IX REUNIÓN DE DIABETES Y OBESIDAD

30-31 de Enero de 2015

ENCUENTRO CON LOS EXPERTOS

DIABETES EN EL PACIENTE CRÓNICO CON COMORBILIDAD

Algoritmo redGDPS: Tratamiento de diabetes ¿Qué aporta?

Francisco Javier García Soidán
Médico de Familia
Centro de Salud de Porriño

redGDPS
Red de Grupos de Estudio de la Diabetes
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

¿Porque debo actualizar el Algoritmo?

- Nuevas evidencias
- Nuevos tratamientos
- Cambios en el Sistema Sanitario
- Demanda de los usuarios del Algoritmo
- Mejorar diseño
- Adaptarlos a las nuevas tecnologías

Objetivos del tratamiento de la diabetes

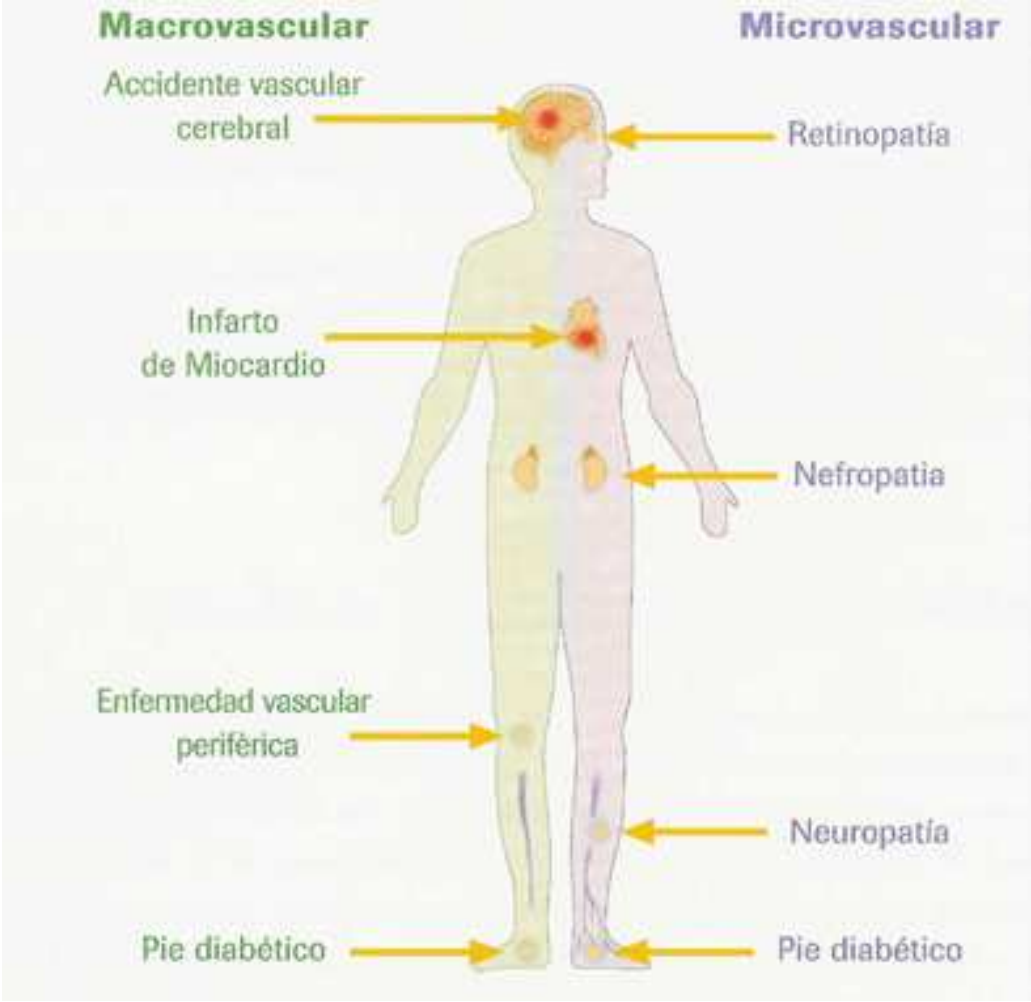
Objetivos primarios

- **Evitar complicaciones**
- Mejorar la calidad de vida
- Reducir mortalidad
- Evitar los síntomas de la hiperglucemia

Objetivos intermedios

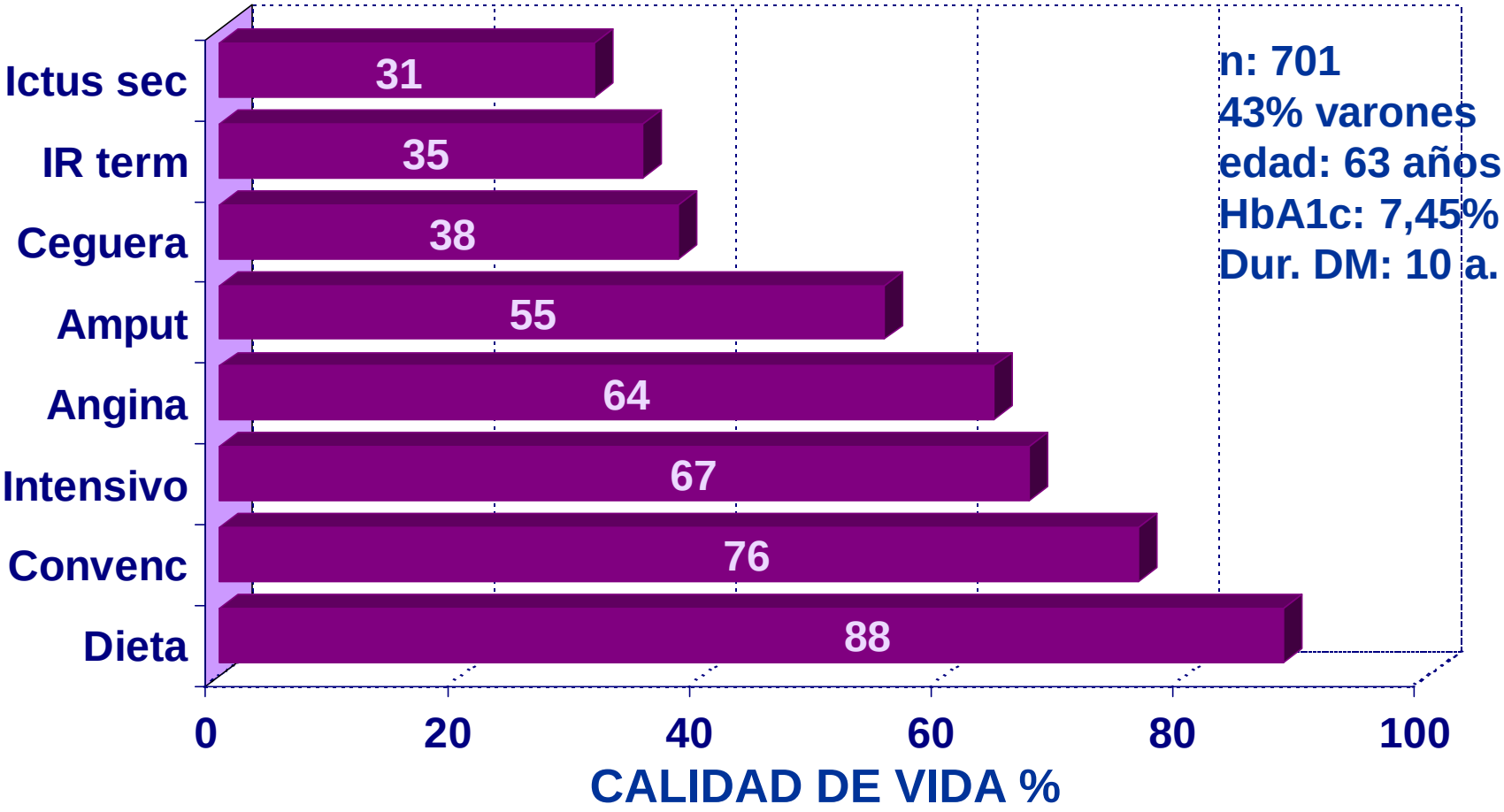
- Mejorar el control glucémico
- Mejorar el control de los factores de RCV:
  Presión arterial, Lípidos, Tabaco,
  Obesidad/Obesidad abdominal

Principales complicaciones macrovasculares y microvasculares de la diabetes



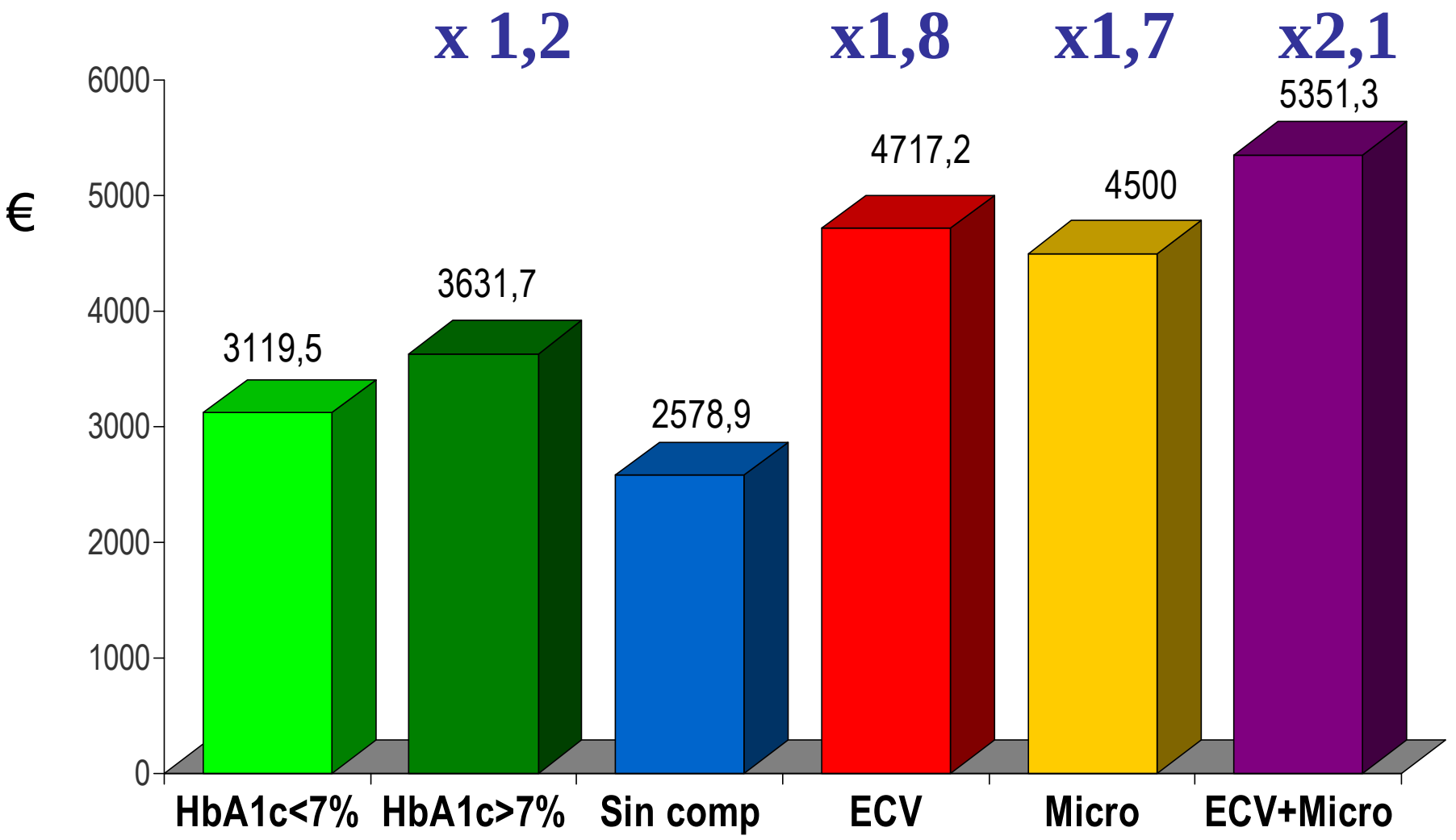
Calidad de vida en diabéticos en función del tratamiento y complicaciones

Chicago: 38% Negros, 31% Blancos, 23% Latinos



Huang S. Diabetes Care 2007;30:2478–2483

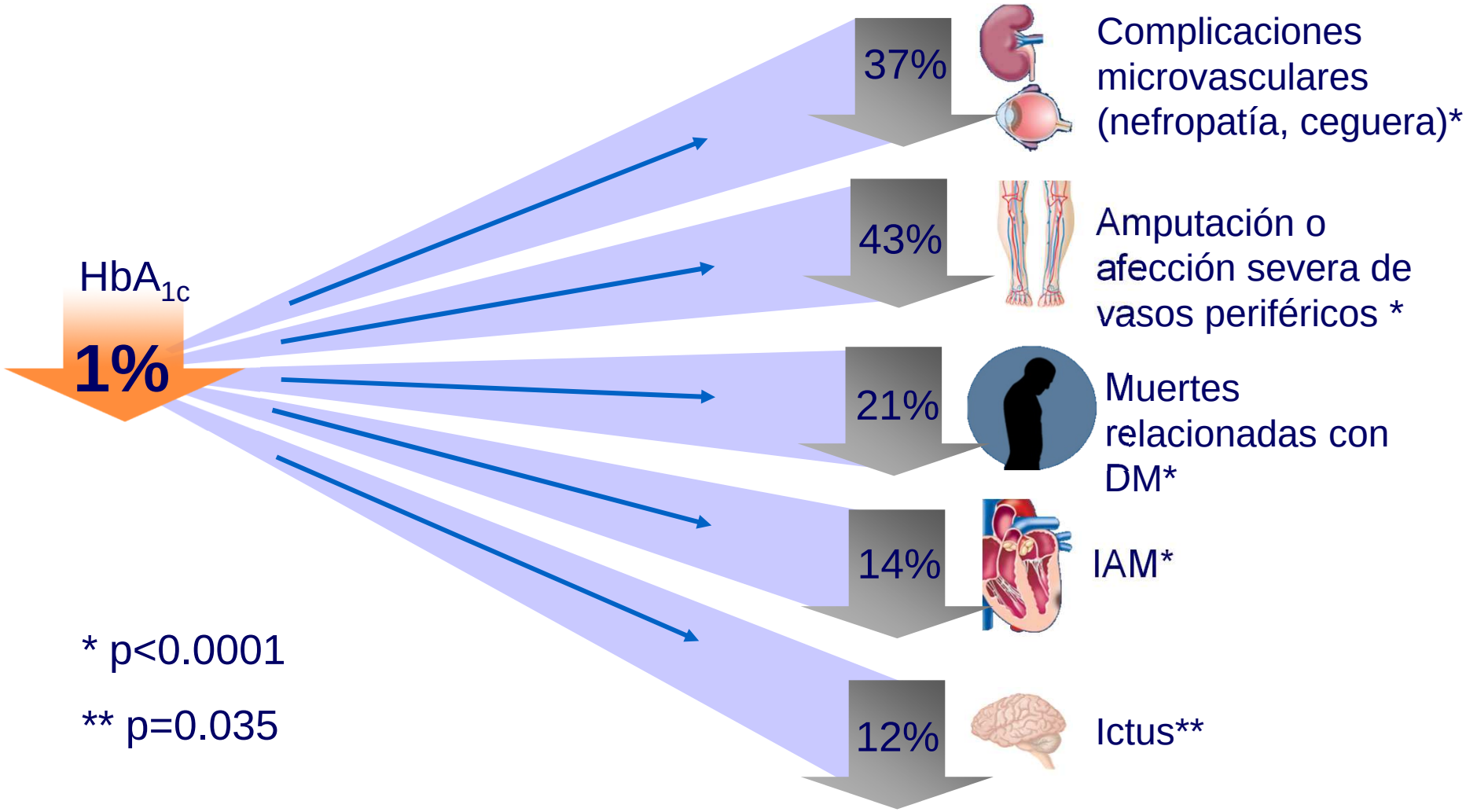
Coste anual medio de los pacientes con DM2 según control glucémico y presencia de complicaciones crónicas: eCOSTESDM2 Cataluña



Comp: complicaciones, ECV: enfermedad cardiovascular;
Micro: microvascular

Mata M. Diabetes Práctica. 2013;Supl 6:29-32

Diabetes: Reducción complicaciones



Stratton IM *et al*. *BMJ* 2000; 321: 405–412.

