

# Cambios Guía Clínica Diabetes Tipo 2, 2010. Algoritmo Terapéutico

Carmen Gloria Aylwin  
Unidad de Diabetes  
Hospital Dipreca

# Guía Clínica GES- DM2 2010

## Incorpora cambios basados en nueva evidencia

- Enfatiza el concepto de la diabetes como enfermedad de alto riesgo cardiovascular
- Importancia de enfoque terapéutico integral y multifactorial para reducir el riesgo CV global
- Incorpora la importancia del logro precoz de las metas de control
- Introduce cambios en el algoritmo terapéutico
- Incorpora la cirugía bariátrica en casos calificados

# Objetivo de control metabólico

Guía Clínica 2006:  $A1c \leq 7\%$

IDF-ALAD-AACE :  $A1c \leq 6.5\%$

Diabetes Care 2009;32: S13-61

Endocrine Pract. 2007; 13(S): 16-31

IDF Global Guidelines 2005: [www.idf.org](http://www.idf.org)

ALAD Guías Clínicas 2006 Revista ALAD 2006.XIV,4:145-192

Guía Clínica DM 2. MINSAL 2006.[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

# Estudios ACCORD, ADVANCE, VADT

## El Control intensivo de la Glicemia

¿ Disminuye eventos Cardiovasculares y la mortalidad CV en Diabéticos Tipo 2?

The ACCORD Study Group. NEJM. 2008;358:2545-2559

The ADVANCE Collaborative Group. NEJM. 2008;358:2560-2572.

The VADT Study Investigators. NEJM. 2009;360:129-139.



## Características

ACCORD

ADVANCE

VADT

Edad (años)	62	66	60
Duración DM (años)	10	8	11.5
Historia de ECV (%)	35	32	40
HbA1c basal (%)	8.1	7.2	9.4
Objetivo A1c (%)	< 6	< 6.5	< 6

The ACCORD Study Group. *N Engl J Med.* 2008;358(24):2545-2559.  
The ADVANCE Collaborative Group. *N Engl J Med.* 2008;358(24):2560-2572  
The VADT Study Investigators. *NEJM.* 2009;360:129-139.

# Eventos Cardiovasculares y Mortalidad ACCORD, ADVANCE y VADT

ACCORD ( A1c: 6,4 vs 7,5)

Eventos Cardiovasculares 0.90 (0.78-1.04)  
Mortalidad 1.22 (1.01-1.46)

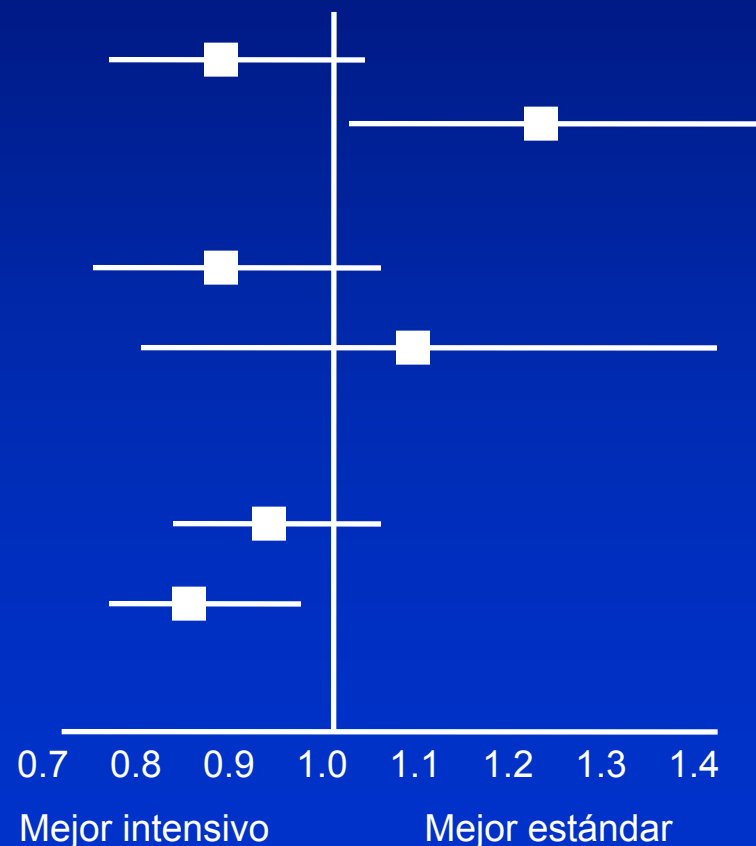
VADT (A1c : 6.5 vs 7.3)

