

GUÍAS INTERNACIONALES EN DIABETES, PREDIABETES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

ACTUALIZACIÓN Y CLAVES PARA EL MANEJO

Basado en la guía Standards Of Medical Care In Diabetes—2021 (American Diabetes Association) y la guía Diabetes, Prediabetes and Cardiovascular Diseases—2019 (European Society of Cardiology/European Association for the Study of Diabetes).

Dr. Manuel Carrillo
Endocrinólogo.
Hospital El Pilar. Barcelona

Sra. Sheila González
Nutricionista.
Hospital El Pilar. Barcelona

Sra. Silvia Rodríguez
Enfermera.
Servicio de Endocrinología.
Hospital Mútua de Terrassa (Barcelona)



FontActiv®
diaBest

FontActiv®

Soluciones nutricionales
para adultos y mayores



INTRODUCCIÓN

El objetivo de las guías ADA y ESC es proporcionar información actualizada sobre cómo prevenir y controlar los efectos de la DM según los nuevos datos disponibles durante los últimos años.

Cada año nos inundan los diferentes protocolos de actuación en distintas disciplinas de las ciencias de la salud. Los protocolos son herramientas de apoyo para el profesional, ya que realizan una actualización de los últimos avances. En el estudio y redacción se utilizan comités compuestos por expertos de reconocido prestigio científico en la materia a tratar. **Algunos consensos, debido a la extensión de sus materias, acaban siendo de una amplitud semejante a la de un libro y pierden un poco la capacidad de adaptarse al día a día del profesional.**

El objetivo del presente material es recoger las principales modificaciones en las recomendaciones y los mensajes clave para el manejo de la DM, una patología cada vez más prevalente e incidente (la previsión para 2045 es que más de 600 millones de personas desarrollen DM2 a nivel mundial, con alrededor de las mismas cifras para pre-DM).

Agradecemos a los laboratorios Ordesa su compromiso con la ciencia y la ayuda a la difusión de los temas relacionados con los trastornos metabólicos.

ADA 2021 >

ESC 2019 >

ADA 2021

- 1 Clasificación.
- 2 Diagnóstico.
- 3 Categorías que incrementan el riesgo de DM2 (pre-DM).
- 4 Evaluación médica integral y valoración de comorbilidades.
- 5 Facilitar el cambio del comportamiento.
- 6 Objetivos glucémicos.
- 7 Manejo de la obesidad en DM2.
- 8 Tratamiento farmacológico del control glucémico.
- 9 Enfermedad y manejo del riesgo CV.

1

Clasificación

DM1: autoinmunidad. Déficit absoluto de insulina. Incluye LADA.

DM2: insulinoresistencia. Déficit progresivo de la secreción de insulina.

Otros tipos específicos de DM por otras causas: monogénica, farmacológica, enfermedades del páncreas exocrino.

DG: DG diagnosticada en el 2.º o 3.º trimestre de embarazo, sin antecedentes previos de DM.

2

Diagnóstico

Existen cuatro criterios independientes, útiles también para el cribaje de DM2.

Serían válidos para el diagnóstico 2 criterios alterados (HbA_{1c}, GB, o SOG) en la misma o diferentes muestras de sangre, en caso de que no existieran signos evidentes de hiperglucemia.



HbA_{1c} ≥6,5 %
tener en cuenta las limitaciones en situaciones como anemia, gestación, hemodiálisis, etc.)



GB en ayunas ≥126 mg/dl.



Glucemia ≥200 mg/dl a las 2 h de una SOG de 75 g.



Glucemia al azar ≥200 mg/dl:

a diferencia de los otros 3, no debe realizarse 2 veces para confirmar el diagnóstico si existen signos evidentes de DM2.

TEST DE LA ADA:

PARA VALORAR EL RIESGO DE DM2 Y PRE-DM

IR

3

Categorías que incrementan el riesgo de DM2 (PRE-DM)

Glucosa basal alterada:
100-125 mg/dl

Intolerancia a la glucosa:
resultado a las 2 h de la
SOG 140-199 mg/dl

HbA_{1c} 5,7-6,4 %



Reevaluar anualmente en estos casos



Reevaluar cada 3 años en mujeres con DG previa.



En estos pacientes se recomienda una intervención intensiva enfocada a mejorar los estilos de vida, con el objetivo de mantener una **pérdida ponderal del 7 %** e incrementar la **actividad física a 150 minutos/semana**.

