

GUIDELINE SUMMARY

Acceso privado

Diagnóstico y clasificación de la diabetes: Estándares de Cuidado en Diabetes 2026

Diabetes Care. 2026

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes.

DOI: 10.2337/dc26-S002.

Equipo especializado clínico Check Medicine

Novedades y Actualizaciones 2026 (ADA Standards of Care — Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes)

Área	Actualización 2026 reportada en el paper
Estructura del capítulo	Reorganización completa para mejorar claridad, flujo y uso clínico . No cambia los criterios diagnósticos, pero sí el orden y la redacción .
Diabetes en el embarazo	Se enfatiza que la hiperglicemia detectada en el primer trimestre debe clasificarse como diabetes preexistente (DM1/DM2) y no como diabetes gestacional . Esta precisión se destaca como una actualización.
Autoanticuerpos en DM1	Se actualiza la sección para: – Reforzar el uso de múltiples autoanticuerpos en estratificación de riesgo. – Integrar como estándar las tres etapas de progresión de DM1 (1: autoinmunidad, 2: disglucemia, 3: diabetes clínica). – Aclarar mejor cuándo usar péptido C en adultos.
Cuándo NO usar A1C	Se amplía y clarifica la lista de condiciones donde la A1C es inexacta , destacando: hemoglobinopatías, embarazo, ERC avanzada, transfusiones, hemólisis. Indicación explícita de preferir GPA/PTGO en estas situaciones.
Diabetes monogénica (MODY y neonatal)	Se añade mayor precisión sobre: – Criterios clínicos para sospecha de MODY . – Respuesta terapéutica específica (ej., MODY 3 sensible a sulfonilureas). – Importancia del test genético en diabetes neonatal (<6 meses).
Interpretación de pruebas discordantes	Se reorganiza y clarifica la recomendación de 2025: – Cuando A1C y GPA/ PTGO no coinciden, repetir la prueba por encima del umbral . – Recalcar causas comunes de discordancia.
Variaciones étnicas en A1C	Se actualiza la evidencia que indica que ciertos grupos étnicos tienen A1C más elevadas para la misma glicemia. No cambia criterios, pero mejora la interpretación clínica .
Pesquisa y tamizaje	Se mantiene la recomendación de tamizaje universal ≥ 35 años , pero se reforza con nueva evidencia epidemiológica. (No es un “cambio” nuevo, pero sí una actualización de énfasis).

Ultraresumen Diagnóstico y clasificación de la diabetes

Categoría	Datos clínicos esenciales
Criterios diagnósticos	A1C $\geq 6,5\%$ (NGSP/IFCC). GPA ≥ 126 mg/dL (ayuno ≥ 8 h). PTGO 2 h ≥ 200 mg/dL tras 75 g. Glicemia al azar ≥ 200 mg/dL + síntomas (no requiere confirmación).
Confirmación diagnóstica	Repetir la prueba positiva si no hay síntomas . Si 2 pruebas discordantes \rightarrow repetir la que está por sobre el umbral . Considerar condiciones que alteran mediciones.
Prediabetes (riesgo aumentado)	A1C 5,7–6,4% , mayor riesgo si $\geq 6,0\%$. GPA 100–125 mg/dL . PTGO 2 h 140–199 mg/dL . Progresión anual 5–10% .
Diabetes tipo 1 (DM1)	Enfermedad autoinmune. Autoanticuerpos: anti-GAD, IA-2, ZnT8, IAA, ICA . ≥ 2 autoanticuerpos \rightarrow progresión casi inevitable. Etapas: 1) autoinmunidad normoglucémica, 2) disglucemia, 3) diabetes clínica . Péptido C útil en fenotipos dudosos.
Diabetes tipo 2 (DM2)	Resistencia a insulina + defecto progresivo secretor. Frecuente en adultos con obesidad central. Prolongada fase asintomática: daño microvascular puede estar presente al diagnóstico.
Diabetes gestacional	Diagnóstico solo 2°–3° trimestre . Hiperglicemia detectada en 1° trimestre \rightarrow diabetes preexistente .
Otros tipos específicos	MODY : inicio joven, historia familiar AD, sin autoinmunidad, péptido C conservado. MODY 2 (GCK) \rightarrow no requiere fármacos. MODY 1/3 (HNF4A / HNF1A) \rightarrow respuesta marcada a sulfonilureas. Pancreatopatías : pancreatitis crónica, hemocromatosis, cáncer pancreático. Endocrinopatías : Cushing, acromegalia, feocromocitoma. Fármacos : glucocorticoides, antipsicóticos atípicos, inhibidores de proteasa.
Pruebas afectadas por condiciones clínicas	A1C alterada en: anemia, hemoglobinopatías (HbS, HbC, HbE), embarazo, ERC avanzada, transfusiones, hemólisis. En estos casos, usar GPA o PTGO .
Pesquisa (tamizaje)	Adultos: universal ≥ 35 años . Adultos de cualquier edad con IMC elevado + factor de riesgo . Niños ≥ 10 años con sobrepeso + factor de riesgo .
Frecuencia de pesquisa	Resultado normal \rightarrow cada 3 años . Prediabetes \rightarrow anualmente .
Impacto de intervención temprana	Estilo de vida reduce progresión en $\approx 58\%$. Metformina reduce en $\approx 31\%$ (IMC alto, DMG previa, A1C alta).
Situaciones especiales	Embarazo : preferir GPA; evitar A1C inicial. ERC / hemoglobinopatías : evitar A1C. Etnias con A1C más alta (p. ej., africanos) \rightarrow interpretar con cautela.
Puntos operativos para el médico	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar prueba según contexto clínico. - Confirmar diagnóstico si el paciente es asintomático. - Usar PTGO cuando se sospecha disglucemia temprana. - Evaluar autoinmunidad si la presentación clínica sugiere DM1 o LADA.

