

Abordaje multidisciplinar del paciente diabético con riesgo cardiovascular





Anamnesis

- × Paciente varón de 60 años
- × Diagnosticado de DM2 hace 8 años
- × Ambos progenitores y hermana mayor con DM2
- × Enfermedad renal crónica - Estadio G3a-A1 (FG 52 ml/m)
- × Hábito tabáquico
- × Hipertenso controlado (125/85 mmHg)
- × cLDL 110 mg/dl



Anamnesis

- × Paciente varón de 60 años
- × Diagnosticado de DM2 hace 8 años
- × Ambos progenitores y hermana mayor con DM2
- × Enfermedad renal crónica - Estadio G3a-A1 (FG 52 ml/m)
- × Hábito tabáquico
- × Hipertenso controlado (125/85 mmHg)
- × cLDL 110 mg/dl

Tratamiento

- × Metformina desde hace 7 ½ años. 2000 mg/día
- × Desde hace 6 ½ años se añade sitagliptina 100 mg
- × Lisinopril 20 mg día

Cómo calcular de forma precisa la función renal

KDIGO 2012			Albuminuria		
			Categorías, descripción y rangos		
Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			< 30 mg/g ^a	30-300 mg/g ^a	> 300 mg/g ^a
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	< 15			

Riesgo de progresión de ERC y CV:

-  Riesgo referencia
-  Riesgo alto
-  Riesgo moderado
-  Riesgo muy alto

Situaciones especiales (no emplear Fórmulas, sino el aclaramiento de creatinina:

CCr (ml/min)= Cr orina (mg/dl) x vol 24h (ml)] /Cr suero (mg/dl) x tiempo (min)):

- Alteraciones importantes de la masa muscular (amputaciones...)
- Desviaciones extremas del índice de masa corporal
- Evaluación de potenciales donantes de riñón
- Individuos que siguen dietas vegetarianas estrictas
- Monitorización de toxicidad de fármacos de eliminación renal
- Insuficiencia renal aguda
- Embarazadas, Hepatopatía grave, ascitis...

¿Debe mantenerse la METFORMINA en primer escalón?

PROS



CONTRAS

Razones para continuar con metformina

1. Eficacia en **control glucémico**
2. Efecto sobre el **peso**: neutro/↓
3. Ausencia de **hipoglucemias**
4. Buen perfil de **seguridad**

- **Experiencia / Precio / Control metabólico**
- **73-80% pacientes en estudios con beneficio CV tenían tto con metformina de base**

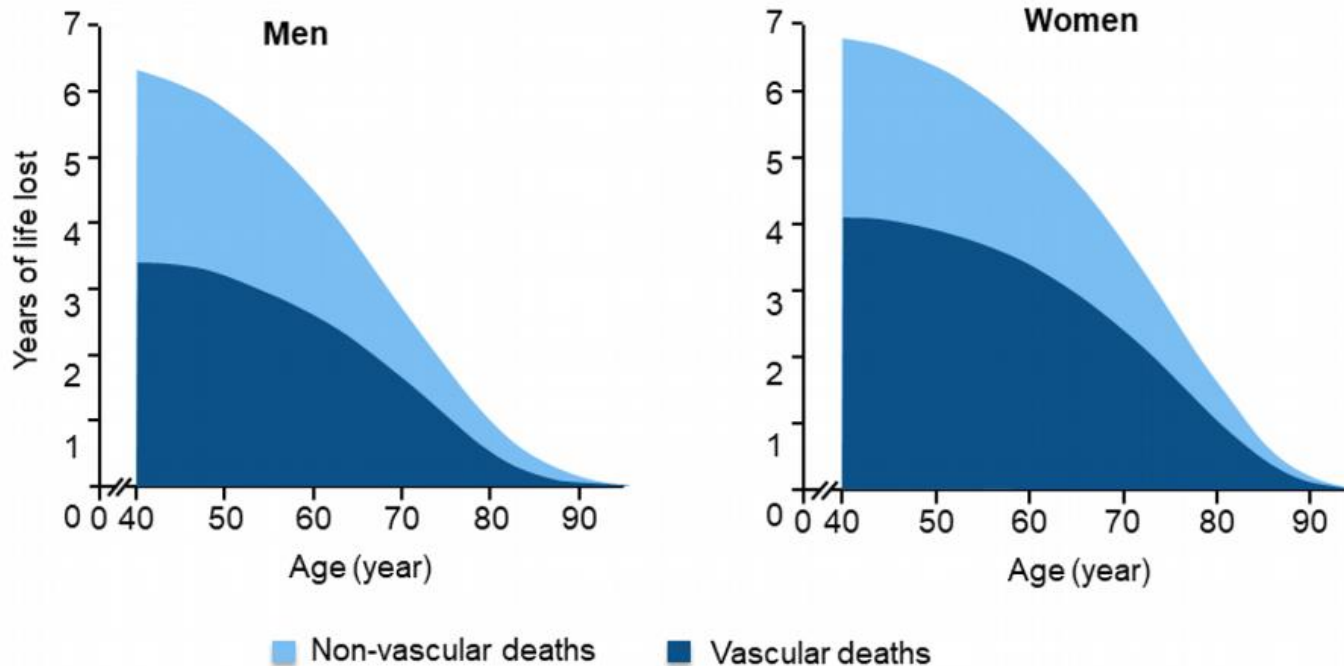
5 razones para otros fármacos

1. Mecanismo **fisiopatológico**: actuar a más niveles
2. Más allá de HbA1c: beneficio en **otros parámetros metabólicos** (peso, TA, perfil lipídico...)
3. Beneficios **microvasculares** (nefropatía)
4. Beneficios **macrovasculares (IC, IAM, Mortalidad..)**