Puede valorarse el uso de metformina en estos pacientes si: **IMC >35/edad >60 años/mujeres con DG**. En ese caso, hay que monitorizar los niveles de B12 por si hubiera déficit asociado, especialmente si hay anemia o signos de neuropatía.

4

Evaluación médica integral
y valoración de comorbilidades1. EVALUAR CARACTERÍSTICAS CLAVE
DEL PACIENTE:

- Estilo de vida actual
- Comorbilidades (IC, IRC, etc.)
- Valoración clínica (HbA_{1c}, peso, TA, edad, etc.)
- Aspectos como motivación, depresión, etc.
- Contexto cultural y socioeconómico

2. CONSIDERAR FACTORES ESPECÍFICOS
QUE CONDICIONAN LA ELECCIÓN DEL
TRATAMIENTO:

- Individualizar el objetivo de HbA_{1c}
- Peso corporal, hipoglucemia
- Perfil de efectos adversos de la medicación
- Complejidad del régimen terapéutico (frecuencia, vía de administración)
- Elegir un tratamiento que optimice la adherencia y la persistencia
- Accesibilidad, coste y disponibilidad de la medicación

3. MODELO DE DECISIÓN COMPARTIDO PARA
CREAR UN PLAN DE TRATAMIENTO:

- Implica paciente formado e informado (y familia/cuidador)
- Busca las preferencias del paciente
- La efectividad requiere entrevista motivacional y establecimiento conjunto de objetivos
- Empodera al paciente
- Asegura el acceso a educación en autogestión de la DM

4. ACUERDO EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUE SEAN:

- Específicos
- Medibles
- Alcanzables
- Realistas
- Definidos en el tiempo

OBJETIVOS
ASISTENCIALES

- Prevenir complicaciones
- Optimizar calidad de vida

5. IMPLEMENTAR PLAN:

- Ver al menos cada 3 meses a aquellos pacientes que no logran objetivos pero progresan. Al inicio, contacto más frecuente para educación diabetológica

6. SEGUIMIENTO Y SOPORTE, INCLUYENDO:

- Bienestar emocional
- Comprobar la tolerancia a la medicación
- Monitorizar estatus glucémico
- *Biofeedback*: controles de glucemia, peso, HbA_{1c}, TA, lípidos, contador de pasos

7. REVISIÓN Y ACUERDO DEL PLAN:

- Revisar el plan de tratamiento
- Acuerdo mutuo en los cambios
- Asegurar cambios a tiempo para evitar inercia clínica
- Implementar este ciclo decisional regularmente (1/2 veces al año)

5

Facilitar el cambio del comportamiento

Evaluar las necesidades educativas para el automanejo de la DM en al menos estos 4 momentos:

**Alimentación**

Pauta individualizada, sustentada en una dieta variada y suficiente.

**Actividad física**

Se establecen diferentes objetivos según el grupo de edad.

**Tabaco**

Recomendación de no fumar, tampoco cigarrillos electrónicos.

**Valoración psicológica del paciente y cuidador/familia**

Evaluar con herramientas validadas. Ansiedad, depresión, angustia, trastornos de la alimentación y capacidades cognitivas.

- ✓ **Diagnóstico.**
- ✓ **1 vez al año** y cuando no se alcanzan los objetivos terapéuticos.
- ✓ Cuando existan **barreras médicas, físicas o psicosociales** para su implementación.
- ✓ Cuando haya **cambios vitales** en la situación del paciente.

6

Objetivos glucémicos

Métodos de evaluación del control glucémico

HbA_{1c}Monitorización
continua de glucosaAutocontrol
glucémico

Recomendaciones:



Evaluar la glucemia al menos 2 veces por año en los pacientes que alcanzan los objetivos terapéuticos y tienen un CG estable, y evaluarla trimestralmente en los pacientes que hayan cambiado de tratamiento recientemente o que no logren los objetivos glucémicos.



El TER, obtenido de los informes de MCG, se asocia con el riesgo de complicaciones microvasculares y puede utilizarse para evaluar el control glucémico. Además, el tiempo en hipoglucemia nivel 1 y nivel 2 (<70/<54 mg/dl.) y el tiempo en hiperglucemia (>180 mg/dl.) son parámetros adecuados para reconsiderar el tratamiento.

