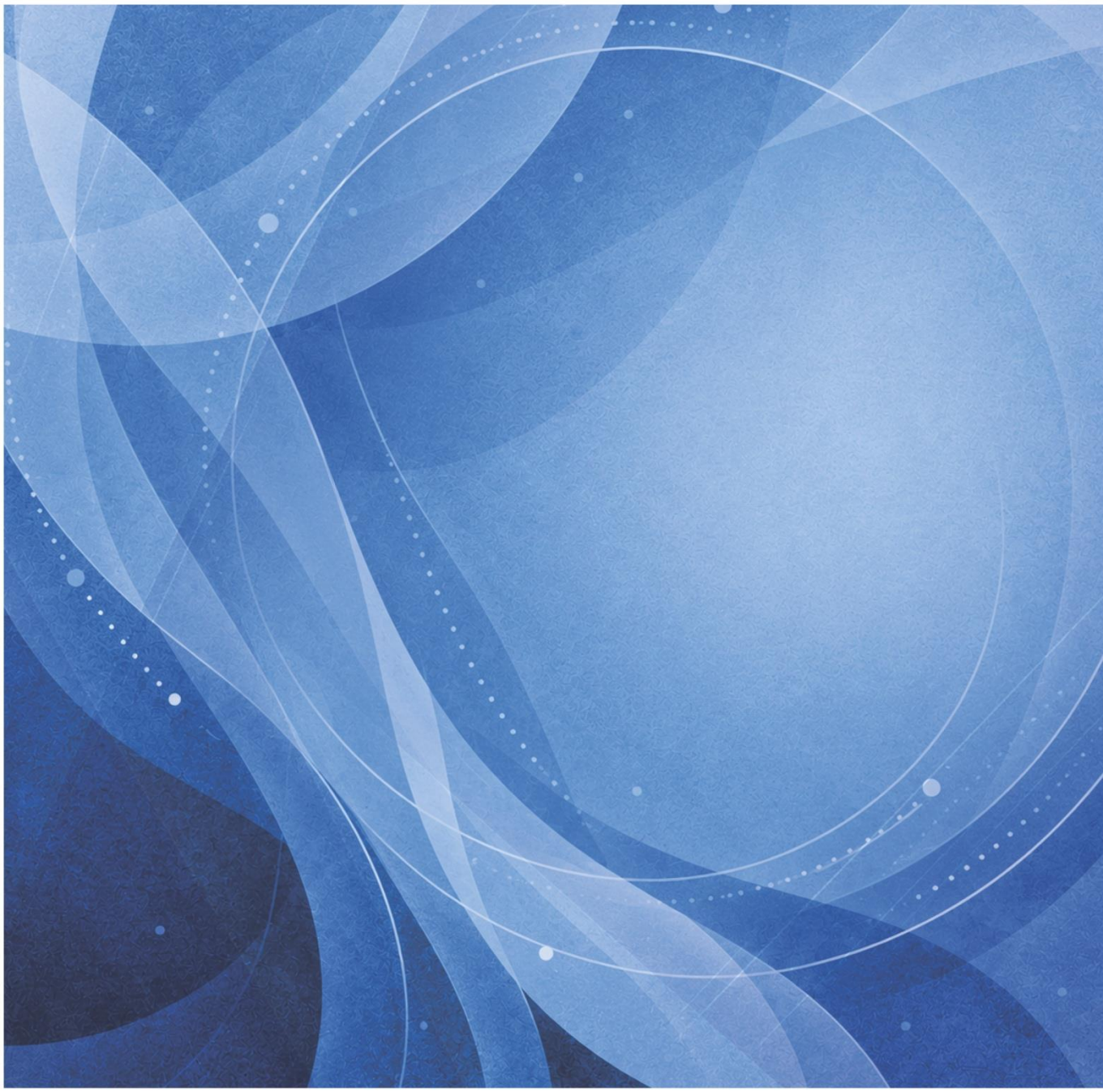
Manual de buenas prácticas de diabetes mellitus tipo 2 para el Primer Nivel de Atención

Detección, diagnóstico y valoración inicial

Tomo I



Ministerio de Salud Pública | Dirección General de la Salud | Programa Nacional de Prevención de Enfermedades No Transmisibles

Autoridades

Dra. Cristina Lustemberg

Ministra de Salud Pública

Dr. Leonel Briozzo

Subsecretario de Salud Pública

Dra. Laura Llambí

Directora General de Salud

Lic. Enf. Gerardo Bruzzone

Subdirector General de Salud

Autores

Prof. Dra. Beatriz Mendoza
Unidad Académica de Endocrinología y
Metabolismo, Facultad de Medicina, UDELAR

Dra. Karina Stalla
Especialista en Diabetología
Exdirectora Diplomatura de Diabetología
Universidad Católica del Uruguay (UCU)

Dr. Matías Sánchez Rey
Especialista en Endocrinología y Metabolismo
Técnico Médico Programa Nacional de
Prevención de Enfermedades No Transmisibles (MSP)

Revisión

Dra. Jimena Heinzen
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Mag. Epidemiología aplicada a los servicios de salud
Coordinadora Programa Nacional de
Prevención de Enfermedades No Transmisibles (MSP)

Dra. Marcela Hernández
Especialista en Medicina Interna
Especialista en Endocrinología y Metabolismo
Integrante de la Sociedad Uruguaya de
Endocrinología y Metabolismo (SUEM)

Dra. Valeria Rodríguez
Especialista en Diabetología
Integrante del Comité DM2 y Fármacos de la
Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay (SDNU)
Delegada por SDNU ante Alianza ENT

Dr. David Pereyra Curbelo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Especialista en Diabetología
Prof. Adj. Unidad Académica de Medicina Familiar y
Comunitaria, Facultad de Medicina, Udelar
Integrante de la Sociedad Uruguaya de
Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC)

Edición

Dra. Jimena Heinzen

Dr. Matías Sánchez Rey

Edición 2026.

Índice

Glosario ... 6
Lista de siglas ... 7
Cómo usar este manual ... 8
Metodología de elaboración ... 9
Introducción ... 10
Epidemiología e impacto sanitario de la DM2 ... 11
La DM2 como problema de salud pública ... 11
Situación epidemiológica en Uruguay ... 11
Rol del PNA ... 12
Conceptos generales ... 13
Definición de diabetes mellitus ... 13
Clasificación de la diabetes mellitus ... 13
Tamizaje de la DM2 ... 14
¿A quién realizar tamizaje? ... 14
Herramientas de valoración de riesgo ... 15
Prueba de tamizaje ... 15
Situaciones que requieren vigilancia específica de la glucemia ... 15
Tabla 1. Vigilancia de la glucemia en situaciones clínicas específicas ... 15
Frecuencia del tamizaje ... 16
Tabla 2. Frecuencia del tamizaje de la DM2 ... 16
Diagnóstico ... 17
Tabla 3. Criterios diagnósticos de diabetes y prediabetes ... 17
Tabla 4. Confirmación del diagnóstico de diabetes según los resultados obtenidos ... 18
Conducta ante la prediabetes ... 19
Banderas rojas: cuándo sospechar que NO es DM2 ... 20
Valoración clínica inicial ... 21
Anamnesis ... 21
Tabla 5. Antecedentes personales y familiares relevantes ... 22
Tabla 6. Pesquisa dirigida de complicaciones ... 23
Tabla 7. Valoración de hábitos y estilo de vida ... 24
Examen físico ... 25
Tabla 8. Evaluación antropométrica y presión arterial ... 25
Tabla 9. Examen físico dirigido ... 26
Valoración integral de complicaciones y comorbilidades asociadas a la DM2 ... 27
Tabla 10. Evaluaciones complementarias en la valoración inicial de la DM2 ... 27
Plan inicial y continuidad asistencial ... 29
Anexo 1: Cuestionario de riesgo (FINDRISC) ... 30
Tabla A1.1 Cuestionario FINDRISC: variables y puntaje ... 30
Tabla A1.2 Interpretación del puntaje FINDRISC (0–26) ... 31
Anexo 2: Consideraciones diagnósticas ... 32
Tabla A2.1 Situaciones que pueden alterar la interpretación de la HbA1c ... 33
Anexo 3: Evaluación de los pies al momento del diagnóstico de DM2 ... 34
Tabla A3.1 Evaluación inicial de los pies en personas con DM2 ... 34
Evaluación neuropática ... 35
Evaluación de la sensibilidad protectora ... 35
Evaluación de la sensibilidad vibratoria ... 35
Evaluación del reflejo aquíleo ... 35
Educación para el autocuidado ... 35
Tabla A3.2 Categorización del riesgo de úlcera y conducta según los hallazgos ... 36
Anexo 4: Evaluación de MASLD y de la fibrosis hepática ... 37
Identificación de MASLD ... 37
Evaluación del riesgo de fibrosis hepática ... 37
Cálculo del FIB-4 ... 38
Interpretación y conducta en el PNA ... 38
Tabla A4.1 Interpretación del FIB-4 ... 38
Uso de la ecografía abdominal ... 39
Anexo 5: Lista de verificación de la primera consulta ... 40
Tabla A5.1 Lista de verificación de la primera consulta ... 40
Referencias bibliográficas ... 41

Glosario

Acantosis nigricans: hiperpigmentación cutánea aterciopelada, habitualmente en cuello y pliegues, asociada a insulinorresistencia.

Charcot (pie de): artropatía neuropática caracterizada por un proceso inflamatorio estéril y destructivo secundario a neuropatía periférica, que compromete huesos, articulaciones y tejidos blandos del pie o del tobillo.

Distrés relacionado con la diabetes: respuesta emocional negativa vinculada a las exigencias de vivir con diabetes y de su autocuidado; es distinto de la depresión y puede afectar la adherencia y el control metabólico.

