

GUIDELINE SUMMARY

Acceso privado

Resumen de las Revisiones: Estándares de Cuidado en Diabetes 2026

Diabetes Care. 2026

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes.

DOI: 10.2337/dc26-SREV.

Equipo especializado clínico Check Medicine

Cambios generales

La ADA destaca que el campo del manejo de la diabetes **evoluciona rápidamente** debido a nueva evidencia, tecnologías y tratamientos. Por ello, los Estándares 2026 incorporan múltiples ajustes destinados a mejorar claridad, accesibilidad y consistencia.

- **Lenguaje centrado en la persona:** Se refuerza el uso de terminología que **empodera a los pacientes** y los reconoce como sujetos activos del proceso de cuidado.
- **Actualización de figuras y tablas:** Se realizaron ajustes menores para alinearlas con **estándares modernos de accesibilidad**.
- **Cambios en niveles de evidencia:** Aunque varios niveles se actualizaron, **no se listan específicamente** cuando la recomendación clínica permanece sin cambios.
- **Revisiones sustantivas:** Además de múltiples modificaciones menores, el documento incorpora **cambios importantes**, detallados posteriormente en cada sección de los Estándares.

1. Mejorando el cuidado y promoviendo salud en poblaciones

- **Recomendación 1.1:** se enfatiza la **toma de decisiones compartidas**, incorporando valores, preferencias, comorbilidades, pronóstico y **consideraciones financieras informadas** del paciente.
- **Recomendación 1.5:** refuerza la necesidad de que los sistemas de salud implementen **mejoramiento continuo de la calidad**, orientado a resultados clínicos.
- **Recomendación 1.8:** incorpora el uso de **herramientas digitales de autocuidado** o coaches virtuales como apoyo adicional.
- **Recomendación 1.9:** destaca el rol de **trabajadores comunitarios de salud** en manejo de riesgos de enfermedad renal, diabetes y enfermedad cardiovascular, especialmente en poblaciones vulnerables.
- **Tabla 1.1:** se amplía para detallar **nuevos miembros del equipo de salud** relevantes en la atención de adultos mayores con diabetes.

2. Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes

Nuevas recomendaciones para riesgo y progresión de diabetes tipo 1

- **Recomendación 2.8** se divide en dos partes:
 - **2.8a:** enfatiza la necesidad de **evaluación rápida** para **diabetes tipo 1 estadio 3** en personas con **≥1 autoanticuerpo** de islotes.
 - **2.8b:** mantiene la indicación de que personas con **múltiples autoanticuerpos** deben ser derivadas a **centros especializados** para educación y eventuales intervenciones preventivas.
- **Recomendación 2.9:** personas con un **único autoanticuerpo IA-2** deben ser monitoreadas **igual que quienes están en estadio 2** pero sin IA-2, dado su **similar riesgo de progresión** a estadio 3.

Hiperglicemia asociada a tratamientos farmacológicos

Varias recomendaciones nuevas orientadas a vigilancia estricta en pacientes sometidos a terapias con riesgo de hiperglicemia:

- **2.18:** monitorear glucosa postprandial o al azar en usuarios de **glucocorticoides crónicos o recurrentes**.
- **2.19:** educación sobre riesgo de hiperglicemia en quienes inician **inmunoterapia, inhibidores PI3K α** u otros tratamientos anticáncer.
- **2.20:** medir glucosa en cada visita en personas tratadas con **inhibidores de puntos de control inmunitario** (“checkpoint inhibitors”).
- **2.21: monitoreo estrecho** en quienes inician **inhibidores PI3K α** , por alto riesgo de hiperglicemia en las primeras semanas.
- **2.22:** solicitar glucosa en ayunas o al azar en cada visita para quienes reciben **inhibidores mTOR**.

Fibrosis quística y diabetes relacionada a fibrosis quística (CFRD)

- **2.24a:** el **OGTT anual desde los 10 años** es el examen de elección para tamizaje de CFRD.
- **2.24b:** se actualiza que **A1C puede usarse** en una estrategia alternativa en **dos pasos** cuando el OGTT no sea factible.