**Ahorro real de costes a largo plazo
(durabilidad, reducción complicaciones...)**

Impacto de la diabetes en hombres y mujeres

Años de vida perdidos atribuibles al hecho de tener Diabetes en distintas edades



Riesgo CV en personas con diabetes (ESC/EAS) 2019)

Riesgo muy alto	Pacientes con DM y enfermedad CV establecida o daño de otros órganos diana^a o tres ó más factores de riesgo o inicio temprano de DM Tipo 1 de larga duración (>20 años)
Riesgo alto	Pacientes con DM con duración > 10 años sin daño de órgano diana o con otro factor de riesgo mayor adicional
Riesgo moderado	Pacientes jóvenes (DM Tipo 1 <35 años o DM Tipo 2 < 50 años) con DM de duración <10 años sin otros factores de riesgo

a Proteinuria, insuficiencia renal definida como $eGFR \geq 30 \text{ mL/min/1.73m}^2$

b Edad, hipertensión, dislipemia, tabaco, obesidad

Objetivos de tratamiento de LDL (Guías ESC/EAS 2019)

Col-LDL*	Muy alto riesgo	< 55 mg/dL y ↓ 50% respecto a niveles basales
	Alto riesgo	< 70 mg/dL y ↓ 50% respecto a niveles basales
	Moderado riesgo	< 100 mg/dL
	Bajo riesgo	< 116 mg/dL

* Para no HDL añadir 30 mg/dL, para apoB añadir 10 mg/dL

Hasta donde llegar con la presión arterial

Grupo de edad	Intervalos objetivo del tratamiento para la PAS medida en consulta (mmHg)					Intervalos objetivo de tratamiento para la PAD medida en consulta (mmHg)
	HTA	+DM	+ERC	+EAC	+ACV ^a /AIT	
18-65 años	Objetivo 130 o más bajo si se tolera No < 120	Objetivo 130 o más bajo si se tolera No < 120	Objetivo < 140 a 130 si se tolera	Objetivo 130 o más bajo si se tolera No < 120	Objetivo 130 o más bajo si se tolera No < 120	70-79
65-79 años ^b	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	70-79
≥ 80 años ^b	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	Objetivo 130-139 si se tolera	70-79
<i>Intervalos objetivo del tratamiento para la PAD medida en consulta (mmHg)</i>	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

B. Williams et al. / Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78

Principales datos clínicos (a los 40 años)



FLASHBACK

Asintomático. Hábito tabáquico (20 cig / día). Sedentarismo con sobrepeso sin tratamiento farmacológico ni medidas generales con un síndrome metabólico definido con los siguientes datos destacables:

- Cifras habituales de TA 155-165 mmHg / 85-90 mmHg
- Glucemias basales 110-120 mg/dl (No disponible SOG ni A1c)
- Col total entre 260-274 mg/dl, TG > a 200 mg/dl en varias determinaciones

¿Cómo habríamos valorado su riesgo cardiovascular?



