



Diabetes y COVID-19: riesgos, manejo y aprendizajes de otros desastres nacionales

Diabetes Care 2020; 43: 1695 - 1703 <https://doi.org/10.2337/dc20-1192>

Clare Goyder², Jade Kinton³
 James Perring³, David Nunan¹
 Kamal Mahtani,¹ John B. Buse,^{4,4}
 Stefano Del Prato,^{5,5} Linong Ji^{6,6}
 Ronan Roussel,^{7,8,9} y Kamlesh Khunti¹⁰

La evidencia relacionada con el impacto de COVID-19 en personas con diabetes (PWD) es limitada pero continúa emergiendo. Las PCD parecen aumentar el riesgo de infección por COVID-19 mayor, aunque la evidencia que cuantifica el riesgo es altamente incierta. La medida en que los factores clínicos y demográficos moderan esta relación **no está clara, aunque están surgiendo señales que vinculan un IMC más alto y una HbA más alta a peores** resultados en PWD con COVID-19. Además de los riesgos inmediatos directos para la PCD, COVID-19 también corre el riesgo de contribuir a los peores resultados de la diabetes debido a las interrupciones causadas por la pandemia, incluido el estrés y los cambios en la atención de rutina, la dieta y la actividad física. Los países han utilizado diversas estrategias para apoyar las PCD durante esta pandemia. Existe un alto potencial para que COVID-19 exacerbe las disparidades de salud existentes, y las directrices de investigación y práctica deben tener esto en cuenta. La evidencia sobre el manejo de las condiciones a largo plazo durante emergencias nacionales sugiere varias formas de mitigar los riesgos presentados por estos eventos.

Las personas con diabetes (PCD) han sido identificadas como de mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19.

COVID-19 también presenta riesgos indirectos sustanciales para las personas con discapacidad a través de interrupciones en la atención médica y factores de estilo de vida. Comprender estos riesgos y las mejores formas de mitigarlos a corto y largo plazo es clave para facilitar la toma de decisiones informadas durante y después de la pandemia de COVID-19.

Las pruebas relacionadas con COVID-19 y diabetes son limitadas pero continúan surgiendo. En esta **perspectiva, resumimos evidencia identificada a través de revisiones rápidas. Consideramos los riesgos directos e** indirectos planteados a las PCD por COVID-19 y las consideraciones de manejo para las PCD con y sin infección por COVID-19. Al reconocer las limitaciones en la evidencia relacionada con COVID-19, también reunimos a líderes en el cuidado de la diabetes de países con altas tasas de COVID-19, destacando las experiencias de los países más afectados, incluidos Italia, Francia, China, el Reino Unido y los EE. UU.

DIABETES Y RIESGOS DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

COVID-19: Contraer la enfermedad

No está claro si las PCD tienen más probabilidades de contraer COVID-19. Las PCD se consideran en general con un mayor riesgo de infección, que se ha extendido a COVID-19 (1). Las pruebas comunitarias para COVID-19 siguen siendo limitadas; por lo tanto, los datos provienen principalmente de cohortes hospitalizadas. Las revisiones sistemáticas que **consisten principalmente en datos de China tienen tasas estimadas del 8% (IC 95% 6 - 11%) (2), 7.87% (IC 95% 6.57 - 9.28%)** (3), y

9.7% (IC 95% 6.9 - 12.5%) (4) de diabetes en personas hospitalizadas con COVID-19. El porcentaje de hospitalización parece mayor en los EE. UU., Donde del 12 de febrero al 28 de marzo de 2020, la PCD representó el 10.9% de todos los pacientes **con COVID-19 (similar a la proporción de la población de EE. UU. Con diabetes), el 24% de los casos hospitalizados (no - unidad** de Cuidados Intensivos

¹ Centro de Medicina Basada en la Evidencia, Nuffield Departamento de Ciencias de la Salud de Atención Primaria, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.

² Nuffield Departamento de Ciencias de la Salud de Atención Primaria, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.

³ División de Ciencias Médicas, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.

⁴ Facultad de medicina de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, NC

⁵ Departamento de Medicina Clínica y Experimental, Sección de Enfermedades Metabólicas y Diabetes, Universidad de Pisa, Pisa, Italia.

⁶ Centro de Diabetes de la Universidad de Pekín, Gente de la Universidad

de Pekín's Hospital, China

⁷ Federación de Diabetología, Hospital Bichat, Asistencia

Pública - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Opitaux de Paris, París, Francia

⁸ INSERM, UMR_S 1138, Centre de Recherche des Cordeliers, París, Francia

⁹ UFR de Médecine, Université de Paris, París, Francia

¹⁰ Diabetes Research Center, Universidad de Leicester, Leicester, Reino Unido. Autor para correspondencia: Jamie Hartmann-Boyce, jamie.hartmann-boyce@phc.ox.ac.uk

Recibido 19 Mayo 2020 and aceptado 19 Mayo 2020 Este artículo es parte de una colección especial de artículos disponible en <https://care.diabetesjournals.org/collection/diabetes-and-COVID19>. © 2020 por la American Diabetes Association. Los lectores pueden usar este artículo siempre que el trabajo se cite correctamente, el uso sea educativo y no para profesionales. El título y el trabajo no se altera. Más información está disponible en <https://www.diabetesjournals.org/content/>

<https://www.diabetesjournals.org/content/> / license. Jamie Hartmann-Boyce, Elizabeth Morris,

[UCI]) y el 32% de los ingresos a la UCI (5). Un estudio reciente (previo a la impresión) en el Reino Unido encontró que la diabetes no complicada es la segunda comorbilidad más común (19%) en pacientes hospitalizados con COVID-19; diabetes complicada se informa en una fi solo, pero la prevalencia parece ser aproximadamente

6,5% (6).

Infección por COVID-19: gravedad de la enfermedad

Aunque los problemas con la calidad del estudio y la imprecisión lo hacen extremadamente difícil fi Es difícil de cuantificar, los datos actuales sugieren que COVID-19 se asocia con peores resultados en la PCD. Los informes que agregan datos de varios centros se resumen en la Tabla 1. Existe una escasez considerable de datos sobre lo que modera la relación entre la diabetes y la gravedad de COVID-19. Aumento de la edad, ser hombre, hipertensión y comorbilidades cardiovasculares.

están asociados con un mayor riesgo de gravedad del COVID-19 (7) y es probable que estén estrechamente relacionados con el estado de la diabetes. Es posible que el IMC (8), el origen étnico (9), el tipo de diabetes, el control de la diabetes y ciertos medicamentos (10) también puedan desempeñar un papel. Estudios de dos cohortes (Francia y el

Reino Unido, preimpresión del estudio del Reino Unido) en personas con discapacidad hospitalizadas con COVID-19, un IMC más alto se asoció positivamente con peores resultados de COVID-19 en comparación con las personas con IMC 25 - 29,9 kg / m² (11,12). Los datos sobre el tipo de diabetes y los resultados de COVID-19 apenas comienzan a emerger, pero los datos preliminares (aún no revisados por pares) de Inglaterra (ver Tabla 1) sugieren que los riesgos pueden ser mayores en personas con diabetes tipo 1 en comparación con el tipo 2 (aunque el riesgo era aumentó en todos los PWD independientemente del tipo) (12). Los datos sobre el control de la glucosa y los resultados de COVID-19 se analizan a continuación.