¿Qué objetivo de control glucémico debo alcanzar?

Elementos de decisión para la individualización de objetivos

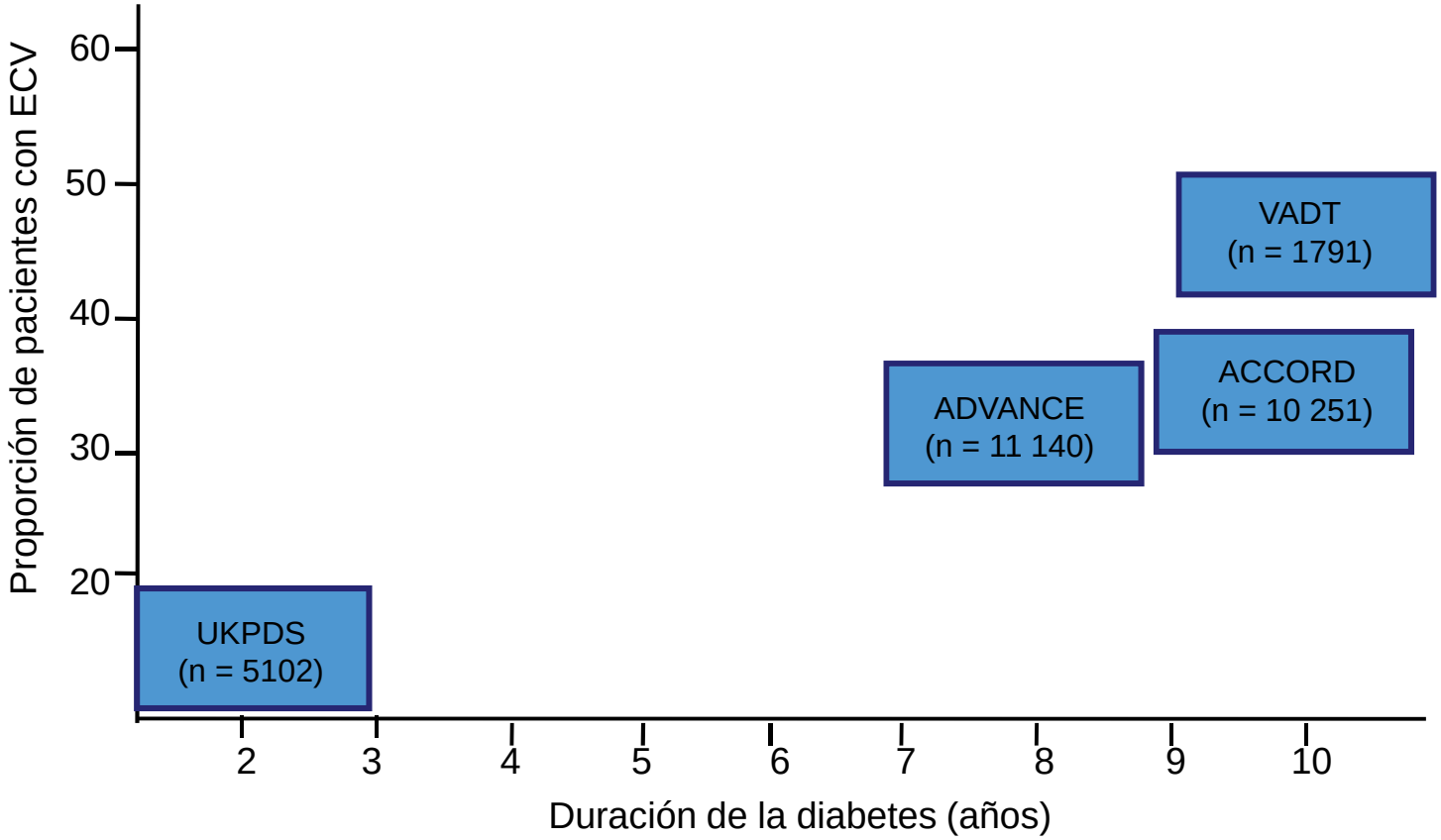
Adaptado de ADA/EASD. Diabetes Care. 2012;35:1364-79.

Control intensivo vs convencional

	ACCORD	VADT	ADVANCE
Evolución diabetes (años)	**10**	**11,5**	**8**
Varones (%)	**39**	**97**	**42**
IMC inicial (kg/m^2)	**32**	**31**	**28**
HbA1c inicio (%)	**8,1**	**9,4**	**7,2**
Insulina al inicio (%)	**35**	**52**	**1,5**
Duración estudio (años)	**3,5**	**5,6**	**5**
HbA1c final Int vs Conv (%)	**6,4** vs **7,5**	**6,9** vs **8,5**	**6,4** vs **7**
Insulina final Int vs Conv (%)	**77** vs **55**	**89** vs **74**	**40** vs **24**
Glitazonas final Int vs Conv (%)	**91** vs **58**	**53** vs **42**	**17** vs **11**
Cambio peso Int vs Conv (kg)	**+3,5** vs **+0,4**	**+7,8** vs **+3,4**	**-0,1** vs **-1**
Hipoglucemia severa Int vs Conv (%)	**16,2** vs **5,1**	**21,2** vs **9,9**	**2,7** vs **1,5**
RR mortalidad total Int vs ConV (%)	**+22***	**+7**	**-7**

ACCORD. N Engl J Med 2008;358:2545–2559. VADT. Engl J Med 2009;360:129-39. ADVANCE. N Engl J Med 2008;358:2560–2572

Diferencias entre el estudio UKPDS y otros estudios



Gaede P. N Engl J Med 2008;358:580-91.

OBJETIVOS INDIVIDUALIZADOS

Edad	Duración de la DM, presencia de complicaciones o comorbilidades	HbA1c objetivo
≤65 años	Sin complicaciones o comorbilidades graves	<7,0%*
	> 15 años de evolución o con complicaciones o comorbilidades graves	<8,0%
66-75 años	≤15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	<7,0%
	>15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	7,0%-8,0%
	Con complicaciones o comorbilidades graves	<8,5%**
>75 años		<8,5%**

Basado en: Ismail-Beiji F et al. Ann Intern Med 2011; 154: 554-9

* Puede plantearse un objetivo de HbA1c≤ 6,5% en los pacientes más jóvenes y de corta evolución de la diabetes en tratamiento no farmacológico o con monoterapia.

**No se debe renunciar al control de los síntomas de hiperglucemia, independientemente del objetivo de HbA1c.

Diabetes Práctica 2014;5:18-20. Disponible en www.redgdps.org

¿Qué factores debería tener en cuenta a la hora de elegir el tratamiento?

La elección del tratamiento va a depender de:

1.- Evidencias

2.- Potencia hipoglucemiante

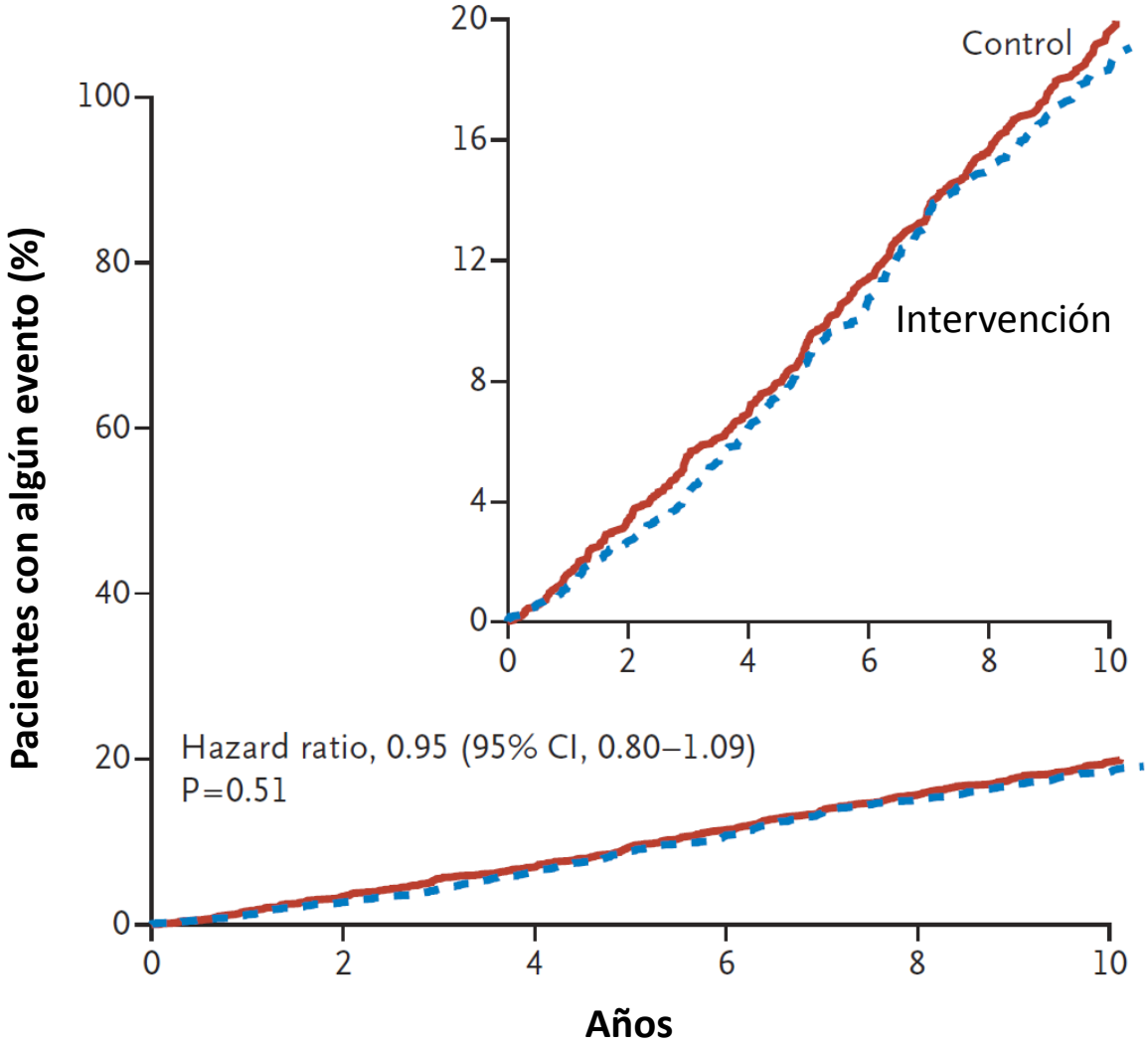
3.- Seguridad

4.- Coste

5.- Características del paciente

6.- Preferencias del paciente

Reducción eventos cardiovasculares con intervención intensiva sobre el estilo de vida en DM2