Edad vascular para países de bajo riesgo

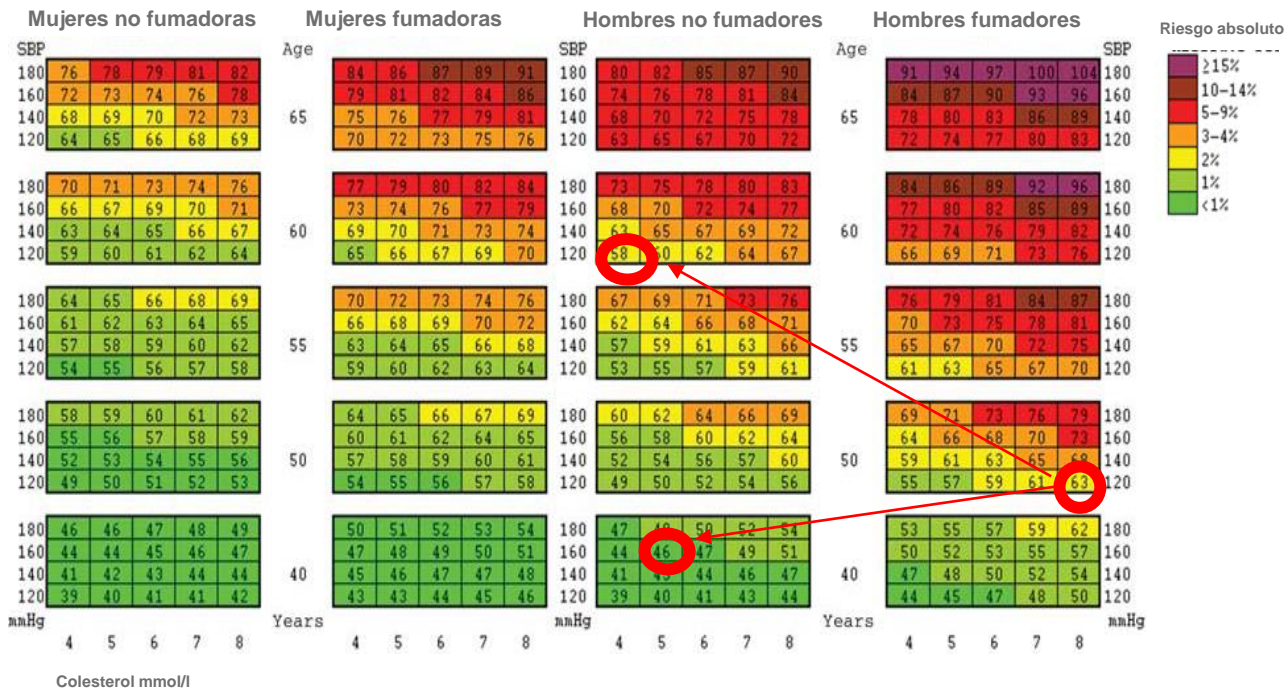


Tabla SCORE de riesgo a los 10 años de enfermedad cardiovascular mortal en las regiones de Europa de bajo riesgo por sexo, edad, presión arterial sistólica (PAS), colesterol total y tabaquismo.

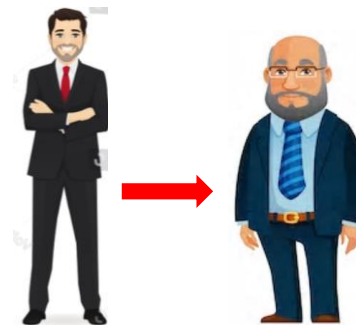


Figura 3. Tabla de la edad vascular según SCORE (*Systematic Coronary Risk Estimation*) para países de bajo riesgo cardiovascular. El color y el número de cada casilla definen el nivel de riesgo y la edad vascular, respectivamente.

Pros y Contras de la Insulina en pacientes con DM tipo 2

PROS

Razones para utilizar INSULINA

1. Pocas CONTRAINDICACIONES (si fallan ADOS..)
2. Controla niveles de GLUCOSA (distintas pautas)
3. AMPLIA EXPERIENCIA en su utilización
4. En ocasiones NO HAY ALTERNATIVA
5. PARECE que tiene SEGURIDAD CV (ORIGIN)
(los registros siempre muestran mayor daño y mortalidad en los tratados con Insulina, pero es por un sesgo)



CONTRAS

Razones para retrasar la INSULINA

1. Puede inducir con frecuencia HIPOGLUCEMIAS
2. NO tiene claras EVIDENCIAS de beneficio CV
3. Aumenta el PESO (especialmente en obesos)
4. Requiere EDUCACIÓN diabetológica
5. NO SUELE SER BIEN ACEPTADA
(por ser inyectable, pautas complejas y por la “mitología popular” de producir ceguera, amputaciones..)

**EN LA DM 2 SUELE HABER
MEJOR ALTERNATIVA**



Dr. Pedro Conthe 2020

Principales datos clínicos (a los 80 años)

Apareció como dato más relevante un deterioro cognitivo levemente progresivo en los últimos 3 años con dependencia parcial, con incontinencia urinaria y leve disfunción motora con fatigabilidad.

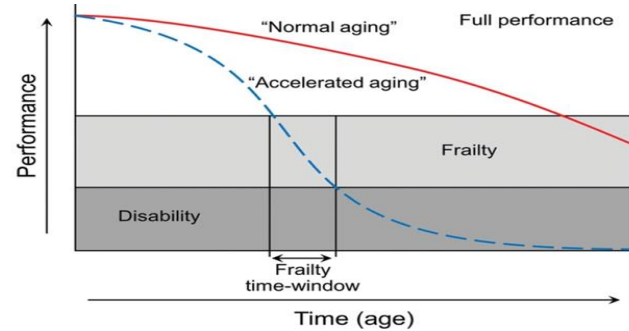
Además presentó:

- Alteraciones vasculares en ambos pies con amputación metatarsiana unilateral (varias hospitalizaciones)*
- Enfermedad renal avanzada (FG < 30 mil/m), C.Isquémica crónica F.Auricular y EPOC moderado*
- Necesidad de insulinización (pauta basal plus)*
- A esa edad toma 12 fármacos diarios y realiza seguimiento por su Médico de Familia y otros 5 tipos de especialistas (Nefrólogo, Angiólogo, Internista, Cardiólogo, Endocrinólogo)*



Fragilidad y diabetes

DM factor condicionante de fragilidad



Score: > 2 - 3 Fragilidad