Hallux valgus: deformidad del primer dedo del pie que se desvía hacia los dedos vecinos; relevante en la inspección del pie diabético.

LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults): diabetes autoinmune de inicio en la adultez, de progresión más lenta que la DM1 clásica; puede confundirse inicialmente con DM2.

MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young): formas monogénicas de diabetes, de presentación típicamente joven y con herencia autosómica dominante.

Neuropatía autonómica: afectación del sistema nervioso autónomo secundaria a la diabetes; puede manifestarse como hipotensión ortostática o taquicardia de reposo, entre otros signos.

Neuropatía periférica diabética: complicación crónica caracterizada por síntomas o signos de disfunción de los nervios periféricos en personas con diabetes, luego de excluir otras causas. Puede manifestarse por pérdida de sensibilidad, hormigueo o ardor, o ser asintomática hasta en un 50% de los casos, por lo que requiere pesquisa activa.

NGSP/IFCC (National Glycohemoglobin Standardization Program / International Federation of Clinical Chemistry): estándares de referencia para la medición de la HbA1c.

OSN (Objetivos Sanitarios Nacionales 2030): marco estratégico del MSP que orienta las políticas de salud en Uruguay hasta 2030.

Pie diabético: conjunto de alteraciones (neuropáticas, vasculares e infecciosas) del pie en la persona con diabetes, con riesgo de ulceración y amputación.

Prediabetes: estado de hiperglucemia por encima de lo normal, sin alcanzar los criterios diagnósticos de diabetes; identifica a personas con mayor riesgo de desarrollar DM2 y enfermedad cardiovascular (criterios en la Tabla 3).

Retinopatía diabética: complicación microvascular ocular de la diabetes, cuya pesquisa puede realizarse mediante fondo de ojo con dilatación pupilar.

SOMP (PMOS, polyendocrine metabolic ovarian syndrome): síndrome ovárico metabólico poliendocrino; nueva denominación, acordada por consenso internacional, del síndrome de ovario poliquístico.

Xantelasma: depósito de lípidos en los párpados; hallazgo cutáneo asociado a dislipidemia.

Xantoma: depósito de lípidos en la piel; hallazgo asociado a dislipidemia.

Lista de siglas

ACV: accidente cerebrovascular.

ADA: American Diabetes Association (Asociación Americana de Diabetes).

AIT: accidente isquémico transitorio.

ALT: alanina aminotransferasa.

AST: aspartato aminotransferasa.

ATC: angioplastia transluminal coronaria.

CACG: cineangiocoronariografía.

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (ecuación para estimar el filtrado glomerular).

CRM: cirugía de revascularización miocárdica.

DM: diabetes mellitus.

DM1: diabetes mellitus tipo 1.

DM2: diabetes mellitus tipo 2.

DMG: diabetes mellitus gestacional.

EAP: enfermedad arterial periférica.

ECG: electrocardiograma.

ENFRENT: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles.

ENT: enfermedad no transmisible.

ERC: enfermedad renal crónica.

ERD: enfermedad renal diabética.

FIB-4: índice de fibrosis-4.

FINDRISC: Finnish Diabetes Risk Score.

G6PD: glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

HbA1c: hemoglobina glicada.

HDL: lipoproteínas de alta densidad.

HTA: hipertensión arterial.

IAM: infarto agudo de miocardio.

IC: intervalo de confianza.

IDF: International Diabetes Federation (Federación Internacional de Diabetes).

IMC: índice de masa corporal.

IWGDF: International Working Group on the Diabetic Foot.

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes.

MASLD: Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease (enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica).

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PA: presión arterial.

PAD: presión arterial diastólica.

PAS: presión arterial sistólica.

PNA: Primer Nivel de Atención.

PTOG: prueba de tolerancia oral a la glucosa.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Cómo usar este manual

Este manual es una herramienta práctica para orientar a los equipos de salud del PNA en la detección, el diagnóstico y la valoración inicial de la DM2 en personas adultas.

Es de alcance nacional y comprende a todos los prestadores públicos y privados del SNIS. Contempla dos situaciones: la detección de la DM2 en personas asintomáticas que cumplen criterios de tamizaje y la evaluación de personas con síntomas o hallazgos clínicos sugestivos de la enfermedad.

Este Tomo I desarrolla el tamizaje, la confirmación diagnóstica, la conducta ante la prediabetes, el reconocimiento de las situaciones que sugieren otro tipo de diabetes y la valoración inicial integral de la persona al momento del diagnóstico de DM2. Esta valoración también es aplicable a personas con DM2 ya conocida que no la hayan tenido o en quienes no conste en la historia clínica.

Quedan fuera del alcance de este manual la diabetes durante el embarazo, la diabetes diagnosticada antes de los 18 años, la DM1 y las crisis hiperglucémicas u otras situaciones de descompensación aguda. En el caso de la sospecha de DM1 y de las crisis hiperglucémicas, el manual orienta sobre su reconocimiento y la derivación oportuna.

El manual se complementa con la vía clínica “Abordaje diagnóstico de la diabetes tipo 2 en el Primer Nivel de Atención”, un documento independiente de una página pensado para tener a mano en la consulta. Resume el tamizaje, la confirmación diagnóstica, la valoración inicial y los criterios de derivación. La vía clínica orienta qué hacer y qué solicitar en cada paso; el fundamento y el detalle se desarrollan en este manual.

El tratamiento de la DM2 y el seguimiento de las personas con diagnóstico establecido se desarrollarán en el Tomo II.

Metodología de elaboración

Este manual fue elaborado en colaboración entre el ámbito académico y el MSP, con la participación de especialistas en endocrinología y diabetología. La nómina de autores y revisores figura al principio del documento.

Se tomaron como referencia documentos técnicos nacionales y guías internacionales vigentes, en particular los Estándares de Atención en Diabetes 2026 de la ADA y las guías 2023 del IWGDF sobre pie diabético. De ellos se seleccionaron las orientaciones de mayor utilidad y aplicabilidad para la práctica en el PNA.

Estas orientaciones se adaptaron a la realidad del SNIS, teniendo en cuenta su organización, los recursos disponibles y las características de la práctica en el primer nivel.

El documento fue sometido a revisión técnica por sociedades científicas vinculadas a las áreas abordadas. El equipo elaborador evaluó los aportes recibidos e incorporó los que consideró pertinentes para los objetivos y el alcance del manual.

Este manual reúne orientaciones de buenas prácticas para apoyar la toma de decisiones clínicas. No es una guía de práctica clínica y no sustituye el juicio profesional, que debe considerar la situación, las necesidades y las preferencias de cada persona, así como los recursos y la organización de cada prestador.

Introducción

La DM2 es una de las principales ENT y un importante desafío sanitario, por su elevada frecuencia y por su asociación con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, discapacidad y mortalidad prematura.

La creciente complejidad del manejo de la DM2 y la incorporación de nuevas estrategias terapéuticas orientadas a reducir el riesgo cardiovascular y renal hacen necesario contar con herramientas actualizadas y adaptadas al contexto nacional. El punto de partida para que estas estrategias tengan impacto es un diagnóstico oportuno y una valoración inicial completa.

En ese marco, este Tomo I busca contribuir a identificar precozmente a las personas con diabetes o en riesgo de desarrollarla, prevenir complicaciones y favorecer una atención centrada en las personas desde el primer contacto con el sistema de salud.

Epidemiología e impacto sanitario de la DM2

La DM2 como problema de salud pública

La DM2 es una enfermedad crónica, progresiva y multifactorial, vinculada al envejecimiento de la población, al sobrepeso y la obesidad, a la inactividad física y a determinantes sociales y ambientales de la salud. A su impacto sobre la morbimortalidad se suman los costos asociados a su atención.[1]

Según la IDF, en 2024 aproximadamente 589 millones de adultos de 20 a 79 años vivían con diabetes en el mundo, lo que representa una prevalencia del 11,1%, y se proyecta que la cifra alcance los 853 millones en 2050. Más del 90% de los casos corresponden a DM2, y más de 4 de cada 10 personas con diabetes desconocen que la tienen.[2]

Situación epidemiológica en Uruguay

La segunda ENFRENT, realizada en 2013, estimó una prevalencia de diabetes del 7,6% (IC 95%: 6,4-8,9) en la población de 25 a 64 años, definida por una glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL o el uso de tratamiento farmacológico para la diabetes. En esa misma encuesta, el 48,9% (IC 95%: 38,2-59,7) de las personas con diabetes no estaban diagnosticadas o no recibían tratamiento farmacológico, lo que evidencia una brecha relevante en la detección y el tratamiento. Esta proporción fue marcadamente mayor en hombres (66,3%) que en mujeres (30,7%).[3] Se trata de la última estimación nacional basada en una encuesta poblacional. En 2026, el MSP está llevando a cabo la tercera ENFRENT, con metodología STEPS de la OPS/OMS, que incluye la medición de glucemia y permitirá actualizar estos datos.[4]

Según la IDF, en 2024 aproximadamente 201.500 personas de 20 a 79 años vivían con diabetes en Uruguay, con una prevalencia estandarizada por edad del 7,8%, y se proyecta que la cifra alcance las 234.500 personas en 2050. La IDF estima además que cerca de 98.500 de ellas no estaban diagnosticadas.[2] En 2025, la diabetes fue la causa de 702 defunciones en Uruguay (2,0% del total), y casi tres de cada diez ocurrieron antes de los 70 años, con mayor mortalidad prematura en hombres.[5]

La carga de la diabetes trasciende la mortalidad e incluye complicaciones cardiovasculares, renales, oftalmológicas, neurológicas y del pie, con consecuencias sobre la calidad de vida, la funcionalidad y la utilización de servicios de salud. Buena parte de esta carga puede prevenirse o reducirse mediante un diagnóstico oportuno y una atención continua desde el PNA.