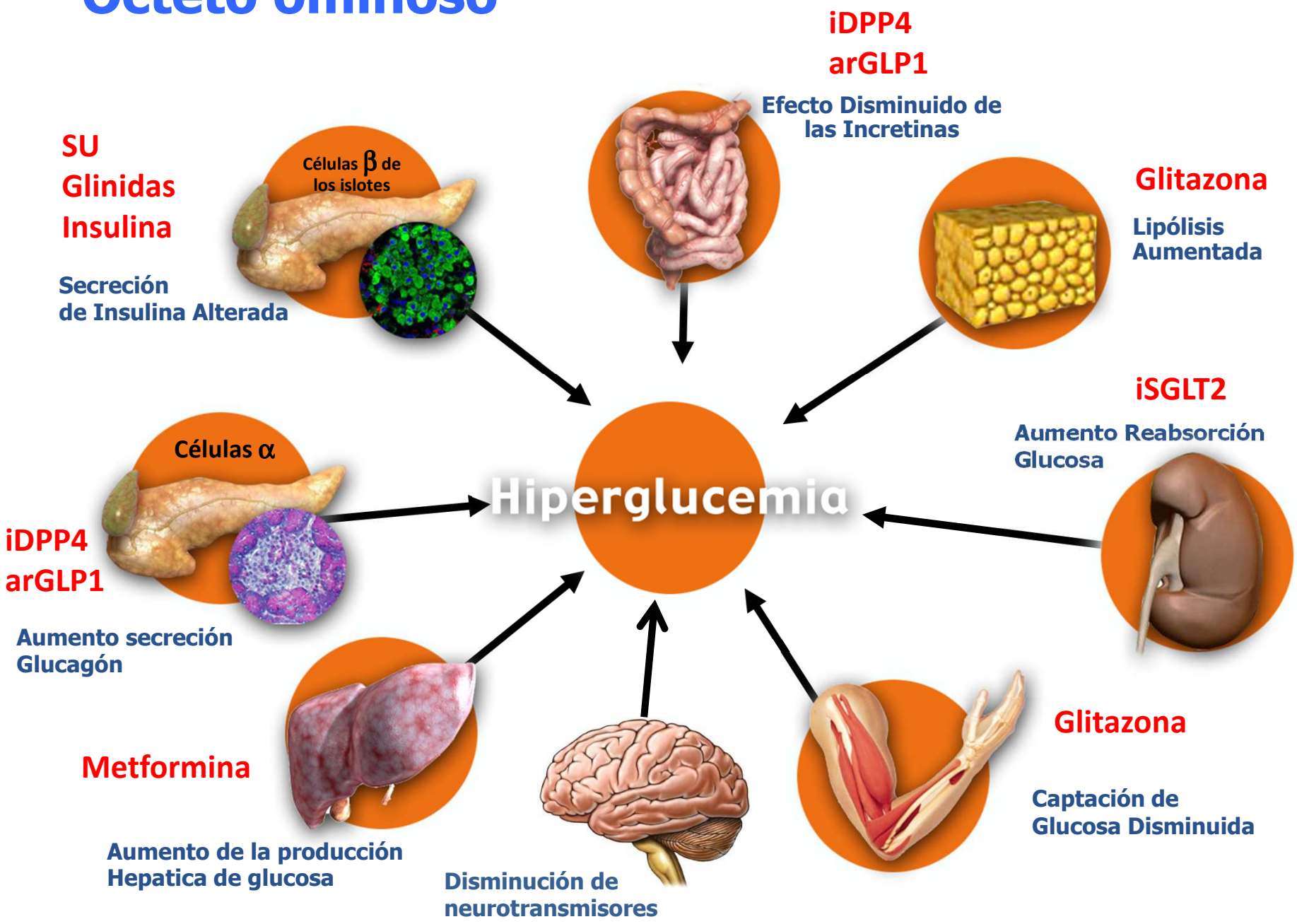


Número pacientes

Control	2575	2425	2296	2156	2019	688
Intervención	2570	2447	2326	2192	2049	505

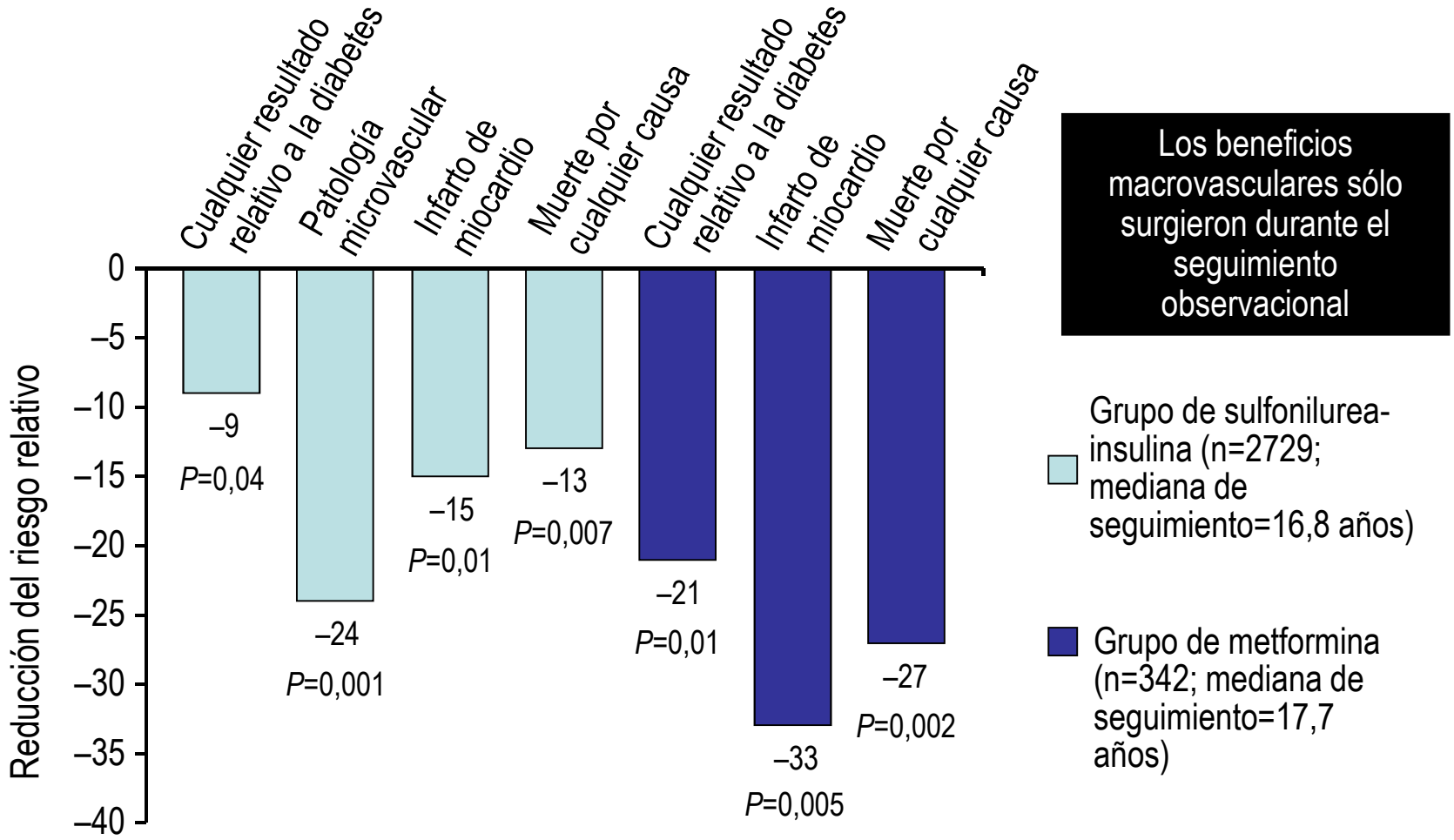
Look AHEAD. N Engl J Med. 2013; 369:145-54

Octeto ominoso



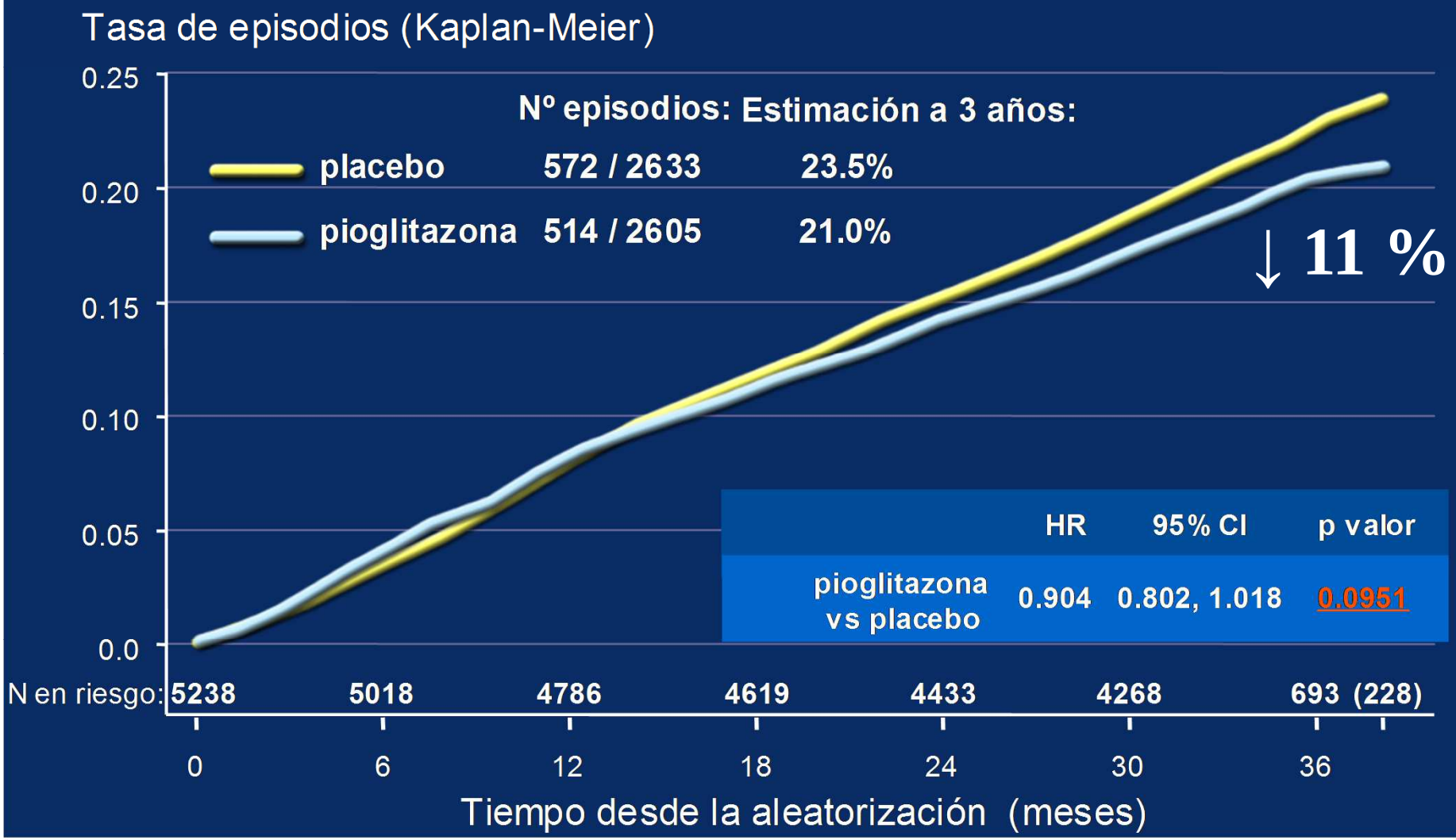
De Fronzo RA. Diabetes 2009;58:773-95.

Beneficios control intensivo a largo plazo



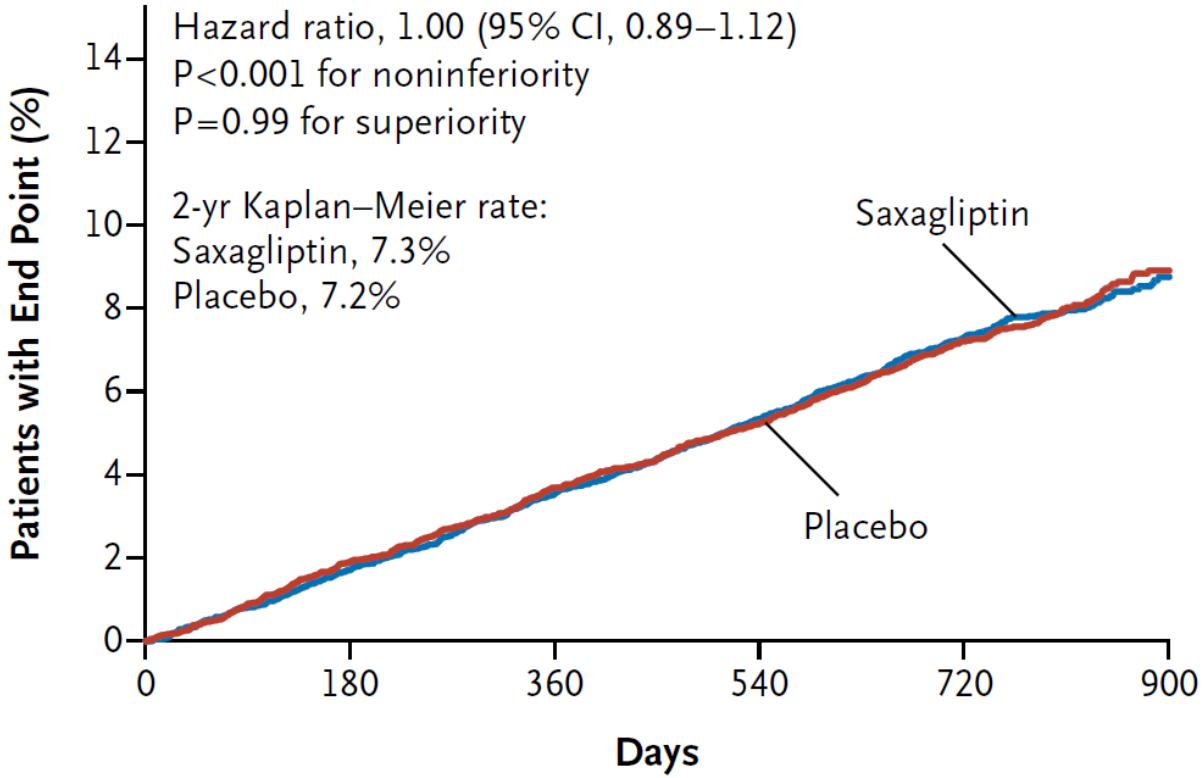
Holman RR. N Engl J Med. 2008;359:1577–1589.

Tiempo hasta la variable principal (compuesta)



Dormandy et al. PROACTIVE. Lancet. 2005;366:1279-89.

SAVOR-TIMI: Efecto de saxagliptina sobre eventos CV en DM2

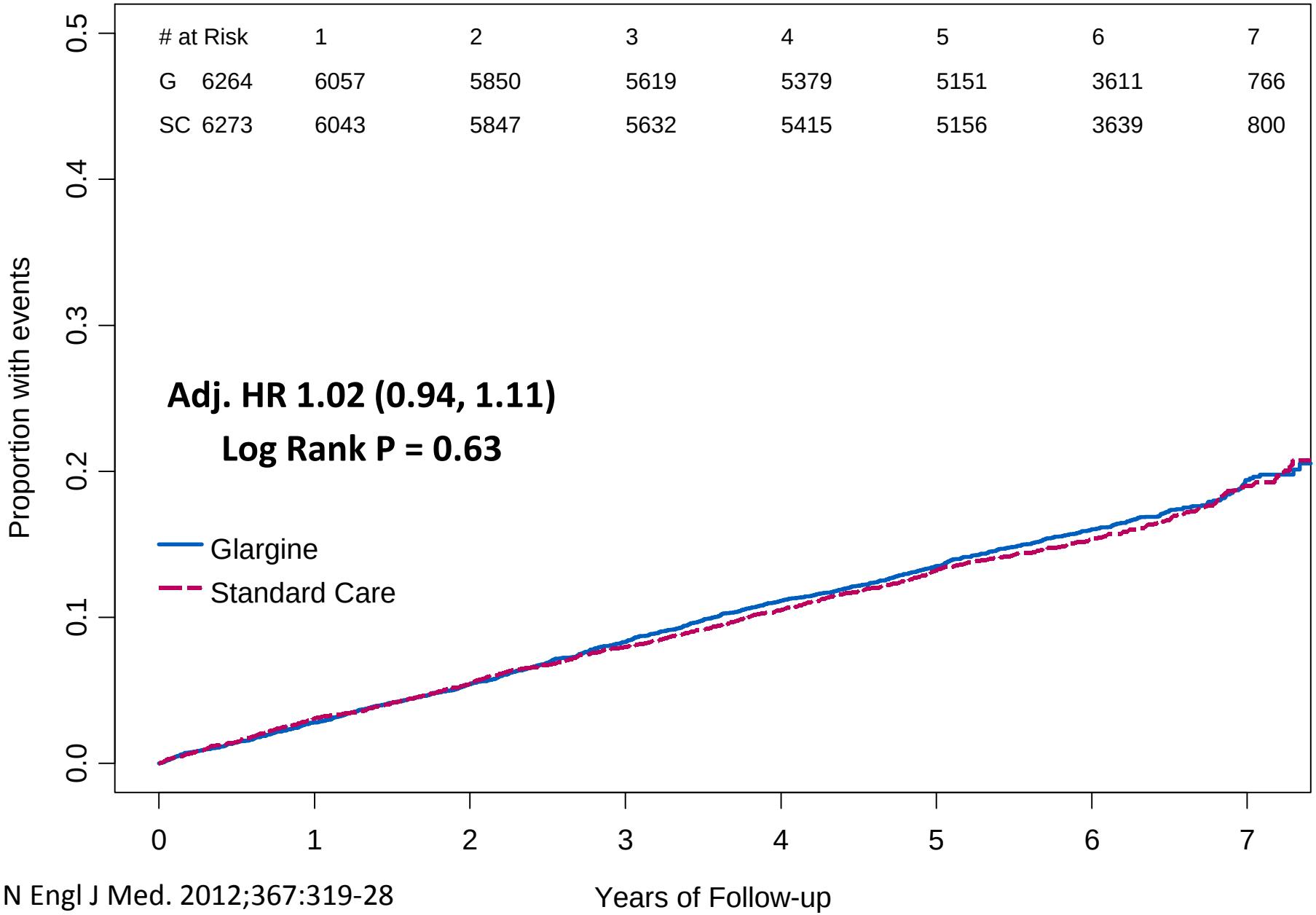


No. at Risk						
Placebo	8212	7983	7761	7267	4855	851
Saxagliptin	8280	8071	7836	7313	4920	847