Recomendaciones prácticas resumidas para el diagnóstico, confirmación y seguimiento

PRUEBAS ACEPTADAS PARA DIAGNÓSTICO

La ADA establece cuatro pruebas **igualmente válidas**, siempre que se usen métodos estandarizados:

- **A1C $\geq 6,5\%$**
- **GPA ≥ 126 mg/dL**
- **PTGO 2 h ≥ 200 mg/dL**
- **Glicemia al azar ≥ 200 mg/dL + síntomas clásicos**

El artículo destaca que ninguna prueba es superior en todos los escenarios clínicos; la selección depende del paciente.

REGLAS DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

La ADA enfatiza **3 principios** clave:

1. Confirmar toda prueba positiva en ausencia de síntomas inequívocos.

- Confirmar repitiendo **la misma prueba** o utilizando **una prueba alternativa**.
- Si una prueba está por encima del umbral y otra por debajo, repetir la que está elevada.

2. En presencia de síntomas clásicos + glicemia al azar ≥ 200 mg/dL, no es necesaria confirmación adicional.

3. Considerar siempre factores que alteran A1C o glicemia

(patologías hematológicas, enfermedad renal, embarazo, estrés agudo).

ALGORITMO CLÍNICO IMPLÍCITO PARA EL DIAGNÓSTICO

Aunque el paper no incluye un gráfico formal, describe un flujo de decisiones equivalente a un algoritmo:

1. **Paciente asintomático** → realizar A1C o GPA.
2. **Si el valor está en rango de diabetes** → repetir prueba para confirmar.
3. **Si la segunda prueba lo confirma** → diagnóstico de diabetes.
4. **Si la segunda prueba es normal** → repetir en semanas; evaluar condiciones que alteran resultados.
5. **Si ambas pruebas están en rango de prediabetes** → iniciar manejo preventivo.
6. **Si pruebas discordantes** → confiar en la prueba por encima del umbral y repetirla.
7. **Si síntomas clásicos presentes** → diagnóstico clínico con glucemia al azar ≥ 200 mg/dL.

RECOMENDACIONES OPERATIVAS PARA TAMIZAJE

- Tamizaje **universal** en adultos ≥ 35 años.
- Tamizaje **en cualquier adulto con sobrepeso/obesidad + factor de riesgo**.
- En niños ≥ 10 años o postpuberales, tamizaje si existe sobrepeso + factor de riesgo.
- Intervalos:
 - a. Normal → repetir cada **3 años**.
 - b. Prediabetes → repetir **anualmente**.

Estas recomendaciones buscan maximizar la detección precoz y reducir la progresión a diabetes.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA POBLACIONES PARTICULARES

- Uso preferente de **GPA/PTGO** cuando la A1C es poco fiable (embarazo, anemia, ERC, hemoglobinopatías).
- En adultos mayores: individualizar pruebas según comorbilidades.
- En ciertos grupos étnicos, interpretar la A1C con precaución.

RECOMENDACIONES SOBRE COMUNICACIÓN DIAGNÓSTICA AL PACIENTE

La ADA recomienda que el diagnóstico se acompañe de:

- Educación clara sobre el significado de diabetes/prediabetes.
- Explicación del riesgo de progresión y complicaciones.
- Inicio inmediato de **intervenciones de estilo de vida** tras un diagnóstico de prediabetes.
- Plan de seguimiento estructurado.

RECOMENDACIONES PARA SEGUIMIENTO CLÍNICO TRAS DIAGNÓSTICO

Aunque el seguimiento se detalla en otros capítulos, este artículo menciona:

- Reevaluar los parámetros diagnósticos si se sospechan condiciones que alteran su interpretación.
- Utilizar A1C para seguimiento regular una vez establecida su validez en el paciente.
- Asegurar continuidad en la pesquisa de complicaciones (retinopatía, nefropatía, neuropatía).

Criterios de pesquisa de diabetes o prediabetes en adultos asintomáticos

Criterio	Descripción clínica
1. Indicación de pesquisa en adultos con sobrepeso u obesidad	Realizar pesquisa en adultos con IMC ≥ 25 kg/m² (o ≥ 23 kg/m² en población asiática) + al menos uno de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Familiar de primer grado con diabetes • Raza/etnia de alto riesgo (afroamericano, latino, nativo americano, asiático) • Enfermedad cardiovascular • Hipertensión ($\geq 130/80$ mmHg o en tratamiento) • HDL < 35 mg/dL ($< 0,9$ mmol/L) y/o triglicéridos > 250 mg/dL ($> 2,8$ mmol/L) • Síndrome de ovario poliquístico • Sedentarismo • Condiciones asociadas a resistencia a insulina (obesidad severa, acantosis nigricans, enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica)
2. Personas con prediabetes	Si A1C $\geq 5,7\%$, IGT o IFG, realizar pesquisa anual .
3. Personas con antecedente de diabetes gestacional (GDM)	Pesquisar cada 1–3 años .
4. Otros adultos sin factores previos	Iniciar pesquisa a los 35 años .
5. Si los resultados iniciales son normales	Repetir pesquisa al menos cada 3 años . Puede requerirse intervalo más corto según resultados previos o riesgo clínico.
6. Otros grupos de alto riesgo	Individuos con: <ul style="list-style-type: none"> • VIH • Exposición a medicamentos que aumentan riesgo de diabetes • Enfermedad periodontal evidente • Pancreatitis previa Requieren monitoreo estrecho .