Revisión y consolidación del diagnóstico de diabetes gestacional

- Las antiguas recomendaciones **2.26b y 2.26c** se unifican en **2.31b**.
- El texto explicativo se mueve a la sección 15 (Diabetes en el embarazo), donde se actualiza según **nueva evidencia sobre manejo temprano de alteraciones glicémicas**.

3. Prevención o Retraso de la Diabetes y Comorbilidades Asociadas

Ampliación del concepto de progresión de prediabetes

- **Recomendación 3.1:** ahora incluye monitoreo de la progresión hacia **todas las formas de diabetes**, no solo tipo 2.

Uso de CGM en riesgo de diabetes tipo 1

- **Recomendación 3.2:** permite considerar **datos de monitoreo continuo de glucosa (CGM)** para evaluar progresión en sujetos con **diabetes tipo 1 presintomática**.

Programas de prevención basados en estilo de vida

- **Recomendación 3.3:** se precisa que personas con **sobrepeso u obesidad** y alto riesgo de diabetes tipo 2 deben ser derivadas a programas estructurados buscando una pérdida ponderal de **$\geq 5-7\%$ del peso inicial**.
- **Recomendación 3.4:** se enfatizan patrones alimentarios con **mejor evidencia** en prevención, incluyendo:
 - **Mediterránea**
 - **Baja en carbohidratos**
- **Recomendación 3.6:** se aclara que los programas de prevención asistidos por tecnología pueden entregarse vía **smartphones, plataformas web o telemedicina**.

Prevención farmacológica de hiperglicemia inducida por fármacos

Nuevas recomendaciones enfocadas en poblaciones con terapias metabólicamente riesgosas:

- **3.8:** considerar **metformina** para prevenir hiperglicemia en personas tratadas con **inhibidores PI3K α** (p. ej., alpelisib, inavolisib).

- **3.9:** considerar **metformina** en pacientes de alto riesgo que recibirán **glucocorticoides en dosis altas**.

4. Evaluación Médica Integral y Evaluación de Comorbilidades

Evaluación clínica y contexto social

- **Recomendación 4.3:** se amplía la evaluación para incluir **estado glucémico, tratamientos previos y actuales, sistemas de apoyo**, recursos disponibles y **care partners** tanto en la visita inicial como en controles posteriores.

Vacunación

- **Recomendación 4.5:** se expande para incluir explícitamente la vacunación en **adolescentes**.

Evaluación y manejo del riesgo óseo

Cambios relevantes dados los nuevos avales de sociedades científicas:

- **4.13a:** considerar tratamiento para osteoporosis en **adultos mayores con diabetes y T-score ≤ -2.5** .
- **4.13b:** considerar tratamiento si el T-score está entre **-2.0 y -2.5 cuando existan factores adicionales de riesgo de fractura**.

Enfermedad hepática metabólica (MASLD/MASH)

Uno de los puntos más relevantes y actualizados del capítulo.

- **4.26:** se especifica que un **GLP-1 RA con beneficios demostrados en MASH** puede considerarse en adultos con diabetes tipo 2, MASLD y sobrepeso/obesidad.
- **4.27a:** en adultos con diabetes tipo 2 y **MASH confirmado por biopsia** o con **alto riesgo de fibrosis**, se **prefiere** un GLP-1 RA con beneficio demostrado.

Cambios en algoritmos

- **Figura 4.1:** añade MASLD como factor que influye en la selección del tratamiento.
- **Figura 4.2:** se aclara que un **FIB-4 > 2.67** debe ser manejado por un **especialista en hígado**.
- **Figura 4.3:** incluye GLP-1 RA con beneficio demostrado como medicación de elección para MASH en personas con MASLD y **alto riesgo**.

5. Fomento de Conductas Saludables y Bienestar para Mejorar Resultados en Salud

Educación y apoyo en autocuidado (DSMES)

- **Recomendación 5.4:** enfatiza el uso de **estrategias conductuales** para mejorar la adherencia al autocuidado.
- **Recomendación 5.5:** el DSMES debe ser **cultural y socialmente apropiado**, y su participación debe comunicarse al **equipo de diabetes** para continuidad del manejo.