Asociación entre el control de la glucosa en sangre y los resultados de COVID-19

Hasta la fecha, hay datos limitados sobre la asociación entre el control de glucosa en sangre y los resultados de COVID-19. Un estudio retrospectivo de 451 personas con COVID-19 con diabetes y / o hiperglucemia de los EE. UU. Informó que las personas con hiperglucemia no controlada tenían una estadía más prolongada y una mayor mortalidad en comparación con las personas sin diabetes o hiperglucemia no controlada (13). Otro estudio retrospectivo de personas con diabetes tipo 2 de China informó que la glucemia bien controlada se correlacionó con mejores resultados en pacientes infectados (14). Peor infección puede predisponer a más dif fi no es claro el manejo de la glucosa en sangre, por lo que el mecanismo causal detrás de las correlaciones entre el control de glucosa y los peores resultados de COVID-19 no está claro.

tabla 1 - Datos agregados (a través de estudios o centros) sobre la gravedad de COVID-19 en PWD *

Diseño del estudio	País	Número de estudios	Número de participantes	Medida de resultado	Estimación de riesgo
Revisión sistemática y metanálisis (2)	Múltiple	8	3,076	Riesgo de diabetes en pacientes graves. en comparación con pacientes no severos	O 2,07, IC 95% 0,89 - 4,82
Revisión sistemática y metaanálisis (63) **	Múltiple	9	2,103	Riesgo de diabetes en pacientes graves. en comparación con pacientes no severos	O 2,67, IC 95% 1,91 - 3,7
Revisión sistemática y metanálisis (4)	Múltiple	6 6	1,527	Riesgo de diabetes en pacientes graves / UCI en comparación con pacientes no severos (no UCI)	RR 2,21, IC 95% 0,88 - 5,57
Metanálisis (64)	China	12	2,018	Índice de tasa de diabetes entre pacientes con más grave versus aquellos con infección menos grave	Ratio de tasa 2,26, IC 95% 1,47 - 3,49
Centros chinos para el control y prevención de enfermedades (65)	China	n / A	72,314	Tasa de letalidad	7,3% en PWD (68) comparado con 2,3% en general)
Informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. (5)	NOS	n / A	74,439	No hospitalizado Hospitalizado, no en UCI Admitido a la UCI	PWD 5 5 6% de todos los casos de COVID-19 PWD 5 5 24% de todos los casos de COVID-19 PWD 5 5 32% de todos los casos de COVID-19
Estudio de cohorte multicéntrico (66)	China	n / A	191	Riesgo de muerte hospitalaria en personas con discapacidad en comparación con aquellos sin (sin ajustar)	O 2,85, 95% CI 1,35 - 6,05
Revisión retrospectiva (67)	China	n / A	1,590	Probabilidad de llegar al final compuesto punto (ingreso a la UCI, ventilación intensiva o muerte) en PCD en comparación con aquellos sin (edad y estado de fumar - equilibrado)	HR 1,59, IC 95% 1,03 - 2,45
Cohorte retrospectiva estudio (15) **	Reino Unido	n / A	17.425.445 (5.683 muertes atribuidas a COVID-19)	Riesgo de muerte hospitalaria en personas con discapacidad en comparación con aquellos sin (edad, sexo y comorbilidades ajustadas)	HbA _{1c} 7,5% (58 mmol / mol); HR 1,50, IC 95% 1,40 - 1,60. HbA _{1c} < 7,5% (58 mmol / mol); 2,36 (2,18 - 2,56)
Estudio de cohorte poblacional (12) **	Reino Unido	n / A	61,414,470 (23,804 COVID19 - muertes relacionadas)	Riesgo de muerte hospitalaria en personas con discapacidad en comparación con los que no lo tienen (ajustado por edad, sexo, privación, etnia, región geográfica)	Diabetes tipo 1 O 3,50 (95% CI 3,15 - 3,89); diabetes tipo 2 O 2,03 (IC 95% 1,97 - 2,09)

HR, razón de riesgo; O, odds ratio; RR, cociente de riesgos. *Delaware fi La noción de enfermedad grave a menudo no estaba clara; informamos aquí lo que se informó en la literatura primaria. Muchas de las

Dos estudios recientes en el Reino Unido (ambos preimpresos) informaron que la diabetes se asoció de forma independiente con un mayor riesgo de muerte que aumentó con una mayor HbA_{1c} (12,15). En comparación con las personas sin diabetes, un estudio informó que PWD con HbA_{1c}

El 7,5% (58 mmol / mol) tuvo una mayor probabilidad de muerte en el hospital que aquellos con HbA_{1c} 7.5% (, 7.5% HR 1.50 [IC 95% 1.40 - 1.60], \$ 7.5% HR 2.36 [2.18 - 2.56]) (15). En un análisis separado, PWD con HbA_{1c} El 10% (86 mmol / mol) tenían un mayor riesgo de muerte en el hospital relacionado con COVID-19 que aquellos con una HbA_{1c} de 6.5 - 7% (48 - 53 mmol / mol) (HbA_{1c} 10% en comparación con HbA_{1c} 6.5 - HR ajustada al 7% 2.19 [IC 95% 1.46 - 3.29] para diabetes tipo 1, 1.62 [IC 95% 1.48 - 1.79] para el tipo 2; en pacientes con diabetes tipo 2, asigni fi No se detectó ninguna diferencia al comparar HbA_{1c} valores .7.5% [59 mmol / mol] a la categoría de referencia) (12). Estos datos sugieren que la preinfección para el control de la diabetes tiene un papel que desempeñar en los resultados de COVID-19. Por el contrario, un estudio observacional francés en personas con discapacidad hospitalizadas con COVID-19 no fi encontró una asociación entre el control de glucosa a largo plazo y los resultados de COVID-19, pero tenía una muestra más pequeña (11).

Riesgos indirectos a PWD planteados por COVID-19

COVID-19 ha interrumpido los servicios de atención médica y, en algunos casos, el acceso a medicamentos y suministros. La evidencia de otras emergencias nacionales muestra que tales interrupciones pueden conducir a peores resultados de diabetes durante y después de estos eventos (16). - 18) La dieta y la actividad física son ejemplos de autocontrol de la diabetes y pueden reducir el riesgo de peores resultados en la PCD y en aquellos con múltiples enfermedades cardiovasculares (19). Aunque aún no se ha abordado en la literatura de COVID-19, la pandemia presenta signos fi no puede interrumpir a ambos: aU.S. La encuesta de PWD encontró que más de un tercio de los encuestados informaron que su dieta ahora es menos saludable y la mitad informa que hace menos ejercicio (20). Es probable que la actual pandemia y el aislamiento social aumenten las tasas de ansiedad y depresión, lo que también puede conducir a la adherencia topográfica a los medicamentos y al empeoramiento del control de los factores de riesgo (21,22).

MANEJANDO LA DIABETES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 Reduciendo el riesgo de COVID-19 Hay poca evidencia sobre cómo la PWD puede reducir su riesgo durante el COVID-19

pandemia más allá de seguir las pautas generales de control de infecciones dentro de cada país. Se ha sugerido un monitoreo más frecuente de la glucosa en sangre (en personas que se monitorean a sí mismos), aunque no está claro qué evidencia se usó para hacer estas recomendaciones (1).

Consideraciones para el manejo de la diabetes en todas las PCD

La figura 1 resume las especificaciones fi c consideraciones para el manejo de la diabetes durante emergencias nacionales.

Autogestión

Hay poca información sobre la efectividad de la autogestión / autoeducación durante la pandemia. Se ha implementado una variedad de servicios en línea, pero aún no se han evaluado (ver EXPERIENCIAS DE PAÍSES CON ALTAS TASAS DE COVID-19).

La literatura más amplia sobre el cuidado de las condiciones a largo plazo durante emergencias nacionales sugiere un papel para los materiales educativos (23). La evidencia de intervenciones que apuntan a optimizar el autocontrol en personas con discapacidad que son potencialmente factibles en contextos de desastres incluye aplicaciones de teléfonos móviles (24), intervenciones basadas en la web o en la computadora (25), mensajes de texto (26,27) y autocontrol de glucosa en sangre (28,29). Los dos últimos muestran la mayor promesa basada en la literatura disponible. Sin embargo, las intervenciones probadas pueden no estar ampliamente disponibles o pueden requerir la creación de recursos de atención médica. Además, la elección del formato debe adaptarse a las preferencias del paciente, que variarán según la edad y el grupo sociodemográfico (30).

Servicios de diabetes

Las pautas para el cuidado rutinario de la diabetes durante la pandemia de COVID-19 varían según el país. Los temas se resumen en la Tabla 2. Los estudios de consultas remotas generalmente han encontrado resultados positivos, aunque su generalización a la pandemia actual puede ser limitada (31). Dentro de la diabetes, hay poca evidencia para apoyar u oponerse al soporte remoto (32,33).