Eventos Cardiovasculares 0.88 (0.74-1.05)  
Mortalidad 1.07 (0.81-1.42)

ADVANCE ( A1c: 6.9 vs 8.5)

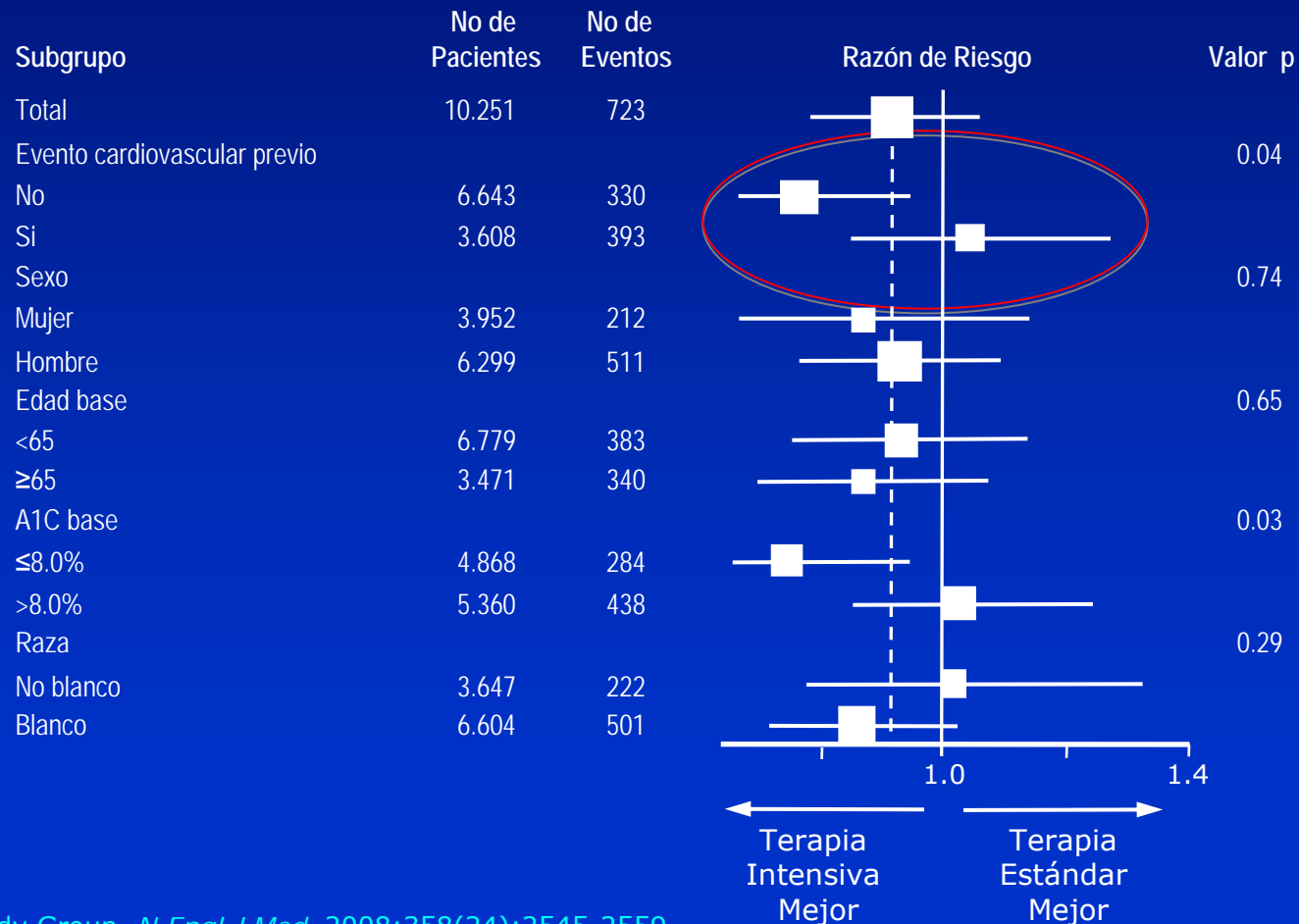
Eventos Macrovasculares 0.94 (0.84 to 1.06)  
Eventos Microvasculares 0.86 (0.77-0.97)