6 Objetivos glucémicos

Recomendaciones:

- ✓ En muchos adultos no gestantes, sin hipoglucemia significativa, es aceptable un objetivo de $HbA_{1c} \leq 7\%$ o un TER $>70\%$ con un tiempo en hipoglucemia $<4\%$. Los objetivos menos estrictos de HbA_{1c} ($<8\%$) pueden ser apropiados para los pacientes con una esperanza de vida limitada o cuando los perjuicios del tratamiento superen los beneficios.
- ✓ Evaluar la incidencia y el riesgo de hipoglucemia en cada visita.



Uso de **insulina o secretagogos** (p. ej., sulfonilureas, meglitinidas).



Déficit de respuesta contrarreguladora, hipoglucemias desapercibidas.



Insuficiencia renal o hepática.



Discapacidad física o intelectual que pueda condicionar la respuesta conductual a la hipoglucemia.



Larga evolución de la DM.



Consumo de alcohol.



Fragilidad y edad avanzada.



Polifarmacia: especialmente IECA, bloqueantes de los receptores de angiotensina, beta bloqueantes no selectivos.



Deterioro cognitivo.

7

Manejo de la obesidad en DM2

Calcular IMC 1 vez al año o incluso con mayor frecuencia. Los cambios en el peso pueden requerir modificaciones en el tratamiento.

Hacer balance entre riesgos y potenciales beneficios de los fármacos. Se recomienda mantener el tratamiento si la pérdida de peso es $>5\%$ tras 3 meses; si no es así o hay problemas de seguridad o tolerancia, valorar el cambio a otra terapia.

En caso de DM2 y sobrepeso u obesidad, los aGLP-1 y los iSGLT2 son la opción más recomendada.



Favorecer **cambios conductuales que creen un déficit energético.** Individualizar las recomendaciones dietéticas y evaluar los factores sistémicos, estructurales y socioeconómicos que pueden influir en ellas.

Se recomienda cirugía metabólica para el tratamiento de la DM2 en los candidatos aptos con $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, así como en IMC de $35,0$ a $39,9 \text{ kg/m}^2$, que no logran una pérdida de peso mantenida y una mejora de las comorbilidades (incluida la hiperglucemia) con métodos no quirúrgicos.

8

Tratamiento farmacológico del control glucémico

ADA 2020

A DIFERENCIA DE LA ANTERIOR PUBLICACIÓN DE 2020, EN ESTA ÚLTIMA SE PROFUNDIZA EL TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD RENAL Y LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.

IR

9

Enfermedad y manejo
del riesgo CV

Recomendaciones

- ✓ Paciente con DM e HTA: tratamiento farmacológico a partir de **140/90 mmHg**.
- ✓ Lograr el **objetivo intensivo** de TAS <120 mmHg disminuye la probabilidad de ACV, aunque aumenta los efectos adversos.
- ✓ En **gestantes con DM y HTA previa**, el objetivo es de 115-135/85 mmHg.
- ✓ En todos los pacientes con DM2 y HTA, se mantiene la recomendación de realizar autocontrol domiciliario de la HTA, junto con control ambulatorio, para identificar la HTA de bata blanca y la HTA enmascarada y favorecer la adherencia al tratamiento.
- ✓ **Control lipídico:** reducción del peso, reforzar la dieta mediterránea (reducir grasas saturadas y trans, aumentar las poliinsaturadas omega-3, fibra, esteroides y estanoles) y aumentar la AF.
- ✓ Todos los pacientes con DM y antecedente de ECV aterosclerótica previa deben sumar una **estatina de alta intensidad** a la MEV. Sin embargo, en pacientes con DM de entre 40-75 años y mayores de 75 años sin ECV aterosclerótica previa, se recomiendan estatinas de **intensidad moderada**.
- ✓ Si el **c-LDL es ≥ 70 mg/dl** y hay ECV aterosclerótica previa, utilizando estatinas a dosis máximas, se puede añadir ezetimiba (más económica) o un inhibidor de PCSK9.

9

Enfermedad y manejo
del riesgo CV

Recomendaciones

- ✓ Respecto a la terapia **antiagregante**, se mantiene la aspirina (75-162 mg/d) para prevención secundaria.
- ✓ En caso de ECV, considerar tratar con **IECA** o **ARAI** para disminuir el riesgo de evento CV.
- ✓ Tras un **SCA**, considerar aspirina junto con inhibidores del receptor plaquetario P2Y12).
- ✓ En los pacientes con IC con fracción de eyección reducida, considerar un iSGLT2 para reducir el riesgo de hospitalización por ICC y muerte CV, así como los betabloqueantes con beneficios CV.

