de **adulto mayor**, propone usar el marco de las **4M** de los sistemas de salud amigables con la edad para abordar problemas específicos de la persona que pueden afectar el manejo de la diabetes.



En cuanto a la utilización de los **iSGLT2 en el adulto mayor**, se especifica que estos fármacos son generalmente bien tolerados, pero que se debe realizar una selección cuidadosa en pacientes de alto riesgo. Asimismo, se detallan otros efectos adversos relevantes como la mayor incidencia de infecciones micóticas genitales (especialmente en mujeres), la necesidad de interrogar sobre los síntomas de incontinencia urinaria antes y después del inicio del tratamiento, el riesgo de cetoacidosis diabética

euglucémica en pacientes con multimorbilidad y en entornos de cuidado a largo plazo, y la posible asociación con un aumento en las fracturas óseas osteoporóticas.

En el capítulo de niños y adolescentes resaltan las siguientes recomendaciones:

- Los profesionales de la salud pueden sugerir objetivos de HbA1C más estrictos (<6.5%) para individuos seleccionados si pueden alcanzarse sin hipoglucemia significativa, aumento excesivo de peso, impactos negativos en el bienestar o una carga de atención indebida, o en aquellos que tengan factores no glucémicos que reduzcan la HbA1C (por ejemplo, menor vida útil de los eritrocitos). Objetivos más bajos también pueden ser apropiados durante la fase de luna de miel.
- En **DM2** se debe considerar un objetivo de HbA1C <6.5% para la mayoría de los niños y adolescentes que tengan bajo riesgo de hipoglucemia. Para aquellos con un mayor riesgo, los objetivos deben individualizarse según lo que sea clínicamente apropiado.
- Considerar el uso de **estatinas** aprobadas por edad, además de terapia nutricional y cambios en el estilo de vida, para jóvenes con **DM1** que tengan un colesterol LDL  $\geq 130$  mg/dL.
- La nutrición para jóvenes con prediabetes y DM2 debe centrarse en principios nutricionales claves; consumir más verduras sin almidón, frutas enteras, legumbres, cereales integrales, frutos secos y semillas, y productos lácteos bajos en grasa, y consumir menos carne, menos bebidas azucaradas, dulces, granos refinados y alimentos procesados o ultraprocesados).
- Ante la presencia de hipertensión arterial, se resalta la importancia de la exclusión de causas de hipertensión secundaria.

---

En el capítulo de **embarazo** se actualizó la siguiente información:

- ✓ Se recomienda realizar **fondo de ojo** antes del embarazo y durante el primer trimestre, en lugar de una de las dos opciones.
- ✓ Se actualizó con una recomendación sobre la suplementación con **ácido fólico** de **400–800 mg/día** para personas con diabetes preexistente.
  - ✓ Se recomienda el uso de **CGM** en personas embarazadas con **DM1**. En conjunto con los objetivos tradicionales de control glucémico **preprandial y posprandial**, el **CGM en tiempo real** puede reducir el **riesgo de macrosomía fetal** y de **hipoglucemia neonatal** en embarazos complicados por DM1. Puede ser útil también en otros tipos de diabetes durante el embarazo.

Ya no establece que las métricas del CGM no deben usarse como sustituto del monitoreo de glucosa en sangre; ahora indica que pueden utilizarse **en conjunto** para alcanzar los objetivos glucémicos.

El **asesoramiento nutricional** antes y durante el embarazo debe promover un patrón de alimentación que incluya frutas, verduras, legumbres, granos integrales, frutos

secos, semillas, pescado y otras fuentes de proteínas magras, lo que proporcionará un equilibrio de macronutrientes y ácidos grasos saludables.

Se añadieron dos nuevas recomendaciones sobre el **uso de sistemas de administración automatizada de insulina en DM1 y embarazo**: son recomendados si el sistema tiene un objetivo de glucosa específico para el embarazo o pueden considerarse para ciertas personas con un equipo de salud experimentado, incluso si el sistema no tiene un objetivo de glucosa específico para el embarazo o un algoritmo diseñado para ello.

En cuanto a la utilización de **metformina y glibenclamida**, de forma individual o en combinación, **no deben utilizarse como agentes de primera línea** para el manejo de la diabetes durante el embarazo, ya que ambas atraviesan la placenta hasta el feto y pueden no ser suficientes para alcanzar los objetivos glucémicos. Otros medicamentos orales e inyectables no insulínicos para la reducción de glucosa carecen de datos de seguridad a largo plazo y no se recomiendan.

Se agrega la recomendación de actividad física: realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada a la semana durante el embarazo y el posparto, preferiblemente distribuidos a lo largo de la semana. Los ajustes en la rutina o plan de actividad física deben hacerse en consulta con un profesional de la salud, especialmente si se considera un cambio significativo en la intensidad del ejercicio. Dicho ejercicio mejora la aptitud cardiorrespiratoria y reduce el riesgo de aumento excesivo de peso gestacional.

Se añadió explícitamente la recomendación de medir la **presión arterial durante el embarazo**.

Se modificó la recomendación con respecto a **estatinas**, evaluando que en algunas situaciones particulares (hipercolesterolemia familiar o antecedente de enfermedad cardiovascular aterosclerótica), la terapia con estatinas puede continuarse cuando los beneficios superan los riesgos.

La **atención de la diabetes en el hospital** enfatiza la identificación y tratamiento de la disglucemia y establece objetivos glucémicos.

Para el tratamiento de la **hiperglucemia persistente** con un umbral de **≥180 mg/dL** (confirmado con dos mediciones) debe iniciarse o intensificarse la insulina en la mayoría de los pacientes críticos y no críticos. Se actualizó la recomendación para establecer un **objetivo glucémico de 140–180 mg/dL** para la mayoría de los pacientes críticos, permitiendo objetivos más estrictos si pueden lograrse sin un aumento significativo del riesgo de hipoglucemia. Y se recomienda un **objetivo glucémico de 100–180 mg/dL** para la mayoría de los pacientes no críticos, siempre que pueda alcanzarse sin riesgo significativo de hipoglucemia.

Además, se agregó orientación sobre el uso de AR\_GLP1 y agonistas duales GIP/GLP1 en el contexto perioperatorio, recomendando la suspensión de estos 7 días antes de la intervención.



INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR O DISPENSAR MEDICAMENTOS. Mayor información disponible a petición.  
Argentina: Sano-Aventis Argentina S.A. - Tucumán 1, Piso 4º, C1049AAA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Tel: (011) 4732-5000 - [www.sano.com.ar](http://www.sano.com.ar)  
Chile: Sano-aventis de Chile S.A. - Av. Presidente Riesco 5435, of. 1802, Las Condes, Santiago, Chile. Tel: 233408400 - [www.sano.cl](http://www.sano.cl)  
Paraguay: Sano-Aventis Paraguay S.A - Edificio SkyPark, Aviadores del Chaco N° 2581, Torre 2, Piso 13, Asunción, Paraguay.. Tel: (595) 21 288 1000 - [www.sano.com.py](http://www.sano.com.py).

**MAT-AR-2500456**