Porcentaje de pacientes que sufrieron IAM, ictus isquémico o muerte de causa CV

Scirica BM. N Engl J Med. 2013;369:1317-26

1st Co-primary: MI, Stroke, or CV Death



N Engl J Med. 2012;367:319-28

Potencia

Insulina

arGLP1 – SU - Metformina

Pio - Repaglinida

iDPP4 - ISGLT2

Acarbosa

Hipoglucemias

Insulina

SU

Repaglinida

arGLP1 - iDPP4

Metformina – Acarbosa - Pio - iSGLT2

Seguridad CV

Metformina

Acarbosa

Pio - iDPP4

arGLP1 - iSGLT2

SU - Repaglinida

Insulina

Coste

arGLP1

iDPP4 - iSGLT2 - Insulina

Pioglitazona

Repaglinida

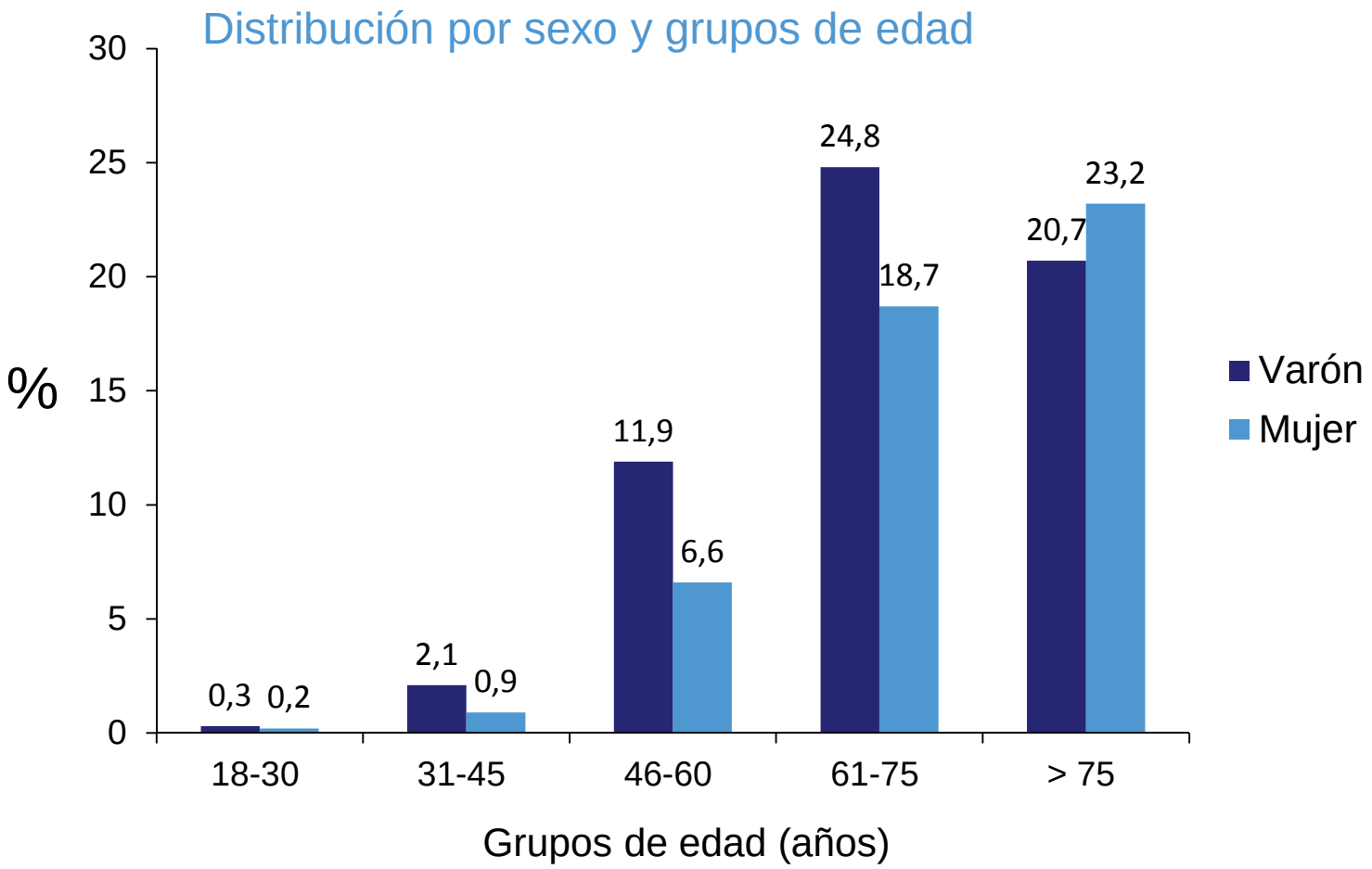
Acarbosa

SU - Metformina

Inzucchi. Diabetes Care. 2015;38:140-149

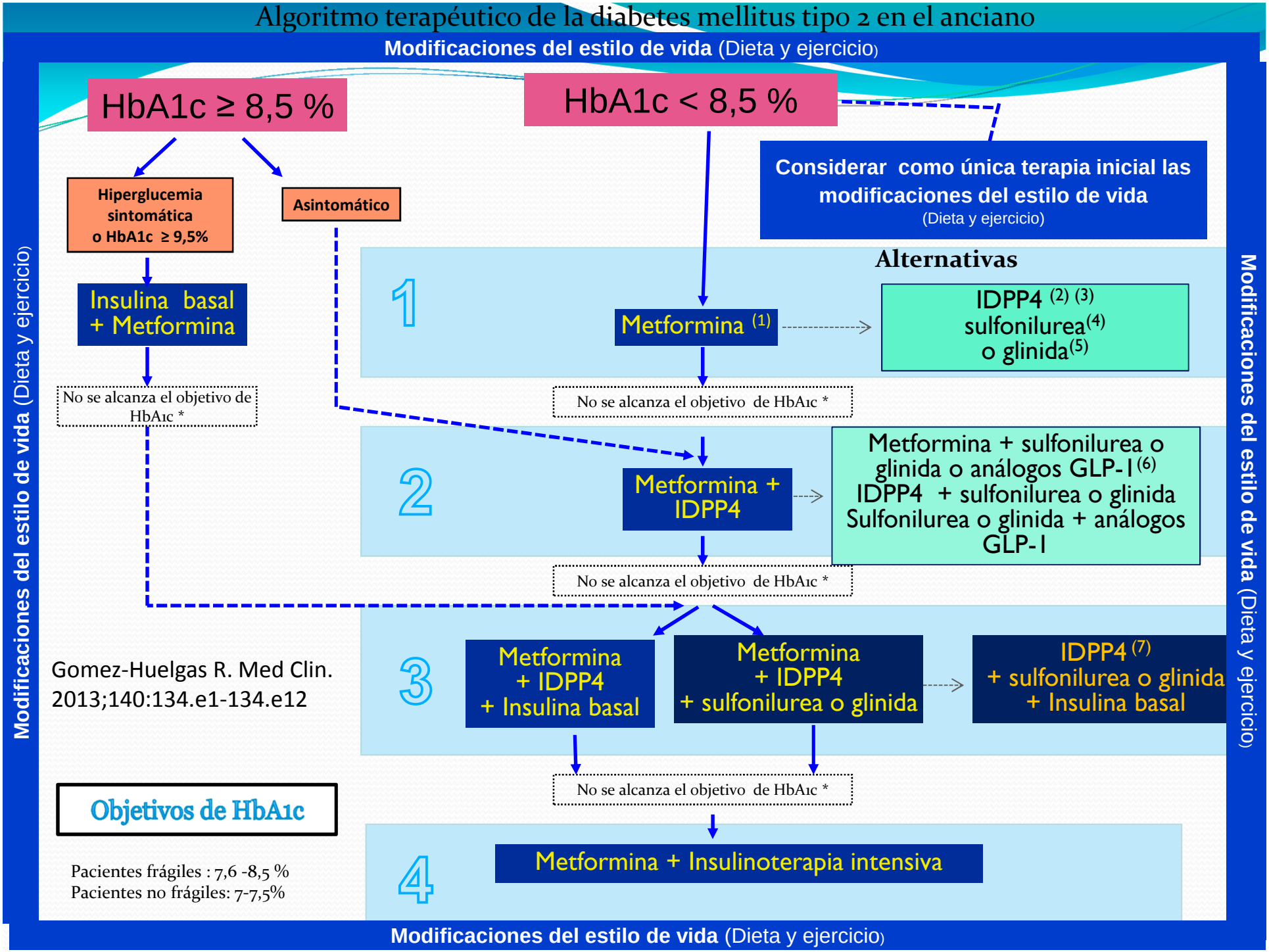
¿Nos olvidamos de algún otro factor?

Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en España



Soriguer F, et al. Diabetología 2012;55:88-93.

Algoritmo terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano



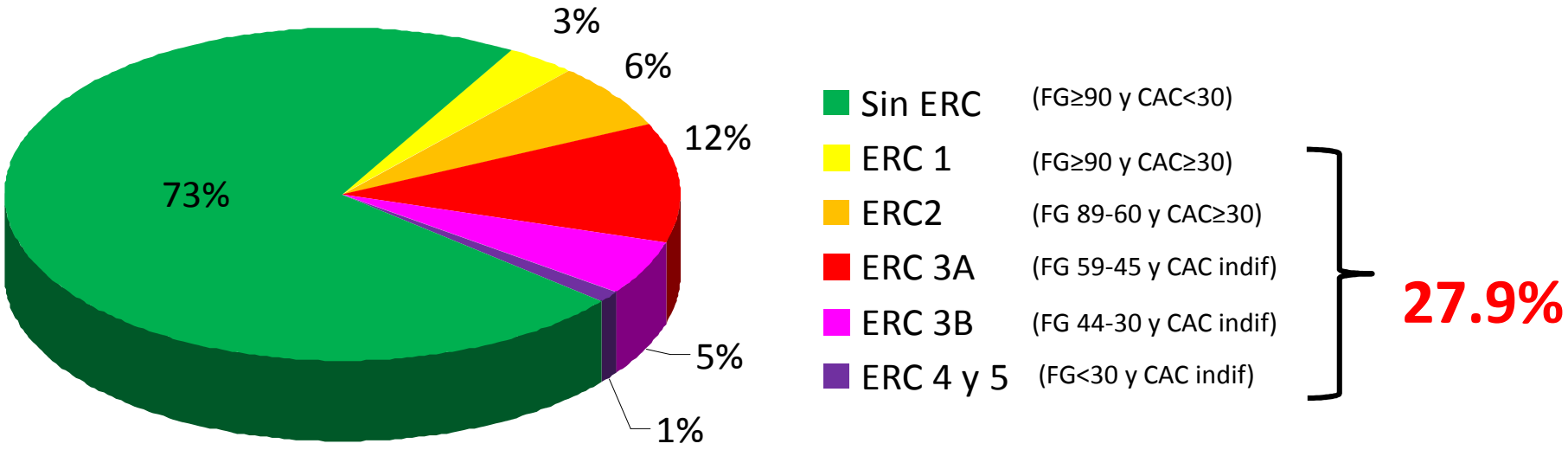
PERCEDIME 2

La prevalencia de la enfermedad renal crónica en la DM2

Estudio epidemiológico transversal. At. Primaria España

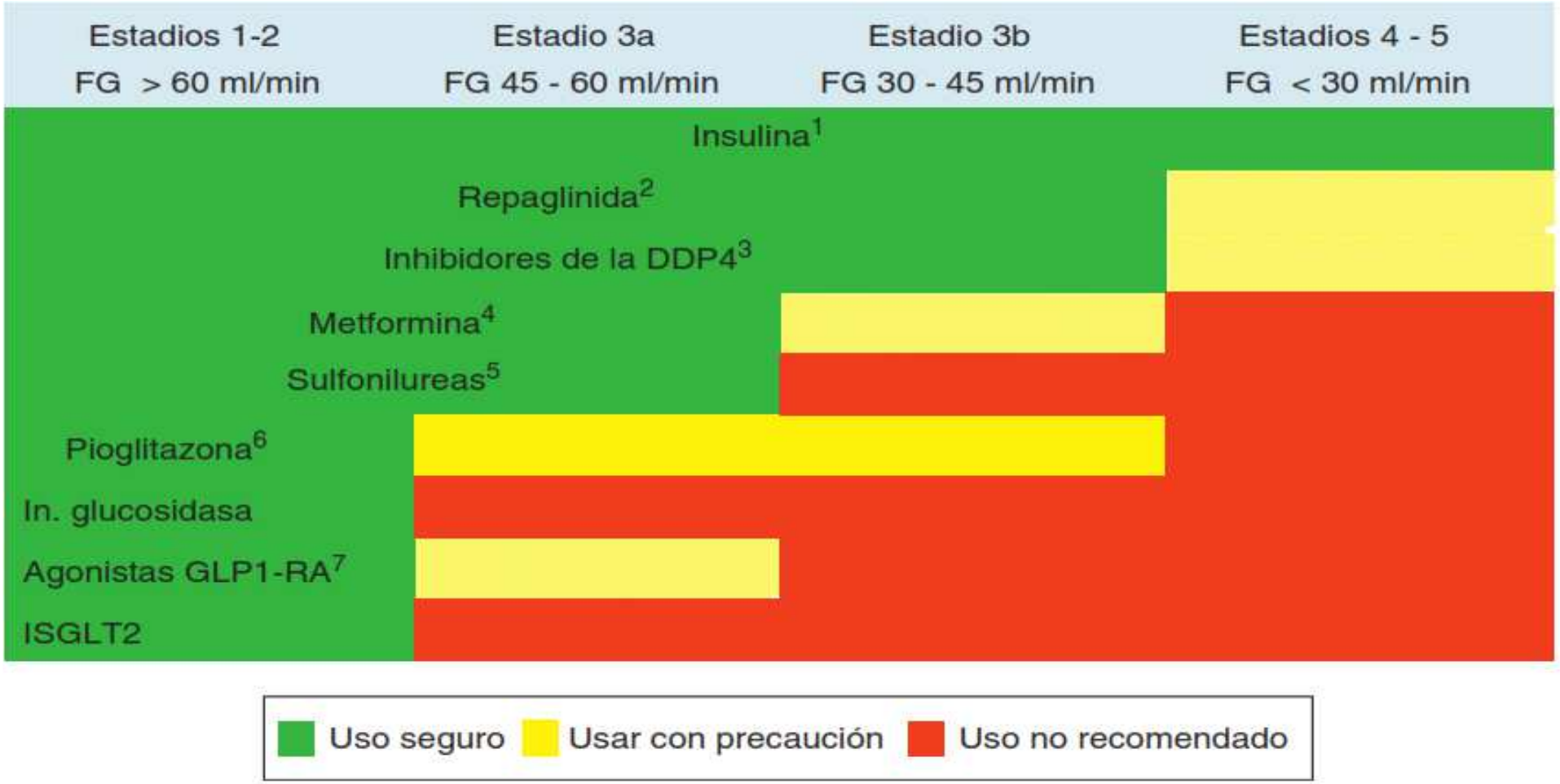
N= 1145 pacientes con DM2

Enfermedad Renal Crónica (>3meses): ↓Filtrado Glomerular y/o ↑Albuminuria (CAC)



Rodriguez-Poncelas A. BMC Nephrol. 2013;14:46.

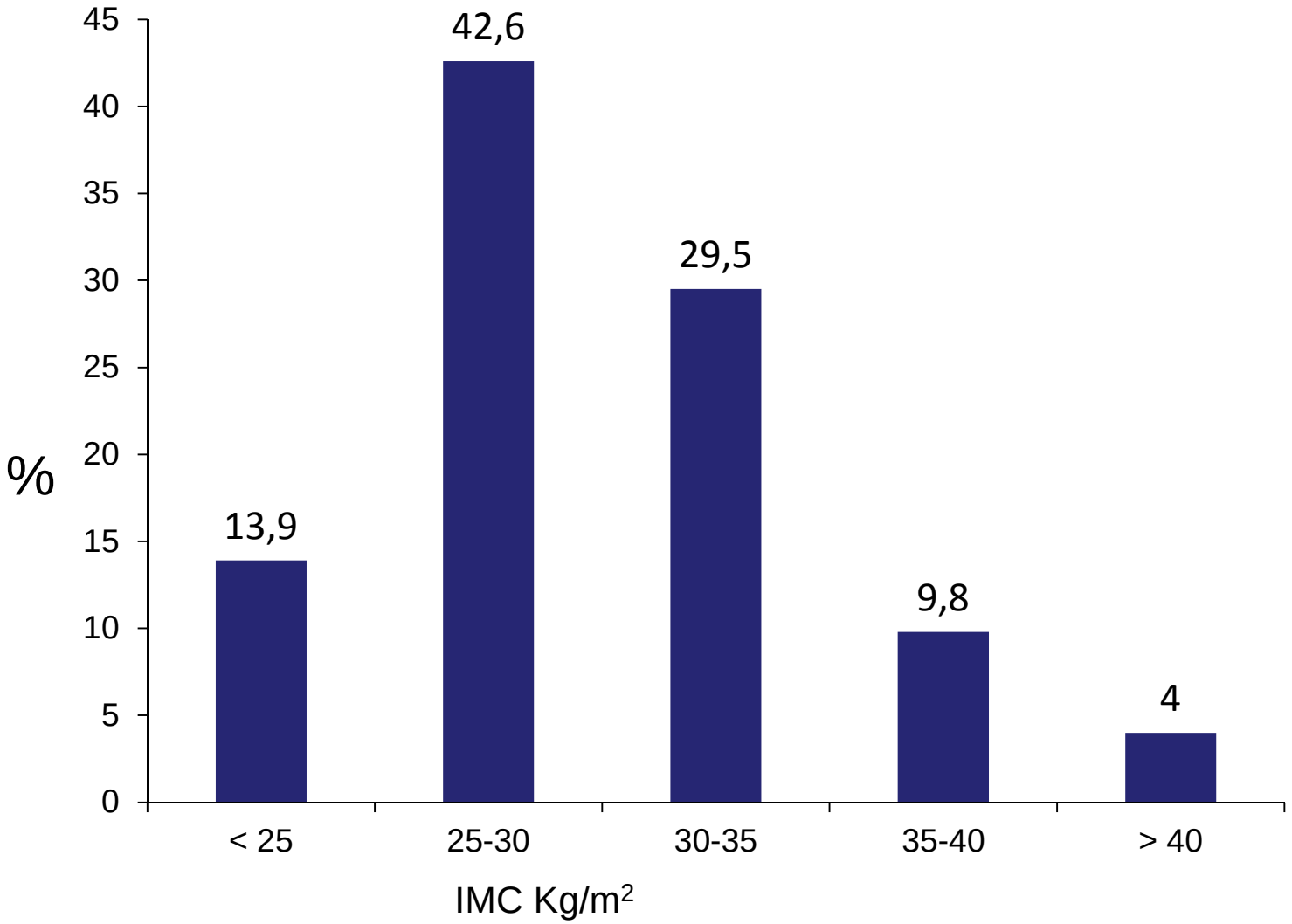
Antidiabéticos y enfermedad renal crónica (ERC)



1. Suele ser necesario reducir la dosis de insulina conforme disminuye el FG.
2. Poca experiencia de uso en diálisis.
3. Requieren ajuste de dosis, salvo linaglitptina. Poca experiencia en diálisis; saxagliptina no tiene indicación en estadio 5.
4. Reducir dosis de metformina al 50% con FG 30-45 ml/min. Monitorizar periódicamente la función renal. Suspender si enfermedad intercurrente con riesgo de deshidratación o hipoxia, o con fármacos nefrotóxicos (contrastes radioyodados).
5. En estadío 3A usar preferentemente gliclazida, gliquidona o (ajustando dosis) glipizida. Usar glimepirida, ajustando la dosis, sólo si FG > 60 ml/min. No usar glibenclamida.
6. En teoría puede usarse incluso en diálisis, pero la retención hidrosalina no hace recomendable su uso con FG < 60 ml/min.
7. Exenatida (reduciendo la dosis a 10 µg/día) y lixisenatida pueden usarse con precaución en pacientes con FG entre 30 y 50 ml/min.