Manejo del peso y evaluación nutricional

- **Recomendación 5.12:** el plan de tratamiento para sobrepeso/obesidad debe incluir nutrición, actividad física y apoyo conductual, con meta de **$\geq 5-7\%$ de pérdida de peso**.
- **Recomendación 5.23:** enfatiza el **monitoreo regular** durante la pérdida intencional de peso para asegurar **nutrición adecuada**.

Actividad física

- **Recomendación 5.34:** fomenta el aumento progresivo de actividad física hasta cumplir con **guías de actividad recomendadas**, y actualiza la discusión sobre su rol durante el tratamiento de la obesidad.

Tabaquismo y vapeo

- **Recomendación 5.40:** recomienda:
 - Evaluar y evitar **tabaco y e-cigarettes/vapeo**.
 - Ofrecer **tratamiento combinado:** consejería + farmacoterapia.

Salud mental y riesgos psicológicos

- **Recomendación 5.45:** derivar a un profesional de salud mental cuando el **distress por diabetes** no puede abordarse adecuadamente en consulta.
- **Recomendación 5.46:** **tamizaje anual de ansiedad** en personas con diabetes.
- **Recomendación 5.47:** tamizar a personas con alto riesgo de hipoglicemia o episodios frecuentes para detectar **miedo a la hipoglicemia**, con derivación para intervenciones basadas en evidencia.

Sueño y ayuno religioso

- **Recomendación 5.56:** tamizaje de **salud del sueño** en personas con diabetes o riesgo de diabetes.
- **Revisión de Tabla 5.3:** actualiza los criterios para la **evaluación previa al ayuno (Ramadán)**, incorporando un sistema de **puntaje de riesgo**.

6. Metas Glicémicas, Hipoglicemia y Crisis Hiperglicémicas

Prevención y manejo de hipoglicemia

- **Recomendación 6.17:** se añade una nueva recomendación para incluir **glucosa oral en kits de primeros auxilios** en lugares públicos, escuelas, trabajos e instituciones. **Importancia clínica:** facilita el manejo inmediato de hipoglicemia en ambientes no hospitalarios.

Enfermedad intercurrente (Sick Day Management)

- La sección se **expande** para incluir criterios sobre cuándo suspender **clases específicas de medicamentos para la diabetes** durante una enfermedad aguda. Esto formaliza la necesidad de evitar complicaciones como **CAD e hiperkalemia** asociadas a ciertas terapias.

Crisis hiperglicémicas

La subsección es revisada en profundidad:

- Se expande considerablemente el contenido sobre **prevención y manejo ambulatorio de cetoacidosis diabética**, lo cual es un cambio relevante respecto a guías anteriores.
- El título de la sección se actualiza para incluir explícitamente **“Hyperglycemic Crises”**, reflejando esta ampliación.

Metas glicémicas e individualización

- **Figura 6.1** es modificada para incorporar **metas individualizadas basadas en métricas de CGM**, considerando:
 - Estado de salud general
 - Riesgo de hipoglicemia

- Tratamientos utilizados
- Factores personales específicos

Esto implica que las metas ya no dependen solo del A1C, sino que adoptan un enfoque más dinámico basado en **tiempo en rango (TIR)**, **tiempo en hipoglicemia** y **variabilidad glucémica** según la situación clínica.

7. Tecnología para Diabetes

Educación y entrenamiento en tecnología

- Se agregan recomendaciones específicas para educación tanto de:
 - **Personas con diabetes**, según tipo de dispositivo.
 - **Profesionales de salud**, detallando necesidades de apoyo y conocimientos requeridos para iniciar y supervisar el uso de tecnología.

Estas modificaciones aparecen de forma ampliada en la narrativa.

Recomendaciones sobre prescripción e inicio de dispositivos

- **Recomendación 7.3** se divide en:
 - **7.3a:** prescripción, inicio y seguimiento de **CGM**.
 - **7.3b:** prescripción, inicio y seguimiento de **sistemas de administración automatizada de insulina (AID)**.