Rol del PNA

Como puerta de entrada al sistema de salud y ámbito de atención continua, el PNA ocupa un lugar central en el abordaje de la DM2. Le corresponde identificar a las personas con factores de riesgo, realizar el tamizaje, confirmar el diagnóstico y efectuar la valoración inicial, así como reconocer las situaciones que requieren atención urgente o coordinación con otros niveles asistenciales. Estas funciones se alinean con los OSN 2030 y con las líneas estratégicas del Programa Nacional de Prevención de Enfermedades No Transmisibles del MSP.[6]

La Ley 19798, de 2019, prevé para el PNA actividades de promoción de la salud, prevención de factores de riesgo, diagnóstico gratuito, atención, tratamiento y derivación a niveles de mayor complejidad de la diabetes y otras ENT.[7] Su reglamentación establece que la atención de las personas con DM2 esté a cargo de equipos interdisciplinarios integrados, como mínimo, por médico general o de familia, licenciado en nutrición y licenciado en enfermería o auxiliar de enfermería.[8]

Conceptos generales

Definición de diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica de etiología múltiple, caracterizada por hiperglucemia crónica y alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas. Se debe a defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas.[9]

Clasificación de la diabetes mellitus

La DM se clasifica en distintos tipos según sus mecanismos fisiopatológicos y sus características clínicas, que se resumen a continuación.[10]

Tipo de diabetes	Descripción
DM1	Destrucción de las células β pancreáticas, generalmente de origen autoinmune, que conduce a una deficiencia absoluta de insulina. Puede presentarse a cualquier edad, incluida la adultez.
DM2	Pérdida progresiva y no autoinmune de la secreción de insulina por las células β, frecuentemente en un contexto de resistencia a la insulina. Representa aproximadamente el 90-95% de los casos de diabetes.
DMG	Diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo, que no cumplía criterios de diabetes manifiesta antes de la gestación.
Otros tipos específicos	Formas menos frecuentes: diabetes monogénicas (como MODY), enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, diabetes inducida por fármacos, infecciones u otras causas identificables.

El tipo de diabetes puede no ser evidente al momento del diagnóstico y requerir reevaluación durante la evolución. Ante una presentación atípica para DM2, deben considerarse otros tipos de diabetes (ver “Banderas rojas: cuándo sospechar que NO es DM2”).

Tamizaje de la DM2

Puntos clave

- Realizar tamizaje a toda persona adulta de 35 años o más, y a las menores de 35 años con sobrepeso u obesidad y al menos un factor de riesgo adicional.
- Las personas con prediabetes, con antecedente de diabetes gestacional o en las situaciones de la Tabla 1 requieren control glucémico independientemente de la edad y del IMC.
- La prueba de elección es la glucemia plasmática en ayunas; la HbA1c es una alternativa si el método está certificado y no hay condiciones que alteren su interpretación.
- Si el resultado es normal, repetir cada 3 años; en la prediabetes, anualmente; con antecedente de diabetes gestacional, cada 1-3 años.
- La glucemia capilar y el FINDRISC orientan la detección, pero no establecen el diagnóstico, que siempre requiere pruebas de laboratorio.

Como la DM2 puede permanecer asintomática durante varios años, muchas personas llegan al diagnóstico con factores de riesgo cardiovascular o complicaciones crónicas ya establecidas. El tamizaje permite identificar a las personas con diabetes no diagnosticada o con prediabetes y actuar de forma oportuna.

Desde una perspectiva de eficiencia y costo-efectividad, el tamizaje se orienta a las personas con mayor riesgo de presentar DM2, definido principalmente por dos criterios: la edad y la presencia de factores de riesgo.[11] En el PNA, se sugiere realizarlo de forma oportunista, aprovechando las consultas por cualquier motivo.

¿A quién realizar tamizaje?

Toda persona adulta de 35 años o más, independientemente de su IMC y de la presencia de otros factores de riesgo.[10]

Personas adultas menores de 35 años con sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m²) u obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) y al menos uno de los siguientes factores de riesgo:[10]

- Familiar de primer grado con DM2
- Sedentarismo
- Hipertensión arterial o tratamiento antihipertensivo
- Dislipidemia (HDL < 35 mg/dL o triglicéridos > 250 mg/dL)
- Enfermedad cardiovascular establecida
- Síndrome ovárico metabólico poliendocrino (SOMP), anteriormente denominado síndrome de ovario poliquístico[12]
- Antecedente de hijo con peso al nacer > 4 kg[13]
- Otras condiciones asociadas a resistencia a la insulina, como acantosis nigricans o MASLD

Las personas adultas con prediabetes o con antecedente de diabetes gestacional requieren evaluación glucémica periódica, independientemente de la edad y del IMC.[10]

Herramientas de valoración de riesgo

El cuestionario FINDRISC es una herramienta sencilla que estima el riesgo de desarrollar DM2 en los próximos 10 años.[14,15] Puede utilizarse como complemento para identificar a las personas con mayor riesgo (ver Anexo 1). Su resultado no sustituye las pruebas de laboratorio ni permite diagnosticar prediabetes o diabetes.

Prueba de tamizaje

En el PNA, la prueba de elección para el tamizaje es la glucemia plasmática en ayunas, por su amplia disponibilidad, su bajo costo y su estandarización. La HbA1c puede utilizarse como alternativa o complemento, siempre que se determine en un laboratorio con método certificado NGSP/IFCC y no existan condiciones que alteren su interpretación (ver Anexo 2).[10] La glucemia capilar puede orientar la detección, pero no sustituye a la glucemia plasmática: todo resultado alterado debe confirmarse en el laboratorio.

Situaciones que requieren vigilancia específica de la glucemia

En algunas enfermedades y tratamientos, la glucemia debe controlarse independientemente de la edad y del IMC, con una prueba y una frecuencia adecuadas a cada situación (Tabla 1).[10]

Tabla 1. Vigilancia de la glucemia en situaciones clínicas específicas

Situación	Conducta sugerida
Infección por VIH	Glucemia plasmática en ayunas antes de iniciar o cambiar el tratamiento antirretroviral y a los 3-6 meses. Si es normal, repetir anualmente. Para el diagnóstico, preferir la glucemia plasmática, ya que la HbA1c puede subestimar la glucemia real.
Pancreatitis aguda o crónica	Tras un episodio de pancreatitis aguda, tamizaje a los 3-6 meses y luego, anual. En la pancreatitis crónica, vigilancia periódica según la evolución clínica.
Antipsicóticos de segunda generación	Glucemia antes de iniciar el tratamiento, a las 12-16 semanas y luego, anual, o antes si aparecen síntomas.
Glucocorticoides recurrentes o prolongados	Durante el tratamiento, controlar la glucemia posprandial o de la tarde; la glucemia en ayunas puede no detectar la hiperglucemia inducida por glucocorticoides.

Frecuencia del tamizaje

La frecuencia de repetición del tamizaje depende del resultado previo y de los antecedentes de la persona (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia del tamizaje de la DM2

Situación clínica	Frecuencia recomendada
Resultado de tamizaje normal	Cada 3 años
Prediabetes	Anual
Antecedente de diabetes gestacional	Cada 1-3 años

> Considerar una evaluación más temprana si aparecen síntomas sugestivos de hiperglucemia, si hay aumento de peso o cambios en los factores de riesgo, o si el resultado previo estuvo próximo al punto de corte de prediabetes.[10]

Diagnóstico

Puntos clave

- Diabetes: glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL, HbA1c ≥ 6,5%, glucemia a las 2 horas de la PTOG ≥ 200 mg/dL, o glucemia al azar ≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos.
- Excepto ante hiperglucemia inequívoca, se requieren dos resultados en rango diagnóstico, en la misma muestra o en muestras distintas.
- Un resultado aislado o discordante no establece el diagnóstico: debe confirmarse.
- Si existen condiciones que alteran la HbA1c, basar el diagnóstico en la glucemia en ayunas o en la PTOG.
- Ante signos de descompensación aguda, derivar de inmediato.

Los criterios para establecer el diagnóstico de diabetes y de prediabetes se presentan en la Tabla 3. La Tabla 4 orienta la conducta según la combinación de resultados obtenidos.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de diabetes y prediabetes

Prueba	Rango de prediabetes	Valor diagnóstico de diabetes	Condiciones de realización
Glucemia plasmática en ayunas	100-125 mg/dL	**≥ 126 mg/dL**	Ayuno de al menos 8 horas
HbA1c	5,7-6,4%	**≥ 6,5%**	Método certificado NGSP/IFCC. No requiere ayuno
PTOG con 75 g: glucemia a las 2 horas	140-199 mg/dL	**≥ 200 mg/dL**	Ayuno de al menos 8 horas. Carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua
Glucemia plasmática al azar	No aplica	**≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica**	En cualquier momento del día, independientemente de la última ingesta

Los síntomas clásicos de hiperglucemia son poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso involuntaria. La glucemia plasmática al azar no debe utilizarse como prueba de tamizaje ni establece por sí sola el diagnóstico en una persona asintomática; si resulta elevada, el diagnóstico debe confirmarse con otra prueba.