MentalHealthandDiabetes -istress

Existen preocupaciones generales sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y el bienestar (34,35). Las PCD son más propensas a problemas de salud mental que la población en general (36). La adherencia al tratamiento puede empeorar cuando las personas están angustiadas o tienen depresión (21), como se observa tanto durante como después de los desastres (37,38). No encontramos evidencia directamente relacionada con la gestión

de ansiedad o angustia relacionada con la diabetes durante esta pandemia. En la literatura general, existe evidencia mixta sobre las intervenciones para reducir la angustia relacionada con la diabetes, y la gran mayoría de las intervenciones evaluadas incluyen el contacto cara a cara. re un formato inadecuado en el contexto actual (39).

Gestión de COVID-19 en PWD

El manejo de PWD con COVID-19 generalmente sigue las reglas estándar de días de enfermedad. Consideraciones que pueden ser especi fi c a COVID-19 se resumen a continuación.

Medicamento

La mayoría de COVID-19 - las declaraciones de consenso relacionadas recomiendan suspender la metformina y el sodio - inhibidores del cotransportador 2 de glucosa (SGLT2i) durante una enfermedad aguda y siguiendo las reglas de los días de enfermedad. Inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4i), agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (GLP1RA), e insulina, especialmente en pacientes hospitalizados (ver Fig. 2) (40,41). Se ha debatido sobre el uso de inhibidores de la ECA y bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) que se asocian con resultados peores en COVID-19, particularmente en PWD. Sin embargo, en vista de los datos que muestran beneficios potenciales

fi ts, la recomendación actual es continuar con estas terapias (40).

En la actualidad, varios estudios están probando cloroquina / hidroxiclороquina para la prevención o el manejo de COVID-19. Se requerirá un cuidadoso monitoreo de la glucosa en las personas con discapacidad debido a estos medicamentos. ' propiedades antidiabéticas, con el riesgo potencial de hipoglucemia que se asocia con un mayor riesgo de arritmia cardíaca, eventos cardiovasculares y mortalidad (42).

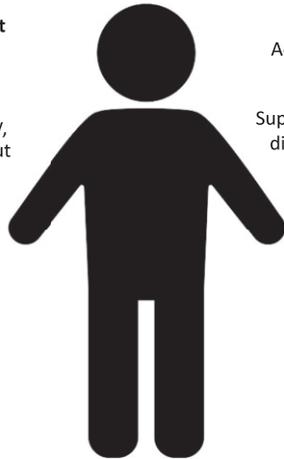
Gestión en el hospital

La orientación enfatiza la importancia de referirse a equipos locales especializados en diabetes y de controlar la hiperglucemia (43). Una revisión narrativa sugiere que la insulina es el agente preferido para el control de la hiperglucemia en este contexto (1). En los EE. UU., Uno de los principales enfoques tempranos para la gestión hospitalaria fue la atención hospitalaria para pacientes con discapacidad " virtual " formatos donde sea posible, para reducir la necesidad de equipo de protección personal. Esto incluyó el uso de registros de salud electrónicos para interrogar datos, comunicación telefónica entre proveedores de atención de diabetes y pacientes hospitalizados y el personal del hospital, ampliado " protocolos de autocontrol de la diabetes " Permitir a los pacientes seleccionados controlar su propia glucosa y autoadministrarse.

Contact with HCPs

Telecare for all consultations that can be done remotely Priorities include new T1D diagnosis, vulnerable patients, high-risk situations. Depending on capacity, may defer other appointments but recognize that this may in effect be cancellation

Face-to-face for urgent podiatry and ophthalmology; high-risk pregnancy; teaching blood glucose monitoring for urgent reasons; newly diagnosed T1D; initiation of insulin therapy in critical cases; blood tests whose results may change treatment



Community & self-management

Acknowledgment of disruption in routine eye surveillance

Support for stress, diabetes-related distress, and mental health issues

Community-based mechanisms to ensure access to appropriate foods

Auto / remoto monitoring of blood glucose

Encouraging regular physical activity taking into account isolation constraints

Throughout: patient education; clear point of contact for all patients; reiteration of sick-day rules; repeat prescriptions for 28-day supplies (or longer); proactive review of patients

Figura 1 - Consideraciones para el manejo de la diabetes durante emergencias nacionales. T1D, diabetes tipo 1.

insulina con supervisión y asesoramiento del equipo de atención virtual y, en algunas instituciones, iniciando el monitoreo continuo de glucosa en pacientes hospitalizados y / o **fi sistemas de cenizas. Para reducir la necesidad de camas ICU,** varias instituciones lanzaron protocolos de insulina subcutánea **para el tratamiento de la cetoacidosis diabética en fi pisos con personal de enfermería adecuado fi ng. Los equipos virtuales de** atención de la diabetes se centraron en apoyar las transiciones a niveles más bajos de atención o entornos ambulatorios.

EXPERIENCIAS DE PAÍSES CON ALTAS TASAS DE COVID-19

Resumimos aquí las experiencias de **fi cinco países que han tenido signi fi no pueden brotes** de COVID-19.

China

Durante el brote en China, muchas personas con discapacidad no pudieron acceder a los proveedores de atención médica (HCP) o suministros médicos debido a las órdenes de permanencia en el hogar o la cuarentena. Los hospitales redujeron drásticamente el número de citas. Para mitigar el impacto de esos cambios en el manejo de la diabetes, varias organizaciones emitieron orientación para las personas con discapacidad sobre cómo hacer frente a la situación (44,45). La guía desarrollada por la Sociedad Endocrina Geriátrica de China se centró principalmente en la prevención y el descubrimiento temprano de crisis hiperglucémicas y el manejo de medicamentos y proporcionó **instrucciones detalladas sobre cómo obtener acceso a certi fi ed** servicios médicos basados en internet a través de teléfonos inteligentes (45). Si PWD necesitaba urgentemente ver un

HCP en el hospital, se brindó orientación detallada sobre cómo prepararse para las consultas antes de salir de casa y minimizar la exposición al virus en el camino y durante la visita al hospital. Se promovió la orientación en forma de material de lectura y conferencias impartidas por profesionales médicos a través de medios públicos basados en Internet como Baidu Health (un equivalente de Google en China) y la aplicación móvil WeChat. Se desarrolló una recomendación experta sobre el tratamiento con insulina de los pacientes hospitalizados con hiperglucemia afectados con COVID-19 (46).

Francia

El 12 de marzo, el presidente Macron ordenó que la mayoría de las personas se quedaran en casa, especialmente **" en riesgo " grupos, incluyendo PWD. Muchas personas con** discapacidad fueron golpeadas por el anuncio y no **esperaban ser identificadas públicamente fi ed como tal, sin** respuestas a preguntas básicas. El 18 de marzo, un grupo de profesionales sanitarios e investigadores de la Federación de Diabetología lanzó una aplicación web, CoviDIAB, para **proporcionar PWD con diabetesspeci fi c, scienti fi información** basada en lo local y para brindar apoyo. Este servicio gratuito incluye acceso a una biblioteca de medios actualizada con frecuencia y a seminarios web en vivo con enfermeras, médicos y expertos. Dos veces por semana, los solicitantes de registro también reciben cuestionarios breves sobre los síntomas de COVID-19 y pruebas de ansiedad / depresión. Si se indica, los solicitantes de registro reciben automáticamente un aviso que sugiere contacto médico, y pueden seguir llamadas telefónicas. En el momento de

escribiendo, decenas de miles de pacientes fueron registrados. La empatía fue un principio impulsor en el diseño, y los comentarios sugieren que el servicio ayuda a las personas a comprender y autogestionar su riesgo individual y a limitar las interrupciones en el estilo de vida y la atención. Una evaluación indicará en qué medida reduce la carga de la enfermedad. Las recomendaciones han sido formuladas por la Sociedad de Diabetes de habla francesa (Soci

et ' e Francophone du Diab' ete) para promover **el intensi fi cación de control glucémico por soporte** remoto por profesionales y autocontrol frecuente. Sin embargo, la evidencia extremadamente limitada estaba disponible para guiar tanto a los pacientes como a los PS. En respuesta, un grupo de médicos e investigadores de 50 hospitales franceses diseñaron y lanzaron un gran registro para recopilar datos sobre personas con discapacidad hospitalizadas con COVID-19 y su pronóstico (COVID-19 y Diabetes Outcomes [CORONADO], NCT04324736, ClinicalTrials.gov). El reclutamiento ha excedido las expectativas; Los primeros resultados ya están disponibles (11).