Soporte en entornos escolares y laborales

- **7.6:** niños y adolescentes deben tener apoyo en la escuela para manejar:
 - CGM
 - Bombas de insulina (CSII)
 - Lapiceras inteligentes
 - AID
- **7.7:** estudiantes ≥ 18 años y adultos deben recibir **acomodaciones razonables** en entornos educativos y laborales, incluyendo:
 - Tiempo para manejo de dispositivos
 - Tiempo para corrección de hipo e hiperglicemias

Inicio temprano de tecnologías

- **7.8:** se promueve iniciación temprana de dispositivos según circunstancias clínicas.
- **7.8a: ya no se requieren niveles de C-peptido, presencia de autoanticuerpos ni duración de uso de insulina** para iniciar CSII o AID. **Implicación clínica:** acceso más amplio y oportuno a tecnologías avanzadas.

Monitoreo de glucosa

- Se refuerza que personas usando CGM siempre deben tener acceso a **monitorización capilar** como respaldo.
- Se actualiza la evidencia que respalda el uso de CGM en **diabetes tipo 2**.
- **Recomendación 7.15:** CGM recomendado desde el **diagnóstico** y en cualquier momento para:
 - Personas con diabetes en tratamiento con **insulina**
 - Tratamientos **no insulínicos que causan hipoglicemia**
 - Cualquier terapia donde CGM **apoye el manejo clínico**

Embarazo

- **7.17:** breve actualización que deriva al capítulo 15, donde se detallan recomendaciones para uso de tecnología en embarazo.

Administración automatizada de insulina (AID)

- **7.25a:** AID es ahora el **sistema preferido** para:
 - Diabetes tipo 1
 - Adultos y niños con diabetes tipo 2 en MDI, CSII o bomba con sensor
 - Otros tipos de diabetes insulínica
- **7.25b:** considerar AID para **diabetes tipo 2 en insulina basal** cuando las metas no se estén logrando.

Tipos de CGM: actualización de categorías

- **Tabla 7.3** redefine tipos de CGM:
 - **rtCGM (real-time CGM)**
 - **OTC-CGM** (over-the-counter, sin prescripción)
 - **Professional CGM**

La categoría **isCGM** se elimina de la clasificación y sólo se menciona como tecnología antigua.

8. Obesidad y Manejo del Peso para la Prevención y Tratamiento de la Diabetes

Tamizaje y evaluación de obesidad

- **8.2a:** se indica tamizaje **anual** de sobrepeso/obesidad con **IMC**, más una medida adicional de **adiposidad** (antropometría o medición directa) cuando sea factible, para confirmar exceso de grasa corporal.

Metas de pérdida de peso y programas estructurados

- **8.5:** se reafirma que una pérdida de **5–7% del peso basal** mejora control glicémico y factores de riesgo CV.
- **8.8b:** se clarifica la composición de **programas estructurados alternativos** (contenido y modalidades de entrega).

Monitoreo nutricional y farmacoterapia

- **8.14:** refuerza la necesidad de **consejería** y **monitoreo regular** de aporte nutricional en pérdida de peso intencional.
- **8.15:** se recomienda involucrar al equipo de salud para **minimizar fármacos que promuevan aumento de peso**, cuando sea clínicamente posible.
- **8.20:** se introduce que la **dosis y titulación de fármacos para obesidad** deben balancear **eficacia, beneficios y tolerabilidad**.
- **8.21:** amplía las estrategias de **modificación/intensificación** incluyendo considerar **agentes farmacológicos alternativos**.
- **8.29:** añade que, en personas con **diabetes tipo 1 y obesidad**, pueden considerarse **GLP-1 RA y/o cirugía metabólica**.
- **Tabla 8.2:** actualiza **costos de farmacoterapia para obesidad** al 15 de julio de 2025.

9. Enfoques Farmacológicos para el Tratamiento Glicémico

Insuficiencia cardíaca con FE preservada (HFpEF) y MASLD/MASH

- **9.9a:** para DM2 con HFpEF sintomática se recomienda **GIP/GLP-1 RA dual con beneficio demostrado en síntomas y eventos de IC**.
- **9.9b:** se amplía para incluir **GLP-1 RA con beneficio en eventos y síntomas de IC**.
- **9.11:** actualiza indicaciones para **GLP-1–basados** en DM2 con **ERC avanzada**.

- **9.12:** para DM2 + MASLD + sobrepeso/obesidad se recomiendan **GLP-1 RA con beneficio en MASH** o **GIP/GLP-1 RA dual** con potencial beneficio.
- **9.13a:** GLP-1 RA con efecto favorable en MASH es **preferido**; pioglitazona o GIP/GLP-1 RA dual pueden considerarse según riesgo de fibrosis.