Excepto en presencia de hiperglucemia inequívoca, es decir, glucemia al azar ≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos o crisis hiperglucémica, el diagnóstico de diabetes requiere dos resultados en rango diagnóstico. Pueden provenir de dos pruebas diferentes en la misma muestra o de la misma prueba repetida en una muestra posterior.[10]

Tabla 4. Confirmación del diagnóstico de diabetes según los resultados obtenidos

Situación clínica	Conducta sugerida
Glucemia al azar ≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos de hiperglucemia	Diagnóstico confirmado; no se necesita una segunda prueba. Evaluar la presencia de cetosis, deshidratación o alteración del estado general (ver recuadro “Situaciones que requieren derivación inmediata”), iniciar el tratamiento y realizar la valoración clínica inicial.
Dos resultados en rango diagnóstico, en la misma muestra o en muestras diferentes	Diagnóstico confirmado.
Un solo resultado diagnóstico, sin síntomas	Confirmar con una segunda determinación: repetir la misma prueba en una nueva muestra o realizar otra prueba diagnóstica (la HbA1c puede medirse en la misma muestra de la glucemia).
Glucemia en ayunas < 126 mg/dL y HbA1c ≥ 6,5%	Resultado discordante. Repetir la HbA1c en una nueva muestra o realizar PTOG, considerando posibles interferencias de la HbA1c (Anexo 2). Si se confirma: diabetes. Si no se confirma y algún resultado está en rango de prediabetes: prediabetes; reevaluar en 3-6 meses. Si la discordancia persiste, considerar interconsulta con Endocrinología/Diabetología.
Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL y HbA1c < 6,5%	Resultado discordante. Repetir la glucemia en ayunas en una nueva muestra o realizar PTOG, e investigar condiciones que alteren la HbA1c (Anexo 2). Si se confirma: diabetes. Si no se confirma y algún resultado está en rango de prediabetes: prediabetes; reevaluar en 3-6 meses. Si la discordancia persiste, considerar interconsulta con Endocrinología/Diabetología.
HbA1c en presencia de condiciones que puedan alterar su interpretación	No utilizar la HbA1c con fines diagnósticos. Basar el diagnóstico en la glucemia plasmática en ayunas o en la PTOG.

En el Anexo 2 se presentan consideraciones prácticas para la realización e interpretación de la glucemia en ayunas, la PTOG y la HbA1c.

Situaciones que requieren derivación inmediata

- Sospecha de cetoacidosis diabética o estado hiperglucémico hiperosmolar: náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración de Kussmaul, deshidratación, alteración del estado de conciencia, o bien cetonuria o cetonemia positivas.
- Hiperglucemia sintomática con deterioro del estado general que impide el manejo ambulatorio.
- Dolor torácico agudo, síncope o disnea intensa.
- Pie con infección grave, necrosis, gangrena o signos de isquemia crítica.
- Pérdida súbita de visión.
- Ante una glucemia ≥ 250 mg/dL con síntomas, valorar cetonuria o cetonemia capilar si se dispone del recurso.

Conducta ante la prediabetes

Puntos clave

- Prediabetes: glucemia plasmática en ayunas 100-125 mg/dL, HbA1c 5,7-6,4% o glucemia a las 2 horas de la PTOG 140-199 mg/dL.
- No es un diagnóstico de diabetes: comunicarlo y explicar que la progresión puede prevenirse o retrasarse.
- Indicar cambios en el estilo de vida y valoración por Nutrición, abordar el riesgo cardiovascular y repetir la evaluación glucémica al menos una vez al año.

La prediabetes identifica a personas con mayor riesgo de desarrollar DM2 y enfermedad cardiovascular, y representa una oportunidad de prevención en el PNA. Al comunicar el resultado, es importante explicar que no se trata de diabetes y que la progresión puede prevenirse o retrasarse.[16]

En la práctica, se sugiere:

- Promover cambios en el estilo de vida: alimentación saludable según la *Guía alimentaria para la población uruguaya*, al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada y, en personas con sobrepeso u obesidad, un descenso de peso sostenido de alrededor del 5-7% del peso inicial.[16]
- Indicar la valoración por Nutrición.
- Evaluar y abordar los factores de riesgo cardiovascular.
- Repetir la evaluación glucémica al menos una vez al año, o antes si aparecen síntomas sugestivos de hiperglucemia (Tabla 2). Si la prediabetes surge de un resultado discordante aún no resuelto, la reevaluación se adelanta a los 3-6 meses (Tabla 4).

Banderas rojas: cuándo sospechar que NO es DM2

En las siguientes situaciones debe reconsiderarse el diagnóstico de DM2, evaluar otras causas y valorar la interconsulta con Endocrinología/Diabetología. Ante cetosis o descompensación metabólica, la derivación es inmediata (ver recuadro “Situaciones que requieren derivación inmediata”); ante sospecha de DM1 sin descompensación, la interconsulta debe ser prioritaria.

Señales de alerta: considerar otro tipo de diabetes

- Cetosis o cetoacidosis al debut, o tendencia a la cetosis sin causa que la explique (sospecha de DM1 o LADA).
- Pérdida de peso marcada con síntomas de pocas semanas de evolución (sospecha de DM1 o LADA).
- Diagnóstico antes de los 35 años, con IMC normal y sin factores de riesgo para DM2.
- Antecedente personal o familiar de enfermedad autoinmune, en presencia de otros signos sugestivos (refuerza la sospecha de diabetes autoinmune, aun después de los 35 años).
- Diabetes en dos o más generaciones consecutivas de la familia, con diagnóstico habitualmente antes de los 35 años (sospecha de MODY).
- Diabetes en el contexto de enfermedad o cirugía pancreática: pancreatitis, cáncer de páncreas, pancreatectomía (sospecha de diabetes pancreática).
- Signos de otra endocrinopatía: Cushing, acromegalia, hipertiroidismo.
- Hiperglucemia importante coincidente con el inicio de glucocorticoides en dosis altas u otros fármacos hiperglucemiantes (Tabla 1).
- Durante el seguimiento: necesidad precoz de insulina o deterioro rápido e inexplicable del control glucémico (sospecha de LADA).

Valoración clínica inicial

Puntos clave

- Completar en la valoración inicial la anamnesis, el examen físico y la paraclínica; el Anexo 5 los resume en una lista de verificación.
- Buscar complicaciones de forma sistemática aun sin síntomas: renales, oculares, de los pies y hepáticas.
- Definir la categoría de riesgo cardiovascular y calcular el FIB-4.
- Iniciar el tratamiento desde el diagnóstico y coordinar una nueva consulta con los resultados para completar la estratificación del riesgo y ajustar el plan.

Anamnesis

La anamnesis debe realizarse de forma sistemática y centrada en la persona. Sus objetivos son caracterizar la presentación de la diabetes, identificar situaciones de urgencia, reconocer los factores de riesgo cardiovascular, pesquisar complicaciones y comorbilidades, y detectar elementos que sugieran otro tipo de diabetes o que requieran coordinación con otros niveles asistenciales. Incluye además los hábitos de vida, los aspectos psicosociales, las preferencias de la persona y las barreras de acceso a la atención.[17]

A continuación se detallan sus principales componentes.

Síntomas sugestivos de hiperglucemia. Preguntar por aumento de la diuresis, especialmente nocturna (poliuria, nicturia); aumento de la sed (polidipsia); aumento del apetito (polifagia); pérdida de peso involuntaria, precisando cuánto peso y en cuánto tiempo; visión borrosa reciente o fluctuante, e infecciones urinarias, genitales o cutáneas frecuentes. Interesa especialmente el tiempo de evolución: un comienzo rápido orienta a diabetes autoinmune (ver “Banderas rojas”).

Antecedentes personales y familiares. Se agrupan en la Tabla 5 según su implicancia para la valoración.

Tabla 5. Antecedentes personales y familiares relevantes

Implicancia	Antecedentes a indagar
Riesgo cardiovascular y renal	Hipertensión arterial y dislipidemia. Enfermedad cardiovascular establecida (IAM, angor, AIT/ACV, EAP) y estudios o procedimientos realizados (CACG, ATC, CRM). Insuficiencia cardíaca. Enfermedad renal crónica. Enfermedad cardiovascular prematura en familiares de primer grado (hombres < 55 años, mujeres < 65 años).[18]
Riesgo metabólico	Sobrepeso u obesidad. Prediabetes previa, diabetes gestacional o hijo con peso al nacer > 4 kg. Síndrome ovárico metabólico poliendocrino (SOMP).[12] Hepatopatía o MASLD (calcular FIB-4; ver Anexo 4). Diabetes en familiares de primer grado.
Orientan a otro tipo de diabetes (ver "Banderas rojas")	Pancreatitis u otra enfermedad pancreática. Enfermedad autoinmune personal o familiar (tiroidea, celíaca, entre otras). Diabetes de inicio joven en dos o más generaciones consecutivas (sospecha de MODY). Medicación que puede inducir hiperglucemia (glucocorticoides, antipsicóticos, inmunosupresores, antirretrovirales).
Prevención	Esquema de vacunación (influenza, antineumocócica, hepatitis B, COVID-19), para verificarlo y actualizarlo según las recomendaciones nacionales vigentes.[19]

Pesquisa dirigida de complicaciones. La Tabla 6 orienta la búsqueda de complicaciones a partir de los síntomas que refiere la persona. Su ausencia no las descarta: la mayoría se evalúa de forma sistemática mediante estudios complementarios, haya o no síntomas (Tabla 10).

