

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

II Congreso Ibérico de Medicina Interna

OVIEDO

17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"

VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna

**DIABETES MELLITUS TIPO 2 y MEDICINA INTERNA:
¿PODEMOS HACER ALGO MÁS?**

**Alfredo Michán Doña
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera**



Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



- **Potenciales conflictos de intereses.**
 - En temas relacionados con la diabetes he actuado como consultor con MSD, participado en ensayos clínicos con MSD y Sanofi-Aventis y he impartido presentaciones financiadas por Almirall, Esteve, Ferrer Grupo, GSK, Lilly, MSD, Novartis, Novo Nordisk, Sanofi-Aventis y Servier.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



- **¿Cuál es la mejor estrategia para el tratamiento DM2? ¡Hoy en día!**
- **¿Hay diferencias de perfil entre los pacientes de A. Primaria y M. Interna?**
- **¿Tenemos que realizar un tratamiento individualizado según estos perfiles?**
- **¿No nos equivocamos de objetivo?**
- **Conclusiones: la tarea pendiente.**

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



- **¿Cuál es la mejor estrategia para el tratamiento DM2? ¡Hoy en día!**
- **¿Hay diferencias de perfil entre los pacientes de A. Primaria y M. Interna?**
- **¿Tenemos que realizar un tratamiento individualizado según estos perfiles?**
- **¿No nos equivocamos de objetivo?**
- **Conclusiones: la tarea pendiente.**

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?

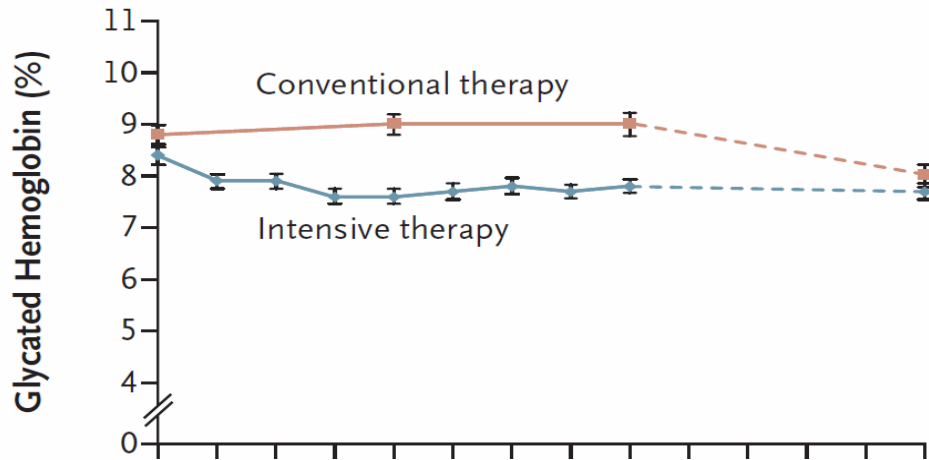


“A la hora de establecer recomendaciones deben ofrecerse, en primer lugar, aquellas que han demostrado ser eficaces”.

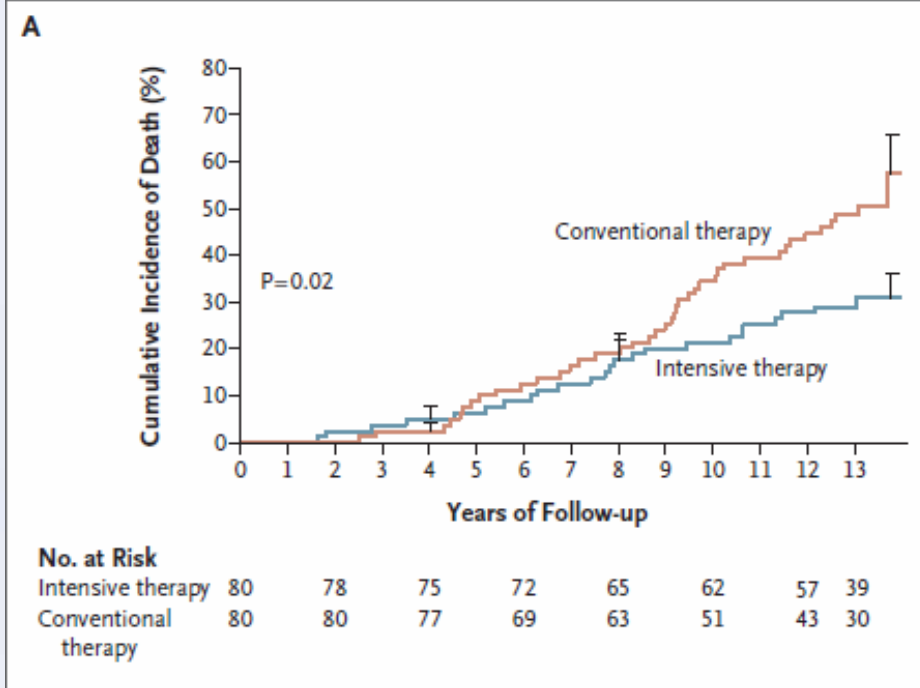
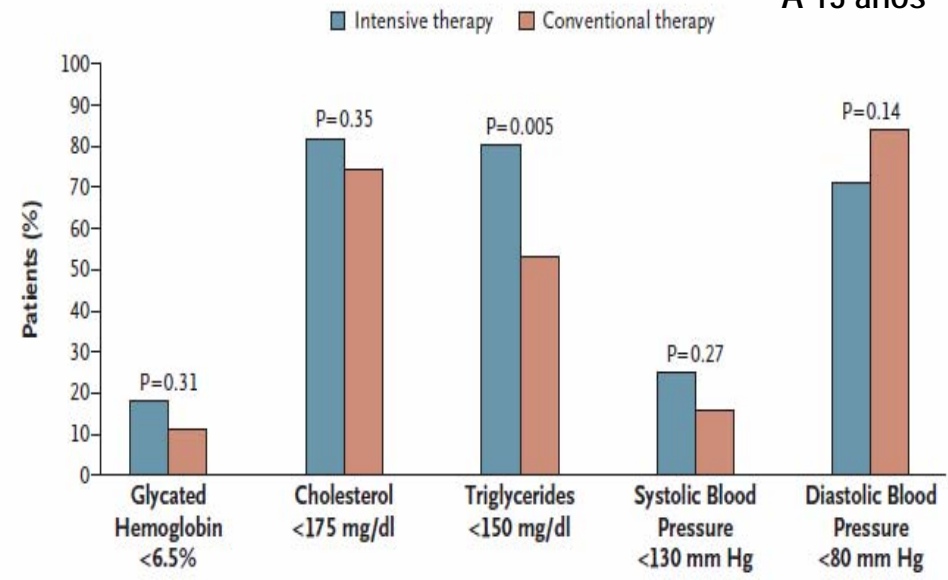
Dr. de Cajón. Perogrullo Med J, 2.010.



STENO 2 Gaede y cols, 2008, Tratados 7,8 años, seguidos 5,5 años más

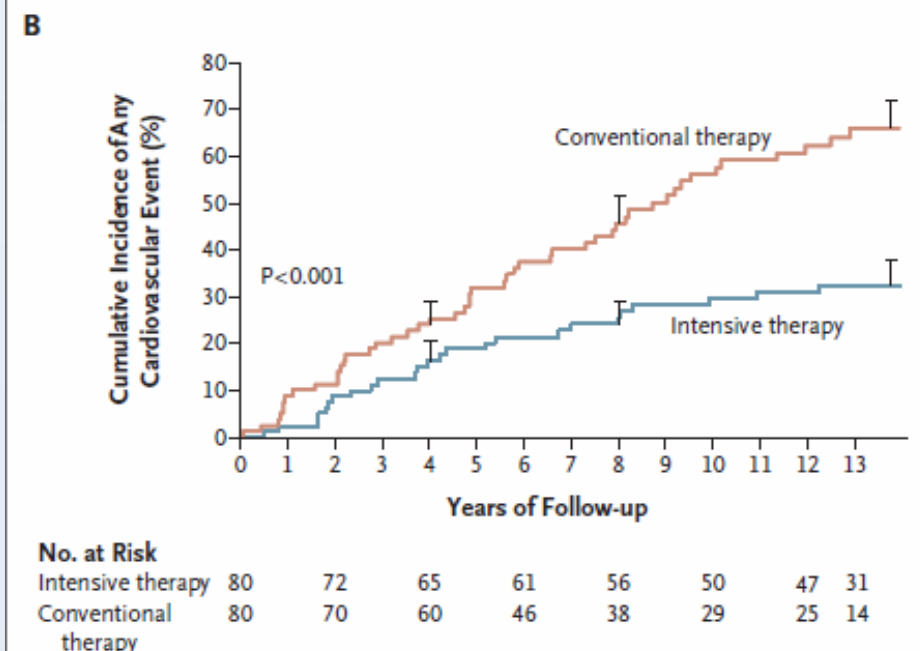


A 13 años



No. at Risk

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Intensive therapy	80	78	75	72	65	62	57	39						
Conventional therapy	80	80	77	69	63	51	43	30						



No. at Risk

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Intensive therapy	80	72	65	61	56	50	47	31						
Conventional therapy	80	70	60	46	38	29	25	14						