Italia

los fi Los primeros casos de COVID-19 en Italia se registraron a principios de febrero. Trágicamente, Italia ha sufrido el mayor número de muertes en el mundo (47). Al momento de escribir este artículo, la tasa de mortalidad en Italia se estimó en 122.52 por 1,000 infecciones, es decir, una tasa 10 veces mayor que en Alemania (14.14 por 1,000 infecciones) (48). Esto podría deberse a las características demográficas de la población italiana, que incluyen una gran proporción (23%) de personas de \$ 65 años (49). A partir del 9 de **marzo, estafa social fi Se emitieron reglas nement** incluyendo acceso restringido a clínicas ambulatorias. El acceso a las clínicas de diabetes se ha limitado a casos urgentes, y los contactos remotos por teléfono o **video teleconsulta han sido de fi Aprobado y** reembolsado oficialmente por el Sistema Nacional de Salud. Las recetas de agentes reductores de la glucosa que requieren la aprobación de un especialista (DPP-4i, SGLT2i, GLP-1RA y nuevos análogos de insulina basal) se renovaron automáticamente hasta finales de mayo. La Sociedad Italiana de Diabetes (SID), la Asociación de Diabetólogos Italianos (AMD), la Sociedad Italiana de Endocrinología (SIE) y la Sociedad Italiana de Endocrinología Pediátrica (SIEDP) (50) han emitido recomendaciones conjuntas especiales. Las mismas organizaciones han abierto **una página de Facebook titulada " Una hora con**

Tabla 2 - Selección de orientación y recomendaciones relacionadas con la atención de rutina en personas con discapacidad durante la pandemia de COVID-19

Servicio	Recomendaciones
Servicios de diabetes para pacientes hospitalizados	c Los servicios de diabetes para pacientes hospitalizados deberán continuar y potencialmente aumentar la capacidad, con la necesidad de un enfoque de mapa de té con respecto al control glucémico y el estado nutricional, y la consideración de * visitas virtuales * para revisiones (ver GESTIÓN EN HOSPITAL) (68)
Atención de diabetes urgente / aguda (ambulatorio)	c Las consultas cara a cara deberían continuar en las siguientes circunstancias: un nuevo diagnóstico de DT1; inicio de insulina urgente donde sintomático, HbA _{1c} 10% (86 mmol / mol), o cetonas detectadas; enseñanza de monitoreo de glucosa en sangre por razones urgentes; o en casos donde el examen físico es esencial (p. ej., úlcera del pie, infección, algunos puntos en el embarazo) (69). c Las consultas virtuales (por teléfono, video o correo electrónico) deben usarse en las siguientes circunstancias: seguimiento de nuevos diagnósticos de T1D; pacientes vulnerables (ingreso hospitalario reciente, hipoglucemia grave recurrente, HbA _{1c} 11% [99 mmol / mol]); seguimiento intensivo en situaciones de alto riesgo; o donde el riesgo de asistir a una cita cara a cara es mayor que el beneficio fi ts (69). *
Cuidado rutinario de la diabetes diabetes. care.diabetesjournals.org	c Considere la atención de rutina para la diabetes que se brinda virtualmente en el contexto de una gestión y priorización más amplia de la condición a largo plazo, teniendo en cuenta los factores de riesgo individuales y las necesidades clínicas (68). c Se debe diferir lo siguiente: citas de rutina donde la diabetes es estable y está bien administrada; cursos estructurados de educación grupal presencial; fi sesiones de inicio de monitoreo de glucosa en cenizas; donde el riesgo de asistir a una cita es mayor que el beneficio fi ts; y donde diferir las citas no comprometerá la atención clínica (69).
Servicios de pie para PWD	c Puede necesitar continuar a plena capacidad con la consideración de apoyo de movimiento a formas remotas donde sea posible (68); Muchos de estos servicios son esenciales (70). c El acceso al apoyo en persona debe continuar para aquellos con problemas agudos o que amenazan las extremidades (70) o donde el examen físico es esencial (69). c Idealmente, todas las referencias nuevas deben revisarse dentro de las 24 h (70).
Servicios de embarazo para personas con discapacidad	c Es posible que deba continuar a plena capacidad con la consideración de apoyo de movimiento a formas remotas siempre que sea posible (68). c El apoyo en persona será esencial para los exámenes físicos y / o la enseñanza del control de la glucosa en sangre en algunos momentos del embarazo (69).
Exámenes de sangre para PCD	c Deben continuarse los monitoreos urgentes de sangre (p. Ej., Disminución de la función renal, aumento de potasio, bajo contenido de sodio) (69).
Examen ocular para personas con discapacidad	c Esto no se mencionó en la guía revisada, pero entendemos que en la mayoría de los países afectados la detección ocular se ha detenido debido al alto riesgo de transferencia. Cabe destacar que la evidencia indica que la estratificación del riesgo es posible (71).

* PWD puede estar preocupado por la necesidad de visitar el hospital; deben ser alentados a contactar a su médico en caso de cualquier signo o síntoma relacionado con complicaciones agudas de

AMD, SID y SIEDP * Permitir que las personas con discapacidad y sus familiares contacten a especialistas (51). Se ha creado una página web del gobierno que proporciona recomendaciones simples y pragmáticas centradas en las interrupciones de la actividad física y la dieta como resultado de estafas sociales. fi nement (52). En el momento de la redacción de este documento, las discusiones estaban en curso sobre el reinicio de las actividades clínicas y cómo organizar las clínicas de diabetes post-COVID.

Reino Unido

Más del 90% de las personas con discapacidad en el Reino Unido. son administrados en atención primaria, por médicos, enfermeras y asistentes de atención médica capacitados en diabetes. Estos modelos han demostrado ser efectivos para reducir las hospitalizaciones, la asistencia ambulatoria y los ingresos por complicaciones relacionadas con la diabetes (53). En marzo, el gobierno emitió una guía sobre el distanciamiento social y el autoaislamiento (54). En Inglaterra, las personas consideradas especialmente clínicamente vulnerables (incluidas algunas pero

no todos los PWD) fueron contactados por el gobierno con consejos sobre blindaje. Se aconsejó a todas las personas con alto riesgo, incluida la PWD, que solo salieran de la casa por períodos limitados para realizar compras esenciales y una forma de ejercicio (55). La Sociedad de Diabetes de Atención Primaria y la Asociación de Diabetólogos Clínicos Británicos han emitido una guía sobre el manejo de las personas con discapacidad en la atención primaria (56). La organización benéfica nacional Diabetes UK ha sido activa en dar consejos a las personas con discapacidad a través de su sitio web y redes sociales. Tanto la atención primaria como la secundaria brindan seguimiento de emergencia y de rutina mediante consultas telefónicas o por video, incluido el apoyo para el bienestar mental, aunque existen algunas variaciones regionales. Se han establecido canales de redes sociales donde los profesionales de la salud comparten experiencias en el manejo de personas en la comunidad y el hospital e intercambian nuevas orientaciones. Se han puesto a disposición gratuitamente varios programas de educación autogestionados. También hay discusiones sobre planes a largo plazo para

fase en consultas personales para el manejo rutinario de enfermedades crónicas.

NOS

La falta de cobertura de salud universal plantea desafíos adicionales para las personas con discapacidad y sus proveedores de atención durante la pandemia de COVID-19 en los EE. UU. Ha habido un cambio casi total a la atención virtual para citas ambulatorias, pero hay muchas fallas en este enfoque. Las visitas telefónicas ofrecen una tasa de reembolso mucho más baja que las visitas por video, pero muchos de los pacientes más vulnerables tienen equipos o conectividad inadecuados para apoyar las visitas de video. Contactos con certi fi Los educadores de diabetes no son reembolsados por teléfono o video. Se han realizado esfuerzos adicionales para comunicarse con las personas con discapacidad en el hogar para garantizar su seguridad. La monitorización de las complicaciones en el laboratorio y el examen físico prácticamente ha cesado para la mayoría de los pacientes, siempre y cuando sigan sintomáticamente bien.