Tabla 6. Pesquisa dirigida de complicaciones

Qué preguntar	Complicación a sospechar	Conducta sugerida
Dolor torácico, disnea, palpitaciones, síncope, edema de miembros inferiores	Enfermedad cardiovascular	Ante dolor torácico agudo, síncope o disnea intensa o de reciente comienzo, derivación inmediata (ver recuadro "Situaciones que requieren derivación inmediata"). Ante síntomas no agudos, completar la evaluación cardiovascular y coordinar la atención según los hallazgos.
Dolor en pantorrillas al caminar que mejora con el reposo	Enfermedad arterial periférica	Evaluar pulsos periféricos y considerar derivación.
Orina espumosa	Posible albuminuria o enfermedad renal (hallazgo inespecífico)	Solicitar relación albúmina/creatinina urinaria y TFGe, que forman parte de la evaluación inicial de todas las personas (Tabla 10).
Disminución de la visión o aparición de manchas	Patología ocular (incluida retinopatía diabética)	Ante pérdida súbita de visión o aparición aguda de manchas, coordinar valoración oftalmológica urgente. En otros casos, realizar la evaluación oftalmológica indicada al diagnóstico.
Hormigueos, ardor o pérdida de sensibilidad en los pies	Neuropatía periférica (somática)	Realizar examen del pie (ver Anexo 3).
Mareos o inestabilidad al ponerse de pie	Neuropatía autonómica cardiovascular	Medir presión arterial ortostática (ver Tabla 8).
Síntomas digestivos (saciedad precoz, plenitud posprandial, vómitos de alimentos no digeridos, diarrea nocturna recurrente) o urinarios (dificultad para iniciar la micción, chorro débil, vaciado incompleto, retención o incontinencia)	Neuropatía autonómica gastrointestinal o genitourinaria	Descartar otras causas, incluida la infección urinaria; completar la evaluación y considerar derivación.
Úlceras o heridas de difícil cicatrización en los pies	Pie diabético	Examinar ambos pies, evaluar signos de infección o isquemia y coordinar valoración prioritaria. Ante signos de gravedad, derivar de urgencia (ver Anexo 3).
Sangrado de encías, pérdida de piezas dentarias	Enfermedad periodontal	Derivar a Odontología.

Hábitos y estilo de vida. Su valoración orienta las primeras indicaciones y la derivación a otros integrantes del equipo (Tabla 7).

Tabla 7. Valoración de hábitos y estilo de vida

Aspecto	Qué preguntar	Conducta sugerida
Alimentación*	Día alimentario, horarios, consumo de azúcares, bebidas azucaradas y ultraprocesados.	Brindar orientación alimentaria básica e indicar la valoración por Nutrición para una intervención individualizada, de acuerdo con las necesidades de la persona.
Actividad física y sedentarismo**	Tipo, frecuencia, duración e intensidad; horas diarias sentado o con baja movilidad.	Promover un aumento de la actividad física y reducir el tiempo sedentario, con pausas activas durante el día, adaptando las recomendaciones a las posibilidades de la persona.
Tabaquismo***	Consumo actual o previo e intención de cesación.	Brindar consejo breve para la cesación y ofrecer tratamiento o derivación a programas específicos cuando corresponda.
Consumo de alcohol	Tipo de bebida, frecuencia y cantidad.	Identificar consumos de riesgo, aconsejar su reducción y considerar derivación si se sospecha un trastorno por consumo de alcohol.
Sueño	Duración, calidad y síntomas sugestivos de apnea obstructiva del sueño.	Promover hábitos saludables de sueño y valorar estudios complementarios o derivación cuando exista alta sospecha de apnea obstructiva del sueño.

*_Guía alimentaria para la población uruguaya_ (MSP)
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-alimentacion-para-poblacion-uruguaya

**_Guía de actividad física para la población uruguaya_ (MSP)
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-actividad-fisica-para-poblacion-uruguaya

***_Guía nacional para el abordaje del tabaquismo_ (MSP)
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-nacional-para-el-abordaje-del-tabaquismo-uruguay-2009

Aspectos psicosociales y determinantes sociales. Indagar el nivel educativo y la alfabetización, la red de apoyo familiar o social, las condiciones de vida (vivienda, acceso a alimentos), el acceso a medicamentos y controles, la situación laboral y los horarios, así como las preferencias y los objetivos de la persona. Estos factores condicionan la comprensión de la información, el autocuidado y la adherencia, y orientan tanto la articulación con recursos sociales como la toma de decisiones compartida. La pesquisa de depresión y ansiedad se detalla en la Tabla 10.

Examen físico

El examen físico de la valoración inicial se orienta a identificar factores de riesgo cardiometabólico, complicaciones agudas y crónicas, comorbilidades asociadas y hallazgos que modifiquen el abordaje o requieran derivación. En el PNA se priorizan los componentes de mayor utilidad clínica y factibilidad, resumidos en las Tablas 8 y 9.

Tabla 8. Evaluación antropométrica y presión arterial

Qué examinar	Hallazgos a buscar	Conducta sugerida
Peso, talla e IMC	Sobrepeso: IMC 25,0-29,9 kg/m². Obesidad grado 1: IMC 30,0-34,9 kg/m². Obesidad grado 2: IMC 35,0-39,9 kg/m². Obesidad grado 3: IMC ≥ 40,0 kg/m².[20]	Contribuye a estratificar el riesgo cardiometabólico y a orientar el abordaje nutricional y del peso.
Perímetro de cintura	Aumentado: ≥ 94 cm en hombres, ≥ 80 cm en mujeres[21]	Complementa la estimación del riesgo cardiometabólico.
PA en sedestación*	PAS ≥ 130 mmHg o PAD ≥ 80 mmHg.[22]	Si no existe diagnóstico previo de HTA, confirmar mediante el promedio de ≥ 2 mediciones obtenidas en ≥ 2 ocasiones, utilizando técnica adecuada. Considerar mediciones domiciliarias o ambulatorias cuando estén disponibles. Una vez confirmada la HTA, evaluar el inicio o ajuste del tratamiento antihipertensivo.
PA ortostática	Hipotensión ortostática: caída ≥ 20 mmHg en la PAS o ≥ 10 mmHg en la PAD dentro de los 3 minutos de pasar de decúbito a bipedestación.[23]	Revisar causas frecuentes, como fármacos y depleción de volumen. Si persiste, considerar neuropatía autonómica en el contexto clínico y evaluar la conducta correspondiente.

Nota: *Técnica de medición: curso OPS de medición de PA
https://campus.paho.org/es/curso/MedicionAutomaticaPrecisaPresionArterial

Tabla 9. Examen físico dirigido

Qué examinar	Hallazgos a buscar	Conducta sugerida
Piel y mucosas: inspección general, pliegues (cuello, axilas)	Palidez cutaneomucosa (anemia). Acantosis nigricans (insulinorresistencia). Xantomas, xantelasmas (dislipidemia). Lesiones cutáneas o infecciones.	Estudiar y tratar según el hallazgo predominante.
Bucofaringe: inspección de encías, dientes, mucosa, lengua	Caries, enfermedad periodontal, gingivitis, candidiasis oral.	Promover la higiene bucal y derivar a Odontología cuando corresponda.
Cuello: palpación tiroidea	Bocio, nódulos, asimetría tiroidea.	Considerar estudios complementarios o derivación según los hallazgos clínicos; valorar función tiroidea, en especial ante sospecha de enfermedad autoinmune.
Cardiovascular: auscultación cardíaca	Ritmo irregular, soplos, taquicardia persistente de reposo (> 100 lpm; hallazgo inespecífico, compatible con neuropatía autonómica).	Completar la evaluación cardiovascular de acuerdo con los hallazgos y la valoración clínica.
Abdomen: inspección y palpación	Hepatomegalia u otros hallazgos clínicos de enfermedad hepática.	Considerar estudios complementarios según los hallazgos y el contexto clínico (ver evaluación hepática en Tabla 10).[24]
Pies: inspección, evaluación de la sensibilidad protectora y palpación de pulsos distales (pedio y tibial posterior). Inspeccionar el calzado habitual.	Lesiones activas, alteraciones de la piel y las uñas, deformidades, pérdida de la sensibilidad protectora y signos de enfermedad arterial periférica (asimetría, disminución o ausencia de pulsos distales).	Realizar la evaluación inicial de ambos pies, brindar educación para el autocuidado y definir la necesidad de abordaje o derivación según los hallazgos (ver Anexo 3).[25]

Valoración integral de complicaciones y comorbilidades asociadas a la DM2

La valoración inicial incluye la pesquisa sistemática de complicaciones crónicas, comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular, lo que permite definir el riesgo cardiovascular y establecer un plan individualizado de seguimiento y tratamiento.[17] El recuadro siguiente resume las evaluaciones a solicitar; la Tabla 10 detalla cada evaluación.

Resumen de las evaluaciones complementarias en la valoración inicial

- **Laboratorio:** HbA1c (si no se utilizó para el diagnóstico), perfil lipídico, creatinina plasmática con TFGe, relación albúmina/creatinina en orina, enzimograma hepático y hemograma (necesario para el FIB-4 y para interpretar la HbA1c).
- **Definir riesgo cardiovascular**.
- **Índice calculado:** FIB-4.
- **Otras evaluaciones:** fondo de ojo, evaluación de los pies, evaluación odontológica y ECG cuando exista indicación clínica.