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Table 1. Clinical, Demographic, Biochemical, and Other Characteristics of the Patients.*

Characteristic or Variable	At Baseline		At End of Intervention Study		At End of Follow-up	
	Intensive Therapy (N=80)	Conventional Therapy (N=80)	Intensive Therapy (N=67)	Conventional Therapy (N=63)	Intensive Therapy (N=55)	Conventional Therapy (N=38)
Clinical and demographic						
Age (yr)	54.9±7.2	55.2±7.2	62.1±7.2	63.1±6.8	66.0±7.0	66.1±6.8
Duration of follow-up (yr)	NA	NA	7.8±0.4	7.8±0.3	13.3±0.4	13.3±0.4
Body-mass index						
Men	29.3±3.6	30.3±5.3	30.0±4.3	30.8±5.6	31.1±4.6	30.2±5.7
Women	31.1±4.5	28.9±3.8	33.8±6.8	30.0±4.4	34.7±7.0	33.4±4.3
Waist circumference (cm)						
Men	105±10	107±14	108±10	112±14	112±11	110±17
Women	100±14	101±13	108±14	107±11	112±13.7	115±10.5

Gaede P y cols. N Engl J Med 2008; 358 (6): 580-91.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Body-mass index						
Men	29.3±3.6	30.3±5.3	30.0±4.3	30.8±5.6	31.1±4.6	30.2±5.7
Women	31.1±4.5	28.9±3.8	33.8±6.8	30.0±4.4	34.7±7.0	33.4±4.3
Waist circumference (cm)						
Men	105±10	107±14	108±10	112±14	112±11	110±17
Women	100±14	101±13	108±14	107±11	112±13.7	115±10.5
Blood pressure (mm Hg)						
Systolic	146±11	149±19	131±13	146±18†	140±14	146±18
Diastolic	85±10	86±11	73±11	78±10†	74±8	73±7
Current smoker (%)	40	35	31	27	22	18

Gaede P y cols. N Engl J Med 2008; 358 (6): 580-91.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Biochemical						
Fasting plasma glucose (mg/dl)	182±56	189±54	129±45	178±71†	160±55	170±61
Glycated hemoglobin (%)	8.4±1.6	8.8±1.7	7.9±1.2	9.0±1.8†	7.7±1.2	8.0±1.4
Fasting serum C peptide (pmol/liter)						
Median	846	863	676	751	704	630
Range	294–1655	300–1686	117–2524	59–3650	80–3030	183–3495
Stimulated serum C peptide (pmol/liter)						
Median	1438	1514	1140	1090	1310	912
Range	680–3315	644–3170	141–3930	84–5418	217–3560	291–4270
Fasting serum cholesterol (mg/dl)						
Total	210±41	233±50	159±34	216±50†	147±34	155±32
Low-density lipoprotein	133±36	137±37	83±30	126±36†	71±29	77±28
High-density lipoprotein	40±9	39±11	47±16	45±12	51±15	47±15

Gaede P y cols. N Engl J Med 2008; 358 (6): 580-91.

¿Qué condiciona este beneficio en el estudio STENO?



IAM

- HbA1c 13 %
- PAS 11%
- Tabaco 3%
- **Lípidos 73%**
 - HDL 25%
 - LDL 48%

ACV

- HbA1c 3%
- PAS 25%
- Tabaco 8%
- **Lípidos 64%**
 - HDL 25%
 - LDL 39%

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Asociación Estatinas y desarrollo de Diabetes

Estatina	N	Odds Ratio	95% IC
Global	91,140	1.09	1.02 - 1.17
Atorvastatina	7,773	1.14	0.89 - 1.46
Simvastatina	18,815	1.11	0.97 - 1.26
Rosuvastatina	24,714	1.18	1.04 - 1.33
Pravastatina	33,627	1.03	0.90 - 1.19
Lovastatina	6,211	0.98	0.70 - 1.38

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



- ¿Cuál es la mejor estrategia para el tratamiento DM2? ¡Hoy en día!
- ¿Hay diferencias de perfil entre los pacientes de A. Primaria y M. Interna?
- ¿Tenemos que realizar un tratamiento individualizado según estos perfiles?
- ¿No nos equivocamos de objetivo?
- Conclusiones: la tarea pendiente.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Med Clin (Barc). 2010;135(13):600–607



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Artículo especial

Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007).

Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud

The evolution of quality care indicators of patients with type 2 diabetes in the Spanish primary care (1996–2007). The RedGEDAPS quality of care program

Josep Franch Nadal^a, Sara Artola Menéndez^{b,*}, Javier Diez Espino^c, Manel Mata Cases^d y en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud

^a EAP Raval Sud, Barcelona, España

^b CS Hereza (A9), Leganés, Madrid, España

^c CS Tafalla, Tafalla, Navarra, España

^d EAP La Mina, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Tabla 3

Características generales de las muestras analizadas en el programa de mejora continua de la calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud 1996-2007*

	España 1996	España 1998	España 2000	España 2002	España 2007
n	5.781	8.036	6.202	8.366	5.121
Edad media, (x±DE) años	66,7±10	68,3±10,7	67,3±10,9	67,7±11,3	68,2±11,7
Mayores de 65 años, %	62	66,6	60,2	63,6	63,3
Varones	43	48	49	46	51,2
Mujeres	57	52	51	54	48,8
Años evolución DM2	7,7±7,4	9,2±7,3	8,1±6,8	7,9±6,9	7,6±6,5
Promedio IMC (kg/m ²)	29,2±4,9	29,1±4,9	29,8±4,8	29,8±4,9	29,9±4,8
Promedio HbA1c (%)	7,3±1,8	7,2±1,7	7,0±1,6	7,2±1,5	6,7±2,4
Promedio PAS (mmHg)	144±18	142±17	140±16	139±16	130±16
Promedio PAD (mmHg)	81±12	80±9	80±13	79±9	73±9
Promedio colesterol total (mg/dl)	224±46	222±41	213±40	205±40	183±36
Promedio colesterol HDL (mg/dl)	50±16	51±14	51±13	53±14	46±14
Tratamiento DM2 (%)					
Dieta sola	24	26,6	27,2	24,4	22,1
Fármacos orales	55,9	54	52,1	55,5	61,2
Insulina	18	16,7	15,9	13,4	9,3
Insulina+fármacos orales	2,1	2,7	4,7	6,7	7,3

DM2: diabetes mellitus tipo 2; HbA1c: hemoglobina glucosilada; HDL: lipoproteínas de alta densidad; IMC: índice de masa corporal; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

* Las variables numéricas se representan con la media ± desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se representan en porcentajes sobre el total de la columna.

Franch Nadal J y cols. Med Clin (Barc) 2.010; 135 (13): 600-7.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



**MANejo TERapéutico en CÁdiz de la Diabetes Tipo 2:
ESTUDIO MANTECA2**



Grupo GERVA

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



ORIGINALES

Factores pronósticos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ingresados en Servicios de Medicina Interna: mortalidad y reingreso hospitalario en un año (estudio DICAMI)

M. Montero Pérez-Barquero^a, R. Martínez Fernández^a, I. de los Mártires Almingol^b, A. Michán Doña^c y P. Conthe Gutiérrez^d; Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (estudio DICAMI)

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Lozano Blesa. Zaragoza.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital de Jerez. Cádiz. ^dServicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Rev Clin Esp 2007; 207 (7): 322-30.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



	GEDAPS A.P. España 2.007	MANTECA2 A.P. Cádiz 2.010	DICAMI M.I. España 2.003
N	5.121	258	482
Edad	68 ±12	67 ± 9,8	73,5 ± 8,9
>65 años (%)	63,3	60,8	-
H//M (%)	51,2 // 48,8	56 // 44	47,5 // 52,5
Años evol.	7,6 ± 6,5	8,5 ± 6,6	9,98
IMC	29,9 ± 4,8	30,6 ± 4,9	28,7 ± 5,1
HbA1c	6,7 ± 2,4	7,24 ± 1,3	7,5 ± 1,7

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



	GEDAPS 2.007	MANTECA2 2.010	DICAMI 2.003
PAS	130 ± 16	135 ± 15	140 ± 27
PAD	73 ± 9	77 ± 9	75 ± 15
Col Total	183 ± 36	192 ± 42	183 ± 49
HDL colt	46 ± 14	49 ± 13	45 ± 17
(%) Dieta	22,1	3,5	14,4
(%) ADOs	61,2	69,3	47,9
(%) Insulina	16,6	27,2	37,7
(%) Combo	7,3	19,5	5,4

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



- ¿Cuál es la mejor estrategia para el tratamiento DM2? ¡Hoy en día!
- ¿Hay diferencias de perfil entre los pacientes de A. Primaria y M. Interna?
- ¿Tenemos que realizar un tratamiento individualizado según estos perfiles?
- ¿Grupos terapéuticos y Guías actuales?
- Conclusiones: la tarea pendiente.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



¿Cuál es la mejor estrategia para tratar la hiperglucemia en la DM 2?