Gomez Huelgas et al. Med clin 2014; 142:e1-e10

IMC en pacientes con diabetes tipo 2 en España



Diabcontrol. Pérez. A. Rev Clin Esp. 2014;214:429-436

Comorbilidad	Metformina	aGLP1	iDPP4	Insulina	Acarbosa	Glitazonas	SU	Glinidas
Obesidad (IMC>30 kg/m^2)	A	A	A	C	A	C	C	C
Albuminuria (>20 mg/g)	C	C	C	C	C	C	C	C
Insuf renal (FG<60 ml/min)	F	D[1]	D[1]	A	D[1]	A	D[1]	A
Retinopatía	C	C	C	C	C	C	C	C
Enf cardiovascular	B[2]	B[3]	B[3]	B[2]	A	B[3]	C	C
AVC	B[4]	B[3]	B[3]	B[2]	A	B[3]	C[3]	C
Insuf cardíaca (FE<50%; NYHA ≥II)	B[5] E[6]	B[3]	B[3]	D[2]	A	F	C	C
Insuf hepática	B[7] E[8]	C	C	C	C	C	F	F
Hipoglucemia grave	A	B[3]	B[3]	C	A	A	C	C
Hospitalización	C[9]	C	C	A	C	C	C[9]	C
Edad >65 años	A	B[3]	B[3]	B[2]	C	C	C	C

A (muy recomendado), **B** (recomendado), **C** (neutral), **D** (neutral menos), **E** (contraindicado), **F** (muy contraindicado)

1- Contraindicado con FG reducido (ml/min): Acarbosa (<25), iDPP4 (<50), Exenatide (<30), Liraglutide (<60), SU (<30)
2- Solo en los que no tienen hipoglucemias
3- No hay suficiente consenso
4- Metformina contraindicada en las dos semanas siguientes al AVC
5- Metformina indicada en Insuf Cardiaca clase I-II de la NYHA
6- Metformina contraindicada en Insuf Cardiaca clase III-IV de la NYHA
7- Metformina indicada en hepatopatia sin insuficiencia hepática
8- Metformina contraindicada en insuficiencia hepática
9- Metformina y SU deben suspenderse en periodos de ayuno o con uso de contrastes radiológicos

Tschöpe, D. Cardiovascular Diabetology. 2013; 12: 62

¿Qué dicen otras Guías de Práctica Clínica?

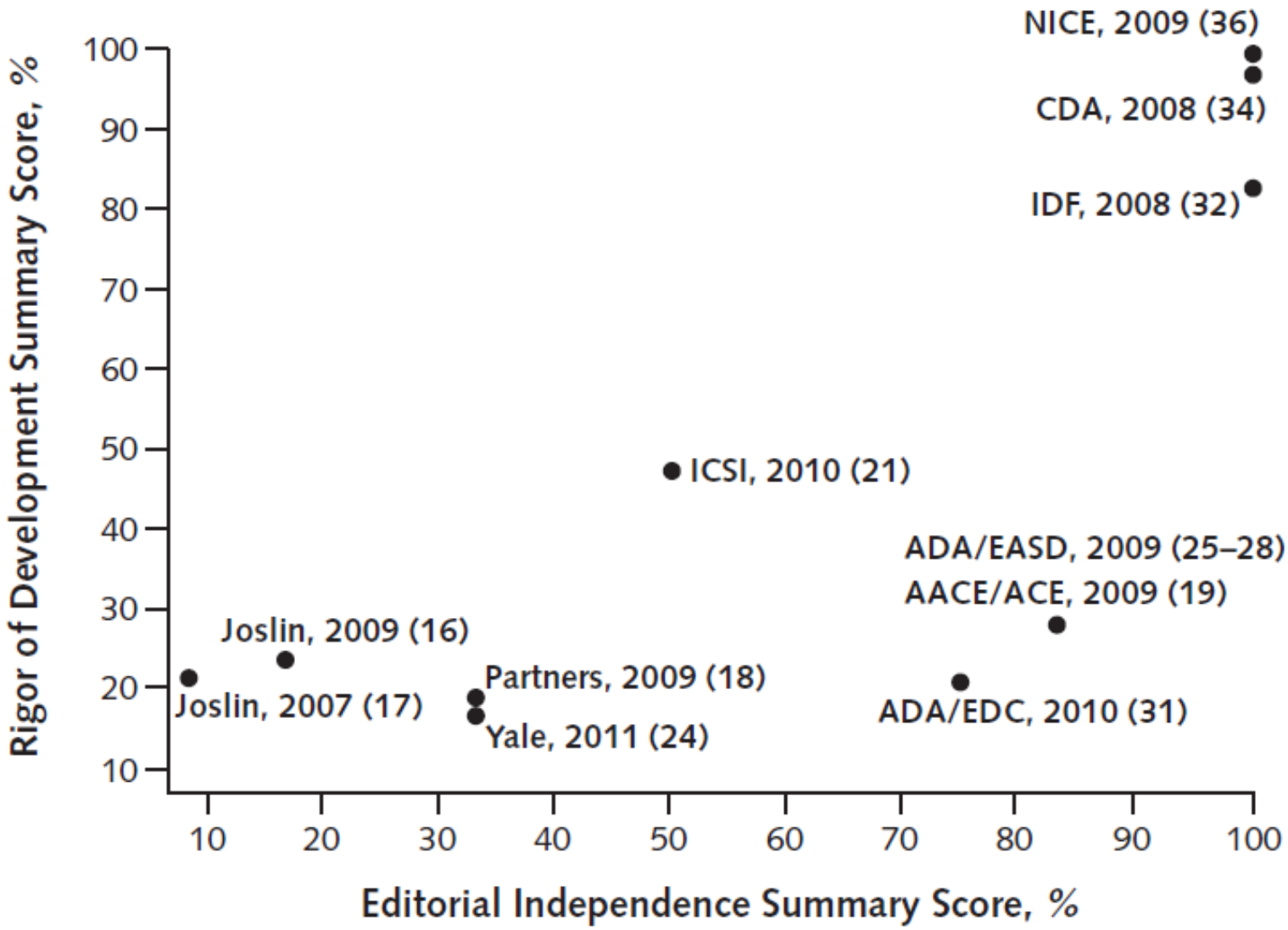
Annals of Internal Medicine | Review

Evaluation of Guideline Recommendations on Oral Medications for Type 2 Diabetes Mellitus

A Systematic Review

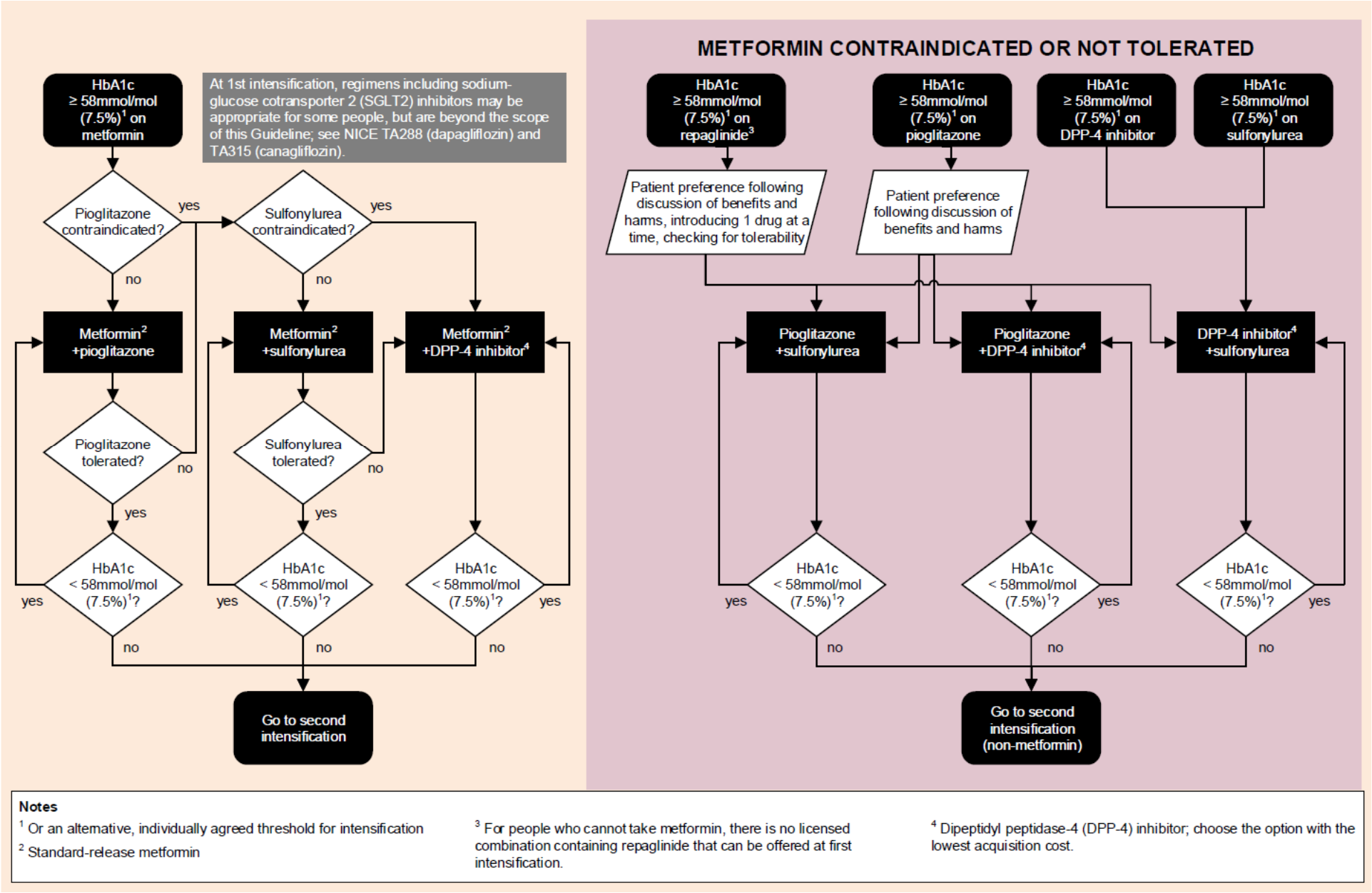
Wendy L. Bennett, MD, MPH; Olaide A. Odelola, MD, MPH; Lisa M. Wilson, ScM; Shari Bolen, MD, MPH; Saranya Selvaraj, BS; Karen A. Robinson, PhD; Eric B. Bass, MD, MPH; and Milo A. Puhan, MD, PhD

Ann Intern Med. 2012;156:27-36.


NICE, 2009 (36)
CDA, 2008 (34)
IDF, 2008 (32)
ICSI, 2010 (21)
ADA/EASD, 2009 (25–28)
AACE/ACE, 2009 (19)
Joslin, 2009 (16)
Partners, 2009 (18)
Joslin, 2007 (17)
Yale, 2011 (24)
ADA/EDC, 2010 (31)
Rigor of Development Summary Score, %
Editorial Independence Summary Score, %
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100

Algoritmo de tratamiento de la DM2 - NICE 2015

Primera intensificación



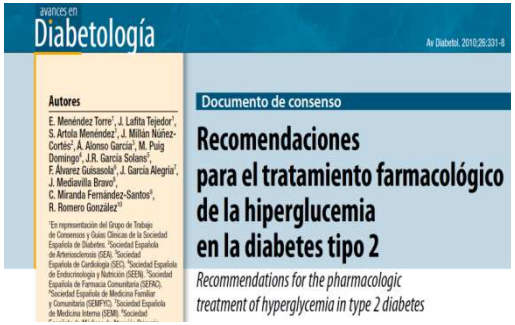
Notes

[1] Or an alternative, individually agreed threshold for intensification

[2] Standard-release metformin

[3] For people who cannot take metformin, there is no licensed combination containing repaglinide that can be offered at first intensification.

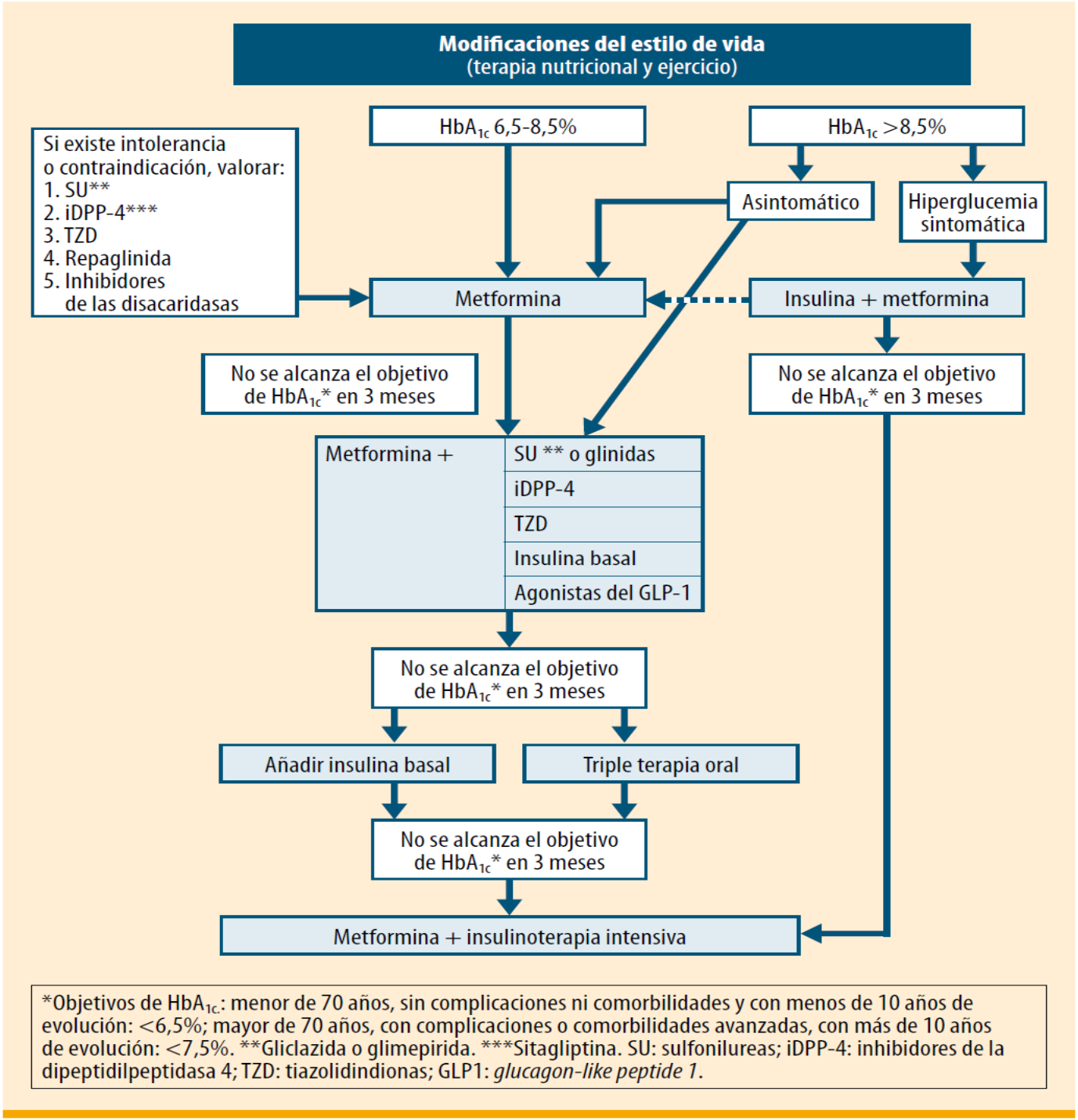
[4] Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitor; choose the option with the lowest acquisition cost.



