

Diabetes 2026 en la práctica clínica: lo que cambió y cómo aplicarlo

Metas Glucémicas, Hipoglucemia y Crisis Hiperglicémicas – ADA Standards of Care en Diabetes 2026

1. RECOMENDACIONES (ADA 2026)

Acciones que el documento establece como estándar de cuidado.

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN AMPLIADA CON PUNTOS CLÍNICOS CLAVE
Objetivos de A1C individualizados	En la mayoría de adultos: A1C <7% . Considerar <6,5% si se logra sin hipoglucemia. En adultos mayores frágiles o con multimorbilidad: <8% .
Uso de Tiempo en Rango (TIR)	En quienes utilizan CGM: TIR >70% (70–180 mg/dL); <70 mg/dL <4%; <54 mg/dL <1%; >250 mg/dL <5% . Se considera métrica estándar junto con A1C.
Evaluación del control glucémico	Reevaluar cada 3 meses si no se alcanzan metas o hay riesgo de hipoglucemia. Usar CGM o fructosamina cuando la A1C no sea confiable.
Educación estructurada en hipoglucemia	Todo paciente con riesgo debe recibir educación periódica. Tras cualquier hipoglucemia clínicamente significativa , se debe reajustar tratamiento .
Glucagón en riesgo de hipoglucemia severa	Recomendado en pacientes con DM1 , insulino terapia intensiva, hipoglucemia severa previa , falla renal, adultos mayores y personas con barreras para detectar hipoglucemia.
Diagnóstico y manejo temprano de CAD/EHH	Implementar protocolos estandarizados, iniciar hidratación inmediata, corrección de electrolitos, y terapia con insulina cuando K⁺ ≥3.3 mEq/L . Evitar atrasos en la reposición de volumen.
Uso de insulina subcutánea en CAD leve/moderada	Alternativa segura en ciertos entornos con personal entrenado. Mejora eficiencia del sistema y reduce hospitalizaciones prolongadas.

2. ACTUALIZACIONES (NUEVA EVIDENCIA Y ÉNFASIS 2026)

Aspectos nuevos o reforzados respecto a ediciones previas.

ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CLÍNICA AMPLIADA
Nueva definición operativa de hipoglucemia	Nivel 1: 54–69 mg/dL (advertencia temprana). Nivel 2: <54 mg/dL (clínicamente significativo). Nivel 3: evento severo con alteración neurológica, independiente del valor de glucosa.
Mayor relevancia del TIR como métrica central	Deja de ser “adicional” y se considera equivalente a la A1C en usuarios de CGM. Aplica también a embarazo, pediatría y adultos mayores .
Evidencia reforzada en SGLT2 inhibidores	Se destaca el riesgo de DKA euglicémica , especialmente en cirugías, infecciones y uso prolongado. La guía especifica escenarios de mayor precaución.
Mayor énfasis en prevención sistemática de hipoglucemia	Incluye revisión anual del riesgo, evaluación de fármacos, ajuste de insulina, educación y utilización de CGM cuando esté disponible.
Actualización en criterios diagnósticos de CAD	<p>Requisitos diagnósticos de CAD (todos deben estar presentes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperglucemia ≥250 mg/dL (<i>excepto en CAD euglicémica, donde puede ser normal o levemente elevada</i>) • Cetonemia elevada: β-hidroxibutirato ≥3,0 mmol/L, o Cetonas en orina moderadas/altas. • Acidosis metabólica: pH arterial <7,3, y Bicarbonato <18 mEq/L. • Anión gap elevado (típicamente >10–12). <p>Clasificación de severidad Se basa principalmente en pH, bicarbonato y estado mental:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Leve: pH 7,25–7,30; HCO₃⁻ 15–18; paciente alerta. ● Moderada: pH 7,00–7,24; HCO₃⁻ 10–15; somnolencia leve. ● Severa: pH <7,00; HCO₃⁻ <10; compromiso del sensorio.
Actualización en criterios diagnósticos de EHH	Requisitos diagnósticos de EHH (todos deben estar presentes): <ul style="list-style-type: none"> ● Hiperglucemia severa >600 mg/dL ● Osmolaridad efectiva ≥320 mOsm/kg Fórmula: 2 × Na + glucosa/18 ● Ausencia de acidosis significativa: pH >7,30, Bicarbonato >18 mEq/L ● Cetosis mínima ● Compromiso del estado mental variable (confusión → coma)
Relevancia del CGM en decisiones terapéuticas	Se destaca su valor en variabilidad glucémica , predicción de hipoglucemia nocturna y ajuste fino de insulina.