HbA1c	< 7.0 %
Glucosa capilar preprandial	70 – 130 mg/dl
Glucosa capilar Postprandial	< 180 mg/dl

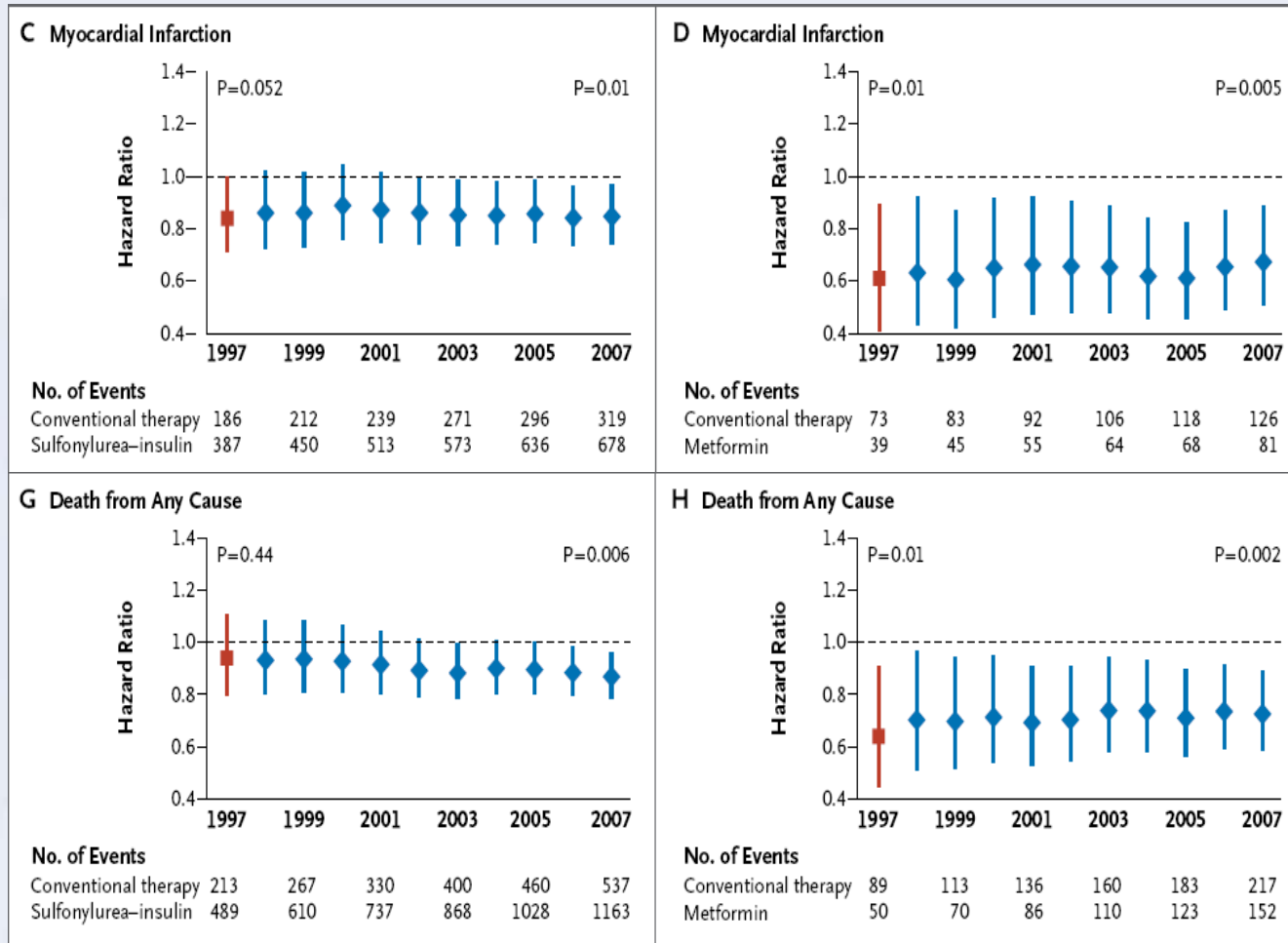
- **Individualizar objetivos basándose en:**
 - Duración de Diabetes
 - Edad o esperanza de vida.
 - Comorbilidades.
 - Enfermedad macrovascular conocida.
 - Enfermedad microvascular avanzada.
 - Hipoglucemias asintomáticas.
 - Consideraciones individuales.
- **Objetivos de glucemia más o menos estrictos puede ser adecuados para pacientes individualizados.**
- **Si los objetivos de HbA1c no se cumplen a pesar de tener la glucosa preprandial dentro de objetivos, deberemos intentar de llevar a objetivo los niveles de glucosa posprandial.**

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?

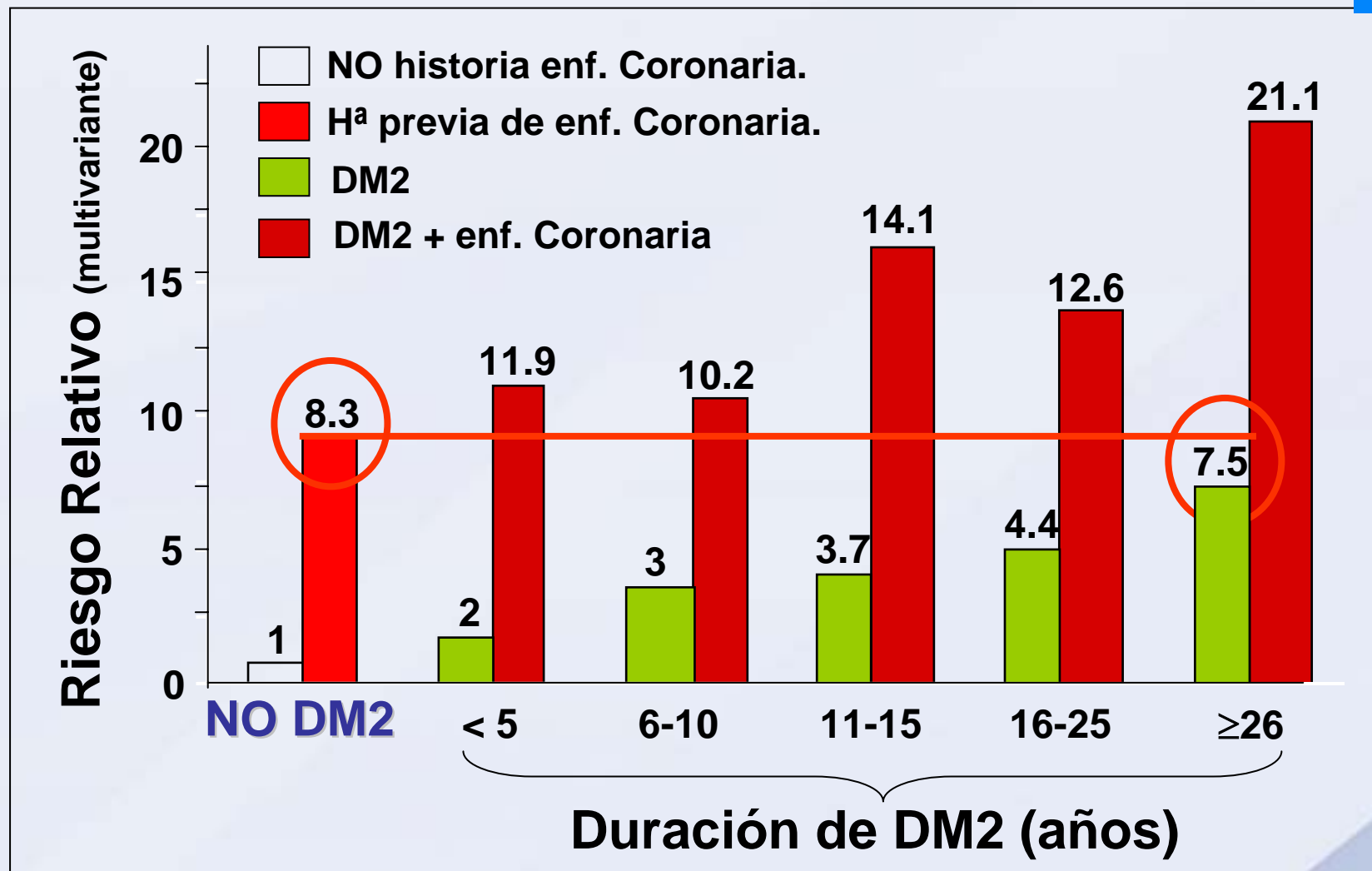


Efectos del control glucémico intensivo a largo plazo

UKPDS: seguimiento a 10 años



HPS: Muerte por enfermedad coronaria según duración DM2 (1.986-96, n= 51.316)



Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Barreras para alcanzar y mantener un control glucémico adecuado en la DM2

- Inefectividad de la Terapia Nutricional y del Ejercicio.
- Falta de eficacia de los agentes farmacológicos.
- Actitud conservadora.
- Efectos secundarios.
- Mal cumplimiento.
- Fisiopatología subyacente.
- Sistemas sanitarios subóptimos.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



- ¿Cuál es la mejor estrategia para el tratamiento DM2? ¡Hoy en día!
- ¿Hay diferencias de perfil entre los pacientes de A. Primaria y M. Interna?
- ¿Tenemos que realizar un tratamiento individualizado según estos perfiles?
- ¿No nos equivocamos de objetivo?
- Conclusiones: la tarea pendiente.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?