**Grupo intensivo**  
**3 veces mas hipoglicemia**



# ACCORD: Análisis de subgrupos

## Eventos CV



# Lecciones de estudios ACCORD, ADVANCE y VADT

El control más intensivo de A1C en DM2

- No reduce eventos ni mortalidad CV
- Puede aumentar el riesgo en pacientes con ECV preexistente.
- Disminuye el riesgo microvascular.
- Tiene alto riesgo de hipoglicemia

# Recomendación Guía 2010

HbA1c < 7%

Individualizar el objetivo

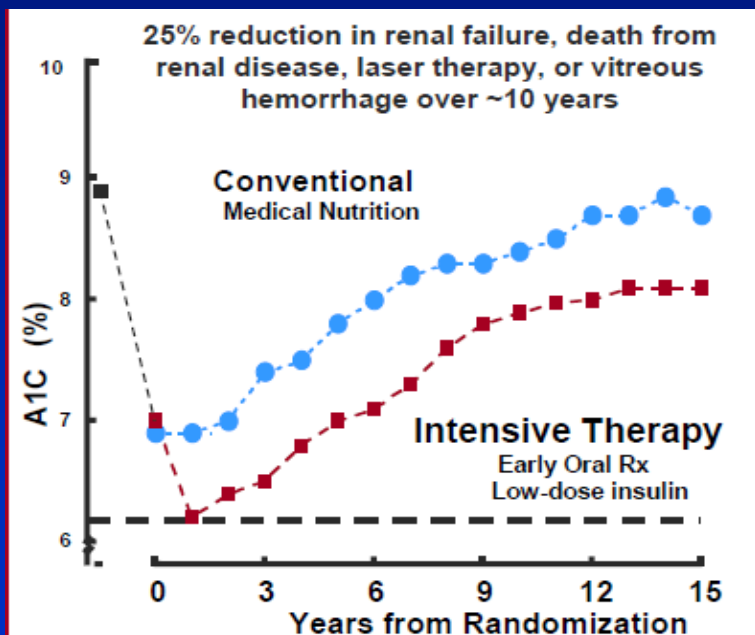
Considerar una meta mas cercana a la normal en pacientes con diagnóstico reciente, larga expectativa de vida , sin complicaciones cardiovasculares y sin alto riesgo de hipoglicemia



