



Simplificando la diabetes Standards of Medical Care in Diabetes 2017

Moderador: Josep Franch

Ponentes: Mateu Seguí y Ana Cebrián



Síguenos en Twitter #SimplificandoDiabetes

Objetivos glucémicos

Table 6.2—Summary of glycemic recommendations for many nonpregnant adults with diabetes

A1C	<7.0% (53 mmol/mol)*
Preprandial capillary plasma glucose	80–130 mg/dL* (4.4–7.2 mmol/L)
Peak postprandial capillary plasma glucose†	<180 mg/dL* (10.0 mmol/L)

*More or less stringent glycemic goals may be appropriate for individual patients. Goals should be individualized based on duration of diabetes, age/life expectancy, comorbid conditions, known CVD or advanced microvascular complications, hypoglycemia unawareness, and individual patient considerations. †Postprandial glucose may be targeted if A1C goals are not met despite reaching preprandial glucose goals. Postprandial glucose measurements should be made 1–2 h after the beginning of the meal, generally peak levels in patients with diabetes.

Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. American Diabetes Association. Diabetes Care 2017; 40(1):S48–S56 | DOI: 10.2337/dc17-S009

Hipogluccemia

Table 6.3—Classification of hypoglycemia (61)

Level	Glycemic criteria	Description
Glucose alert value (level 1)	≤ 70 mg/dL (3.9 mmol/L)	Sufficiently low for treatment with fast-acting carbohydrate and dose adjustment of glucose-lowering therapy
Clinically significant hypoglycemia (level 2)	< 54 mg/dL (3.0 mmol/L)	Sufficiently low to indicate serious, clinically important hypoglycemia
Severe hypoglycemia (level 3)	No specific glucose threshold	Hypoglycemia associated with severe cognitive impairment requiring external assistance for recovery

Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. American Diabetes Association. Diabetes Care 2017; 40(1):S48–S56 | DOI: 10.2337/dc17-S009

Hipertensión arterial: tratamiento

- El tratamiento inicial con *cualquiera de los 4 grupos* farmacológicos y la asociación entre ellos (excepto IECA+ ARA2). **(A)**
- En los pacientes con CAC ≥ 300 mg/g **(A)** o CAC 30-299 mg/g **(B)**, el tratamiento de elección es un IECA o un ARA2.
- A los pacientes tratados con éstos, monitorizar la creatinina, filtrado glomerular y potasio. **(B)**
- PA > 160/100 biterapia inicial. **(A)**
- PA > 120/80 mm Hg, recomendar estilo de vida saludable: pérdida de peso, reducción de la ingesta de sodio, moderación de la ingesta de alcohol y ejercicio físico. **(B)**

Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. American Diabetes Association. Diabetes Care 2017;40(1):S75–S87 | DOI: 10.2337/dc17-S012



Síguenos en Twitter #SimplificandoDiabetes

TABLE 7. Recommendations for Statin and Combination Treatment in People With Diabetes

Age (years)	Risk Factors	Recommended Statin Intensity*
<40	None	None
	ASCVD risk factor(s)**	Moderate or high C
	ASCVD	High A
40–75	None	Moderate A
	ASCVD risk factors	High B
	ASCVD	High A
	ACS and LDL cholesterol ≥ 50 mg/dL (1.3 mmol/L) or in patients with a history of ASCVD who cannot tolerate high-dose statins	Moderate plus ezetimibe A/E
>75	None	Moderate B
	ASCVD risk factors	Moderate or high B
	ASCVD	High A
	ACS and LDL cholesterol ≥ 50 mg/dL (1.3 mmol/L) or in patients with a history of ASCVD who cannot tolerate high-dose statins	Moderate plus ezetimibe A/E

*In addition to lifestyle therapy.

**ASCVD risk factors include LDL cholesterol ≥ 100 mg/dL (2.6 mmol/L), high blood pressure, smoking, chronic kidney disease, albuminuria, and family history of premature ASCVD.