3. CAMBIOS (MODIFICACIONES ESTRUCTURALES 2026)

Acciones que cambian la práctica habitual o redefinen estándares.

CAMBIO	DESCRIPCIÓN CLÍNICA AMPLIADA
Reformulación completa del esquema de hipoglucemia	Nivel 1: 54–69 mg/dL (obliga a analizar y modificar el tratamiento.) Nivel 2: <54 mg/dL Nivel 3: Evento grave
TIR como estándar equivalente a A1C	Ahora es estándar clínico cuando el paciente usa CGM. Tiene el mismo peso que la A1C para evaluar control glucémico. TIR >70% (70–180 mg/dL). <70 mg/dL <4% . <54 mg/dL <1% . >250 mg/dL <5% . Si TIR está fuera de meta → se ajusta tratamiento , aunque la A1C esté “bien”. TIR debe revisarse en cada control cuando hay CGM.
Protocolos actualizados para CAD	Iniciar fluidos de inmediato: solución salina isotónica como primera línea. <ul style="list-style-type: none"> ● Corregir potasio antes de insulina: K⁺ <3,3 mEq/L → NO iniciar insulina. Reponer hasta ≥3,3 mEq/L. ● Insulina: IV en CAD moderada/severa. Subcutánea permitida en CAD leve/moderada con personal entrenado. ● Bicarbonato: Solo si pH <6,9. Se refuerza su no uso rutinario. ● Cetonemia cuantitativa preferida (β-hidroxibutirato) sobre cetonuria. Metas durante tratamiento: Disminuir glicemia 50–75 mg/dL/h. Mantener glucosa ~150–200 mg/dL cuando el anión gap aún está elevado.
Protocolos actualizados para EHH	Reanimación con fluidos más agresiva por deshidratación profunda. <ul style="list-style-type: none"> ● Osmolaridad efectiva como parámetro central: Objetivo: disminución gradual para evitar edema cerebral. ● Insulina: Iniciar solo después de fluidos y cuando haya estabilidad hemodinámica. Dosis más bajas que en CAD. Evitar correcciones rápidas de sodio y osmolaridad.
Advertencia ampliada sobre SGLT2 y riesgo de DKA euglucémica	DKA euglucémica = CAD con glicemia normal o levemente elevada (<250 mg/dL) Cuándo ocurre: Cirugía, Enfermedad aguda, Ayuno / dieta baja en carbohidratos, Deshidratación, Reducción brusca de insulina y Uso de SGLT2 + estrés metabólico. Suspender SGLT2 3–4 días antes de cirugía y durante enfermedad aguda. No descartar CAD por glucosa normal.
Ajustes más estrictos en manejo perioperatorio	Insulina basal: reducir al 75–80% la noche anterior. NPH: usar 50% de la dosis habitual. Bombas: se pueden mantener solo si hay protocolo y personal entrenado ; de lo contrario, cambiar a insulina IV o basal + correcciones . Durante el ayuno preoperatorio: Monitorizar glucosa cada 2–4 horas . Fármacos no insulínicos: Suspender la mayoría el día de la cirugía . SGLT2: suspender 3–4 días antes (riesgo de DKA euglucémica). Usar insulina rápida/correcciones según medición.

**Integración de
tecnología en el manejo
glucémico**

Se incorpora uso de algoritmos clínicos, análisis de variabilidad glucémica y herramientas digitales para estratificación de riesgo y decisiones terapéuticas.



Cuidado de la diabetes en el hospital: Estándares de Atención en Diabetes — 2026

1. RECOMENDACIONES (ADA 2026)

Acciones que el documento establece como estándar de cuidado.