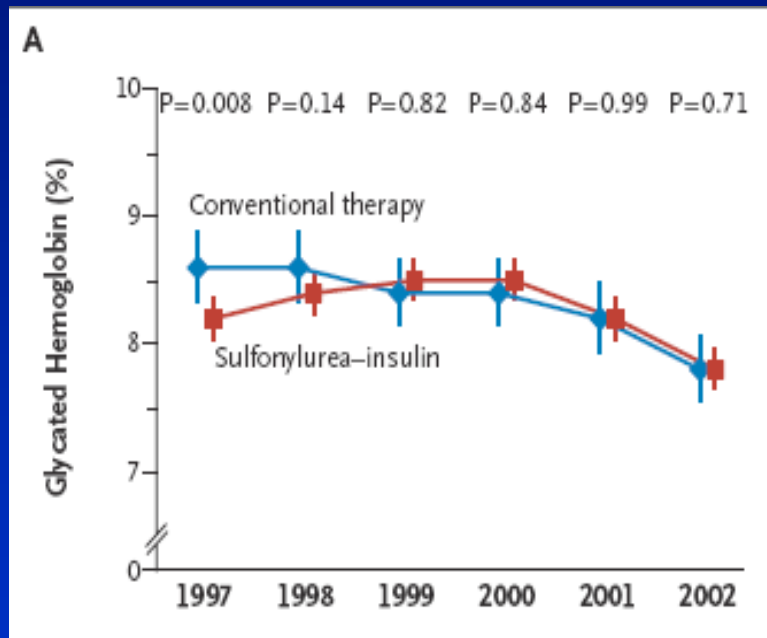
¿Como y cuando  
lograr la meta?

## UKPDS: Control glicémico intensivo vs convencional y riesgo de complicaciones en DM2

## UKPDS: 10 años de seguimiento con control glicémico intensivo en DM2



UK Prospective Diabetes Study (UKPDS)  
Lancet 1998;352:837-85



Holman RR et al. N Engl J Med  
2008;359(15):1577-1589

# UKPDS:10 años mas tarde. Efectos tardíos del Control Glicémico precoz

Mediana Seguimiento 8.5 años post estudio

Resultados		1997	2007
Enf. Microv.	RRR:	25%	24%
	P:	0.009	0.001
IAM	RRR:	16%	15%
	P:	0.05	0.01
Mortalidad c/causa	RRR:	6%	13%
	P:	0.44	0.001

RRR: Reducción de riesgo relativo

# Metformina: Reduce Riesgo CV a mediano y largo plazo

## Metformina como terapia inicial

Resultados		1997	2007
Enf. Microv.	RRR:	29%	16%
	P:	0.19	0.3
IAM	RRR:	39%	33%
	P:	0.01	0.005
Mortalidad c/causa	RRR:	36%	27%
	P:	0.01	0.002

RRR: Reducción de riesgo relativo

# Lecciones UKPDS 2008

## Importancia del control metabólico precoz

- El buen control glicémico en etapas tempranas reduce riesgo CV a largo plazo.
- El mejor control metabólico en etapas tardías no tiene impacto en reducción de complicaciones CV