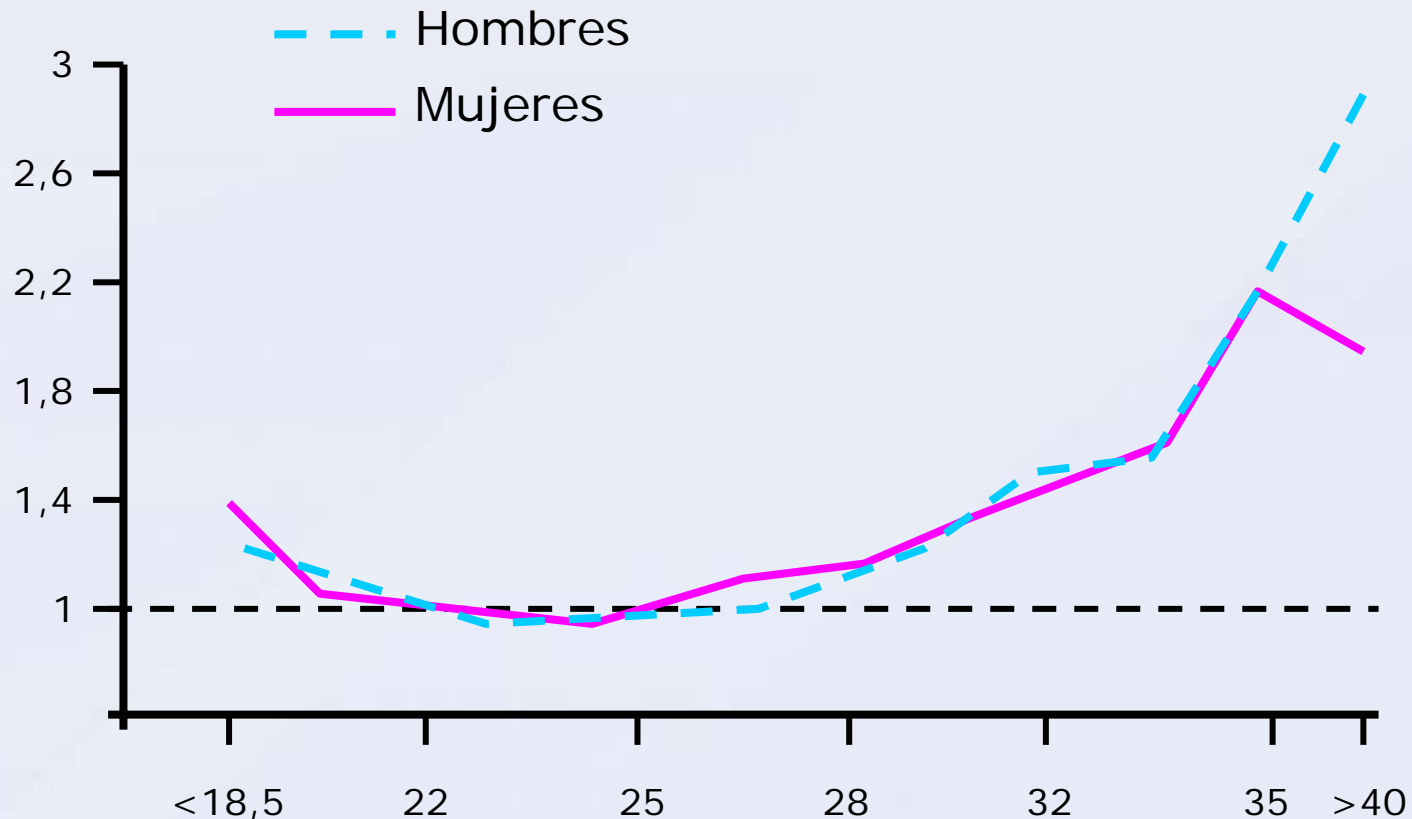


- **¿No nos olvidamos del peso?**

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Relación entre IMC y mortalidad cardiovascular



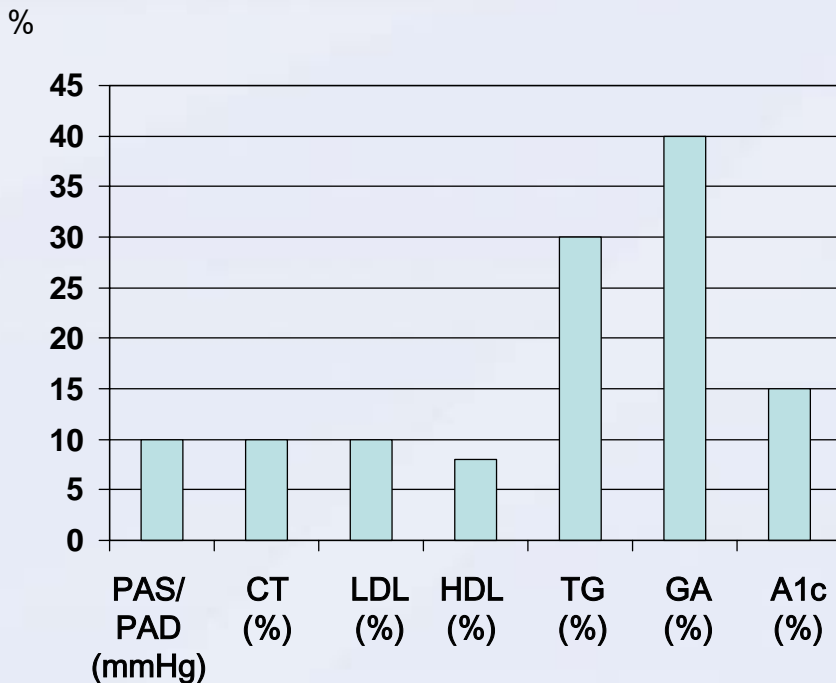
Calle EE et al. N Engl J Med 1.999; 341: 1.097-1.105.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?