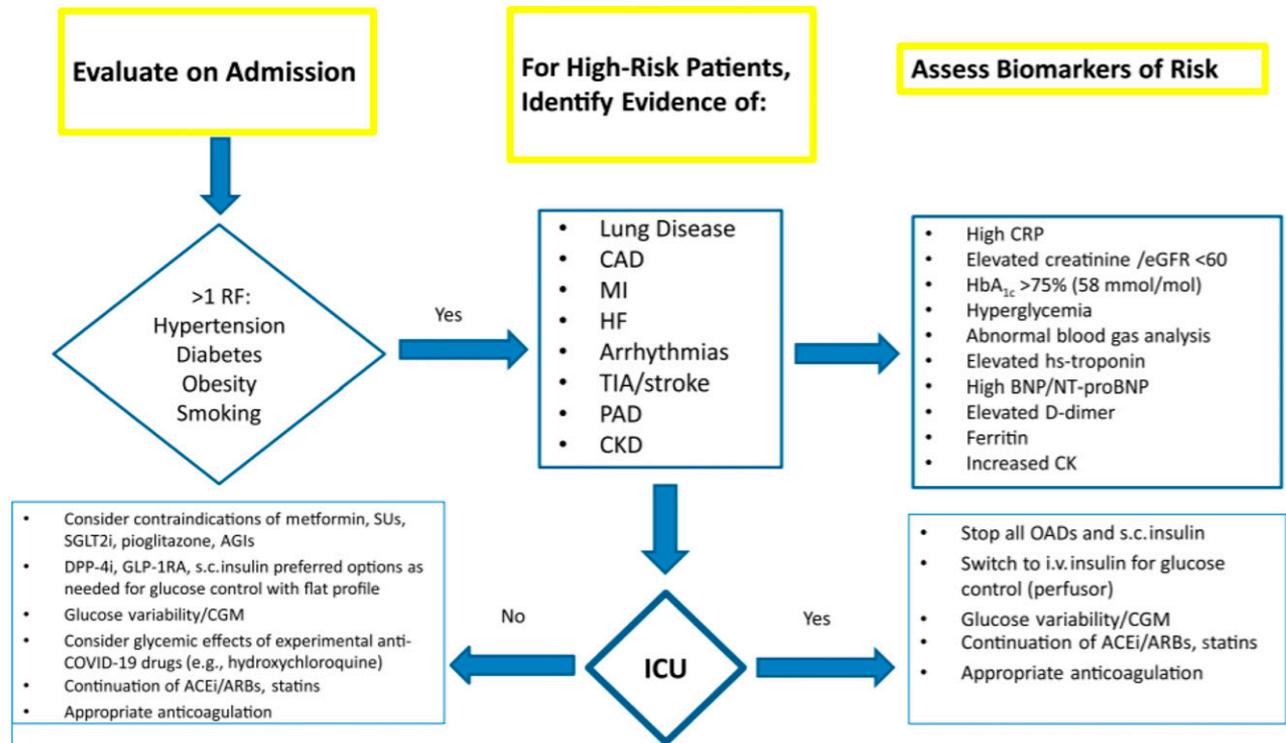


Figura 2 - Posible fl diagrama para el manejo de personas hospitalizadas con diabetes y COVID-19, adaptado con permiso de Ceriello et al. (49) IECA, inhibidores de la IECA; AGI una- inhibidores de glucosidas; BNP, péptido natriurético cerebral; CAD, enfermedad coronaria; CGM, monitoreo continuo de glucosa; CK, creatina quinasa; ERC, enfermedad renal crónica; PCR, proteína C reactiva; TFGe, glomerular estimado fi tasa de filtración (mL / min / 1.73m²); MI, infarto de miocardio; NT-proBNP, prohormona N-terminal del péptido natriurético cerebral; OADs; medicamentos antidiabéticos orales; PAD, enfermedad arterial periférica; RF, factor de riesgo; SU, sulfonilureas; TIA, ataque isquémico transitorio.

Muchos pacientes han perdido la cobertura del seguro.

Prescripción fi Los medicamentos para la diabetes

disminuyeron un 10%; Una encuesta de PWD encontró que uno de cada seis encuestados que necesitaban insulina experimentó un problema. Una proporción similar informó problemas con la obtención de tiras reactivas, y una cuarta parte de los encuestados informó problemas con la obtención de suministros de monitoreo continuo de la bomba o de la bomba (20). Muchas compañías farmacéuticas han intervenido para aumentar el acceso a medicamentos que de otra manera serían inaccesibles. En los datos disponibles hasta finales de marzo, relativamente temprano en el curso COVID-19 de EE. UU., Aproximadamente el 80% de los médicos informaron una tensión grave y casi dos tercios no estaban seguros de si podrían mantener sus prácticas abiertas debido a la insuficiencia fi cient fi recursos financieros y bajo volumen de trabajo reembolsable. Las visitas generales (virtuales y presenciales) para atención asintomática crónica disminuyeron

; 50% (57). Como el curso futuro de la epidemia en los EE.

UU. Si es incierto y parece que persistirá durante varias semanas, la amenaza para las personas con discapacidad es grave. La esperanza es que las nuevas iniciativas gubernamentales y la innovación por parte de los interesados fi el

Grietas emergentes en un sistema ya fragmentado.

CONSIDERACIONES PARA EL MANEJO DE CONDICIONES A LARGO PLAZO DURANTE EMERGENCIAS NACIONALES

La evidencia sobre el manejo de afecciones a largo plazo durante emergencias nacionales sugiere varias maneras de mitigar los riesgos presentados por estos eventos, que se dividen principalmente en dos fases: planificación y respuesta (23). Estas estrategias se resumen en la Tabla 3.

DESPUÉS DE COVID-19

Hay mucha incertidumbre sobre cómo terminará la pandemia de COVID-19 y qué quedará a su paso. Las interrupciones que surgen debido a emergencias nacionales pueden conducir a un aumento de HbA_{1c} en los afectados hasta 16 meses después, con alguna evidencia de que este es particularmente el caso de las personas de menor nivel socioeconómico y las tratadas con insulina (18,23). La falta de acceso a la atención médica de rutina es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

después de desastres; Se ha demostrado que los accidentes cerebrovasculares, los infartos agudos de miocardio y las complicaciones de la diabetes aumentan después de que la amenaza inmediata se ha disipado (26,58). Los servicios como las clínicas de diabetes también pueden repensar su organización para minimizar el riesgo de transmisión continua.

CONCLUSIONES

La necesidad de una acción decisiva crea una tensión importante cuando la evidencia es limitada. Un ejemplo aquí es el classi fi catión de PWD como un riesgo mayor de COVID-19 y, por lo tanto, sujeto a mayores medidas preventivas. Aunque el riesgo se incrementa claramente, cuanti fi El catión es escaso. Hay poca o ninguna evidencia sobre factores potencialmente moderadores, a pesar del hecho de que estos datos se recopilan habitualmente en conjuntos de datos utilizados para los análisis existentes; los resultados presentados a menudo no están ajustados y utilizan categorías de enfermedades individuales, ignorando las posibles diferencias entre la diabetes tipo 1 y tipo 2 y las multimorbilidades, que se asocian con peores resultados (59).