ALGORITMO DE
TRATAMIENTO

IR

CALCULADORA DE
RIESGO CV:

IR

ESC 2019

- 1 Principales novedades en la guía de 2019 vs. la guía de 2013.
- 2 Recomendaciones 2019.
- 3 Categorías de riesgo CV en pacientes con DM.
- 4 Prevención de ECV en pacientes con DM y pre-DM.
- 5 Algoritmo de tratamiento en pacientes con DM2 y ECV aterosclerótica o con riesgo CV alto/muy alto para (A) pacientes sin tratamiento farmacológico y (B) pacientes tratados con metformina.

1

Principales novedades en la guía de 2019 vs. la guía de 2013

- Nueva **clasificación del riesgo CV** en DM.
- Nuevo **algoritmo de tratamiento** hipoglucemiante para el manejo y prevención de la ECV.
- Nuevos **objetivos lipídicos** en relación con el riesgo CV y criterios de uso de inhibidores de PCSK9.
- **Objetivos de TA individualizados.**
- **Nuevas recomendaciones** en cuanto a terapia antiagregante y anticoagulante.
- Elección de las **técnicas de revascularización.**

2

Recomendaciones 2019

Clase
IClase
IIa
Clase
IIbClase
III

1. Valoración del riesgo CV

- I Se recomienda ECG en reposo en paciente con HTA o sospecha de ECV.
- IIa Considerar ecografía carotídea o femoral para detección de placa arterial (factor de riesgo CV).
- IIb Considerar *screening* de EC con angiografía-tomografía computarizada e imagen funcional.
Considerar score CAC como un factor que modifica el riesgo.
Considerar ITB como un factor que modifica el riesgo.
- III No se recomienda ecografía carotídea (espesor íntima-media) para valorar riesgo CV.

2 Recomendaciones 2019

2. Prevención del riesgo CV

- I Se recomienda la intervención sobre hábitos de estilo de vida para prevenir/retrasar la conversión de pre-DM en DM2.

3. Tensión arterial

- I Individualizar objetivos.
TAS 130 mmHg (<130 mmHg si bien tolerado, pero no <120 mmHg).
<65 años: objetivo de TAS 130-139 mmHg.
TAD <80 mmHg, pero <70 mmHg.
- IIb Considerar tratar para TAS <130 mmHg en pacientes con alto riesgo de ACV o enfermedad renal diabética.

2 Recomendaciones 2019

4. Lípidos

En DM2 con riesgo CV moderado: objetivo c-LDL <100 mg/dl.

En DM2 con alto riesgo CV: objetivo c-LDL <70 mg/dL y reducción de los niveles ≥ 50 %.

I En DM2 con muy alto riesgo CV: objetivo c-LDL <55 mg/dL y reducción de los niveles ≥ 50 %.

En pacientes con muy alto riesgo, con c-LDL persistentemente elevado a pesar del tratamiento con la dosis máxima tolerada de estatinas en combinación con ezetimiba, o en pacientes con intolerancia a estatinas, se recomienda un inhibidor de PCSK9.

IIb Considerar estatinas en pacientes asintomáticos con DM1 >30 años.

III No se recomiendan estatinas en mujeres con deseo y potencial gestacional.

5. Antiagregantes

IIb En pacientes con DM con riesgo alto/muy alto, en ausencia de contraindicación clara, considerar aspirina (75-100 mg/día) para prevención primaria.

III No se recomienda aspirina como prevención primaria en pacientes con DM y riesgo CV moderado.

2 Recomendaciones 2019

6. Hipoglucemiantes

IIa

Considerar metformina en pacientes con sobrepeso y DM2 sin ECV y con riesgo CV moderado.
Debería considerarse el uso de la automonitorización de la glucemia para facilitar un óptimo control glucémico en DM2.

I

Se aconseja evitar la hipoglucemia.

Para prevenir eventos CV, se recomiendan iSGLT2 (empagliflozina, canagliflozina o dapagliflozina) en pacientes con DM2 y ECV o en alto/muy alto riesgo CV.

Se aconseja empagliflozina en pacientes con DM2 y ECV para reducir el riesgo de mortalidad.

Para prevenir eventos CV, se recomiendan liraglutida, semaglutida o dulaglutida en pacientes con DM2 y ECV o en alto/muy alto riesgo CV.

Se indica liraglutida en pacientes con DM2 y ECV, o con riesgo CV alto/muy alto, para reducir el riesgo de mortalidad.

III

No se recomienda saxagliptina en pacientes con DM2 y alto riesgo de IC.