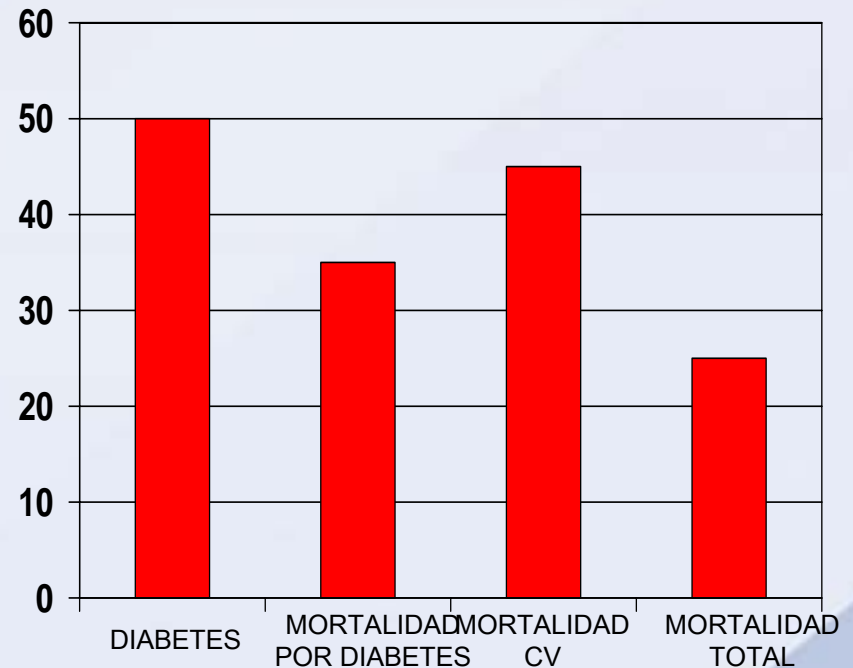


Beneficios de una pérdida del 10% del peso corporal

Mejoría de los factores de riesgo



Reducción de morbimortalidad



Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



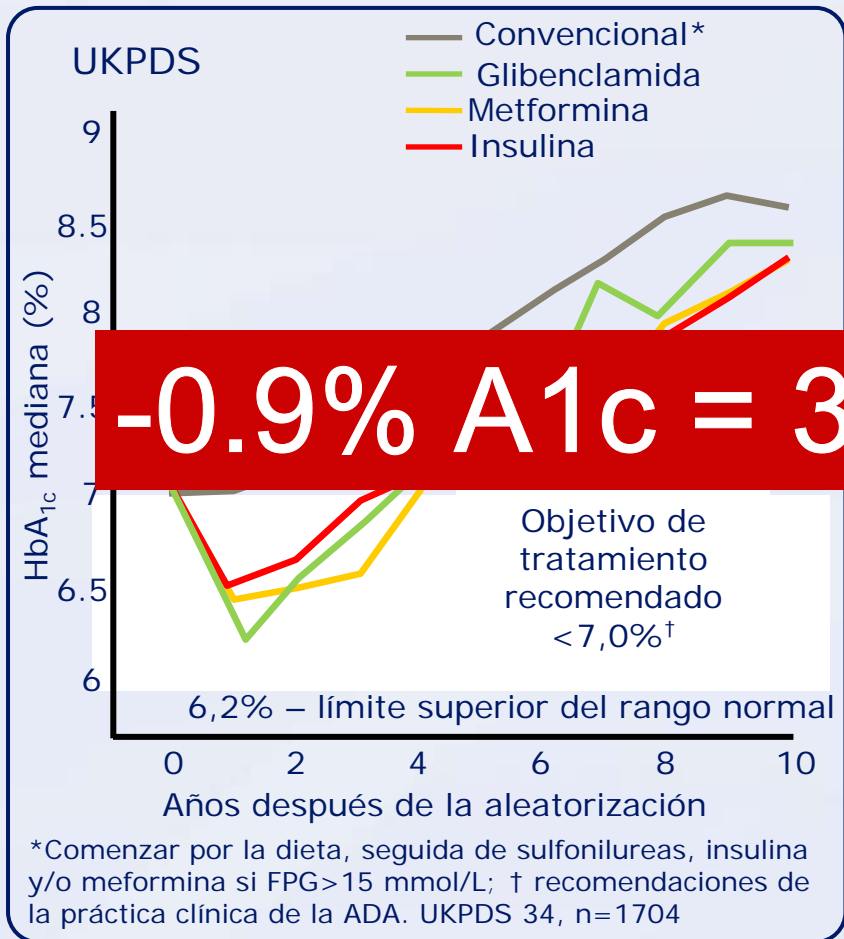
El círculo perverso de la DIABESIDAD



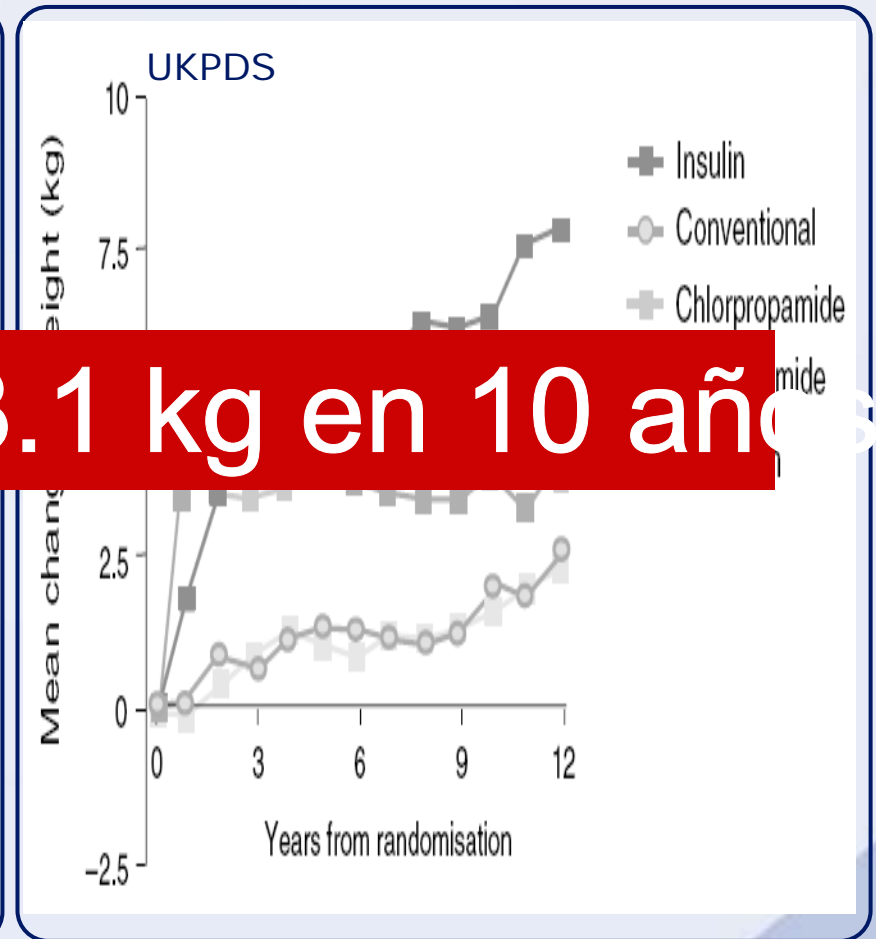
Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



El síndrome de DIABESIDAD PROGRESIVA



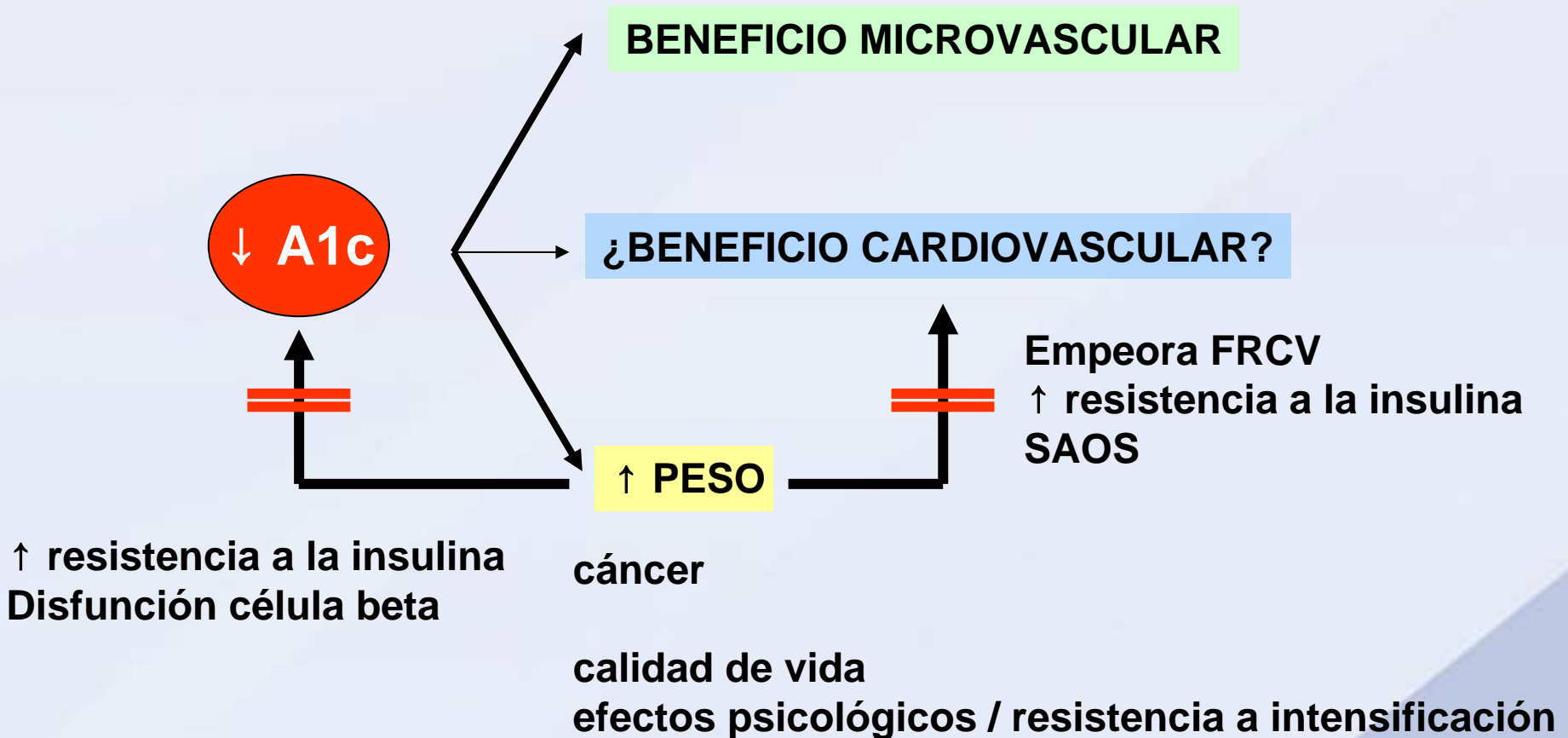
-0.9% A1c = 3.1 kg en 10 años



Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Limitaciones del enfoque glucocéntrico



Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?