Frente a una base de evidencia limitada relacionada directamente con COVID-19, las decisiones

Tabla 3 - Estrategias sugeridas para mitigar riesgos para el manejo de condiciones a largo plazo durante emergencias nacionales (23)

Fase	Estrategia sugerida
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> c Colaboración, incluido el papel de las asociaciones comunitarias. c Desarrollo de recursos culturalmente adaptados para personas que viven con LTC, incluidos materiales educativos impresos y basados en la web y acceso a líneas telefónicas de apoyo. c Acceso a programas educativos de autogestión en línea. c Monitoreo de pacientes que usan datos de prescripción para evaluar la adherencia a medicamentos c Revisión remota proactiva de pacientes que requieren atención para LTC y sus posibles necesidades si se interrumpen los servicios de atención médica c Punto de contacto claro para la atención al paciente en caso de que ocurran desastres / emergencias c Mejora de los mecanismos de seguimiento y cación para personas que viven con LTC
Respuesta	<ul style="list-style-type: none"> c Triage y asignación de recursos c Transferencia de atención a profesionales de la salud aliados, incluidas enfermeras y farmacéuticos c Comunicación entre diferentes agencias. c Planes de continuidad comercial para farmacias y consideración de suministros para 30 días de farmacéuticos c Asegurar el acceso a alimentos apropiados donde los suministros pueden ser limitados (para personas con LTC afectadas por la dieta) c Transporte de pacientes dedicado o clínicas móviles para pacientes que requieren atención en persona y que pueden verse afectados por el transporte. fi culturas <p>c Orientación continua de grupos de apoyo al paciente.</p>

LTC, condiciones a largo plazo.

pueden ser informados por las experiencias internacionales hasta la fecha y, en cierta medida, por la literatura relacionada con otras emergencias nacionales. Esta última fuente de evidencia muestra que el número de interrupciones en el cuidado de la diabetes a menudo es más pronunciado después de que ha pasado la fase aguda de la emergencia o el desastre. En algunos casos, el exceso de morbilidad y mortalidad después de las emergencias nacionales es mayor que el costo durante la emergencia misma. La historia emite una advertencia severa aquí al considerar el equilibrio entre desviar recursos hacia la crisis aguda de COVID-19 y mantener la atención de rutina para las personas que viven con condiciones a largo plazo.

Finalmente, al revisar lo que se ha escrito sobre el tema de la diabetes y COVID-19, nos han llamado la atención dos ausencias notables. **fi La primera es la ausencia de literatura sobre factores contextuales más amplios.** Es probable que la PWD se vea afectada por COVID-19 tanto fuera del entorno de atención médica como dentro de él, con preocupaciones particulares relacionadas con las interrupciones de la dieta y la actividad física, el aumento del estrés y las cargas sobre la salud mental y el bienestar, aunque la literatura hasta la fecha se centra casi exclusivamente en gestión clínica. El otro tema tácito en la literatura que revisamos es el de la desigualdad. COVID-19 no es una enfermedad de igualdad de oportunidades. La carga la cargarán desproporcionadamente personas de grupos menos favorecidos (60). Los datos emergentes también sugieren que COVID-19 puede representar un mayor riesgo para los grupos étnicos no blancos (9). La diabetes discrimina de manera similar, y la

La intersección de la diabetes y COVID-19 crea una vorágine en la cual las disparidades de salud existentes corren el riesgo de exacerbarse con consecuencias profundas y duraderas. COVID-19 tiene un espejo para nuestros sistemas de atención médica y cuidado de personas con discapacidad; podemos **hacer todo lo que podamos ahora para hacer eso re fi Ección favorable en retrospectiva.**

Expresiones de gratitud. Partes de este artículo se basan en revisiones rápidas realizadas para el Centro de Medicina Basada en la Evidencia 's Servicio de Evidencia COVID-19 (23,61,62).

Fondos. Este trabajo no fue financiado. EM y CG son financiados por becas Wellcome Trust. JBB es apoyado por subvenciones de los Institutos Nacionales de Salud (UL1TR002489 y P30DK124723). KK agradece el apoyo del Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR), la Colaboración en Investigación Aplicada East Midland (NIHR ARC-EM) y el Centro de Investigación Biomédica NIHR Leicester.

Las opiniones expresadas son las de los autores y no las de las universidades, el Instituto Nacional de Estadística o el Departamento de Salud y Asistencia Social del Reino Unido.

Dualidad de intereses. JBB informa que no **fi apoyo financiero** y otros de Adocia, AstraZeneca, Dance Biopharm, Dexcom, Eli Lilly, Fractyl, GI Dynamics, Intarcia Therapeutics, Lexicon, MannKind, Metavention, NovaTarg, Novo Nordisk, Orexigen, **PhaseBio, Sano fi, Senseonics, vTv Therapeutics y Zafgen; subvenciones y no fi apoyo financiero de AstraZeneca, Eli Lilly, Intarcia Therapeutics, Johnson & Johnson, Lexicon, Medtronic, NovaTarg, Novo Nordisk, Sano fi, Theracos, Tolerion y vTv Therapeutics;** honorarios personales de Cirius Therapeutics Inc. y CSL Behring; y honorarios personales y otros de Mellitus Health, Pendulum Therapeutics, PhaseBio y Stability Health, fuera del trabajo presentado. RR informa **subvenciones, honorarios personales y no fi apoyo financiero de Sano fi, honorarios personales y no fi apoyo financiero de Merck Sharp & Dohme, personal**

honorarios de AstraZeneca, subsidios y honorarios personales de Novo Nordisk, honorarios personales de Janssen, honorarios personales de Eli Lilly, honorarios personales de Abbott, honorarios personales de Medtronic, subsidios y honorarios personales de Diabnext, y honorarios personales de Mundipharma, fuera del trabajo presentado. KK ha recibido subvenciones de Boehringer Ingelheim, AstraZeneca, Novartis, **Novo Nordisk, Sano fi, Eli Lilly, Merck Sharp & Dohme y Servier,** fuera del trabajo presentado. KK se ha desempeñado como consultor, orador o miembro del consejo asesor de AstraZeneca, Bayer, Napp Pharmaceuticals, Eli Lilly, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Novo Nordisk, Roche, Berlin-Chemie AG / Menarini Group, **Sano fi, Servier y Boehringer Ingelheim. No hay otra estafa potencial fi Se presentaron informes de interés relevantes para este artículo.**

Contribuciones de autor. JH-B., EM, CG, DN, KM y KK estuvieron involucrados en el concepto y el diseño. JH-B., EM, CG, JK y JP revisaron los estudios para su inclusión y extrajeron datos relevantes. JBB, SDP, LJ, RR y KK aportaron experiencias de países individuales. JH-B. redactó el resto del artículo. Todos los **autores editaron y aprobaron el fi manuscrito final JH-B. tenía acceso completo a todos los datos y fi responsabilidad final de la decisión de enviar para su publicación.**

Referencias

- Gupta R, Ghosh A, Singh AK, Misra A. Consideraciones clínicas para pacientes con diabetes durante la epidemia de COVID-19. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14: 211 - 212
- Yang J, Zheng Y, Gou X, et al. Prevalencia de comorbilidades y sus efectos en pacientes infectados con SARS-CoV2: una revisión sistemática y metaanálisis. *Int J Infect Dis* 2020; 94: 91 - 95
- Emami A, Javanmardi F, Pirbonveh N, Akbari A. Prevalencia de enfermedades subyacentes en pacientes hospitalizados con COVID-19: una revisión sistemática y un metanálisis. *Arch Acad EmergMed* 2020; 8: e35
- Li B, Yang J, Zhao F, et al. Prevalencia e impacto de las enfermedades metabólicas cardiovasculares en COVID-19 en China. *Clin Res Cardiol* 2020; 109: 531 - 538
- Equipo de respuesta de CDC COVID-19. Estimaciones preliminares de la prevalencia de subyacentes seleccionados