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN AMPLIADA CON PUNTOS CLÍNICOS CLAVE
A1C al ingreso	Realizar A1C en todo paciente con diabetes conocida o glucosa al azar >140 mg/dL sin un A1C en <3 meses. Permite identificar diabetes no diagnosticada , evaluar control previo y planificar el alta.
Uso de protocolos estandarizados (CPOE)	Implementar protocolos validados o ordenes electrónicas que incluyan: metas glucémicas, algoritmos de insulina basados en peso, esquemas de corrección y titulación. Reduce errores y mejora tiempos en rango.
Consulta a equipo especializado (16.3)	Consultar equipo especializado en diabetes ante diagnóstico nuevo, hiperglicemia persistente o hipoglicemia recurrente. Se asocia a reducción de hipoglicemias, estancia hospitalaria y reingresos a 30 días .
Iniciar tratamiento ≥180 mg/dL	Iniciar insulina u otro tratamiento cuando la glucosa es ≥180 mg/dL, confirmado 2 veces en 24 h . Es una recomendación fuerte en pacientes no críticos .
Metas glucémicas intrahospitalarias	Pacientes críticos (UCI): 140–180 mg/dL. Pacientes no críticos: 100–180 mg/dL si es seguro. Se desaconseja terapia intensiva por riesgo de hipoglicemia.
Uso de CGM personal durante hospitalización	Permitir que el paciente mantenga su CGM personal , siempre que: <ul style="list-style-type: none"> • Exista protocolo institucional. • Confirmar con POC para dosificar insulina y evaluar hipoglicemia. Evita desconexión innecesaria, mejora monitoreo y satisfacción del paciente.
Monitoreo POC validado	Usar solo dispositivos POC aprobados por FDA . Confirmar con laboratorio si el resultado no concuerda con el estado clínico o en hipoglicemia asintomática .
Perioperatorio: Insulina como única terapia	Insulina es el único agente recomendado en periodo perioperatorio. Monitorizar glucosa cada 2–4 h durante ayuno. Suspender metformina y orales el día de cirugía.
Ajuste de insulina basal pre-cirugía	Reducir basal al 75–80% , o NPH a la mitad la noche anterior a cirugía. Si usa bomba, puede mantenerla según política institucional.
Plan estructurado de alta (16.18)	Iniciar planificación de alta desde ingreso → educación, reconciliación de medicamentos, acceso a fármacos, seguimiento virtual/presencial , ajuste terapéutico.
Control precoz post alta	1 mes para todos. 1–2 semanas si hubo ajuste de insulina o control subóptimo.
Considerar prescripción de glucagón	En personas con alto riesgo de hipoglicemia , falla renal, uso de insulina intensiva, fragilidad o hipoglicemias severas previas.

2. ACTUALIZACIONES (NUEVA EVIDENCIA y énfasis 2026)

Aspectos nuevos, reforzados o ampliados con respecto a versiones previas.

ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CLÍNICA AMPLIADA
Mayor énfasis en continuar CGM personal	Basado en evidencia: mejora detección de hipoglucemia nocturna , reduce variabilidad y permite intervención más temprana. Aun así, requiere POC para insulina .