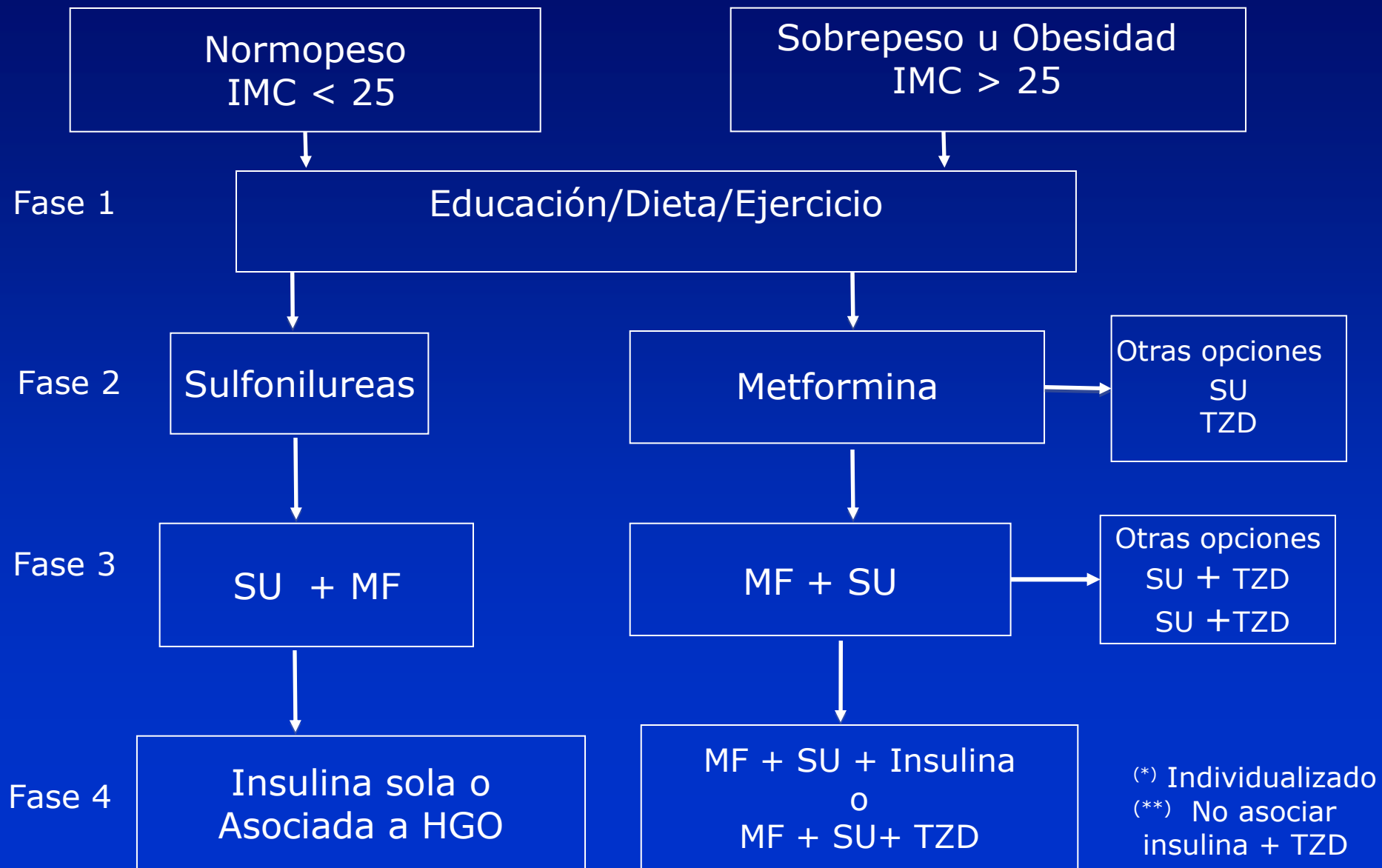
## Metformina disminuye riesgo cardiovascular

- El mejor control con metformina reduce el riesgo cardiovascular desde etapas tempranas y mantiene el efecto a largo plazo.