Plan terapéutico integral y tecnología

- **9.24:** incorpora explícitamente **conductas saludables, DSMES**, evitar **inercia terapéutica** y considerar **determinantes sociales** como elementos esenciales del plan.
- **9.25:** recomienda **CGM desde el diagnóstico** y en cualquier momento en adultos con diabetes en insulina, terapias con riesgo de hipo o cuando CGM ayude al manejo.
- **9.27:** AID debe ofrecerse a **todos los adultos con DM1 o DM2 en insulina**.

Tratamiento en contexto de cáncer y fármacos hiperglicemiantes

- **9.33:** en hiperglicemia asociada a **inmunoterapia**, evaluar necesidad de insulina para prevenir CAD y determinar si se trata de **diabetes asociada a inmunoterapia**.
- **9.34–9.35a:** en hiperglicemia por **mTOR o PI3K inhibitors**, considerar **metformina como primera línea**.
- **9.35b:** reservar **insulina** para hiperglicemia grave o crisis, dado su posible impacto en la eficacia de PI3K inhibitors.
- **9.36:** en uso de glucocorticoides, ajustar/iniciar terapias hipoglicemiantes adicionales según metas y perfil glicémico.

Diabetes post-trasplante

- **9.37:** en el postoperatorio de trasplante, se **prefiere insulina**; puede considerarse **iDPP-4** para hiperglicemia leve.
- **9.38a:** a largo plazo pueden usarse **fármacos no insulínicos**, según órgano trasplantado.
- **9.38b:** considerar **GLP-1 RA** por beneficios cardiometabólicos.
- **9.38c:** añadir insulina si las metas individualizadas no se logran.

Algoritmos y costos

- **Fig. 9.2:** nuevo algoritmo de insulina para **diabetes tipo 1**.
- **Fig. 9.4:** incorpora GIP/GLP-1 RA y GLP-1 RA para DM2 con HFpEF, MASLD/MASH y obesidad.
- **Fig. 9.5:** sugiere considerar CGM en DM2 con **insulina basal**.
- **Tablas 9.3 y 9.4:** actualizan **costos de fármacos e insulina** (15 julio 2025).

10. Enfermedad Cardiovascular y Manejo del Riesgo

Metas de presión arterial

- **10.4:** en alto riesgo CV o renal se promueve meta de **PAS <120 mmHg**.
- **10.6:** la terapia antihipertensiva debe **titularse** para lograr metas individualizadas.

Protección renal y CV con RAAS

- **10.10:** ACEI o ARB fuertemente recomendados en hipertensos con **albuminuria severa y/o eGFR <60**, a la **dosis máxima tolerada** para frenar progresión renal y reducir eventos CV.
- **10.11:** especifica la **frecuencia de monitoreo de eGFR y potasio** con ACEI/ARB/MRA y vigilancia de **hipokalemia** con diuréticos.

Lípidos y terapia adicional

- **10.32:** se desaconseja añadir **fibratos, niacina o suplementos con omega-3** a estatinas, dado que **no reducen adicionalmente el riesgo CV**.

Uso de GLP-1 RA en riesgo CV

- **10.40c:** en DM2 + ERC, se recomienda **GLP-1 RA con beneficio CV demostrado** para reducir eventos.
- **10.44c:** en DM2 con HF asintomática (fase B) y alto riesgo o enfermedad CV establecida, se recomienda GLP-1 RA con **beneficio en prevención de HF**.
- **10.44d–e:** para DM2, obesidad y HFpEF sintomática, se recomiendan **GIP/GLP-1 RA dual o GLP-1 RA** con beneficio demostrado en **eventos y síntomas de HF**.
- **10.44h:** se recomienda **MRA no esterooidal** con beneficio demostrado en reducción de empeoramiento de HF en estadio C con FE >40%.

Figuras nuevas

- **Figura 10.5:** resumen de **prevención y tratamiento de HF sintomática** en diabetes.
- **Figura 10.6:** esquema para **prevención de enfermedad aterosclerótica CV (ASCVD)** en DM2.

11. Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Manejo del Riesgo

Evaluación y metas de PA

- **11.1a:** aclara la **frecuencia de evaluación de función renal**.
- **11.5:** precisa metas de presión, enfatizando **objetivos sistólicos**.

Uso de RAAS, MRAs y seguridad

- **11.6a:** clarifica la conducta frente a **intolerancia a fármacos** en hipertensión y diabetes.
- **11.6b:** detalla **frecuencia de monitoreo** de eGFR y potasio para ACEI/ARB/MRA.
- **11.8:** enfatiza el monitoreo de potasio tras iniciar **MRA no esterooidal** para reducir progresión de ERC y riesgo CV.

Terapia combinada SGLT2i + MRA no esterooidal

- **11.9:** se puede considerar el **inicio simultáneo de SGLT2i y nsMRA** en DM2 con **ACR ≥100 mg/g** y eGFR 30–90, en tratamiento con inhibidor RAAS.

SGLT2i y GLP-1 RA según estadio renal

- **11.10:** detalla recomendaciones sobre fármacos renoprotectores potencialmente contraindicados en embarazo o edad fértil.
- **11.11a:** uso de **SGLT2i** en personas no dializadas para **reducir progresión de ERC y eventos CV**.
- **11.11b:** orientación para **iniciar o continuar GLP-1–basados en diálisis** para reducir riesgo CV.
- **Figura 11.2:** reordena el lugar de los **inhibidores RAAS** para reflejar que la mayoría de los ensayos de SGLT2i, GLP-1 RA y nsMRA se realizaron sobre **tratamiento RAAS optimizado**.

12. Retinopatía, Neuropatía y Cuidado del Pie

Introducción y contexto

- Se añade una **nueva introducción** con contexto fisiopatológico y resultados a 40 años del DCCT/EDIC.

Ojo y GLP-1 RA

- Se amplía la discusión del efecto de **GLP-1 RA** en:

- Neuropatía óptica isquémica anterior no arterífrica
- Glaucoma
- Degeneración macular neovascular
- Progresión de **retinopatía diabética**

Neuropatía y dolor

- Se actualiza diagnóstico de neuropatía incorporando **Ipswich touch test**.
- **12.22:** enfatiza la **terapia combinada** para aliviar mejor el dolor neuropático.

Pie diabético

- Se refuerza la importancia de:
 - **Detección y manejo precoz de infecciones**
 - Uso de tecnologías emergentes: **monitoreo de temperatura de pies** (smart mats, plantillas, calcetines inteligentes).
 - Uso de **terapias avanzadas** para úlceras refractarias.
- Se expande la discusión del sistema **Wifi**, describiéndolo como herramienta cada vez más usada para:
 - Estadio de isquemia
 - Predicción de cicatrización
 - Riesgo de amputación
- Se destaca la necesidad de abordajes **holísticos e intervencionales** en enfermedad arterial periférica, y se incorporan datos emergentes sobre **GLP-1 RA potencialmente reduciendo amputaciones**.

13. Adultos Mayores

Hipoglicemia y tecnología

- **13.5:** recomienda **CGM en adultos mayores con DM1 o DM2 en insulina**, para mejorar control, reducir hipoglicemia y disminuir carga terapéutica.

Metas de presión arterial

- **13.9:** meta de PA **<130/80 mmHg** para la mayoría, cuando sea seguro; metas menos estrictas (p. ej., <140/90) en quienes tienen mala salud, esperanza de vida limitada o alto riesgo de efectos adversos de la terapia.

Estilo de vida y funcionalidad

- **13.11a:** especifica proteína de al menos **0,8 g/kg/día**.
- **13.11b:** nueva recomendación separada sobre tipos de ejercicio para **preservar masa magra**, en especial con pérdida de peso intencional.

Geriatría y fragilidad

- Se estandariza el término **PALTC** (post-acute and long-term care) para cuidados en residencias y centros de larga estadía.
- **Tabla 13.1:** nuevas guías de tamizaje de **síndromes geriátricos y deterioro funcional** con preguntas y herramientas validadas.
- **Figura 13.2:** algoritmo de abordaje paso a paso para:
 - Identificar dificultades en el plan terapéutico
 - Reevaluar metas
 - Deintensificar/simplificar tratamiento
 - Reevaluar seguridad y carga de las intervenciones

14. Niños y Adolescentes

Reorganización estructural

- El capítulo se reorganiza para diferenciar con claridad la guía para **DM1 vs DM2**, unificando lo común a ambas.