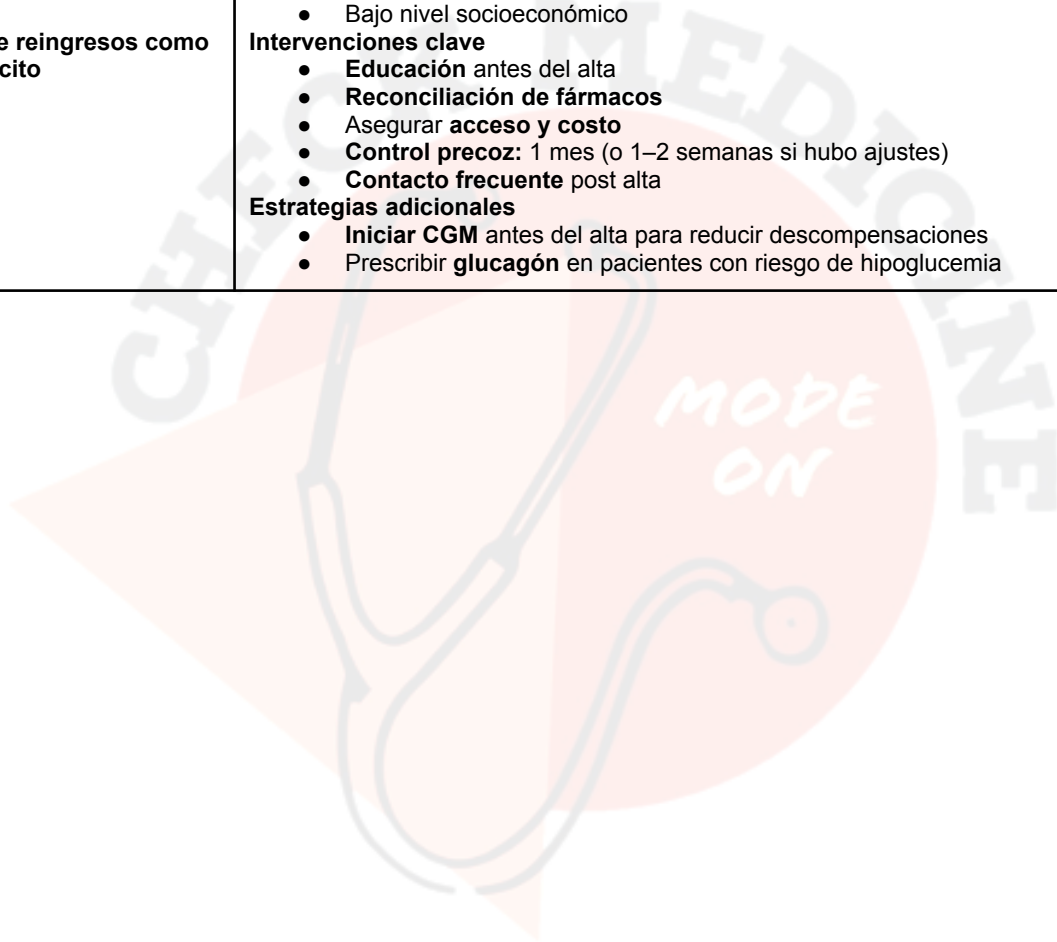
CGM hospitalario: utilidad creciente, no aprobado por FDA	Estudios recientes muestran reducción de hipoglicemias y mejor control, especialmente con telemetría glucémica . No reemplaza POC para toma de decisiones.
Estandarización mediante CPOE	Revisión sistemática muestra que los sistemas electrónicos aumentan tiempo en rango, reducen hipoglicemia y errores de medicación. La guía 2026 refuerza su implementación en todos los centros.
Manejo de dispositivos en cirugía	Nuevos estudios respaldan continuidad de bombas de insulina durante cirugía si existe supervisión y protocolo. Necesidad de personal entrenado y monitoreo continuo.
Evidencia en SGLT2 inhibidores	Estudios recientes muestran riesgo de acidosis metabólica y DKA euglucémica , especialmente en cirugía de urgencia. Mayor claridad en que el riesgo persiste incluso con glucemia normal.
Advertencia FDA para GLP-1 y GIP-GLP-1	Vaciamiento gástrico retardado → riesgo de aspiración . La FDA incorpora advertencia oficial en 2025, incluida en guía 2026.
Inicio de CGM previo al alta para prevenir reingresos	Datos de Francia (RELIEF Study) y otros estudios muestran reducción de descompensaciones, visitas a urgencia y hospitalizaciones posteriores.
Nuevos ensayos de DPP-4 en hospitalización	Linagliptina, sitagliptina y saxagliptina estudiadas en pacientes no críticos: efectividad comparable al esquema basal-bolo en algunos contextos, con baja hipoglicemia.

3. CAMBIOS (Modificaciones estructurales respecto a normas previas)

Acciones concretas que cambian la práctica habitual o que la guía redefine.

CAMBIO	DESCRIPCIÓN CLÍNICA AMPLIADA
Suspensión clara de SGLT2: 3–4 días antes de cirugía	Se establece un margen explícito por evidencia acumulada. Antes era menos claro. Se debe vigilar especialmente el riesgo de DKA euglucémica .
Reconocimiento formal del riesgo de aspiración con GLP-1	Antes era una advertencia limitada; ahora la FDA exige comunicación formal. Es un cambio relevante en la práctica perioperatoria .
Refuerzo del NO uso de bicarbonato en DKA	La evidencia es más sólida: no acorta la recuperación, no mejora acidosis , incluso podría generar efectos adversos.
Mayor énfasis en transición hospital–ambulatorio	Ahora se considera un pilar esencial del manejo . Fallas en esta etapa aumentan reingresos y mortalidad.
Nueva definición operativa y niveles de hipoglucemia	<p>Nivel 1: 54–69 mg/dL Advertencia temprana. Requiere Tto inmediato para evitar progresión. Puede ser asintomática.</p> <p>Nivel 2: <54 mg/dL Hipoglucemia clínicamente significativa. Mayor riesgo de síntomas neuroglucopénicos, arritmias y eventos adversos. Necesita intervención urgente y reajuste terapéutico.</p> <p>Nivel 3: Evento grave No depende de un valor específico de glucosa. Implica alt. del estado mental o físico, convulsiones, pérdida de conciencia. Se considera un evento crítico y exige revisión inmediata del tratamiento.</p>
	<p>1. Reducción estándar recomendada: Usar 75–80% de la dosis habitual la noche previa.</p> <p>2. Insulina NPH: Administrar 50% de la dosis habitual la noche anterior (por mayor riesgo de hipoglucemia).</p>