- condiciones de salud entre pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 - Estados Unidos, del 12 de febrero al 28 de marzo de 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69: 382 - 386
6. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, et al. Características de 16.749 pacientes hospitalizados del Reino Unido con COVID-19 utilizando el Protocolo de Caracterización Clínica ISARIC de la OMS. 28 de abril de 2020 [preprint]. medRxiv. DOI: 10.1101 / 2020.04.23.20076042
7. Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: factores de riesgo de enfermedad grave y muerte. *BMJ* 2020; 368: m1198
8. Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB, Ludwig DS. Obesidad y deterioro de la salud metabólica en pacientes con COVID-19. *Nat Rev Endocrinol* 2020; 2020: 1 - 2
9. Khunti K, Singh AK, Pareek M, Hanif W. ¿Está el origen étnico relacionado con la incidencia o los resultados de covid-19? *BMJ* 2020; 369: m1548
10. Aronson JK, Ferner RE. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y bloqueadores de los receptores de angiotensina en COVID-19. 22 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/angiotensin-converting-enzima-ace-inhibitors-andangiotensin-receptor-blockers/>. Consultado el 1 de mayo de 2020
11. Cariou B, Samy H, Wargny M, et al. Características fenotípicas y pronóstico de pacientes hospitalizados con COVID-19 y diabetes: el estudio CORONADO. *Diabetologia*. 29 de mayo de 2020 [Epub antes de imprimir] DOI: 10.1007 / s00125-020-05180-x
12. NHS Inglaterra. Diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 y mortalidad relacionada con COVID-19 en Inglaterra. 20 de mayo 2020. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/type-1-and-type-2-diabetes-andcovid-19-related-mortality-in-england/>. Consultado el 21 de mayo de 2020
13. Bode B, Garrett V, Messler J, et al. Características glucémicas y resultados clínicos de pacientes con COVID-19 hospitalizados en los Estados Unidos. *J Diabetes Sci Technol*. 9 Mayo 2020 [Epub antes de imprimir]. DOI: 10.1177 / 1932296820924469
14. Zhu L, She ZG, Cheng X, et al. Asociación de control de glucosa en sangre y resultados en pacientes con COVID-19 y diabetes tipo 2 preexistente. *Cell Metab* 2020; 31: 1068 - 1077
15. El OpenSAFELY Collaborative; Williamson E, Walker AJ, Bhaskaran KJ, y col. OpenSAFELY: factores asociados con la muerte hospitalaria relacionada con COVID-19 en los registros electrónicos de salud de linke de 17 millones de pacientes adultos del NHS. 7 de mayo de 2020 [preimpresión]. medRxiv. DOI: 10.1101 / 2020.05.06.20092999
16. Saulnier DD, Brolin Ribacke K, von Schreeb J. Sin calma después de la tormenta: una revisión sistemática de la salud humana después de desastres por tormentas y tormentas. *Prehosp Disaster Med* 2017; 32: 568 - 579
17. Fonseca VA, Smith H, Kuhadiya N, et al. Impacto de un desastre natural en la diabetes: exacerbación de las disparidades y las consecuencias a largo plazo. *Diabetes Care* 2009; 32: 1632 - 1638
18. Ng J, Atkin SL, Rigby AS, Walton C, Kilpatrick ES. El efecto de extenso fl Ooding en Hull sobre el control glucémico de pacientes con diabetes. *Diabet Med* 2011; 28: 519 - 524
19. Chudasama YV, Zaccardi F, Gillies CL, et al. Actividad física en el tiempo libre y esperanza de vida en personas con multimorbilidad y depresión cardiometabólicas. *J Intern Med* 2020; 287: 87 - 99
20. dQ y A. Impacto de COVID-19 en la comunidad de diabetes en los Estados Unidos, 2020. Disponible en <https://d-qa.com/impact-of-covid-19-on-theusa-diabetes-community/>
21. Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, et al. Depresión y adherencia a la medicación en el tratamiento de enfermedades crónicas en los Estados Unidos: un metanálisis. *J Gen Intern Med* 2011; 26: 1175 - 1182
22. Qiu J, Shen B, ZhaoM, Wang Z, Xie B, Xu Y. Una encuesta nacional sobre la angustia psicológica entre los chinos en la epidemia de COVID-19: implicaciones y recomendaciones de política. *Gen Psychiatr* 2020; 33: e100213
23. Hartmann-Boyce J, Mahtani KR. CEBM: Apoyo a personas con afecciones a largo plazo (LTC) durante emergencias nacionales. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/supporting-peoplewith-long-term-conditions-during-national-emergencies/>. Consultado el 18 de abril de 2020 2020
24. Aminuddin HB, Jiao N, Jiang Y, Hong J, Wang W. Eficacia de las intervenciones de autogestión basadas en teléfonos inteligentes sobre la autoeficacia y actividades de autocuidado, relacionadas con la salud y resultados clínicos en pacientes con diabetes tipo 2: una revisión sistemática y un metanálisis. *Int J Nurs Stud*. 8 de febrero de 2019 [Epub antes de la impresión]. DOI: 10.1016 / j.ijnurstu.2019.02.003
25. Pal K, Eastwood SV, Michie S, et al. Intervenciones de autocontrol de la diabetes basadas en computadora para adultos con diabetes tipo 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 3: CD008776
26. Huang L, Yan Z, Huang H. El efecto de la intervención del servicio de mensajes cortoscontrol glucémico en diabetes: una revisión sistemática y un metanálisis. *Postgrado Med* 2019; 131: 566 - 571
27. Sahin C, Courtney KL, Naylor PJE, E Rhodes R. Intervenciones de mensajes de texto móviles a medida dirigidas al autocontrol de la diabetes tipo 2: una revisión sistemática y un metanálisis. *Digit Health* 2019; 5: 2055207619845279
28. Xu Y, TanDHY, Lee JY-C. Evaluación del impacto del autocontrol de las frecuencias de glucosa en sangre en el control de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 que no usan insulina: una revisión sistemática y un metanálisis. *Int J Clin Pract* 2019; 73: e13357
29. Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SDM. Autocontrol de la glucosa en sangre en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no usan insulina. *Base de datos Cochrane Syst Rev* 2012; 1: CD005060
30. Woolley AK, Chudasama Y, Seidu SI, y col. En fl Dependencia de las características sociodemográficas en el formato preferido de la educación para la salud en individuos con diabetes tipo 2 diabetes o enfermedad cardiovascular: un estudio de cuestionario. *Diabet Med* 2020; 37: 982 - 990
31. La Fundación de la Salud. Uso de consultas virtuales en el fi lucha contra COVID-19: Entrevista con el profesor Trish Greenhalgh, 30 de marzo 2020. Disponible en <https://www.health.org.uk/news-and-comment/newsletter-features/using-virtual-consultations-in-the-fi-ght-against-covid-19>. Consultado el 18 de abril de 2020.
32. Farrell K, DJ de Holmes-Walker. La asistencia telefónica está asociada con una reducción de la cetoadicidosis en adultos jóvenes. *Diabet Med* 2011; 28: 1001 - 1004
33. Viana LV, GomesMB, Zajdenverg L, Pavin EJ, Azevedo MJ; Grupo de Estudio Brasileño de Diabetes Tipo 1. Intervenciones para mejorar pacientes ' cumplimiento de terapias dirigidas a reducir la glucosilación
- hemoglobina (HbA1c) en diabetes tipo 1: revisión sistemática y metanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorios de intervenciones psicológicas, de teleasistencia y educativas. *Ensayos* 2016; 17: 94
34. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y consideraciones psicosociales durante el brote de COVID-19. 18 de marzo de 2020. Disponible en <http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-consider.pdf>. Consultado el 18 de abril de 2020
35. Shelvin M, McBride O, Murphy J, et al. La ansiedad, la depresión, el estrés traumático y la ansiedad relacionada con COVID-19 en la población general del Reino Unido que está sufriendo la pandemia de COVID-19. 18 de abril de 2020 [preprint]. *PsyArXiv* DOI: 10.31234 / osf.io / hb6nq
36. El Grupo Parlamentario de todos los partidos para la diabetes (APPG Diabetes). Diabetes y salud mental. Disponible en <https://www.parliament.uk/resources/s3/2018-08/Diabetes%20and%20Mental%20Health%20%28PDF%2C%205.7MB%29.pdf>. Consultado el 18 de abril de 2020
37. Krousel-WoodMA, IslamT, Muntner P, et al. Adherencia a la medicación en pacientes de edad avanzada con hipertensión después del huracán Katrina: implicaciones para la práctica clínica y el manejo de desastres. *Am J Med Sci* 2008; 336: 99 - 104
38. Khan Y, Albache N, Almasri I, Gabbay RA. El manejo de la diabetes en estaña fl Configuración de las TIC: enfoque en la crisis siria. *Diabetes Spectr* 2019; 32: 264 - 269
39. Chew BH, Vos RC, Metzendorf MI, Scholten RJ, Rutten GE. Intervenciones psicológicas para la angustia relacionada con la diabetes en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Base de datos Cochrane Syst Rev* 2017; 9: CD011469
40. Ceriello A, Standl E, Catrinou D, y col.; Diabetes y enfermedad cardiovascular (D & CVD) Grupo de estudio EASD. Problemas de gestión del riesgo cardiovascular en personas con diabetes en la era COVID-19. *Diabetes Care* 2020; 43: 1427 - 1432
41. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, et al. Recomendaciones prácticas para el manejo de la diabetes en pacientes con COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8: 546 - 550
42. Wondafrash DZ, Desalegn TZ, Yimer EM, Tsigie AG, Adamu BA, Zewdie KA. Efecto potencial de la hidroxcloroquina en la diabetes mellitus: una revisión sistemática en estudios preclínicos y de ensayos clínicos. *J Diabetes Res* 2020; 2020: 5214751
43. NHS London Clinical Networks. Manejo de la diabetes en urgencias durante la pandemia de coronavirus. Disponible en <https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2020/04/Covid-19-Management-of-diabetesin-emergency-department-crib-sheet-updated-150420.pdf>. Consultado el 18 de abril de 2020
44. WeiqingW, ZhongyanS, GuangW, et al. Recomendaciones de expertos para el manejo de la diabetes en atención primaria durante la pandemia de COVID-19. *Zhonghua Neifemmi Daixie Zazhi* 2020; 36: 185 - 190
45. Linong J, Guangwei L, Qiuhong G, et al. Orientación sobre el manejo de la diabetes en ancianos durante la pandemia de COVID-19. *Chin J Diabetes* 2020; 28: 1 - 6 6
46. Linong J, Jiajun Z, Zhiguang Z, et al. Recomendación sobre el tratamiento con insulina en pacientes con diabetes afectados con COVID-19. *Chin J Diabetes* 2020; 28: 1 - 5 5
47. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 e Italia: ¿qué sigue? *Lancet* 2020; 395: 1225 - 1228
48. Euronews. Estadísticas de coronavirus: últimas cifras sobre casos y muertes de COVID-19, 2020.