# Cambios en algoritmo Terapéutico

# Algoritmo Farmacológico

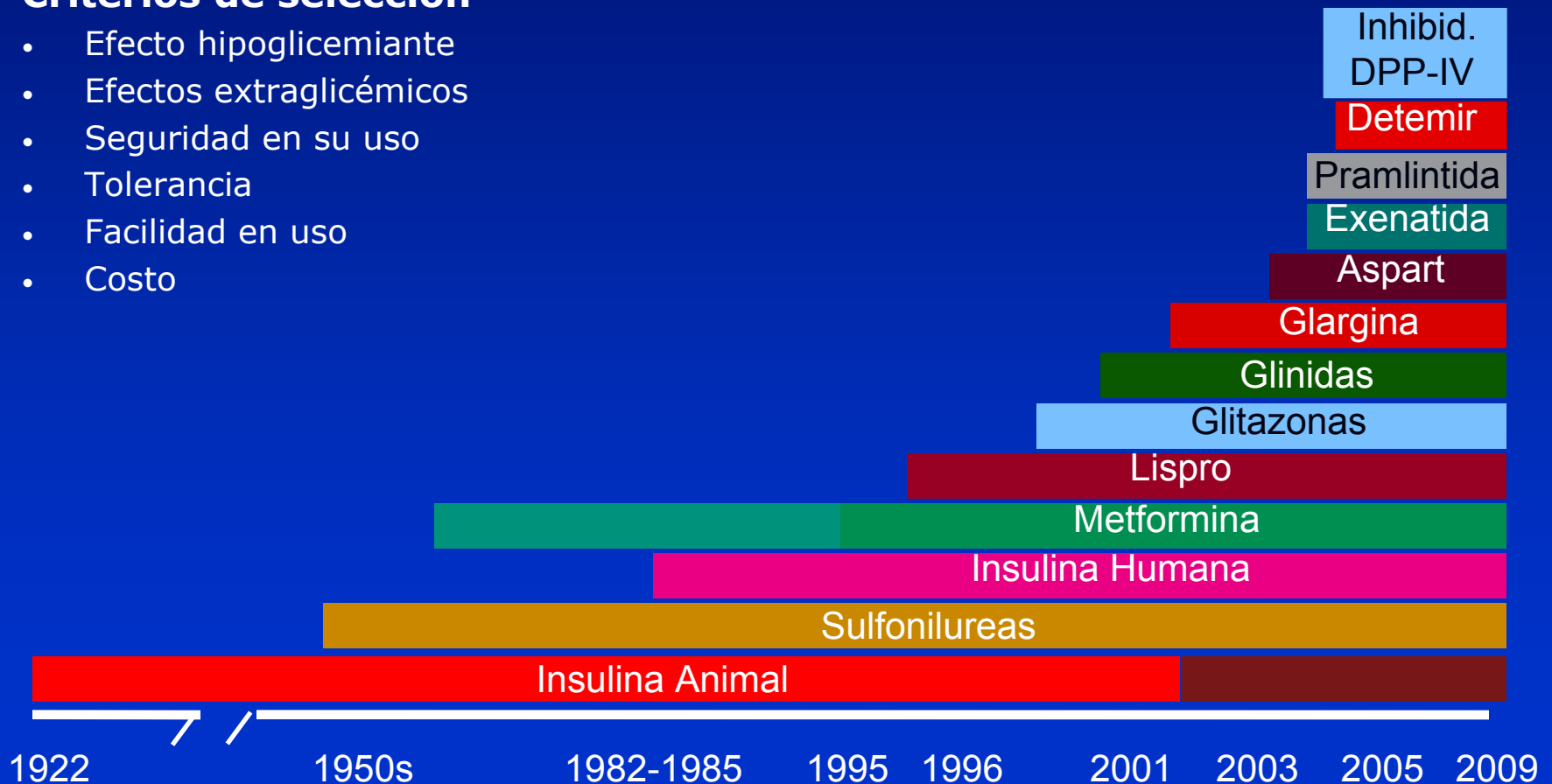
## Guía Clínica DM2 2006



# Opciones de Tratamiento para DM 2

## Criterios de selección\*

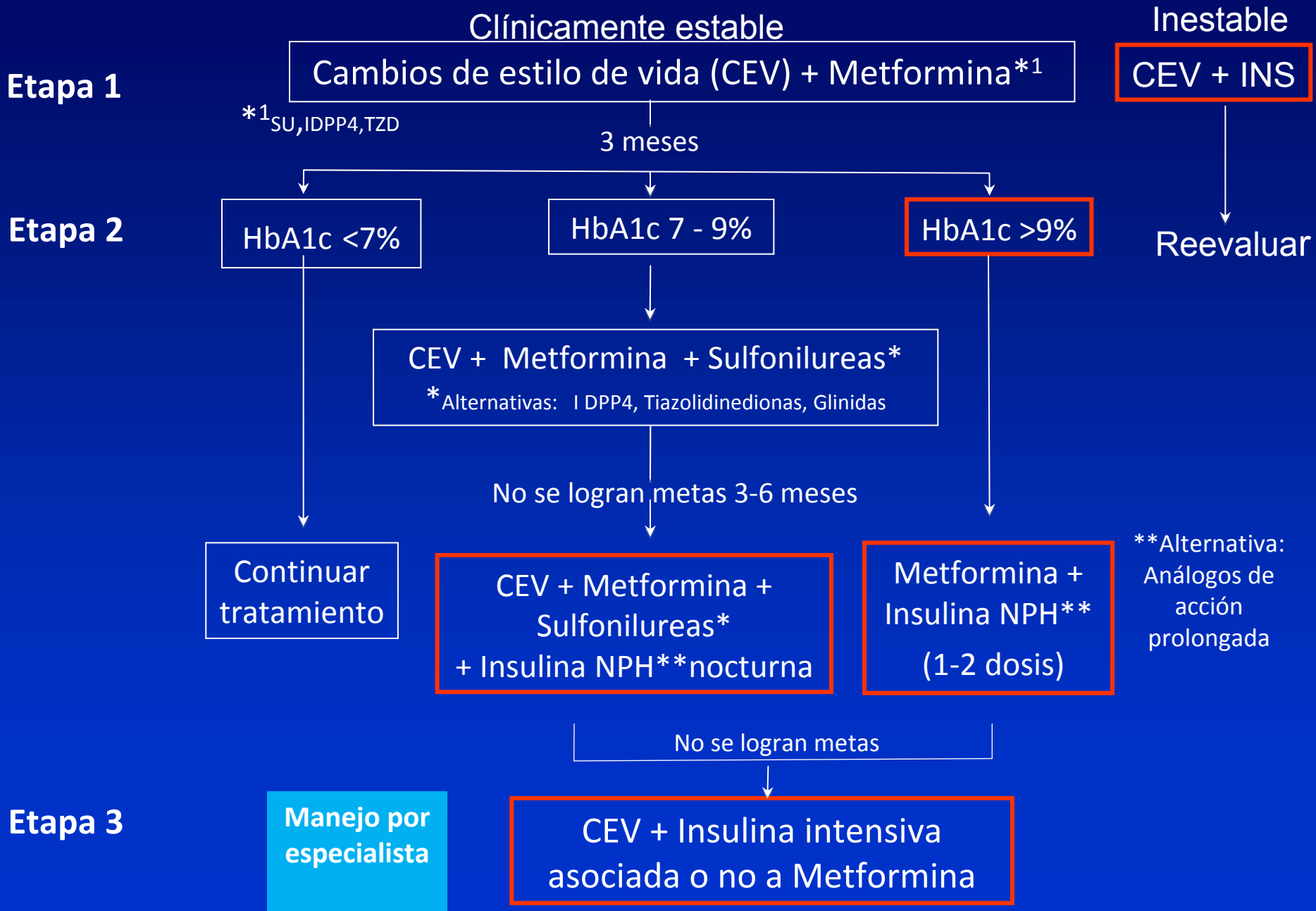
- Efecto hipoglicemiante
- Efectos extraglicémicos
- Seguridad en su uso
- Tolerancia
- Facilidad en uso
- Costo



# Efectos a considerar en Agentes Actuales para Diabetes Tipo 2

	Hipoglicemia	CV	GI	Otros	Efectos en el peso
Sulfonilurea	✓				↑
Meglitinida	✓				↑
Metformina		↓	✓	Ac. Láctica (Mal uso)	↓
Inhibidor α glucosidasa			✓		
Tiazolidinediona		ICC Edema		Fracturas	↑
Insulina	✓				↑
Incretino-miméticos			✓		↔ ↓
Análogos de amilina			✓		

# FLUJOGRAMA CONDUCTA TERAPEUTICA EN PERSONAS CON DM2



# Cirugía Bariátrica

- Alternativa terapéutica para pacientes DM2 obesos con un IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>.
- Criterios :
  - Edad 15 – 60 años
  - Diabetes de menos de 10 años de evolución
  - Mala respuesta al tratamiento médico de la obesidad y de la diabetes
  - Paciente informado, psicológicamente estable y comprometido con el tratamiento.

# Conclusión

El futuro de un paciente diabético se define en las intervenciones de las etapas tempranas de la enfermedad.

**“GRAN RESPONSABILIDAD DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN”**