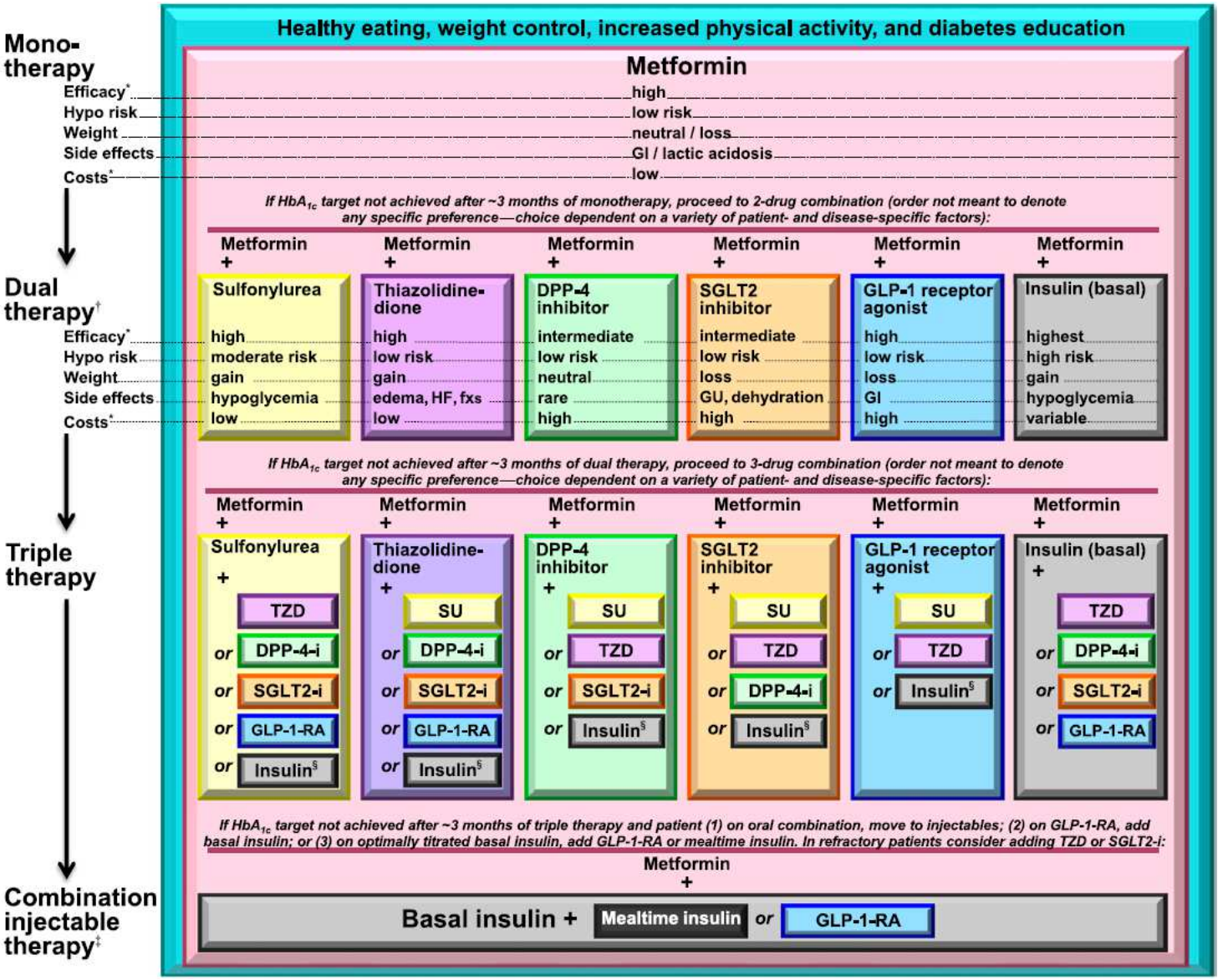
Promovido por la Sociedad Española de Diabetes (SED) en colaboración con

- Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA)
- Sociedad Española de Cardiología (SEC)
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)
- Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Sociedad Española de Médicos Generales (SEMG)
- Sociedad Española de Nefrología (SEN)