Aspectos nutricionales y actividad física

- **14.1:** refuerza el cuidado **centrado en niño/familia**, la reevaluación del traspaso de autocuidado y la formación de personal escolar.
- **14.2:** actualiza recomendaciones de **educación nutricional** al diagnóstico y anual, adaptada a crecimiento, hábitos y riesgos.
- **14.3:** amplía la evidencia sobre **composición de macronutrientes** y su impacto en dosis de insulina, excursiones glicémicas y desenlaces a largo plazo.
- Secciones de actividad física recalcan **≥60 min/día de ejercicio moderado-vigoroso**, con trabajo de hueso/músculo ≥ 3 veces/semana y estrategias para prevenir hipo/hiperglicemia asociada a ejercicio.

Salud mental y determinantes sociales

- Actualiza el rol de profesionales de salud mental como parte **integral del equipo**.
- Recomienda tamizar de forma rutinaria:
 - **Inseguridad alimentaria**
 - Estabilidad de vivienda
 - Alfabetización
 - Redes de apoyo
- Incluye **tiempo confidencial** entre adolescente y equipo de salud.
- Inicia tamizaje de **distress, depresión, ansiedad, miedo a hipoglicemia y TCA** desde los **7–8 años** si corresponde.

Tamizaje de complicaciones y tecnología

- **Tabla 14.1:** permite comparar recomendaciones para DM1 y DM2 en lípidos, microalbuminuria, retinopatía y neuropatía.
- Incorpora evidencia de **SEARCH, TODAY y T1D Exchange** para afinar tiempos de tamizaje.
- Se añade lenguaje sobre **CGM, herramientas de IA para retinografía y farmacoterapia avanzada (GLP-1 RA, SGLT2i, GIP/GLP-1 RA)** en población pediátrica.

DM2 en pediatría y transición a adulto

- Amplía datos de ensayos en niños/adolescentes con DM2 para **GLP-1 RA, SGLT2i y GIP/GLP-1 RA**, incluyendo estatus regulatorio y resultados de cirugía bariátrica con seguimiento ≥ 10 años.
- Actualiza recomendaciones sobre **programas estructurados de transición** a la atención adulta, uso de herramientas digitales y mejora de asistencia a controles.

15. Manejo de la Diabetes en el Embarazo

Consejería preconcepcional

- **15.3:** enfatiza evitar **hipoglicemia excesiva** al buscar metas glicémicas preconcepcionales.
- Se reorganizan secciones de **Preconception Counseling** y **Preconception Care**, incorporando metas de glucosa (además de A1C).

Uso de GLP-1 RA y GIP/GLP-1 RA

- Se actualiza texto para orientar **suspensión preconcepcional de GLP-1 RA y GIP/GLP-1 RA** y recalca que las metas deben cumplirse **después de suspender** estos fármacos antes de concebir.

Alteraciones precoces de metabolismo de glucosa y GDM

- Se traslada y actualiza la discusión de **alteraciones glicémicas tempranas del embarazo** desde la Sección 2, incorporando evidencia y controversias en el manejo óptimo.
- Se incluyen nuevos datos sobre **uso de CGM en GDM** y actualización de información sobre insulinas en embarazo.
- La discusión sobre CGM y AID en embarazo se **centraliza ahora sólo en esta sección**.

Presión arterial y lípidos

- **15.24:** fija el umbral de **PA 140/90 mmHg** para iniciar o titular antihipertensivos, alineado con evidencia reciente.
- **15.25b:** agrega **hipertrigliceridemia severa** como condición que puede requerir continuar hipolipemiantes durante el embarazo.

Posparto

- Se admite que, en pacientes que no pueden o no desean realizar OGTT posparto, una **A1C a los 6–12 meses** puede considerarse **como información suplementaria**, pero **no reemplaza al OGTT** como estándar.