<p>Ajuste más preciso de insulina basal preoperatoria</p>	<p>4. Bombas de insulina: Mantener bomba solo si hay protocolo institucional y personal entrenado. Si no: pasar a insulina IV o basal + correcciones previo a cirugía.</p> <p>5. Individualización en diabetes tipo 1: Evitar reducciones excesivas (riesgo de cetoacidosis). Ajuste siempre individualizado.</p> <p>6. Durante el ayuno preoperatorio: Control de glucosa cada 2–4 horas. Insulina rápida/corrección según resultado.</p>
<p>Integración de tecnologías en hospitalización</p>	<p>Mayor énfasis en sistemas de decisión, telemetría glucémica, integración CGM–EHR y algoritmos automatizados.</p>
<p>Prevención de reingresos como objetivo explícito</p>	<p>Pacientes de alto riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A1C >9% ● DKA reciente ● Hipoglucemia severa ● Comorbilidades múltiples / falla renal ● Hospitalizaciones previas ● Bajo nivel socioeconómico <p>Intervenciones clave</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Educación antes del alta ● Reconciliación de fármacos ● Asegurar acceso y costo ● Control precoz: 1 mes (o 1–2 semanas si hubo ajustes) ● Contacto frecuente post alta <p>Estrategias adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar CGM antes del alta para reducir descompensaciones ● Prescribir glucagón en pacientes con riesgo de hipoglucemia



Abordajes farmacológicos para el tratamiento glucémico: Estándares de Cuidado en Diabetes 2026

1. RECOMENDACIONES (ADA 2026)

Acciones que el documento establece como estándar de cuidado.

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN AMPLIADA CON PUNTOS CLÍNICOS CLAVE
Enfoque centrado en la persona	La elección farmacológica debe considerar comorbilidades cardiovasculares, renales y hepáticas , riesgo de hipoglucemia, impacto en peso, costo/acceso y preferencias del paciente. Se refuerza la toma de decisiones compartida .
Terapia combinada precoz en DM2	Considerar combinación desde el inicio para acortar el tiempo hasta alcanzar metas glucémicas, especialmente si A1C inicial está significativamente elevada.
Priorizar fármacos con beneficio CV y renal	En DM2 con ASCVD establecida o alto riesgo , usar GLP-1 RA y/o SGLT2i con beneficio CV, independiente del valor de A1C .
Insuficiencia cardíaca	En DM2 con IC (FE reducida o preservada) se recomienda SGLT2i para control glucémico y reducción de hospitalizaciones por IC.
Enfermedad renal crónica	En DM2 con ERC (eGFR 20–60 ml/min/1,73 m² y/o albuminuria) usar SGLT2i o GLP-1 RA con evidencia de beneficio renal y CV, independiente de A1C.
Obesidad como objetivo terapéutico	Priorizar fármacos con pérdida de peso . Tirzepatide y semaglutida muestran la mayor eficacia glucémica y ponderal.
Uso racional de insulina	Evitar presentar la insulina como “fracaso”. Indicarla cuando sea necesario, con educación estructurada , titulación activa y prevención de hipoglucemia.
GLP-1 RA en ERC avanzada	En eGFR <30 ml/min/1,73 m² , GLP-1 RA es preferido por menor riesgo de hipoglucemia y beneficio CV; puede usarse incluso en diálisis.