Tabla 10. Evaluaciones complementarias en la valoración inicial de la DM2

Evaluación	Qué realizar	Objetivo y conducta sugerida
Cardiovascular	Solicitar perfil lipídico. Considerar ECG cuando exista indicación clínica.	Definir riesgo cardiovascular: Riesgo alto: toda persona con DM2. Riesgo muy alto: enfermedad cardiovascular establecida (ver Tabla 5), TFGe < 45 mL/min/1,73 m² o relación albúmina/creatinina > 300 mg/g. La categoría de riesgo orienta el tratamiento hipolipemiante, que se desarrolla en el Tomo II; su inicio no debe postergarse hasta su publicación.*
Renal	Relación albúmina/creatinina en muestra aislada de orina y creatinina plasmática con cálculo de la TFGe (ecuación CKD-EPI 2021).	Se considera ERC en la persona con DM2 ante una relación albúmina/creatinina ≥ 30 mg/g o una TFGe < 60 mL/min/1,73 m² que persisten más de 3 meses. La albuminuria debe confirmarse en al menos 2 de 3 muestras obtenidas en un período de 3 a 6 meses. Estadificar según KDIGO y repetir la evaluación al menos una vez al año.[26] Su atribución a ERD requiere descartar otras causas de enfermedad renal. Para ampliar la evaluación, el seguimiento y los criterios de derivación, consultar el manual nacional de ERC del MSP.**

Tabla 10. Evaluaciones complementarias en la valoración inicial de la DM2

Evaluación	Qué realizar	Objetivo y conducta sugerida
Oftalmológica	Fondo de ojo con dilatación pupilar.	Derivar a Oftalmología para la pesquisa de retinopatía diabética y otras enfermedades oculares. La frecuencia de los controles se individualiza según los hallazgos.
Neurológica	Evaluación clínica de neuropatía periférica y autonómica (ver Anexo 3 y Tablas 6 y 8).	Detectar neuropatía diabética y orientar el seguimiento.
Hepática	Enzimograma hepático y hemograma. Calcular el FIB-4 en todas las personas adultas con DM2, aun con transaminasas normales (ver Anexo 4). Considerar ecografía abdominal ante sobrepeso u obesidad, alteraciones del hepatograma, hepatomegalia u otros hallazgos clínicos sugestivos de enfermedad hepática. Valorar el consumo de alcohol y otras causas de hepatopatía (ver Anexo 4).	Identificar alteraciones hepáticas asociadas a la DM2 y estratificar el riesgo de fibrosis. Derivar según el resultado del FIB-4 y el contexto clínico.[17]
Bucal	Evaluación odontológica.	Detectar y tratar enfermedad periodontal y otras patologías bucales.
Salud mental	Pesquisa de depresión, ansiedad y distrés relacionado con la diabetes, con los instrumentos recomendados en las guías del MSP para el PNA.	Identificar depresión***, ansiedad**** o distrés relacionado con la diabetes y derivar cuando sea necesario.
Salud sexual y reproductiva	Interrogatorio dirigido sobre la función sexual. En mujeres en edad fértil, indagar anticoncepción y planificación del embarazo.	Detectar alteraciones de la función sexual. Brindar consejería preconcepcional y adecuar la anticoncepción, dado que la hiperglucemia y algunos fármacos conllevan riesgos durante el embarazo.[17]
Funcional y cognitiva	En personas mayores, valorar fragilidad, función cognitiva, capacidad de autocuidado y apoyo familiar.	Individualizar objetivos y tratamiento, y considerar apoyo o derivación cuando corresponda.

**Guía nacional de recomendaciones para el abordaje de las dislipemias del adulto (MSP).*
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-nacional-recomendaciones-para-abordaje-dislipemias-del-adulto

*** Manual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica en el adulto para el primer nivel de atención (MSP).*
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-recomendaciones-para-prevencion-diagnostico-tratamiento

****Guía de práctica clínica para el abordaje de la depresión en el primer nivel de atención en el SNIS* (MSP).
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-para-abordaje-depresion-primer-nivel-atencion-snis

*****Guía de práctica clínica para el abordaje de la ansiedad en el primer nivel de atención en el SNIS* (MSP).
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-para-abordaje-ansiedad-primer-nivel-atencion-snis

Plan inicial y continuidad asistencial

Comunicación del diagnóstico

Comunicar el diagnóstico con un lenguaje claro, comprensible y sin mensajes culpabilizadores, explicando que la DM2 es una enfermedad crónica que puede controlarse y que el abordaje oportuno contribuye a reducir el riesgo de complicaciones. Es importante indagar qué sabe la persona sobre la enfermedad, cuáles son sus preocupaciones y expectativas, y adaptar la información a sus necesidades y nivel de comprensión. Se recomienda verificar que haya comprendido el diagnóstico y los pasos a seguir, invitándola a expresar sus dudas y a explicar con sus propias palabras las indicaciones recibidas. Los primeros objetivos y las decisiones sobre su atención deben acordarse de forma compartida, procurando entregar información por escrito cuando sea posible.

Continuidad asistencial. Registrar el diagnóstico y los hallazgos de la valoración en la historia clínica. El tratamiento se inicia desde el diagnóstico, de acuerdo con las recomendaciones vigentes;[27] su abordaje detallado se desarrollará en el Tomo II. Coordinar una nueva consulta en un plazo breve, una vez disponibles los resultados de la paraclínica, para completar la estratificación del riesgo y ajustar el plan terapéutico. La lista de verificación del Anexo 5 resume los componentes de la primera consulta.

Anexo 1: Cuestionario de riesgo (FINDRISC)

El cuestionario FINDRISC puede utilizarse como herramienta complementaria para estimar el riesgo de desarrollar DM2 e identificar a las personas que podrían beneficiarse de una evaluación glucémica.[14,15] Fue desarrollado en población finlandesa y su validación en población latinoamericana es limitada, por lo que el puntaje debe interpretarse como orientativo.

Para su aplicación, marcar una respuesta en cada ítem y sumar los puntajes. La interpretación del puntaje total se presenta en la Tabla A1.2.

Tabla A1.1 Cuestionario FINDRISC: variables y puntaje

Ítem		Puntaje
Edad	☐ menos de 45 años	0
	☐ 45 a 54 años	2
	☐ 55 a 64 años	3
	☐ más de 64 años	4
IMC	☐ menos de 25 kg/m²	0
	☐ 25 a 30 kg/m²	1
	☐ más de 30 kg/m²	3
Perímetro de cintura	☐ H < 94 cm / M < 80 cm	0
	☐ H 94-102 cm / M 80-88 cm	3
	☐ H > 102 cm / M > 88 cm	4
Actividad física	☐ ¿Actividad física ≥ 30 min/día? — Sí	0
	☐ ¿Actividad física ≥ 30 min/día? — No	2
Consumo de frutas/verduras	☐ Todos los días	0
	☐ No todos los días	1
Medicación para HTA	☐ No	0
	☐ Sí	2
¿Alguna vez le encontraron la glucemia elevada (en un control, una enfermedad o un embarazo)?	☐ No	0
	☐ Sí	5
Antecedentes familiares de diabetes	☐ No	0
	☐ Sí (abuelos, tíos, primos hermanos)	3
	☐ Sí (padres, hermanos, hijos)	5
Puntaje total		_____

Tabla A1.2 Interpretación del puntaje FINDRISC (0-26)

Puntaje	Riesgo	Probabilidad aproximada de DM2 a 10 años	Conducta sugerida
< 7	Bajo	1%	Reforzar los hábitos saludables. Aplicar los criterios de tamizaje del manual.
7-11	Ligeramente elevado	4%	Promover cambios en el estilo de vida. Aplicar los criterios de tamizaje del manual.
12-14	Moderado	17%	Promover cambios en el estilo de vida. Considerar una evaluación glucémica aunque no se cumplan los criterios de tamizaje.
15-20	Alto	33%	Solicitar evaluación glucémica. Intervención en el estilo de vida y seguimiento estrecho.
21-26	Muy alto	50%	Solicitar evaluación glucémica. Intervención en el estilo de vida y seguimiento estrecho.

La conducta sugerida según el puntaje no reemplaza los criterios de tamizaje de este manual: toda persona de 35 años o más debe realizarse una prueba de laboratorio, cualquiera sea el resultado del FINDRISC.

Anexo 2: Consideraciones diagnósticas

Los criterios para confirmar el diagnóstico se presentan en las Tablas 3 y 4. Ante resultados discordantes, se repite la prueba que supera el punto de corte (considerando los factores que pueden alterar la glucemia o la HbA1c) o se realiza una PTOG. Si la repetición no confirma el resultado, no debe establecerse el diagnóstico con el primero: corresponde revisar factores preanalíticos y analíticos, valorar los síntomas y el fenotipo clínico, y reevaluar en 3-6 meses (Tabla 4).[10]

a) Glucemia plasmática en ayunas

Prueba económica y ampliamente disponible. Muestra de sangre venosa. Requiere ayuno de al menos 8 horas y puede verse afectada por enfermedad aguda, estrés, cirugía reciente o actividad física reciente; en esas situaciones, conviene diferir la prueba.[10] La muestra debe procesarse sin demora, ya que la glucólisis en el tubo reduce la glucemia y puede dar valores falsamente bajos.

b) PTOG

Durante los tres días previos debe mantenerse la alimentación habitual, con al menos 150 g diarios de carbohidratos, y evitar cambios importantes en la actividad física. Se realiza con ayuno de al menos 8 horas y una carga de 75 g de glucosa anhidra disuelta en 250-300 mL de agua, ingerida en 5 minutos. Durante la prueba, la persona debe permanecer en reposo y sin fumar. Debe posponerse ante una enfermedad aguda. Los medicamentos que puedan alterar la glucemia se valoran individualmente.[10]

c) HbA1c

La HbA1c refleja la glucosa unida a la hemoglobina durante la vida útil del eritrocito (~ 120 días) y constituye una estimación indirecta de la exposición promedio a la glucosa de los últimos 2-3 meses, con mayor influencia de las semanas más recientes. Por este motivo, pueden observarse cambios clínicamente significativos en la HbA1c en menos de 3 meses.

Debe medirse en un laboratorio con método certificado NGSP/IFCC. Su interpretación puede verse afectada por condiciones que alteran el recambio eritrocitario, la concentración o estructura de la hemoglobina o la relación entre HbA1c y glucemia (ver Tabla A2.1).[10,28]

En estas situaciones, cuando la HbA1c pueda no reflejar adecuadamente la glucemia, el diagnóstico de diabetes debe realizarse utilizando criterios basados en glucemia plasmática en ayunas o en PTOG.

d) Glucemia capilar (glucómetro): puede orientar la detección, pero no se utiliza para el diagnóstico; todo resultado alterado debe confirmarse en el laboratorio.