- Disponible en <https://www.euronews.com/2020/04/04/covid-19-coronavirus-breakdown-of-deaths-and-infecciones-worldwide>. Consultado el 20 de abril de 2020
49. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Tasa de letalidad y características de los pacientes que mueren en relación con COVID-19 en Italia. *JAMA* 2020; 323: 1775 - 1776
50. SIE - Società Italiana di Endocrinologia. Emergenza COVID, 2020. Disponible en <http://societaitalianadiendocrinologia.it/html/cnt/emergenza-covid.asp>. Consultado el 5 de abril de 2020
51. SID - Società Italiana di Diabetologia. Uno hora con AMD, SID y SIEDP [en italiano], 2020. Disponible en <http://www.siditalia.it/progetto-uno-ora-con-amd-sid-siedp>. Consultado el 5 de abril de 2020
52. Ministero della Salute. Coronavirus de Nuovo en Italia, 2020. Disponible en <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>. Consultado el 20 de abril de 2020
53. Seidu S, Davies MJ, Farooqi A, Khunti K. Atención primaria integrada: ¿es esta la solución a la epidemia de diabetes? *Diabet Med* 2017; 34: 748 - 750
54. Salud pública Inglaterra. Orientación para proteger y proteger a las personas que son clínicamente extremadamente vulnerables desde COVID-19, 2020. Disponible en <https://www.gov.uk/government/publications/guide-on-shielding-and-protection-extremadamente-vulnerable-persons-from-covid-19> / orientación sobre blindaje y protección de personas extremadamente vulnerables de covid-19. Consultado el 15 de abril de 2020
55. NHS. Personas con mayor riesgo de coronavirus, 2020. Disponible en <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/advice-for-people-at-highrisk/>. Consultado el 24 de abril de 2020
56. Asociación de diabetólogos clínicos británicos. Información de COVID-19 (Coronavirus) para profesionales de la salud, 2020. Disponible en <https://abcd.care/coronavirus>. Consultado el 24 de abril de 2020
57. IQVIA. Monitoreo del impacto de COVID-19 en el mercado farmacéutico. Disponible en https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/files/iqvia-covid-19-market-tracking-us.pdf?__51587334105503. Consultado el 19 de abril de 2020
58. Mokdad AH, Mensah GA, Posner SF, Reed E, Simoes EJ, Engelgau MM; Enfermedades crónicas y poblaciones vulnerables en grupos de trabajo sobre desastres naturales. Cuando las condiciones crónicas se vuelven agudas: prevención y control de enfermedades crónicas y resultados adversos para la salud durante los desastres naturales. *Prev Chronic Dis* 2005; 2: A04
59. Zemedikun DT, Gray LJ, Khunti K, Davies MJ, Dhalwani NN. Patrones de multimorbilidad en adultos de mediana edad y mayores: un análisis de los datos del biobanco del Reino Unido. *Mayo Clin Proc* 2018; 93: 857 - 866
60. Royal College of Physicians. COVID-19 y el impacto mitigante sobre las desigualdades en salud. Disponible en <https://www.rcplondon.ac.uk/news/covid-19-and-mitigating-impact-health-inequalities>. Consultado el 18 de abril de 2020
61. Hartmann-Boyce J, Morris E, Goyder C, et al. Diabetes y riesgos de COVID-19. Disponible en <https://www.cebm.net/covid-19/diabetesand-risks-from-covid-19/>. Consultado el 18 de abril de 2020.
62. Hartmann-Boyce J, Morris E, Goyder C, et al. Manejo de la diabetes durante la pandemia de COVID-19. Disponible en <https://www.cebm.net/covid-19/management-diabetes-during-the-covid-19pandemic/>. Consultado el 18 de abril de 2020
63. Chen Y, Gong X, Wang L, Guo J. Efectos de la hipertensión, la diabetes y la enfermedad coronaria en la gravedad de las enfermedades COVID-19: una revisión sistemática y un metanálisis. 30 de marzo de 2020 [preprint]. medRxiv. DOI: 10.1101/2020.03.25.20043133
64. Fadini GP, Morieri ML, Longato E, Avogaro A. Prevalencia e impacto de la diabetes entre personas infectadas con SARS-CoV-2. *J Endocrinol Invest* 2020; 43: 867 - 869;
65. Wu Z, McGoogan JM. Características y lecciones importantes de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) brote en China: resumen de un informe de 72314 casos del Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades. *JAMA* 2020; 323: 1239 - 1242
66. Zhou F, Yu T, Du R y col. Curso clínico y factores de riesgo de mortalidad de pacientes hospitalizados adultos con COVID-19 en Wuhan, China: un estudio de cohorte retrospectivo. *Lancet* 2020; 395: 1054 - 1062
67. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, et al. Grupo de expertos en tratamiento médico de China para COVID-19. La comorbilidad y su impacto en 1590 pacientes con COVID-19 en China: un análisis a nivel nacional. *Eur Respir J* 2020; 55: 2000547
68. NHS; Royal College of Physicians; Association of British Clinical Diabetologists. Guía clínica para el manejo de personas con diabetes durante la pandemia de coronavirus (19 de marzo de 2020, Versión 2). Disponible en <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/speciality-guide-diabetes-19-march-v2-updated.pdf>. Consultado el 18 de abril de 2020
69. NHS London Clinical Networks. Priorización de citas ambulatorias para departamentos especializados en diabetes durante la pandemia de coronavirus. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2020/04/4.-Covid-19Diabetes-Outpatient-Cita-PriorizaciónCrib-Sheet-27032020.pdf>. Consultado el 18 de abril de 2020
70. NHS London Clinical Networks. Estrategia clínica para la gestión del servicio de unidades de pie diabéticas durante la pandemia COVID-19. Disponible en <https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2020/04/5.-Covid-19-Clinical-Strategyfor-MDFTs-Crib-Sheet-02042020.pdf>. Consultado el 18 de abril de 2020
71. Leese GP, Stratton IM, Land M, et al. Grupo de estudio de detección de retinopatía diabética de cuatro naciones. Progresión del estado retiniano de la diabetes dentro de los programas de detección comunitarios y posibles implicaciones para los intervalos de detección. *Diabetes Care* 2015; 38: 488 - 494