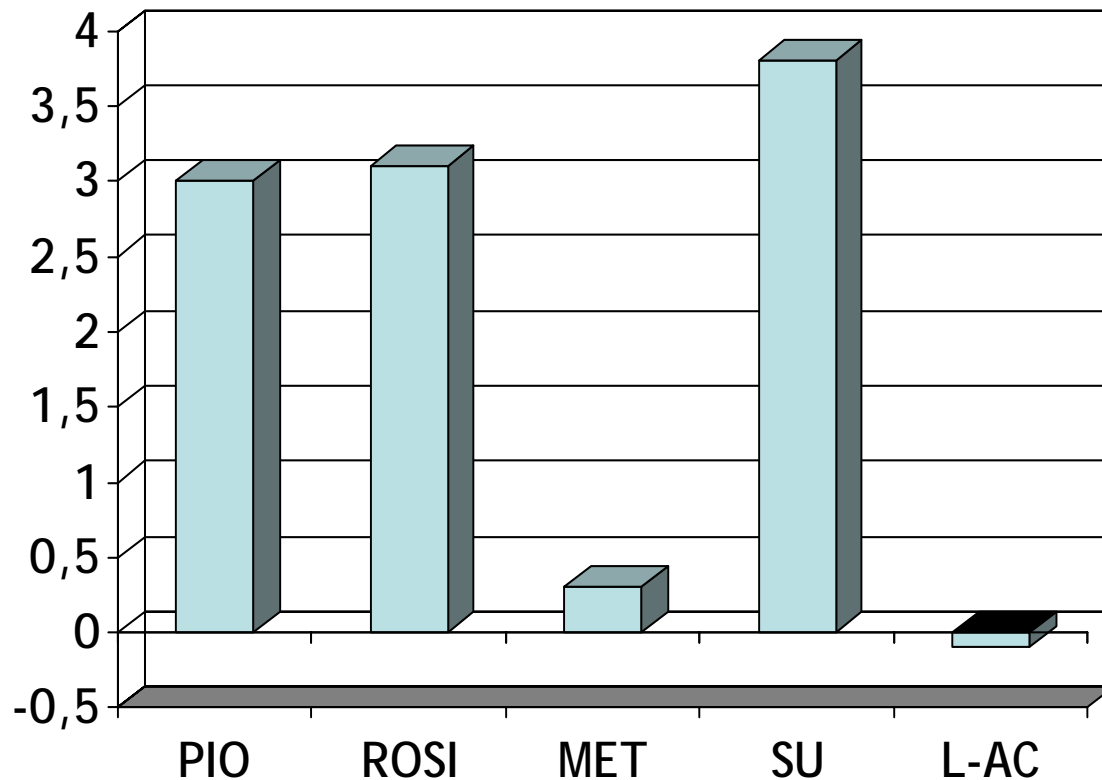


REVIEW

Annals of Internal Medicine

Systematic Review: Comparative Effectiveness and Safety of Oral Medications for Type 2 Diabetes Mellitus

Shari Bolen, MD, MPH; Leonard Feldman, MD; Jason Vassy, MD, MPH; Lisa Wilson, BS, ScM; Hsin-Chieh Yeh, PhD; Spyridon Marinopoulos, MD, MBA; Crystal Wiley, MD, MPH; Elizabeth Selvin, PhD; Renee Wilson, MS; Eric B. Bass, MD, MPH; and Frederick L. Brancati, MD, MHS



Cambios en el peso corporal (kg) frente a placebo

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



JAMA[®]

Online article and related content
current as of April 14, 2010.

Effect of Noninsulin Antidiabetic Drugs Added to Metformin Therapy on Glycemic Control, Weight Gain, and Hypoglycemia in Type 2 Diabetes

Olivia J. Phung; Jennifer M. Scholle; Mehak Talwar; et al.

JAMA. 2010;303(14):1410-1418 (doi:10.1001/jama.2010.405)

Table 2. Results of Traditional Meta-analysis Comparing Noninsulin Antidiabetic Drugs With Placebo on Change in HbA_{1c}, HbA_{1c} Goal Achieved, Change in Body Weight, and Overall Hypoglycemia

Group vs Placebo	% Change in HbA _{1c}		HbA _{1c} Goal Achieved		Change in Body Weight, kg		Overall Hypoglycemia	
	No. of Trials	WMD (95%CI)	No. of Trials	RR (95%CI)	No. of Trials	WMD (95%CI)	No. of Trials	RR (95%CI)
All drugs	20	-0.79 (-0.90 to -0.68) ^a	10	2.56 (1.99 to 3.28) ^b	12	0.14 (-1.37 to 1.65) ^a	19	1.43 (0.89 to 2.30)
Sulfonylureas	3	-0.79 (-1.15 to -0.43) ^a	1	3.38 (2.02 to 5.83)	2	1.99 (0.86 to 3.12)	3	2.63 (0.76 to 9.13) ^a
Glinides	2	-0.71 (-1.24 to -0.18)	1	3.20 (1.47 to 7.58)	2	0.91 (0.35 to 1.46)	2	7.92 (1.45 to 43.21)
Thiazolidinediones	3	-1.00 (-1.62 to -0.38) ^b	1	1.69 (1.24 to 2.33)	1	2.30 (1.70 to 2.90)	2	2.04 (0.50 to 8.23)
AGIs	2	-0.65 (-1.11 to -0.19)	0	NA	1	-1.80 (-2.83 to -0.77)	2	0.60 (0.08 to 4.55)
DPP-4 inhibitors	8	-0.79 (-0.94 to -0.63) ^b	6	2.44 (1.78 to 3.33) ^b	4	-0.09 (-0.47 to 0.30) ^b	8	0.67 (0.30 to 1.50)
GLP-1 analogs	2	-0.99 (-1.19 to -0.78)	1	3.96 (2.37 to 6.79)	2	-1.76 (-2.90 to -0.62)	2	0.94 (0.42 to 2.12)

Abbreviations: AGIs, α -glucosidase inhibitors; CI, confidence interval; DPP-4, dipeptidyl peptidase-4; GLP-1, glucagon-like peptide-1; HbA_{1c}, glycated hemoglobin A_{1c}; NA, not applicable; RR, relative risk; WMD, weighted mean difference.

^aP \geq 75%.

^bP=50%-75%.

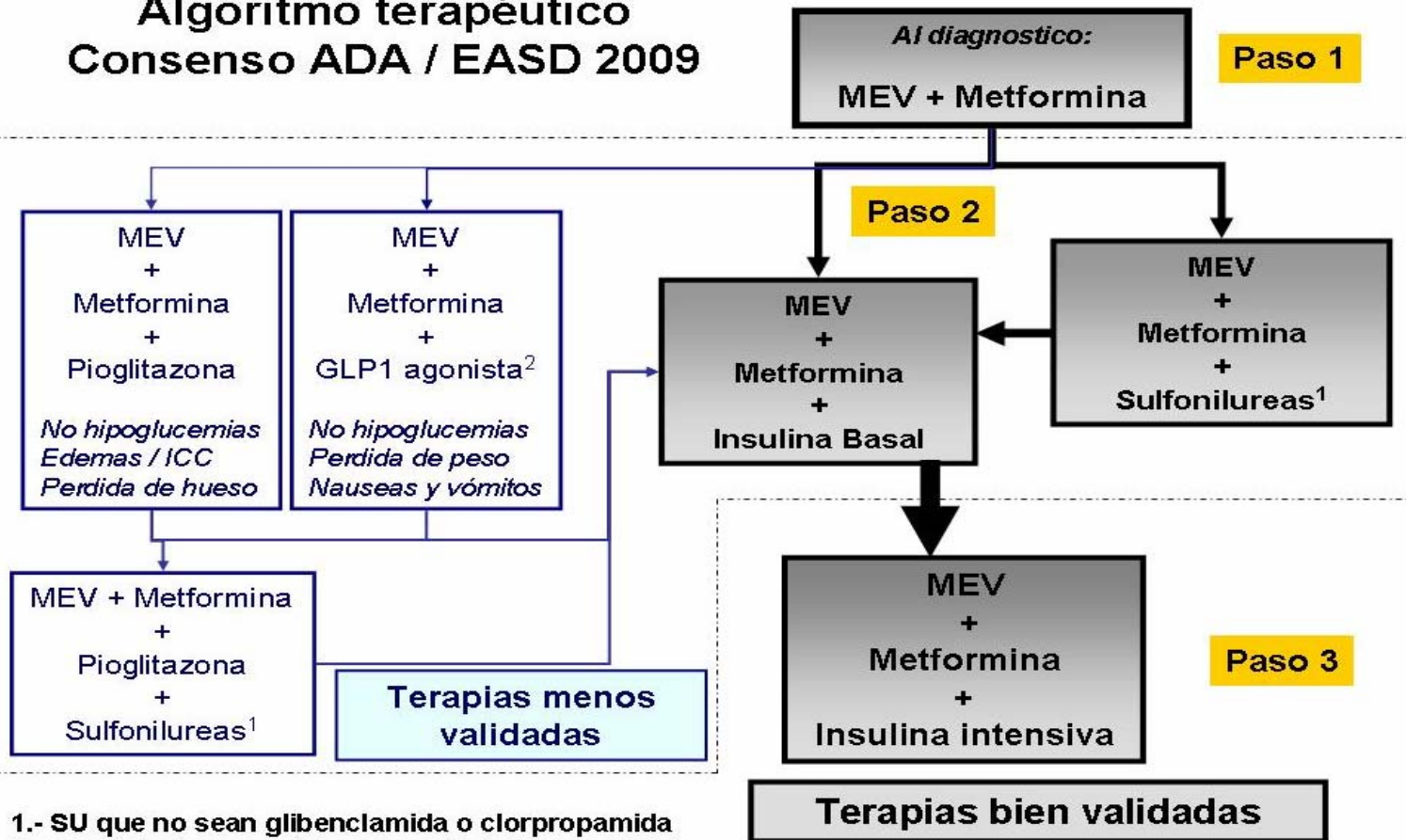
**MET + GLP-1 vs SU o TZD
- 4 kg**

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



¿Cuál es la mejor estrategia para tratar la hiperglucemia en la DM 2?