16. Atención de la Diabetes en el Hospital

Glucemia perioperatoria

- **16.14:** para mejorar resultados posoperatorios se sugiere **A1C <8%** (o GMI <8% o tiempo en rango >50%) en los 3 meses previos a cirugía electiva.
- **16.15:** en el periodo perioperatorio, meta de glicemia **100–180 mg/dL (5,6–10 mmol/L)**.

Planificación del alta y recursos

- **16.18:** en pacientes que no retornan a su hogar, se deben considerar las **capacidades de la institución de destino** para manejo de la diabetes.

Crisis hiperglicémicas en el hospital

- **Tablas 16.1 y 16.2:** añaden criterios diagnósticos y presentación clínica de **CAD y estado hiperglicémico hiperosmolar**.
- Se expande la narrativa sobre:
 - Uso de **tecnología** en ámbito hospitalario
 - Rol de **terapias no insulínicas** en el perioperatorio

Tabla de bolsillo— Principales cambios con impacto en la práctica clínica (ADA 2026)

Sección	Cambios clínicos que impactan la práctica
1. Poblaciones	Decisiones compartidas considerando pronóstico y costos ; uso ampliado de herramientas digitales .
2. Diagnóstico	Evaluación rápida con ≥1 autoanticuerpo ; IA-2 único = alto riesgo; vigilancia glicémica estricta con inmunoterapia, PI3Kα, mTOR ; OGTT anual en CFRD .
3. Prevención	Meta clínicamente útil: pérdida ≥5–7% ; CGM en riesgo de DM1 presintomática; metformina preventiva en PI3Kα inhibitors o glucocorticoides altos.
4. Comorbilidades	Tratamiento de osteoporosis desde T-score ≤ -2.5 ; GLP-1 RA con beneficio en MASH para DM2 + MASLD/MASH; derivación si FIB-4 >2.67 .
5. Conductas y bienestar	Tamizaje anual de ansiedad, miedo a hipo, sueño ; evaluación formal antes del ayuno (Ramadán) ; meta de pérdida ponderal ≥5–7% .
6. Metas glicémicas	Personalización basada en CGM (TIR, variabilidad) ; incluir glucosa oral en kits; reglas claras para suspender fármacos en enfermedades agudas.
7. Tecnología	CGM desde el diagnóstico en usuarios de insulina; AID como terapia preferida en DM1 y DM2 en insulina; se eliminan requisitos previos (C-péptido, autoanticuerpos).
8. Obesidad	Confirmar adiposidad más allá del IMC; GLP-1 / GIP-GLP-1 RA como terapias clave; considerar cirugía incluso en DM1 con obesidad .
9. Tratamiento farmacológico	En HFpEF: GLP-1 o GIP/GLP-1 RA ; en MASLD/MASH: GLP-1 RA preferido; CGM y AID recomendados ampliamente; metformina en hiperglicemia por PI3K/mTOR .
10. Cardiovascular	Meta PA <120 mmHg en alto riesgo; ACEI/ARB a máxima dosis tolerada si albuminuria/eGFR bajo; no añadir fibratos/niacina/omega-3 a estatinas; mayor uso de GLP-1 RA para prevención CV.
11. Renal	Posible inicio simultáneo SGLT2i + MRA no esteroidal ; SGLT2i en todos los no dializados con ERC; GLP-1 RA puede usarse incluso en diálisis .
12. Retina/neuropatía/pie	Evidencia sobre efectos oculares de GLP-1 RA; usar Ipswich Touch Test ; nuevas tecnologías para pie diabético (monitoreo de temperatura); uso ampliado del sistema Wifi .
13. Adultos mayores	CGM recomendado en usuarios de insulina; PA <130/80 si seguro; proteína ≥0.8 g/kg/día ; guía para simplificar tratamientos .
14. Pediatría	Tamizaje ampliado psicológico; prevención de hipo por ejercicio; uso de CGM, IA retiniana y nuevos fármacos según evidencia; cirugía metabólica con seguimiento largo.
15. Embarazo	Evitar hipo excesiva en metas preconcepcionales; suspender GLP-1 / GIP-GLP-1 RA antes de concepción; nuevos datos de CGM en GDM; iniciar/titular antihipertensivos desde 140/90 .
16. Hospital	Precirugía: A1C <8% o GMI <8%; meta perioperatoria 100–180 mg/dL ; nuevas tablas diagnósticas CAD/HHS.