2 Recomendaciones 2019

7. Manejo de arritmias

- I** En anticoagulación oral en FA (paroxística o persistente), se recomienda dar preferencia a los AONAVK (p. ej., apixabán, rivaroxabán, etc.).
- Ila** Se debe estudiar el diagnóstico de patología cardíaca estructural en pacientes con DM con contracciones ventriculares prematuras frecuentes.
Debería evitarse la hipoglucemia, ya que puede desencadenar arritmias.

8. Fármacos antiagregantes y antitrombóticos

- I** Se recomienda el uso concomitante de inhibidores de la bomba de protones en pacientes en tratamiento con aspirina en monoterapia, doble terapia antiagregante o anticoagulantes orales en monoterapia que tengan alto riesgo de sangrado gastrointestinal.
- Ila** La prolongación de doble terapia antiagregante más allá de 12 meses, debería considerarse durante ≤ 3 años en pacientes con DM en muy alto riesgo que hayan tolerado la doble terapia sin complicaciones hemorrágicas mayores.

2 Recomendaciones 2019

9. Tratamiento de la IC en DM

Se recomiendan dispositivos terapéuticos como DCI, TRC o TRC-D.

I Se indica sacubitril/valsartán en lugar de IECA en caso de IC con fracción de eyección reducida y DM que persistan sintomáticas a pesar del tratamiento con IECA, beta bloqueantes y agonistas del receptor de mineralocorticoides.

Se recomienda BC en IC con fracción de eyección reducida y DM y en caso de EC de 2-3 vasos.

IIa Si persisten síntomas a pesar de un tratamiento completo de la IC, se debe considerar ivabradina en pacientes con IC y DM en ritmo sinusal y con una FC en reposo ≤ 70 lpm.

III No se recomienda aliskiren (inhibidor directo de renina) en IC con fracción de eyección reducida y DM.

2 Recomendaciones 2019

10. Tratamiento de la DM para reducir el riesgo de IC

- I Se recomiendan iSGLT2 para reducir el riesgo de hospitalización por IC.
- IIa Debería considerarse metformina en pacientes con DM e IC si el FG es >30 ml/min/1,73 m².
 - IIb Tener en cuenta GLP1-RA e iDPP4 (sitagliptina y linagliptina), dado que tienen un efecto neutral en el riesgo de IC.
Considerar el tratamiento con insulina en IC.
- III No se recomienda el iDPP4 saxagliptina en IC.
No se indica pioglitazona y rosiglitazona en IC.

11. Diagnóstico y tratamiento de la EAP

- IIa Considerar rivaroxabán a bajas dosis (2,5 mg 2 veces al día) + aspirina (100 mg 1 vez al día) en pacientes con DM y EAP sintomática.

12. Manejo de la ERC

- I Se recomiendan i-SGLT2 para frenar la progresión de la enfermedad renal diabética.

3

Categorías de riesgo CV en pacientes con DM

Riesgo muy alto

Pacientes con DM y ECV establecida, daño de algún órgano diana, 3 o más factores de riesgo mayor, debut DM temprano o larga evolución (>20 años)

Riesgo alto

Pacientes con evolución de la DM ≥ 10 años sin daño de órganos diana, con algún factor adicional de riesgo

Riesgo moderado

Pacientes jóvenes (DM1 <35 años o DM2 <50 años) con evolución de la DM <10 años, sin otros factores de riesgo

4

Prevención de ECV en pacientes con DM y pre-DM



Mensajes clave sobre el estilo de vida



Los cambios en el estilo de vida son clave para prevenir la DM y sus complicaciones CV.



Se recomienda una **ingesta reducida de calorías** para reducir el peso corporal excesivo en pacientes con DM.



Una **dieta mediterránea** suplementada con aceite de oliva o nueces reduce la incidencia de eventos CV importantes (estudio PREDIEMED).



Se recomienda una **actividad física de moderada a vigorosa** durante ≥ 150 min/ semana para la prevención y el control de la DM.

4 Prevención de ECV en pacientes con DM y pred-DM



Mensajes clave sobre TA

- ✓ Objetivo de **TAS** en personas con DM: 130 mmHg y <130 mmHg si se tolera, pero no <120 mmHg.
- ✓ En las personas >65 años, el objetivo de **TAS** abarca un rango de 130-139 mmHg.
- ✓ El objetivo de **TAD** es <80 mmHg, pero no <70 mmHg.
- ✓ El control óptimo de la TA reduce el riesgo de **complicaciones** micro y macrovasculares.
- ✓ Se debe proporcionar orientación sobre los cambios en el **estilo de vida** a los pacientes con DM e HTA.
- ✓ La evidencia respalda firmemente la inclusión de un **IECA** o un **BRA** en pacientes intolerantes a IECA.