2. ACTUALIZACIONES (NUEVA EVIDENCIA Y ÉNFASIS 2026)

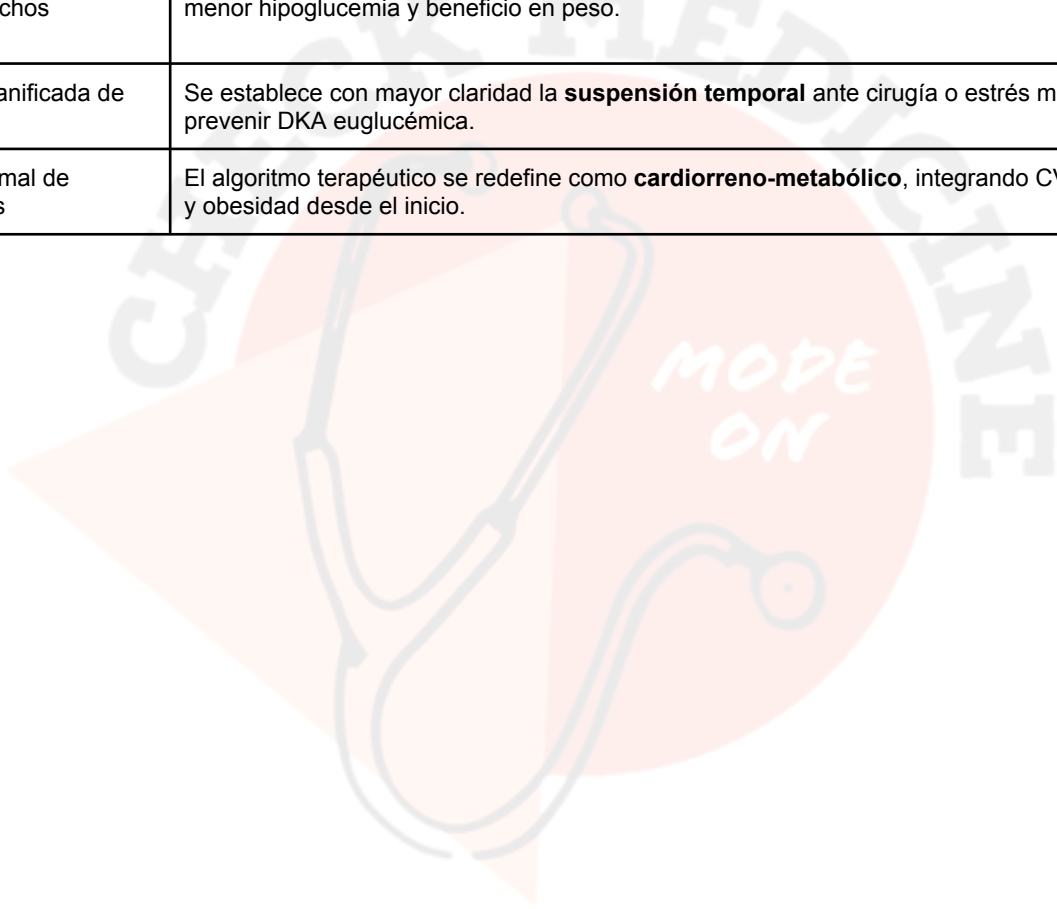
Aspectos nuevos o reforzados respecto a ediciones previas.

ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CLÍNICA AMPLIADA
Mayor jerarquía de tirzepatide	Se consolida como uno de los agentes con mayor reducción de A1C y peso , superando a otros GLP-1 RA en eficacia global.
GLP-1 RA y GIP/GLP-1 en HFpEF con obesidad	En DM2 + obesidad + HFpEF sintomática , se recomienda tirzepatide o GLP-1 RA por mejoría de síntomas y reducción de eventos de IC, independiente de A1C.
MASLD/MASH	Semaglutida muestra beneficio histológico en MASH con fibrosis moderada–avanzada , lo que refuerza su preferencia en DM2 con enfermedad hepática metabólica.
Riesgo de DKA euglucémica con SGLT2i	Se enfatiza el riesgo en cirugía, ayuno, enfermedad aguda o reducción de insulina . Requiere educación y suspensión oportuna.
Uso de tecnología y educación	Se refuerza que la educación en titulación , el uso de CGM/AID y la revisión periódica del tratamiento son esenciales para maximizar eficacia y seguridad.
Costos y adherencia	Mayor énfasis en accesibilidad y costos como determinantes de adherencia; se promueven estrategias de reducción de carga financiera.