Tabla A2.1 Situaciones que pueden alterar la interpretación de la HbA1c	
Situación	**Consideración clínica**
Deficiencia significativa de hierro	Puede asociarse a valores de HbA1c falsamente elevados. El efecto y su magnitud pueden variar según el contexto clínico.
Hemólisis o hemorragia reciente	El aumento del recambio eritrocitario puede producir valores de HbA1c inferiores a los esperados para el nivel de glucemia.
Transfusión reciente	Puede modificar la HbA1c y dificultar su interpretación; utilizar criterios basados en glucemia plasmática para el diagnóstico.
Tratamiento con eritropoyetina	El aumento de eritrocitos jóvenes suele producir valores de HbA1c inferiores a los esperados para el nivel de glucemia.
Enfermedad renal crónica avanzada o hemodiálisis	Puede alterar la relación entre HbA1c y glucemia por múltiples mecanismos, incluyendo anemia, modificaciones del recambio eritrocitario y tratamiento con eritropoyetina. La interpretación debe individualizarse.
Hemoglobinopatías o variantes de hemoglobina	Pueden alterar el recambio eritrocitario o interferir con determinados métodos analíticos. El efecto depende de la variante y del método utilizado.
Embarazo	La HbA1c presenta limitaciones diagnósticas durante el embarazo. Para el diagnóstico de diabetes gestacional deben utilizarse los criterios específicos establecidos para el embarazo.
Deficiencia de G6PD	Puede alterar el recambio eritrocitario y producir discordancia entre HbA1c y glucemia.
Infección por VIH y algunos tratamientos antirretrovirales	Pueden alterar la relación entre HbA1c y glucemia. Ante discordancia clínica o analítica, utilizar criterios basados en glucemia plasmática.

Ante una discordancia persistente o significativa entre los valores de glucemia y HbA1c, debe considerarse la posibilidad de una condición que altere la medición o interpretación de la HbA1c.

Ante sospecha de una variante de hemoglobina, conviene consultar con el laboratorio qué método utiliza para la determinación de HbA1c y si dicho método presenta interferencias conocidas con esa variante.

Anexo 3: Evaluación de los pies al momento del diagnóstico de DM2

En toda persona con diagnóstico reciente de DM2 corresponde realizar, como parte de la valoración inicial, el examen de ambos pies para detectar lesiones activas, pérdida de la sensibilidad protectora, signos de enfermedad arterial periférica y otros factores asociados con riesgo de ulceración.[25,29]

La evaluación debe realizarse con la persona descalza, retirando calzado, medias y vendajes, y con ambos pies completamente visibles. Los hallazgos permiten orientar la educación para el autocuidado y definir la necesidad de tratamiento, estudios complementarios o derivación (ver Tabla A3.2).

Tabla A3.1 Evaluación inicial de los pies en personas con DM2

Qué evaluar	Hallazgos a buscar	Conducta sugerida
Piel y faneras	Úlceras, ampollas, grietas, callosidades, hiperqueratosis, micosis, alteraciones ungueales, edema, eritema y cambios de coloración o temperatura.	Definir la conducta según el hallazgo. Ante una lesión activa, ver Tabla A3.2.
Estructura del pie	Hallux valgus, dedos en garra o martillo, prominencias óseas y otras deformidades asociadas con zonas de presión.	Considerar valoración por Podología o por el equipo de pie diabético y adecuación del calzado.
Calzado y medias	Tamaño o ajuste inadecuados, costuras prominentes, cuerpos extraños, desgaste irregular o zonas de presión.	Brindar recomendaciones sobre el uso de calzado y medias.
Evaluación neuropática	Pérdida de la sensibilidad protectora (monofilamento de 10 g o test de Ipswich), disminución de la sensibilidad vibratoria (diapasón de 128 Hz) o del reflejo aquíleo. La técnica se describe a continuación.	Ante pérdida de la sensibilidad, reforzar las medidas preventivas y categorizar el riesgo (Tabla A3.2).
Evaluación vascular	Disminución o ausencia de pulsos pedio o tibial posterior, frialdad, palidez, cianosis, alteraciones tróficas o dolor isquémico.	Completar la evaluación vascular o derivar según los hallazgos clínicos.

Evaluación neuropática

Evaluación de la sensibilidad protectora

Evaluar preferentemente con monofilamento de 10 g, aplicado perpendicularmente hasta que se curve, durante aproximadamente dos segundos, en el pulpejo del primer dedo y las cabezas del primer y quinto metatarsiano de ambos pies. Evitar su aplicación sobre callosidades, úlceras o cicatrices. En cada sitio, repetir la aplicación dos veces e intercalar una aplicación simulada, sin tocar el pie. La sensibilidad protectora se considera ausente en un sitio cuando la persona responde incorrectamente en dos de las tres aplicaciones.[29]

Cuando no se disponga de monofilamento, realizar el test de Ipswich: con la persona con los ojos cerrados, tocar con el índice del observador suavemente durante uno a dos segundos el pulpejo del primer, tercer y quinto dedo de ambos pies. La falta de percepción en dos o más de los seis sitios evaluados sugiere pérdida de la sensibilidad protectora.[29]

Evaluación de la sensibilidad vibratoria

Cuando se disponga de diapasón de 128 Hz, puede utilizarse como complemento de la evaluación neurológica. Aplicarlo primero en la muñeca o el codo para que la persona reconozca la sensación. Luego, con la persona con los ojos cerrados, apoyarlo sobre la cara dorsal de la falange distal del primer dedo de cada pie, preguntar si percibe la vibración. Repetir la aplicación dos veces e intercalar una aplicación simulada, sin que el diapasón vibre. La sensibilidad vibratoria se considera alterada cuando la persona responde incorrectamente en dos de las tres aplicaciones.[25] En ese caso, repetir la prueba en un sitio más proximal (maléolo interno).

La alteración de la sensibilidad vibratoria sugiere compromiso de la sensibilidad profunda y debe interpretarse junto con el resto del examen neurológico.

Si no se dispone de diapasón, la evaluación neurológica se basa en la sensibilidad protectora (monofilamento o test de Ipswich) y en el reflejo aquíleo; la ausencia del diapasón no impide categorizar el riesgo de úlcera.

Evaluación del reflejo aquíleo

Su disminución o ausencia puede ser un hallazgo de neuropatía periférica y debe interpretarse junto con el resto de la evaluación neurológica.

Educación para el autocuidado

Indicar:

- Examinar diariamente ambos pies, incluida la planta y los espacios interdigitales.
- Lavar con agua tibia y secar cuidadosamente, especialmente entre los dedos.
- Hidratar la piel seca, evitando aplicar crema en los espacios interdigitales.
- Cortar las uñas en línea recta y no utilizar callicidas ni instrumentos cortantes.
- No caminar descalzo, tampoco dentro de la casa, ni aplicar fuentes directas de calor (por ejemplo, bolsa de agua caliente).

- Revisar el interior del calzado antes de colocarlo.
- Utilizar medias limpias, preferentemente de color claro, de algodón, hilo o lana sin costuras prominentes ni elásticos que compriman, adecuadas al calzado.
- Utilizar calzado amplio, cerrado y adecuado a la forma del pie.
- Consultar ante cualquier herida, ampolla, dolor o cambio de coloración, temperatura o volumen.

Tabla A3.2 Categorización del riesgo de úlcera y conducta según los hallazgos

Categoría	Riesgo	Características	Control del pie	Conducta sugerida
0	**Muy bajo**	Sin pérdida de sensibilidad protectora y sin EAP.	Anual	Educación para el autocuidado.
1	**Bajo**	Pérdida de sensibilidad protectora o EAP.	Cada 6-12 meses	Educación para el autocuidado.
2	**Moderado**	Pérdida de sensibilidad protectora y EAP, o pérdida de sensibilidad protectora y deformidad, o EAP y deformidad.	Cada 3-6 meses	Reforzar las medidas preventivas; considerar valoración por Podología o por el equipo de pie diabético.
3	**Alto**	Pérdida de sensibilidad protectora o EAP y uno o más de: antecedente de úlcera, amputación (menor o mayor), enfermedad renal terminal.	Cada 1-3 meses	Seguimiento coordinado con el equipo de pie diabético.
—	**Lesión activa**	Úlcera o lesión sin signos de gravedad.	—	Coordinar valoración prioritaria por el equipo de pie diabético o el nivel de atención correspondiente.
—	**Urgencia**	Infección extensa o profunda, necrosis, gangrena, cianosis, dolor isquémico en reposo o sospecha de neuroartropatía de Charcot.	—	Derivación urgente.

Fuente: adaptado de Schaper NC, et al. IWGDF 2023.[25]

Anexo 4: Evaluación de MASLD y de la fibrosis hepática

Las personas con DM2 presentan un riesgo aumentado de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y de fibrosis hepática. La MASLD es frecuente en esta población y suele cursar sin síntomas y con transaminasas normales. La DM2 favorece la progresión de la fibrosis hepática, cuya presencia y gravedad constituyen los principales determinantes del pronóstico hepático y se asocian con un mayor riesgo de cirrosis, hepatocarcinoma y mortalidad. Su detección temprana permite intervenir sobre los factores de riesgo cardiometabólico y el consumo de alcohol, así como orientar la derivación oportuna.[30,31]

Identificación de MASLD

La MASLD se define por la presencia de esteatosis hepática asociada a al menos un factor de riesgo cardiometabólico. En personas con DM2, la identificación de esteatosis hepática mediante estudios de imagen (habitualmente ecografía abdominal) permite establecer el diagnóstico de MASLD, tras evaluar el consumo de alcohol y otras posibles causas de esteatosis. La DM2 constituye por sí sola un criterio cardiometabólico suficiente para esta definición.

La ecografía abdominal puede identificar esteatosis hepática, aunque su sensibilidad es limitada para detectar grados leves. Por tanto, una ecografía normal no descarta MASLD.[31]

Evaluación del riesgo de fibrosis hepática

En el PNA, el objetivo es realizar una estratificación inicial del riesgo de fibrosis hepática e identificar a las personas que requieren una evaluación adicional.