Algoritmo terapéutico Consenso ADA / EASD 2009



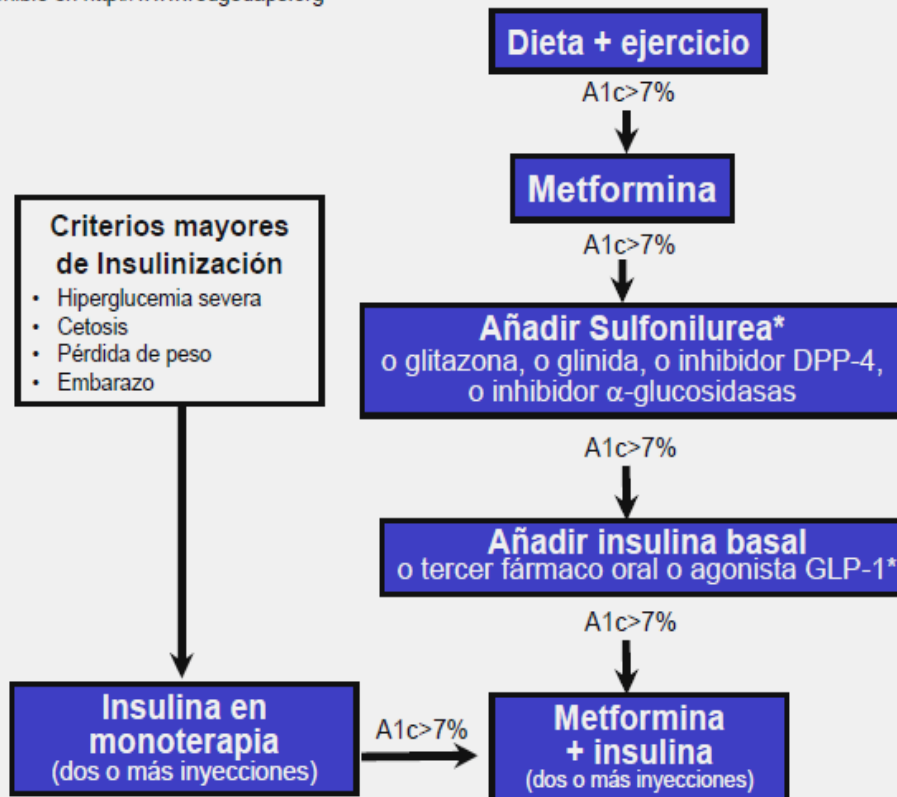
Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



¿Cuál es la mejor estrategia para tratar la hiperglucemia en la DM 2?

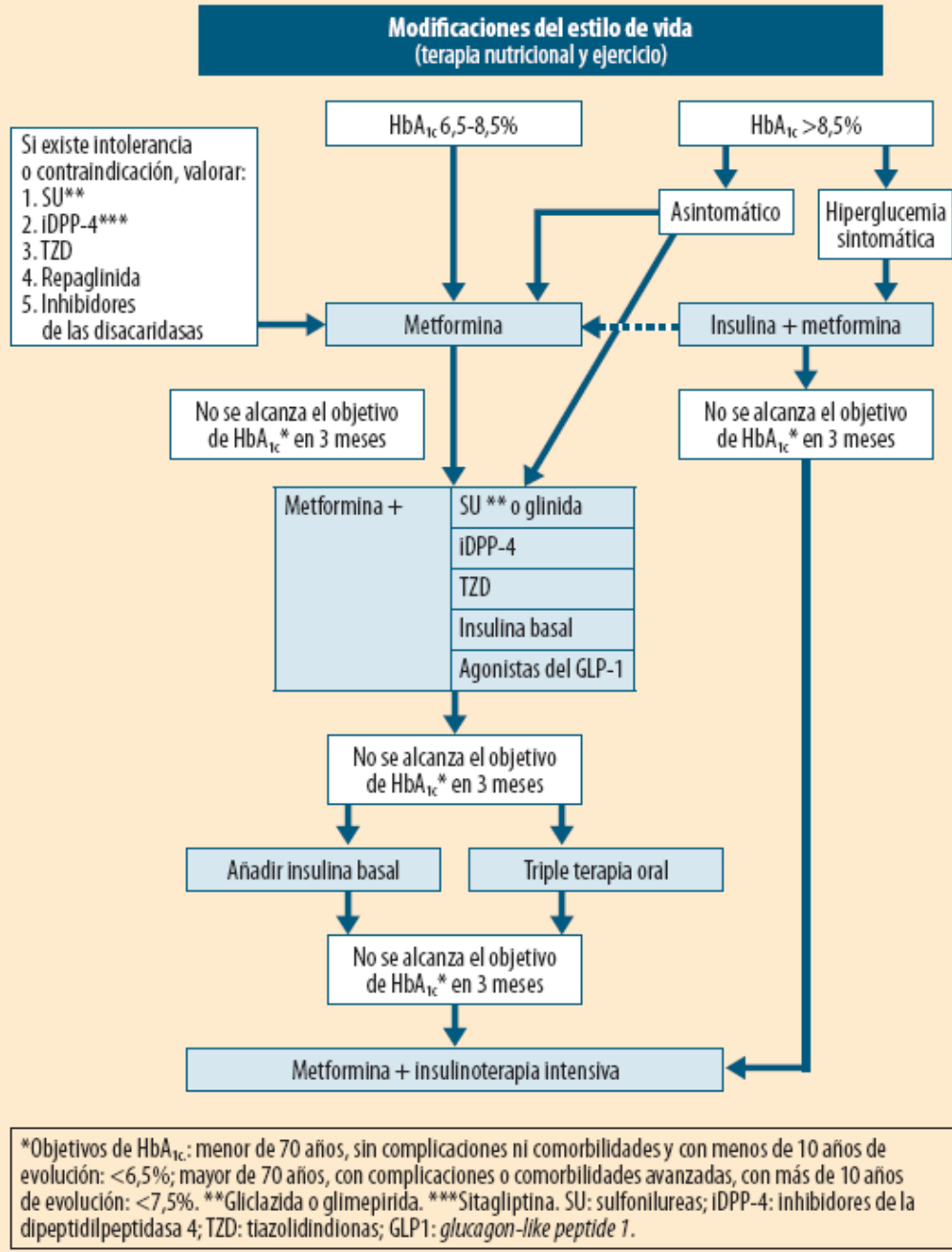
Algoritmo de tratamiento de la DM2. GEDAPS 2009

Disponible en <http://www.redgedaps.org>



El objetivo de A1c < 7% (o < 53 mmol/mol) se debe individualizar en cada paciente.

* En algunos casos se puede optar por añadir insulina basal en el segundo escalón. Ocasionalmente, como alternativa a la insulinización, puede utilizarse un agonista de GLP1 en asociación con metformina y/o sulfonilurea si IMC > 35 kg/m²



¿Cuál es la mejor estrategia para tratar la hiperglucemia en la DM 2?

Figura 1. Algoritmo 2010 de la Sociedad Española de Diabetes sobre el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2

Análogos de GLP-1 e inhibidores de DPP-4 en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: ¿existen diferencias?



Propiedades/Acción	Análogos de GLP1	Inhibidores DPP-4
Administración	Subcutánea	Oral
Niveles de “GLP-1”	Farmacológicos (>5x)	“Fisiológicos” (2-3x)
Efectos GLP-1	Interaccionan con receptores en órganos diana	Interaccionan con receptores en los nervios aferentes
Duración aumento GLP-1	Larga, continuada	On-off/ postprandial
Otros mediadores	No	GIP, PACAP,...
Efecto vaciado gástrico	Si	No/Escaso
Apetito	Reducido	Apenas influenciado
Efecto en el peso corporal	Pérdida de peso	Neutro
Efectos secundarios	Nauseas/plenitud Exenatida: anticuerpos (?)	Elevación ez. hepáticas vildagliptina altas dosis ?

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



SUMMARY OF KEY BENEFITS AND RISKS OF MEDICATIONS

Benefits are classified according to major effects on fasting glucose, postprandial glucose, and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). Eight broad categories of risks are summarized. The intensity of the background shading of the cells reflects relative importance of the benefit or risk.*

MEDICATIONS*										
	Metformin (MET)	DPP4 Inhibitor	GLP-1 Agonist (Incretin Mimetic)	Sulfonylurea (SU)	Glinide**	Thiazolidinedione (TZD)	Colesevelam	Alpha-glucosidase inhibitor (AGI)	Insulin	Pramlintide
BENEFITS										
Postprandial Glucose (PPG) - lowering	Mild	Moderate	Moderate to Marked	Moderate	Moderate	Mild	Mild	Moderate	Moderate to Marked	Moderate to Marked
Fasting glucose (FPG) - lowering	Moderate	Mild	Mild	Moderate	Mild	Moderate	Mild	Neutral	Moderate to Marked	Mild
Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD)	Mild	Neutral	Mild	Neutral	Neutral	Moderate	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral
RISKS										
Hypoglycemia	Neutral	Neutral	Neutral	Moderate	Mild	Neutral	Neutral	Neutral	Moderate to Severe	Neutral
Gastrointestinal Symptoms	Moderate	Neutral	Moderate	Neutral	Neutral	Neutral	Moderate	Moderate	Neutral	Moderate
Risk of use with renal insufficiency	Severe	Reduce Dosage	Moderate	Moderate	Neutral	Mild	Neutral	Neutral	Moderate	Unknown
Contraindicated in Liver Failure or Predisposition to Lactic Acidosis	Severe	Neutral	Neutral	Moderate	Moderate	Moderate	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral
Heart failure / Edema	Use with caution in CHF	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral	Mild / Moderate Contraindicated in class 3,4 CHF	Neutral	Neutral	Neutral unless with TZD	Neutral
Weight Gain	Benefit	Neutral	Benefit	Mild	Mild	Moderate	Neutral	Neutral	Mild to Moderate	Benefit
Fractures	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral	Moderate	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral
Drug-Drug interactions	Neutral	Neutral	Neutral	Moderate	Moderate	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral

* The abbreviations used here correspond to those used on the algorithm (Fig. 1).