4 Prevención de ECV en pacientes con DM y pred-DM



Mensajes clave sobre TA

- ✓ El control de la TA a menudo requiere terapia con **múltiples fármacos**, con un bloqueante del sistema renina-angiotensina-aldosterona y un bloqueador del canal de calcio o diurético. Se recomienda la terapia dual como tratamiento de primera línea.
- ✓ **No** se recomienda la combinación de un **IECA** y un **BRA**.
- ✓ En **pre-DM**, el riesgo de DM es menor con los bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona que con los beta bloqueantes o los diuréticos.
- ✓ Se debe alentar a los pacientes con DM que reciben tratamientos antihipertensivos combinados a **controlar** la TA.

4 Prevención de enfermedades cardiovasculares en pacientes con diabetes y prediabetes bjetivos glucémicos



Mensajes clave sobre lípidos



Las **estatinas** previenen efectivamente los eventos CV y reducen la mortalidad CV, y su uso está asociado con un número limitado de eventos adversos. Debido al perfil de alto riesgo de los pacientes con DM, el tratamiento intensivo con estatinas debe usarse de forma individualizada. Actualmente, las estatinas siguen siendo una terapia de vanguardia en el tratamiento hipolipemiante en pacientes con DM.



Ezetimiba o un **inhibidor de PCSK9** junto a una **estatina**, o solo, en caso de intolerancia documentada a las estatinas, contribuyen aún más a la reducción de c-LDL en pacientes con DM, mejorando así los resultados CV y reduciendo la mortalidad CV.

5

Algoritmo de tratamiento

ESC 2019

EN PACIENTES CON DM2 Y ECV ATEROSCLERÓTICA O CON RIESGO CV ALTO/MUY ALTO PARA (A) PACIENTES SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y (B) PACIENTES TRATADOS CON METFORMINA. VER FIGURA 3

IR

SIGLAS

- **ACV:** accidente cerebro vascular
- **ADA:** American Diabetes Association
- **AF:** actividad física
- **aGLP-1:** agonistas del GLP-1
- **AONAVK:** anticoagulante oral no antagonista de vitamina K
- **ARA II:** antagonistas de los receptores de la angiotensina II
- **BC:** baipás coronario
- **BRA:** bloqueadores del receptor de angiotensina
- **CAC:** calcio arterial coronario
- **CG:** control glucémico
- **c-LDL:** colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad
- **CV:** cardiovascular
- **DCI:** desfibrilador cardioversor implantable
- **DG:** diabetes gestacional
- **DM:** diabetes mellitus
- **DM1:** diabetes mellitus de tipo 1
- **DM2:** diabetes mellitus de tipo 2
- **EAP:** enfermedad arterial periférica
- **EC:** enfermedad coronaria
- **ECG:** electrocardiograma
- **ECV:** enfermedad cardiovascular
- **ESC:** European Society of Cardiology
- **FA:** fibrilación auricular
- **FC:** frecuencia cardíaca
- **FG:** filtrado glomerular
- **GLP1-RA:** agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1
- **GB:** glucemia basal
- **HbA_{1c}:** hemoglobina glucosilada
- **HTA:** hipertensión arterial
- **iDPP4:** inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4
- **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
- **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa
- **IC:** insuficiencia cardíaca
- **ICC:** insuficiencia cardíaca crónica
- **IMC:** índice de masa corporal
- **IRC:** insuficiencia renal crónica
- **ITB:** índice tobillo-brazo
- **LADA:** diabetes autoinmune latente en adultos
- **MCG:** medidor continuo de la glucosa
- **MEV:** modificación de estilos de vida
- **SCA:** síndrome coronario agudo
- **SOG:** sobrecarga oral de glucosa
- **TA:** tensión arterial
- **TAD:** tensión arterial diastólica
- **TAS:** tensión arterial sistólica
- **TER:** tiempo en rango
- **TRC:** terapia de resincronización cardíaca
- **TRC-D:** terapia de resincronización cardíaca con desfibrilador implantable

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes_2021. Diabetes Care. 2021;44(Suppl1). Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1
- 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J. 2020;41(2):255-323. Disponible en: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Diabetes-Pre-Diabetes-and-Cardiovascular-Diseases-developed-with-the-EASD>