3. CAMBIOS (MODIFICACIONES ESTRUCTURALES 2026)

Acciones que cambian la práctica habitual o redefinen estándares.

CAMBIO	DESCRIPCIÓN CLÍNICA AMPLIADA
Tratamiento independiente de A1C	La indicación de GLP-1 RA o SGLT2i con beneficio CV/renal ya no depende del A1C , sino del perfil de riesgo del paciente.
Obesidad como eje central del algoritmo	El impacto en peso pasa a ser criterio prioritario al seleccionar terapia, desplazando a fármacos que inducen aumento ponderal.
Mayor cautela con sulfonilureas y TZD	Se refuerza su uso limitado y a dosis mínimas , por riesgo de hipoglucemia y aumento de peso.
GLP-1 RA preferido sobre insulina en muchos escenarios	En DM2 sin insulinopenia severa, se prioriza GLP-1 RA antes de intensificar con insulina , por menor hipoglucemia y beneficio en peso.
Suspensión planificada de SGLT2i	Se establece con mayor claridad la suspensión temporal ante cirugía o estrés metabólico para prevenir DKA euglucémica.
Integración formal de comorbilidades	El algoritmo terapéutico se redefine como cardiorreno-metabólico , integrando CV, riñón, hígado y obesidad desde el inicio.



Retinopatía, Neuropatía y Cuidado del Pie: Estándares de Cuidado en Diabetes—2026
1. RECOMENDACIONES (ADA 2026)

Acciones que el documento establece como estándar de cuidado.

ÁREA	RECOMENDACIÓN	DETALLE CLÍNICO
Retinopatía diabética	Optimizar control glicémico	El control glicémico reduce el riesgo y enlentece la progresión de retinopatía; existe efecto de memoria metabólica con beneficios persistentes.
	Control de PA y lípidos	El manejo de hipertensión y dislipidemia reduce progresión de retinopatía.
	Evaluar retina al intensificar tratamiento	Intensificaciones con reducción rápida de A1C (ej. GLP-1 RA) pueden asociarse a empeoramiento inicial de retinopatía.
Neuropatía diabética	Screening sistemático	DM2: desde el diagnóstico; DM1: a los 5 años ; luego anual .
	Evaluación sensitiva completa	Temperatura o pinprick + vibración (128 Hz) + monofilamento 10 g anual .
	Pesquisa de neuropatía autonómica	Interrogar por mareos ortostáticos, síncope, gastroparesia, disfunción eréctil, sudoración alterada.
Cuidado del pie	Examen regular de pies	Anual en todos; cada control si hay alto riesgo (LOPS, PAD, deformidades).
	Educación en autocuidado	Inspección diaria, no caminar descalzo, cuidado de uñas/piel, uso de espejo.
	Derivación a equipo especializado	Úlceras, pie de alto riesgo, Charcot, PAD, amputación previa.

2. ACTUALIZACIONES (NUEVA EVIDENCIA Y ÉNFASIS 2026)

Aspectos nuevos o reforzados respecto a ediciones previas.

ÁREA	ACTUALIZACIÓN	RELEVANCIA CLÍNICA
Retinopatía	Advertencia reforzada con GLP-1 RA	Mayor énfasis en evaluar fondo de ojo antes y tras intensificación; riesgo asociado a descensos rápidos de A1C .
	Incorporación explícita de rehabilitación visual	Derivar a programas de rehabilitación en pacientes con pérdida visual por diabetes.
Neuropatía	Énfasis en diagnóstico de exclusión	Buscar neuropatías no diabéticas tratables; hasta 50% de DPN es asintomática.
	Mayor foco en neuropatía autonómica CV	Asociada a IC y muerte súbita; requiere pesquisa activa y seguimiento.
Pie diabético	Uso extendido del sistema Wifi	Se utiliza no solo para riesgo de amputación, sino también para predicción de cicatrización .
	Tecnologías emergentes de monitoreo	Monitoreo de temperatura plantar (insoles, mats, calcetines) como apoyo preventivo.

3. CAMBIOS (MODIFICACIONES ESTRUCTURALES 2026)

Acciones que cambian la práctica habitual o redefinen estándares.