Av Diabetol. 2010; 26 :331-8

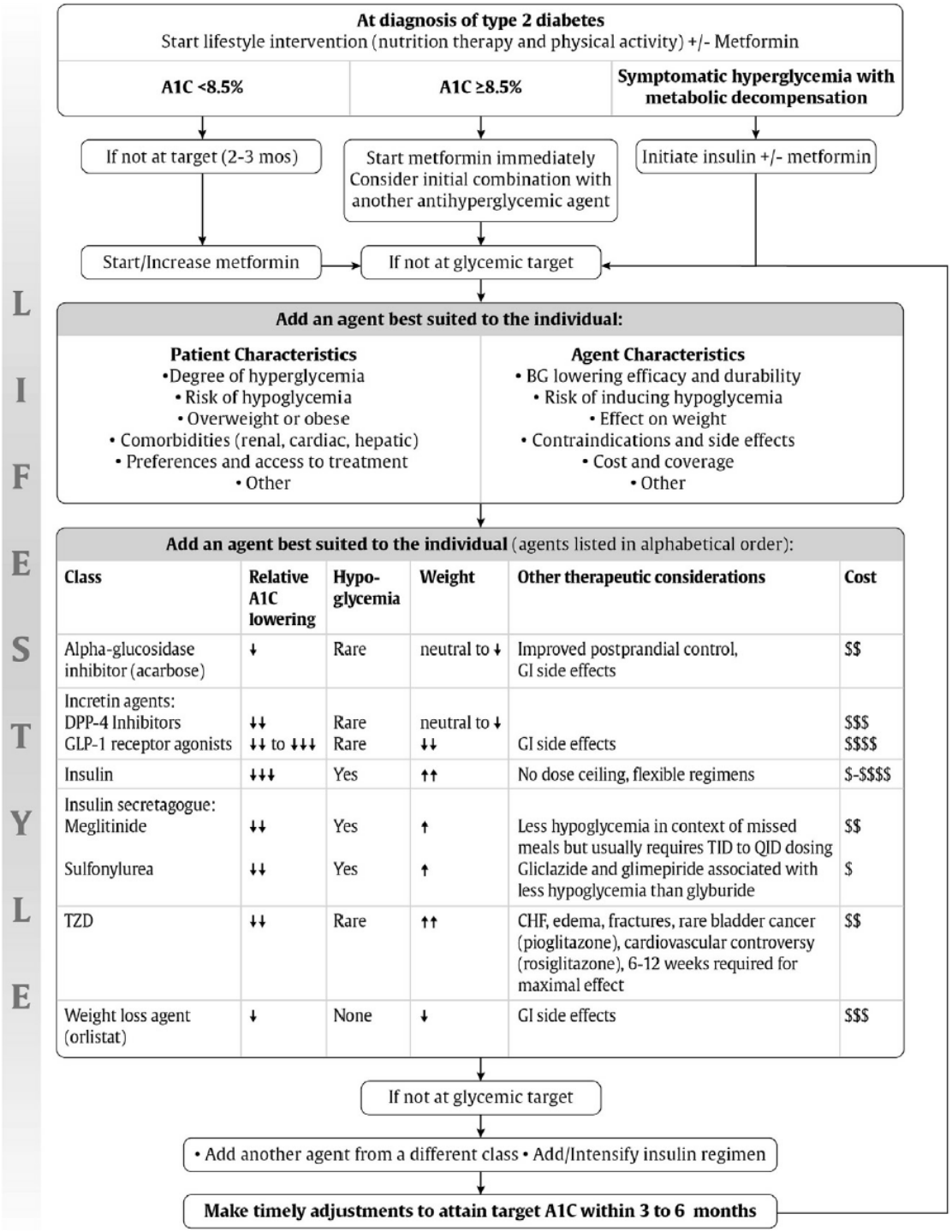


Algoritmo tratamiento DM2 ADA/EASD 2015

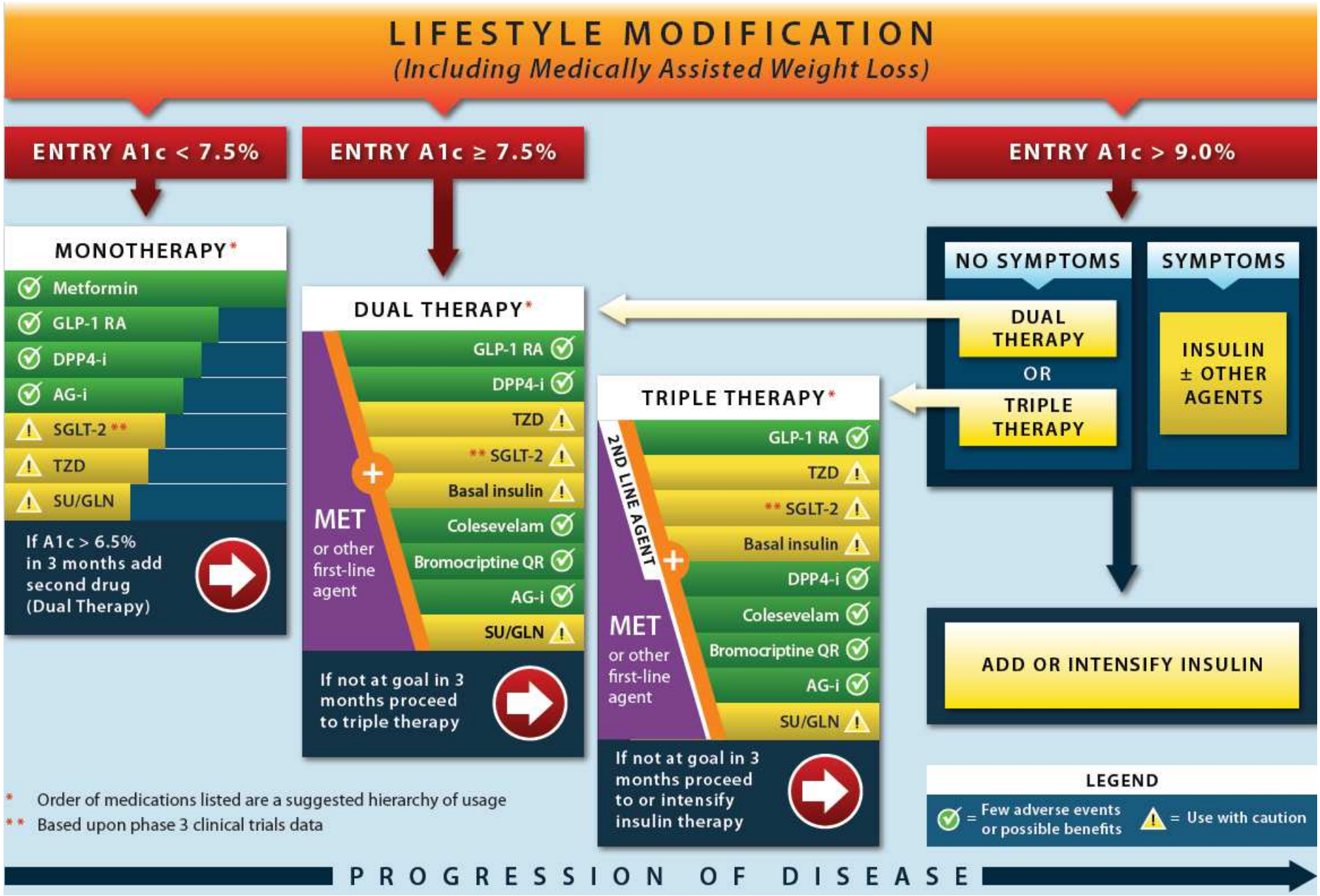


Inzucchi. Diabetes Care. 2015;38:140-149

Guía Canadiense 2013

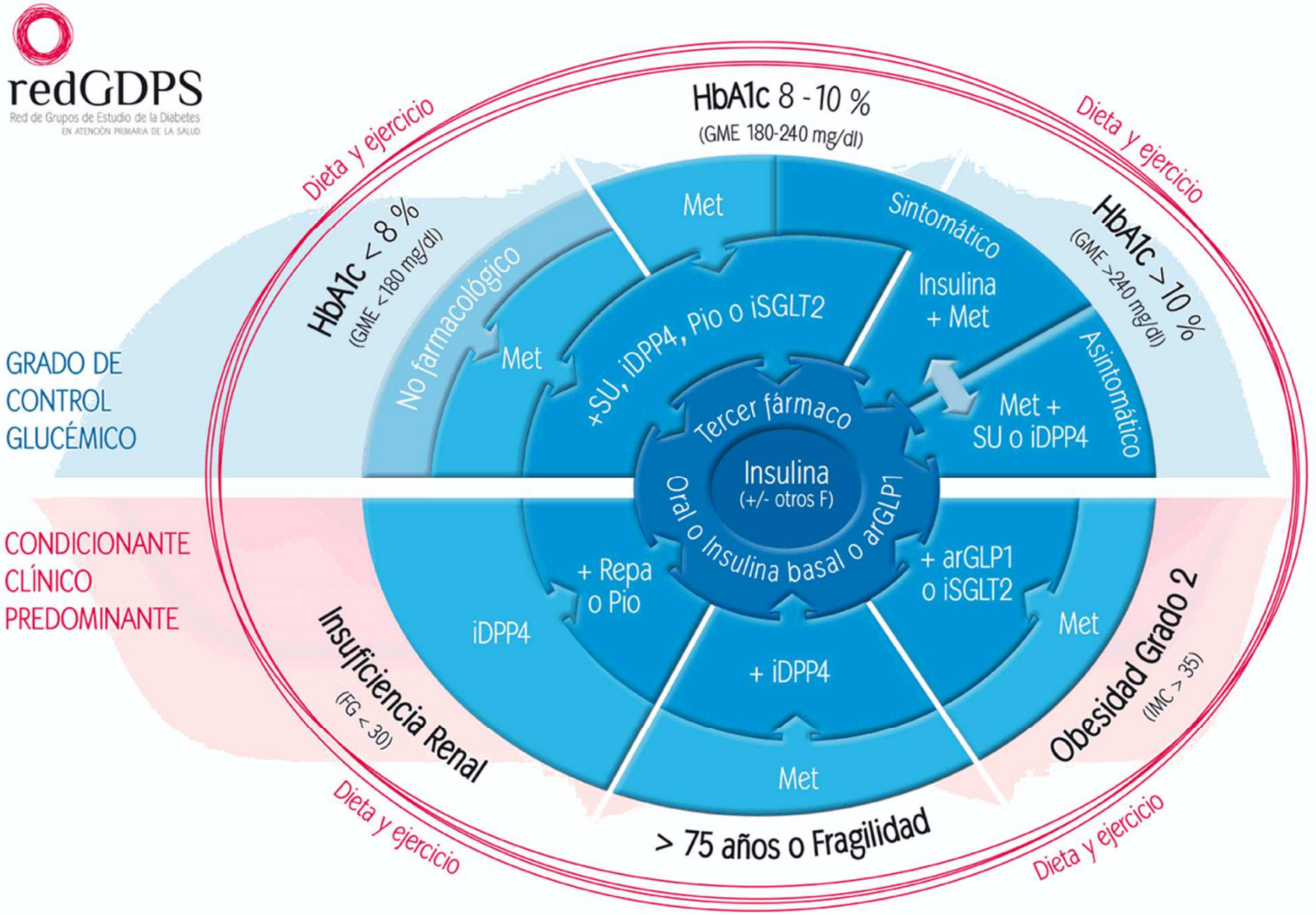


Algoritmo tratamiento Diabetes tipo 2 AACE



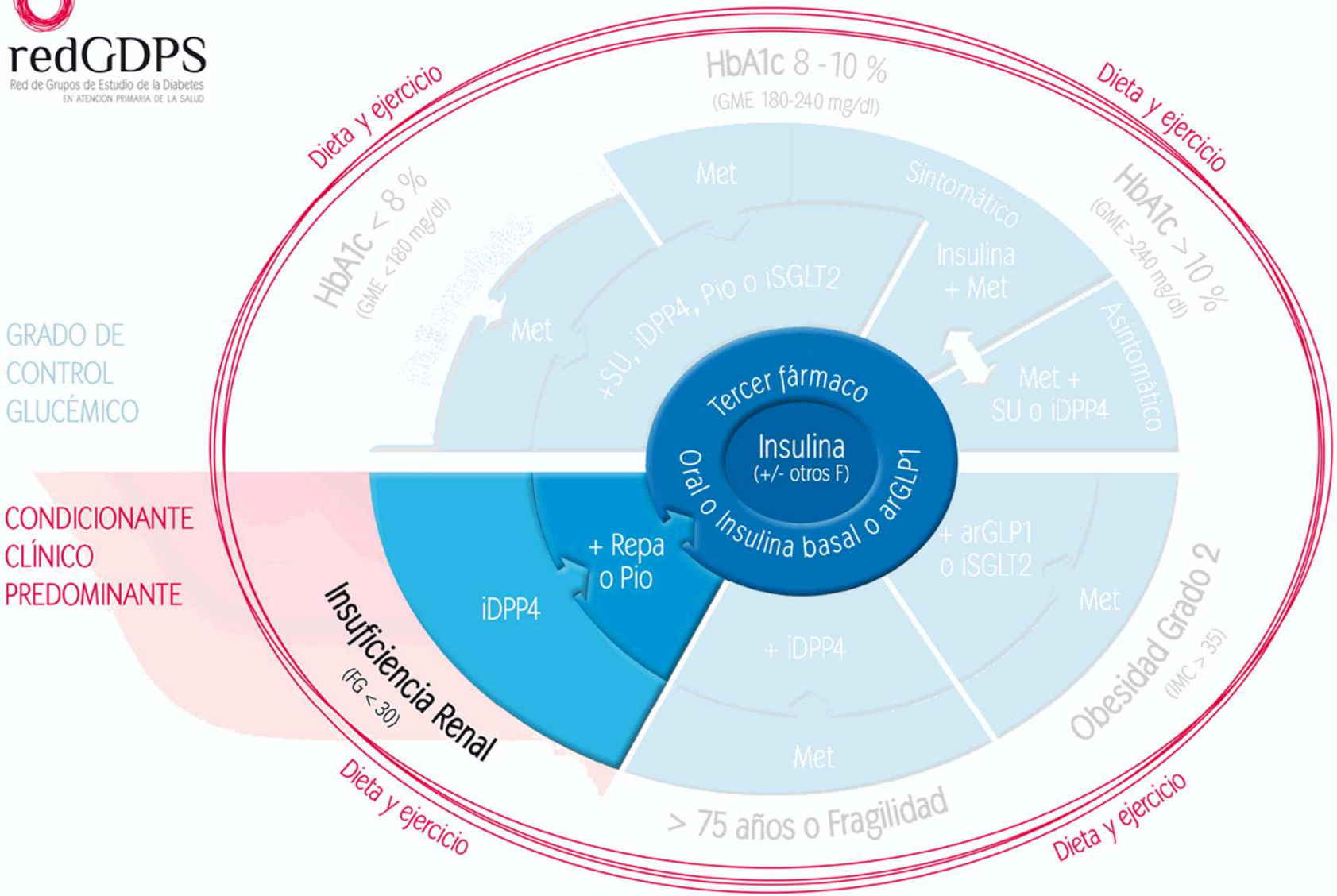
Garber AJ. Endocrine Practice 2013

¿Cómo se debe utilizar el algoritmo de la redGDPS?



Diabetes Práctica 2014;5:18-20. Disponible en www.redgdps.org

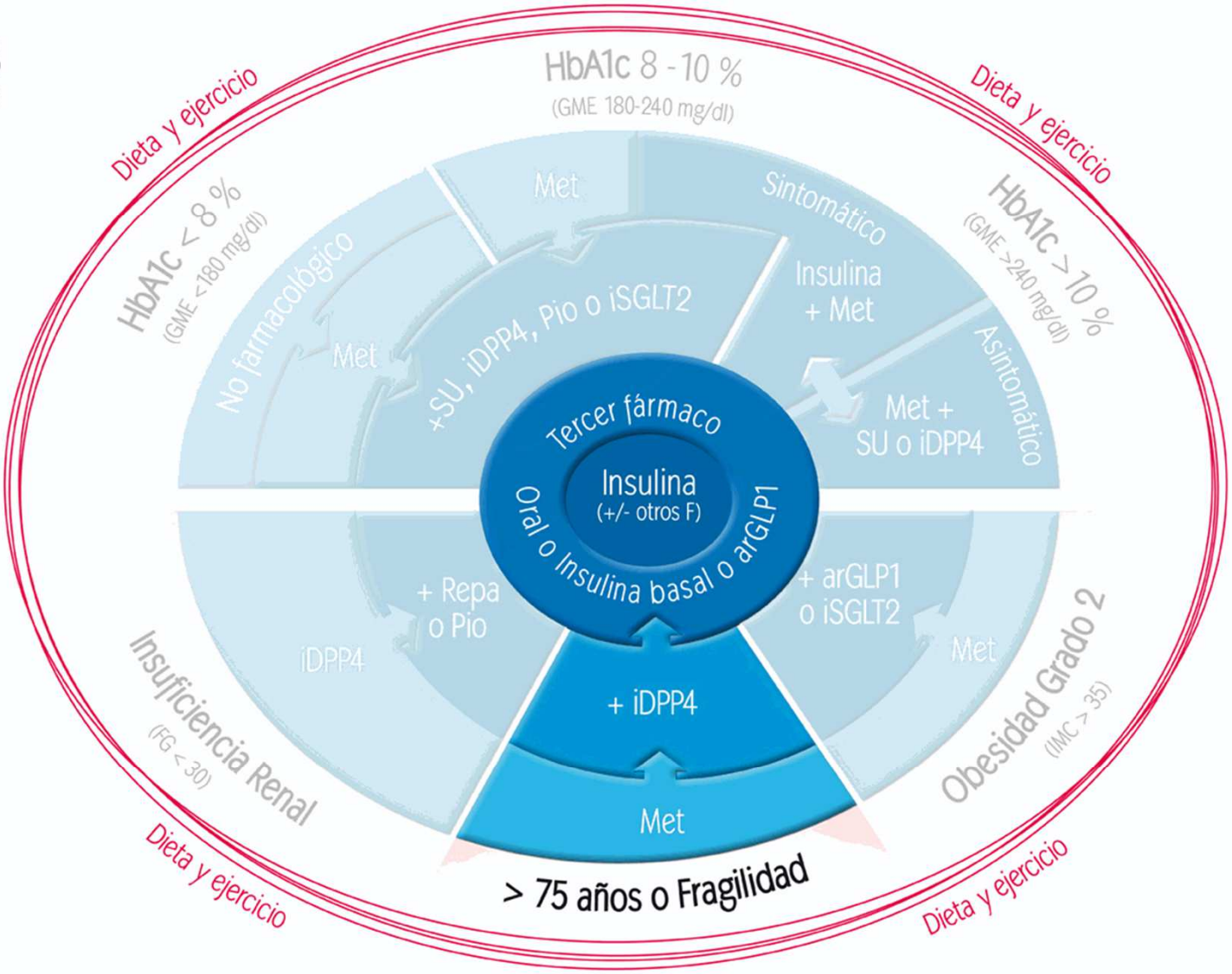
redGDPS
Red de Grupos de Estudio de la Diabetes
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



redGDPS
Red de Grupos de Estudio de la Diabetes
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO

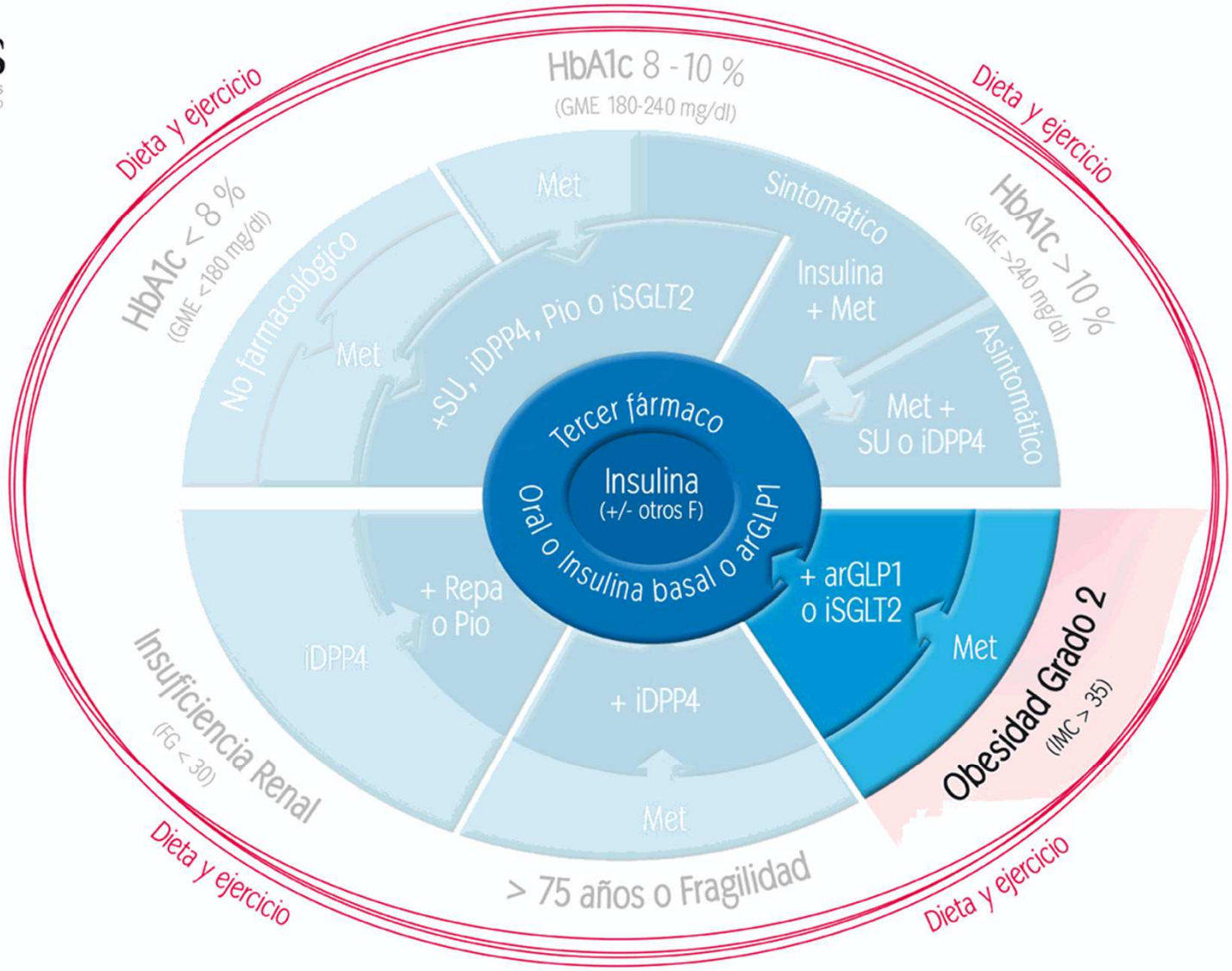
CONDICIONANTE CLÍNICO PREDOMINANTE



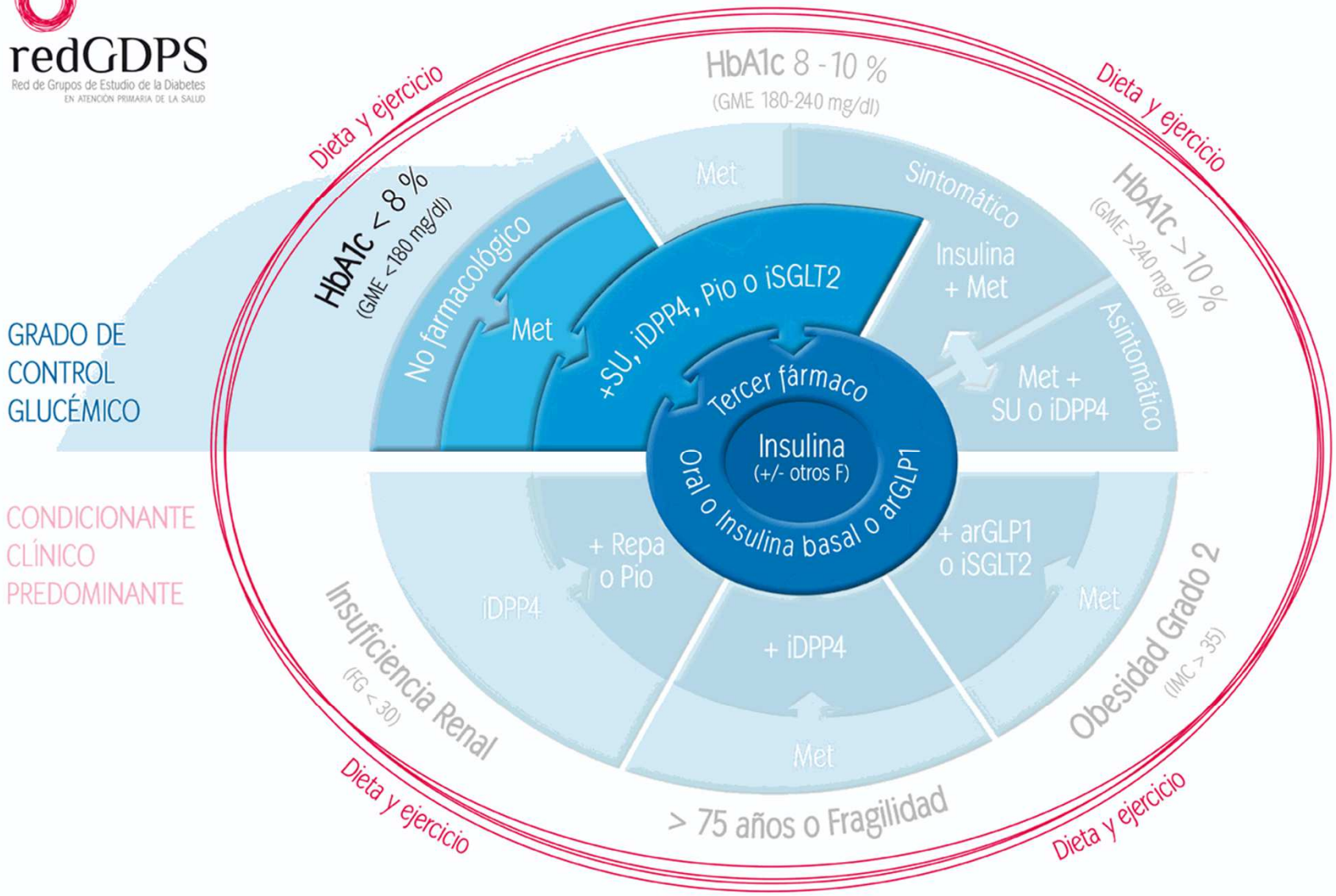
redGDPS
Red de Grupos de Estudio de la Diabetes
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO

CONDICIONANTE CLÍNICO PREDOMINANTE



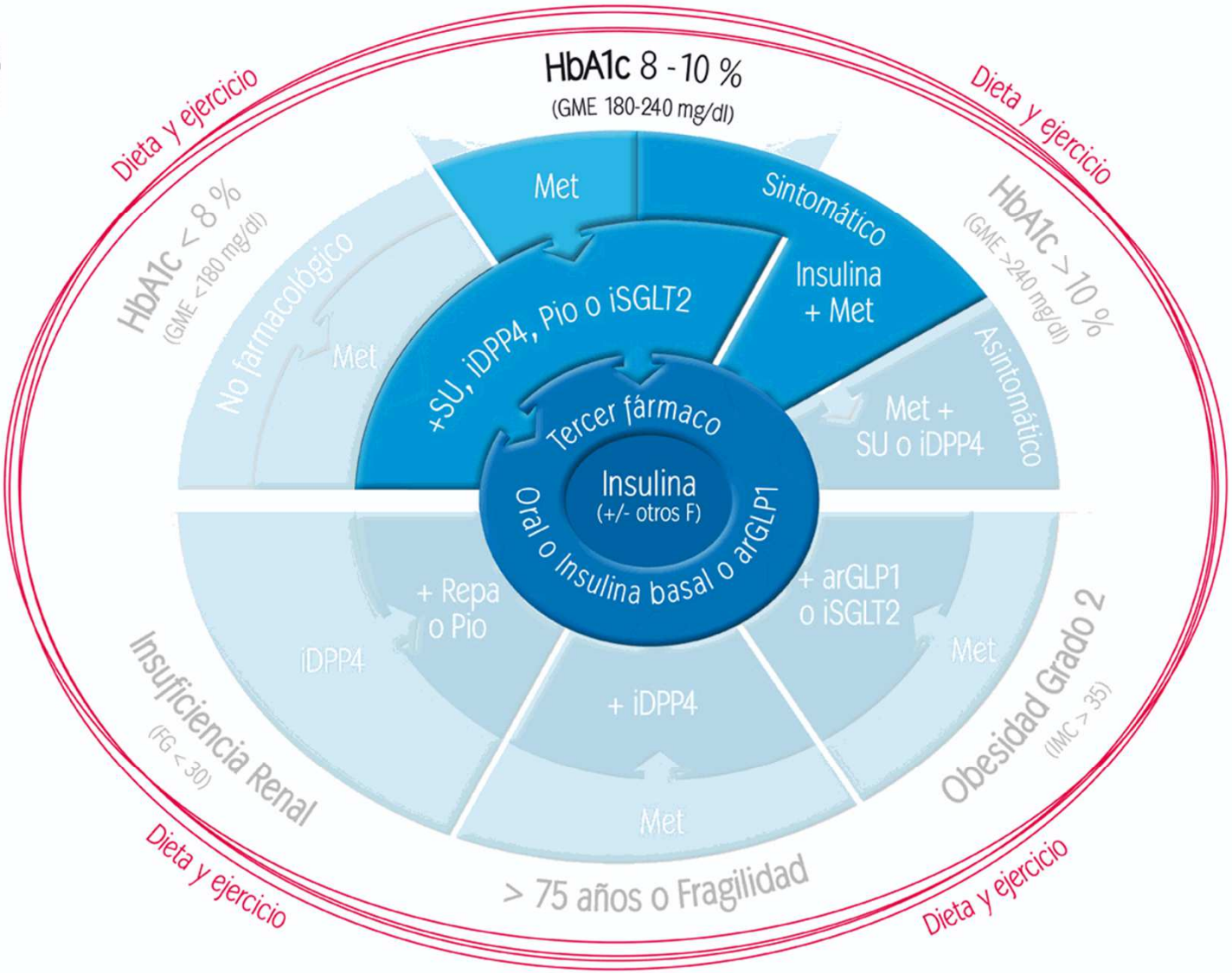
redGDPS
Red de Grupos de Estudio de la Diabetes
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



redGDPS
Red de Grupos de Estudio de la Diabetes
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO

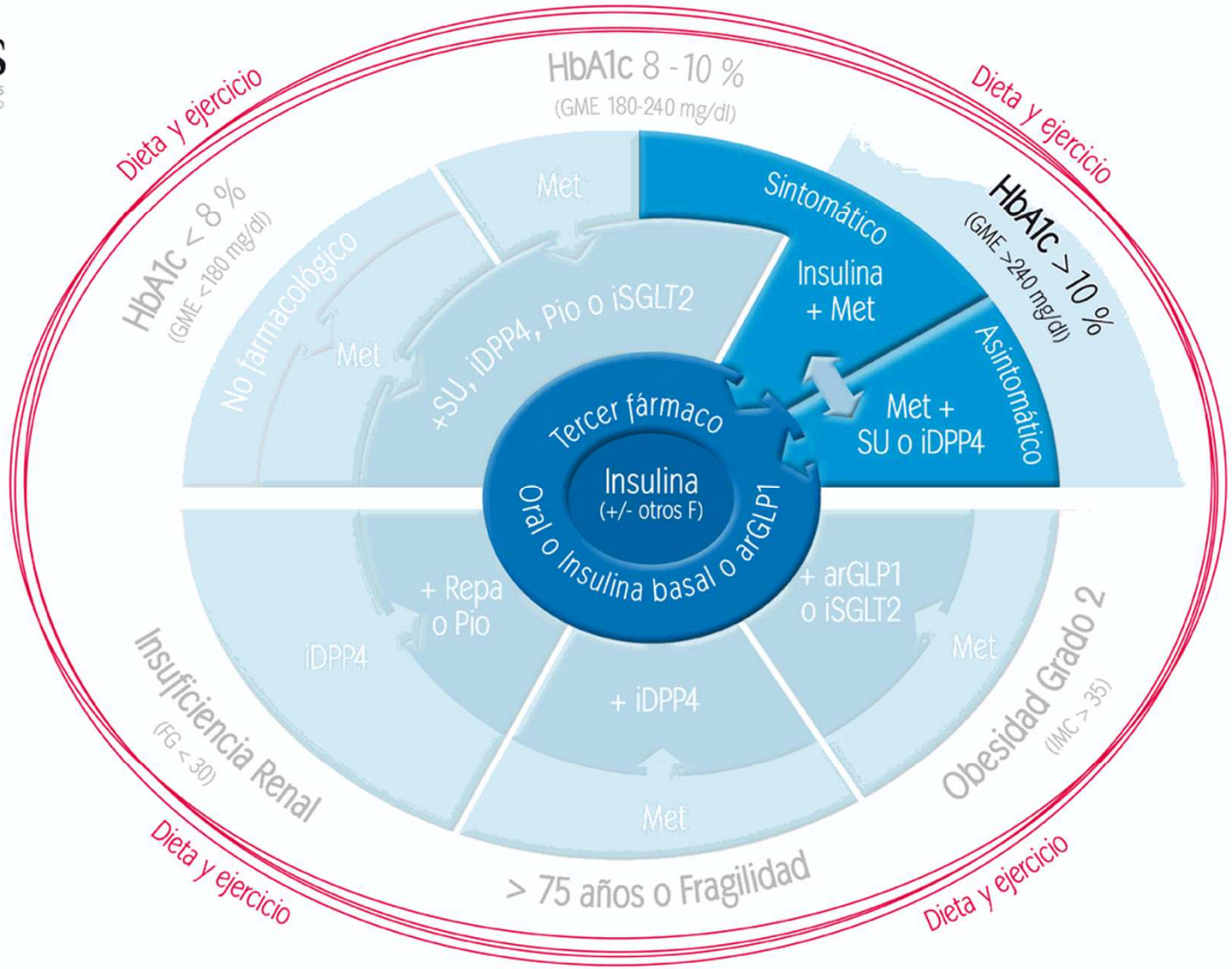
CONDICIONANTE CLÍNICO PREDOMINANTE



redGDPS
Red de Grupos de Estudio de la Diabetes
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO

CONDICIONANTE CLÍNICO PREDOMINANTE



¿Qué aporta el algoritmo de la redGDPS?

1. Elaborado por médicos de Atención Primaria

2. Incluye los nuevos fármacos

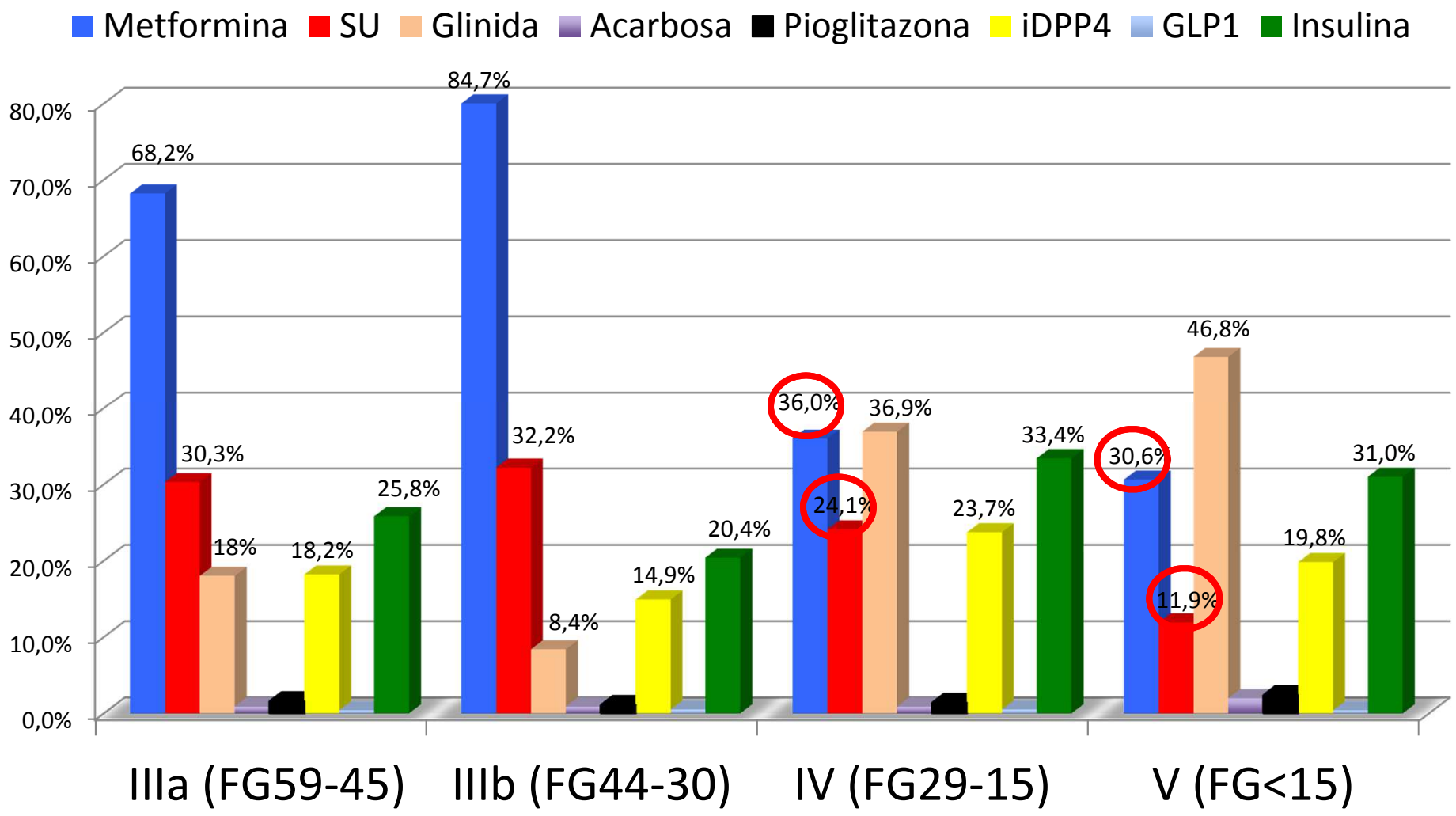
3. Formato novedoso y de fácil manejo

4. Individualiza el objetivo de control

5. Individualiza el tratamiento en función de:
   a. Grado de control glucémico
   b. Condicionante clínico predominante

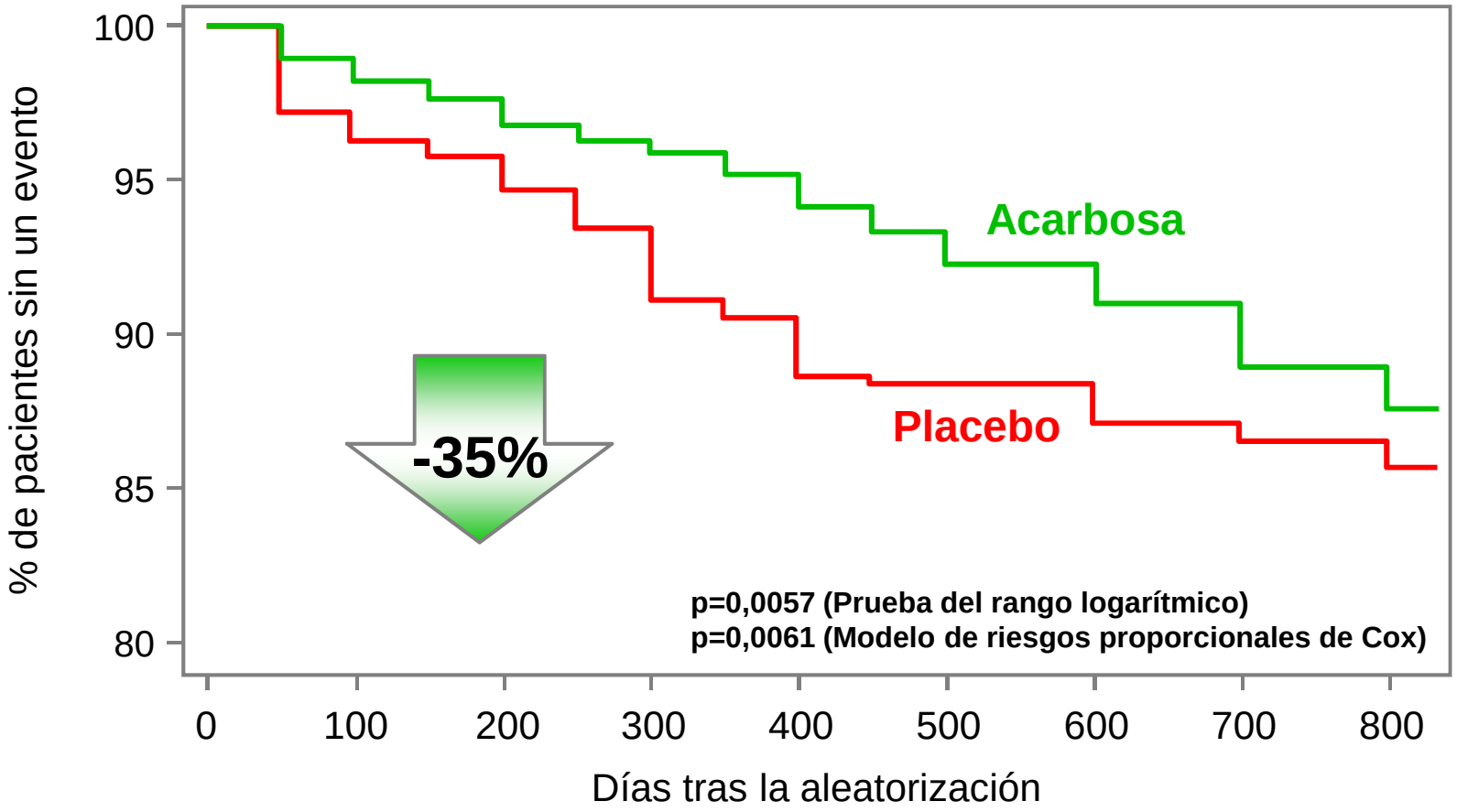
¿alguna duda?

Prescripción de fármacos antidiabéticos en pacientes con insuficiencia renal (FG<60 ml/min)



Los porcentajes son sobre el total de pacientes con DM2 de cada estadio de la enfermedad renal al que se le ha prescrito un tratamiento (sea en monoterapia o en tratamiento combinado)

Tiempo transcurrido hasta la aparición de un evento CV durante los tratamientos con Acarbosa o placebo



Hanefeld M, et al. *Eur Heart J* 2004; 25:10-16.