El FIB-4 es un índice no invasivo que utiliza la edad, la AST, la ALT y el recuento de plaquetas. Corresponde calcularlo en las personas adultas con DM2, aun con transaminasas normales y sin necesidad de demostrar previamente esteatosis mediante estudios de imagen.

El FIB-4 no diagnostica MASLD ni confirma la presencia de fibrosis. Su utilidad es identificar a las personas con bajo riesgo de fibrosis avanzada y a aquellas que requieren completar la evaluación mediante pruebas adicionales, según el resultado y el contexto clínico.[30]

Cálculo del FIB-4

FIB-4 = [edad (años) × AST (U/L)] / [plaquetas (×10⁹/L) × √ALT (U/L)]

Las plaquetas deben expresarse en ×10⁹/L, equivalente a ×10³/µL o “miles/µL” en la mayoría de los informes de laboratorio.

Para facilitar el cálculo puede utilizarse una calculadora en línea, como la de MDCalc, que no sustituye la interpretación clínica del resultado:

https://www.mdcalc.com/calc/2200/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis

Ejemplo: persona de 55 años, AST 25 U/L, ALT 35 U/L y plaquetas 250 ×10⁹/L:

FIB-4 ≈ 0,93

Resultado compatible con bajo riesgo de fibrosis avanzada.

Interpretación y conducta en el PNA

Tabla A4.1 Interpretación del FIB-4

Resultado	Interpretación	Conducta sugerida
FIB-4 < 1,3 (35-64 años) o < 2,0 (≥ 65 años)[30,31]	Bajo riesgo de fibrosis avanzada	Continuar el seguimiento en el PNA. Abordar los factores de riesgo cardiometabólico y repetir el FIB-4 anualmente.
FIB-4 ≥ 1,3 (35-64 años) o ≥ 2,0 (≥ 65 años)	Requiere evaluación adicional	Derivar a Gastroenterología/Hepatología para completar la estratificación del riesgo de fibrosis mediante elastografía u otros métodos no invasivos según disponibilidad.
Personas menores de 35 años	El FIB-4 tiene menor rendimiento	Interpretar un resultado bajo con precaución. Si hay alteraciones hepáticas persistentes u otros elementos de sospecha, considerar evaluación adicional.

Un valor de FIB-4 superior a 2,67 se asocia con una mayor probabilidad de fibrosis hepática avanzada, por lo que se recomienda priorizar la valoración por Gastroenterología/Hepatología. Este punto de corte no sustituye los criterios de derivación establecidos en la Tabla A4.1 ni confirma por sí solo la presencia de fibrosis avanzada.

Ante un hepatograma alterado o un FIB-4 elevado, valorar el consumo de alcohol y considerar otras causas de enfermedad hepática (serologías para hepatitis B y C, fármacos).

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de progresión de la fibrosis.

Uso de la ecografía abdominal

La ecografía abdominal puede aportar información sobre la presencia de esteatosis hepática y otras alteraciones estructurales. Puede considerarse al momento del diagnóstico de DM2 ante sobrepeso u obesidad, alteraciones del hepatograma, hepatomegalia u otros hallazgos clínicos sugestivos de enfermedad hepática.

Sin embargo, una ecografía normal no descarta esteatosis leve ni fibrosis hepática, y su resultado no sustituye la evaluación del riesgo de fibrosis mediante FIB-4.

Anexo 5: Lista de verificación de la primera consulta

Esta lista resume los componentes de la valoración inicial de la persona con diagnóstico reciente de DM2, o con DM2 ya conocida sin una valoración previa.

Tabla A5.1 Lista de verificación de la primera consulta

Componente	Verificar
Diagnóstico	☐ Diagnóstico confirmado (Tablas 3 y 4) ☐ Situaciones de derivación inmediata descartadas ☐ Banderas rojas consideradas (otro tipo de diabetes)
Anamnesis	☐ Síntomas de hiperglucemia y tiempo de evolución ☐ Antecedentes personales y familiares (Tabla 5) ☐ Medicación actual ☐ Síntomas de complicaciones (Tabla 6) ☐ Alimentación, actividad física, tabaco, alcohol y sueño (Tabla 7) ☐ Aspectos psicosociales ☐ Pesquisa de depresión, ansiedad y distrés relacionado con la diabetes ☐ Salud sexual y, en mujeres en edad fértil, anticoncepción y planificación del embarazo ☐ En personas mayores: fragilidad, función cognitiva y capacidad de autocuidado
Examen físico	☐ Peso, talla, IMC y perímetro de cintura ☐ Toma de PA ☐ Piel, bucofaringe, tiroides, cardiovascular y abdomen (Tabla 9) ☐ Examen de ambos pies y categoría de riesgo (Anexo 3)
Paraclínica	☐ HbA1c, si no se utilizó para el diagnóstico ☐ Perfil lipídico ☐ Creatinina plasmática con TFGe ☐ Relación albúmina/creatinina en orina ☐ Enzimograma hepático y hemograma ☐ ECG, si existe indicación clínica ☐ Ecografía abdominal, si corresponde (Anexo 4)
Índices	☐ FIB-4 (Anexo 4) ☐ Definir riesgo cardiovascular (Tabla 10)
Coordinaciones	☐ Oftalmología: fondo de ojo ☐ Odontología ☐ Nutrición ☐ Otras, según los hallazgos
Prevención	☐ Esquema de vacunación verificado y actualizado
Cierre	☐ Diagnóstico comunicado ☐ Tratamiento iniciado ☐ Diagnóstico y hallazgos registrados en la historia clínica ☐ Próxima consulta coordinada

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. *Global report on diabetes*. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/204871

2. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 11.ª ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025. Disponible en: https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/

3. Ministerio de Salud Pública. *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2013. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf

4. Ministerio de Salud Pública. *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT)*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2026. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/encuesta-enfrent

5. Ministerio de Salud Pública, Departamento de Estadísticas Vitales. *Defunciones según causa, sexo y edad. Uruguay, año 2025*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2026. Disponible en: https://uins.msp.gub.uy/#def

6. Ministerio de Salud Pública. *Objetivos Sanitarios Nacionales 2030*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2023. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_OBJETIVOS_SANITARIOS_NACIONALES_2030.pdf

7. Uruguay. Ley N.º 19.798, de 13 de setiembre de 2019. Fijación de medidas para mejorar las actividades de control y tratamiento de la diabetes y otras enfermedades no trasmisibles. Diario Oficial, 25 de setiembre de 2019. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19798-2019

8. Uruguay. Decreto N.º 222/2024, de 5 de agosto de 2024. Fijación de medidas destinadas a la mejora de las actividades de control y tratamiento de las enfermedades no transmisibles. Diario Oficial, 13 de agosto de 2024. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/decretos/222-2024

9. World Health Organization. *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Geneva: World Health Organization; 1999. Report No.: WHO/NCD/NCS/99.2. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/66040

10. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S27-S49. doi:10.2337/dc26-S002.

11. Jin Z, Rothwell J, Lim KK. Screening for type 2 diabetes mellitus: a systematic review of recent economic evaluations. *Value Health*. 2025;28(6):959-974. doi:10.1016/j.jval.2025.01.001.

12. Teede HJ, Bahri Khomami M, Morman R, Laven JSE, Joham AE, Costello MF, et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet*. 2026;407(10545):2329-2339. doi:10.1016/S0140-6736(26)00717-8.

13. Asociación Latinoamericana de Diabetes. *Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. Edición 2019*. Revista de la ALAD. 2019. Disponible en: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

14. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003;26(3):725-731. doi:10.2337/diacare.26.3.725.

15. Saaristo T, Peltonen M, Lindström J, Saarikoski L, Sundvall J, Eriksson JG, et al. Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome. *Diab Vasc Dis Res*. 2005;2(2):67-72. doi:10.3132/dvdr.2005.011.

16. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 3. Prevention or delay of diabetes and associated comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S50-S60. doi:10.2337/dc26-S003.

17. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 4. Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S61-S88. doi:10.2337/dc26-S004.

18. Organización Mundial de la Salud. *Prevención de las enfermedades cardiovasculares: directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

19. Ministerio de Salud Pública. *Esquema nacional de vacunación*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2025. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/esquema-nacional-vacunacion

20. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Geneva: World Health Organization; 2000. WHO Technical Report Series No. 894. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/42330

21. International Diabetes Federation. *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Brussels: International Diabetes Federation; 2006. Disponible en: https://idf.org/news-and-resources/resources/idf-consensus-worldwide-definition-of-the-metabolic-syndrome/

22. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S216-S245. doi:10.2337/dc26-S010.

23. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res*. 2011;21(2):69-72. doi:10.1007/s10286-011-0119-5.

24. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Siddiqui MS, Abdelmalek MF, Caldwell S, Barb D, et al. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. 2023;77(5):1797-1835. doi:10.1097/HEP.0000000000000323.

25. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3657. doi:10.1002/dmrr.3657.

26. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.

27. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S183-S215. doi:10.2337/dc26-S009.

28. National Glycohemoglobin Standardization Program. *Factors that interfere with HbA1c test results*. Disponible en: https://ngsp.org/factors.asp

29. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). *Pautas para la prevención y el abordaje del pie diabético*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2021. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/pautas-para-la-prevencion-y-el-abordaje-del-pie-diabetico

30. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Working Group; Kim J, Bajaj HS, Ramji A, Bemeur C, Sebastiani G. Diabetes and metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease in adults: a clinical practice guideline. *Can J Diabetes*. 2025;49(4):222-236. doi:10.1016/j.jcjd.2025.04.003.

31. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024;81(3):492-542. doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031.