ÁREA	CAMBIO	IMPACTO PRÁCTICO
Retinopatía	Mayor cautela al intensificar tratamiento glicémico	Evaluar retina antes de reducciones rápidas de A1C; seguimiento oftalmológico más estrecho.
Neuropatía	Pesquisa más activa en asintomáticos	No esperar síntomas; screening anual reduce riesgo de úlceras y amputaciones.
Pie diabético	Estratificación formal del riesgo (IWGDF)	Define frecuencia de controles: de anual a cada 1–3 meses según riesgo.
	Derivación precoz y manejo interdisciplinario	Reduce amputaciones, hospitalizaciones y mortalidad asociada.
	Uso dirigido de terapias avanzadas	Úlceras crónicas refractarias: considerar NPWT, sustitutos cutáneos u oxígeno tópico con evidencia RCT.



Estándares de Atención en la Diabetes para Adultos Mayores – 2026

1. RECOMENDACIONES (ADA 2026)

Acciones que el documento establece como estándar de cuidado.

ÁREA	RECOMENDACIÓN CLÍNICA
Evaluación integral	Evaluar de forma periódica los dominios médico, psicológico, funcional y social para definir objetivos y estrategias terapéuticas individualizadas.
Síndromes geriátricos	Tamizaje anual de deterioro cognitivo, depresión, caídas, fragilidad, dolor persistente, incontinencia, hipoglucemia y polifarmacia por su impacto en el manejo y la calidad de vida.
Metas glicémicas	Individualizar metas glicémicas según estado de salud , priorizando la prevención de hipoglucemia y de hiperglicemia sintomática.
Uso de CGM	Recomendar monitoreo continuo de glucosa (CGM) en adultos mayores tratados con insulina para reducir hipoglucemia y variabilidad glicémica.
Presión arterial	Meta <130/80 mmHg si puede lograrse de forma segura; <140/90 mmHg en pacientes frágiles, con comorbilidades severas o alto riesgo de efectos adversos.
Educación	Educación continua en autocuidado , con reevaluación tras hospitalizaciones, cambios terapéuticos o deterioro funcional, incorporando a cuidadores.
Estilo de vida	Actividad física regular (aeróbica y resistencia) e ingesta proteica $\geq 0,8$ g/kg/día , ajustadas a fragilidad y capacidad funcional.

2. ACTUALIZACIONES (NUEVA EVIDENCIA Y ÉNFASIS 2026)

Aspectos nuevos o reforzados respecto a ediciones previas.

TEMA	ACTUALIZACIÓN RELEVANTE
Enfoque clínico	Consolidación del modelo “4Ms” (Mentation, Mobility, Medications, What Matters Most) como eje del manejo integral.
Metas con CGM	Incorporación formal del TIR (70–180 mg/dL) como objetivo equivalente a A1C en adultos mayores que utilizan CGM.
Tecnología	Mayor respaldo al uso de sistemas de insulinización automatizada (AID / closed-loop) en adultos mayores, incluidos aquellos en sistemas de seguro público.
Estratificación	Clasificación explícita del adulto mayor según estado de salud (buena, intermedia, compleja/muy compleja) para definir metas terapéuticas.
Riesgo–beneficio	Énfasis en el concepto de “tiempo a beneficio” , especialmente para terapias preventivas cardiovasculares.
PALTC	Recomendaciones específicas para post-agudo y cuidados de largo plazo , incluyendo capacitación formal del personal en tecnologías de diabetes.

3. CAMBIOS (MODIFICACIONES ESTRUCTURALES 2026)

Acciones que cambian la práctica habitual o redefinen estándares.

ASPECTO	CAMBIO CLÍNICO RELEVANTE
Control glicémico	Se desalienta el control glicémico estricto en adultos mayores con salud compleja o muy compleja.
Desintensificación	Normalización de la desprescripción y simplificación terapéutica cuando el riesgo supera el beneficio clínico.
Hipoglucemia	Evitar sulfonilureas y meglitinidas en pacientes con ingesta irregular, fragilidad o alto riesgo de hipoglucemia.
Fin de vida	Priorizar confort y calidad de vida , evitando controles invasivos y tratamientos sin beneficio sintomático.
Prevención CV	Uso de estatinas y antiagregantes condicionado a expectativa de vida , no a edad cronológica aislada.
DM tipo 1	Refuerzo del uso de insulina basal continua y del rol de CGM y cuidadores en adultos mayores con DM1.