** The term 'glinide' includes both repaglinide and nateglinide.

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?

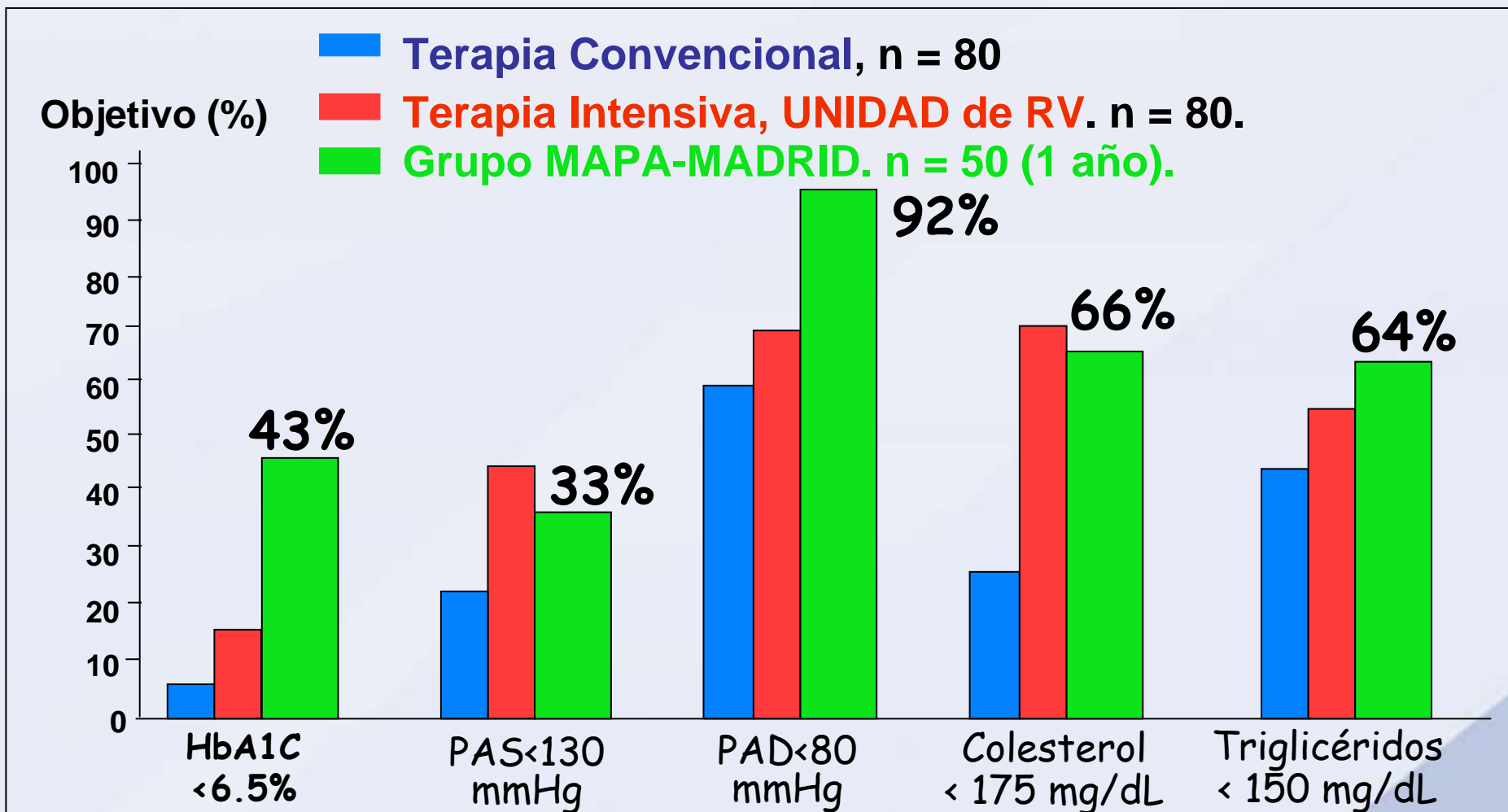


- ¿Cuál es la mejor estrategia para el tratamiento DM2? ¡Hoy en día!
- ¿Hay diferencias de perfil entre los pacientes de A. Primaria y M. Interna?
- ¿Tenemos que realizar un tratamiento individualizado según estos perfiles?
- ¿No nos equivocamos de objetivo?
- **Conclusiones: la tarea pendiente.**

Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Objetivos Terapéuticos en DM2.



Diabetes Tipo 2 y Medicina Interna: ¿Podemos hacer algo más?



Objetivos Terapéuticos en DM2.

A1c < 6,5 %

PAs < 130 mmHg

PA_d < 80 mmHg

COL < 175 mg

TG < 150 mg

**Objetivos
Steno**

**Objetivos
2010**

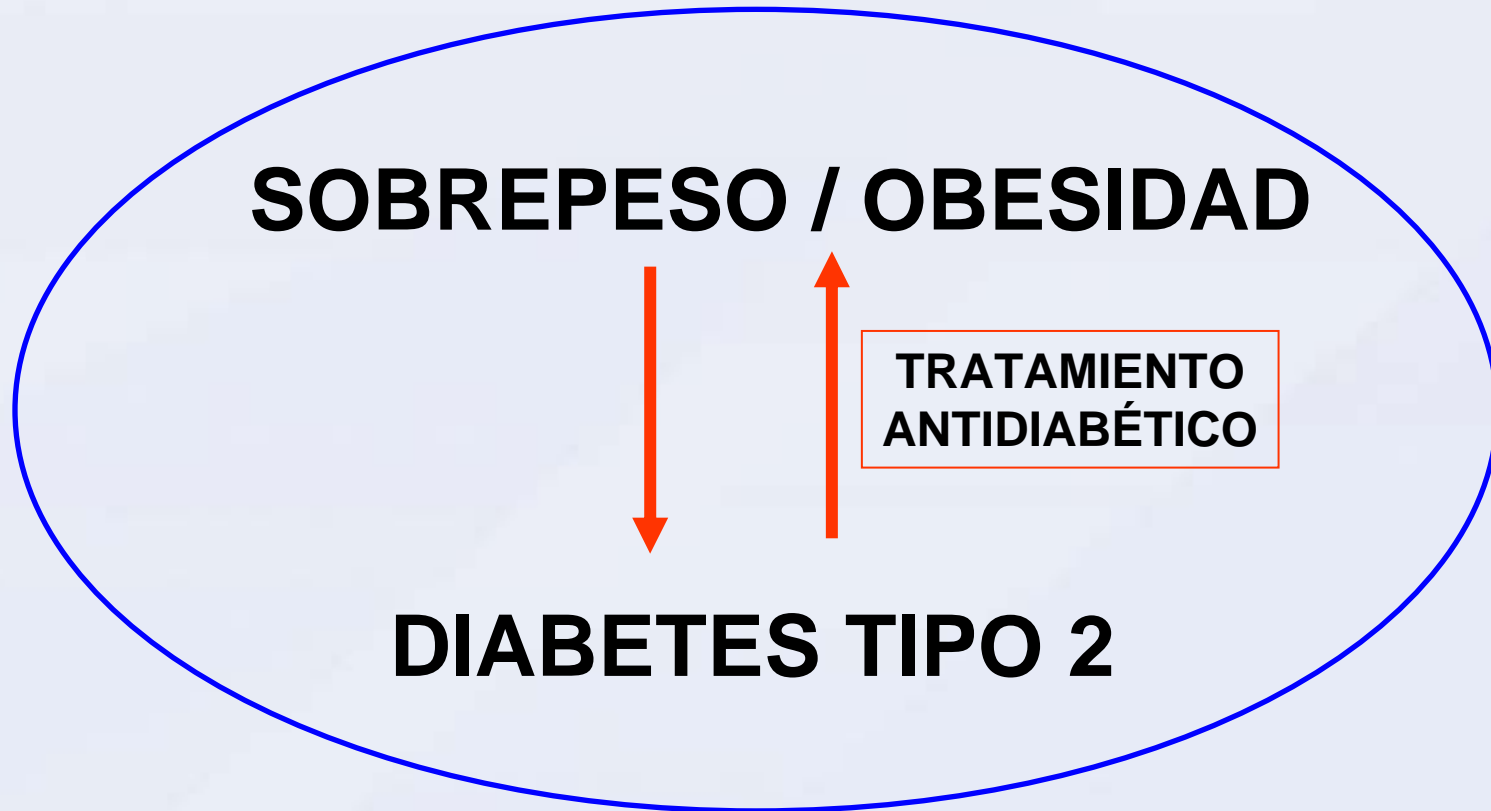
A1c < 7 - 7,5 %

PAs < 140 mmHg

PA_d < 90 mmHg

LDL < 100 mg

EL CÍRCULO PERVERSO DE LA DIABESIDAD



AGRADECIMIENTOS



- José Escribano Serrano.
- Juan García Puig.
- Ricardo Gómez Huelgas.
- Ovidio Muñiz Grijalvo.

**Muchas
Gracias**