TABLE 8. High- and Moderate-Intensity Statin Therapy*

High-Intensity Statin Therapy (Lowers LDL cholesterol by $\geq 50\%$)	Moderate-Intensity Statin Therapy (Lowers LDL cholesterol by 30 to $< 50\%$)
<ul style="list-style-type: none">• Atorvastatin 40–80 mg• Rosuvastatin 20–40 mg	<ul style="list-style-type: none">• Atorvastatin 10–20 mg• Rosuvastatin 5–10 mg• Simvastatin 20–40 mg• Pravastatin 40–80 mg• Lovastatin 40 mg• Fluvastatin XL 80 mg• Pitavastatin 2–4 mg

$\geq 50\%$

**Once-daily dosing.*

30 a $< 50\%$

Enfermedad renal diabética

Anualmente determinar: Excreción urinaria de albumina urinaria(EUA)
Volumen de Filtración glomerular estimado (VFGe)

- DM1 ≥ 5 años del diagnóstico
- DM2 en el momento del diagnóstico y en todos los pacientes con HTA.

B

Tratamiento

- Optimizar el control glucémico. **A**
- Optimizar el control de la tensión arterial (<140/90 mm Hg). **A**
- En pacientes con diabetes e hipertensión, IECA o ARA2: **EUA (30–299 mg/g) B,**
EUA ≥ 300 mg/g y/o VFGe < 60 mL. A
- En pacientes con ERD, reducir la ingesta de proteínas (0.8 g/kg de peso/día). **B**

Table 10.2—Management of CKD in diabetes

eGFR (mL/min/1.73 m ²)	Recommended management
All patients	Yearly measurement of UACR, serum Cr, potassium
45–60	Referral to a nephrologist if possibility for nondiabetic kidney disease exists (duration of type 1 diabetes <10 years, persistent albuminuria, abnormal findings on renal ultrasound, resistant hypertension, rapid fall in eGFR, or active urinary sediment on urine microscopic examination) Consider the need for dose adjustment of medications Monitor eGFR every 6 months Monitor electrolytes, bicarbonate, hemoglobin, calcium, phosphorus, and parathyroid hormone at least yearly Assure vitamin D sufficiency Vaccinate against Hep B virus Consider bone density testing Referral for dietary counseling
30–44	Monitor eGFR every 3 months Monitor electrolytes, bicarbonate, calcium, phosphorus, parathyroid hormone, hemoglobin, albumin, and weight every 3–6 months Consider the need for dose adjustment of medications
<30	Referral to a nephrologist

Neuropatía diabética

Cribado

Anualmente exploración de la PNSD

- DM1 si ≥ 5 años del diagnóstico
- DM2 en el momento del diagnóstico

Anamnesis y exploración

- Fibras cortas: sensibilidad térmica y dolorosa (pinprick)
- Fibras largas: sensibilidad vibratoria (diapasón 128-Hz)
sensibilidad protectora (Monofilamento)

Tratamiento

- Optimizar el control glucémico para prevenir o retrasar en DM1 **A** y retrasar en DM2 **B**
- Evaluar y tratar el dolor neuropático **B** y la neuropatía autonómica para mejorar la calidad de vida. **E**
- **Pregabalina o duloxetina , tratamiento inicial del dolor neuropático. A**

Pie diabético

- Examen anual para identificar *factores de riesgo* de úlceras y amputaciones. **B**
- Inspección de los pies en cada visita. **C**
- Solicitar *antecedentes* de úlceras, amputaciones, pie de Charcot, angioplastia o cirugía vascular, tabaquismo, retinopatía y nefropatía y síntomas de neuropatía de vasculopatía. **B**
- El *examen* debe incluir inspección de la piel, evaluación de deformidades, evaluación neurológica (monofilamento), evaluación vascular (pulsos). **B**

Reevaluar/derivar a unidad vascular **C**

- ≥ 50 años
- Síntomas de vasculopatía (claudicación)
- Pulsos disminuidos o ausentes

Abordaje multidisciplinar **B**

- Úlceras
- Antecedentes de amputaciones
- Pie de Charcot
- Dializados

Derivar a podólogo **C**

- Fumadores
- Antecedentes de vasculopatía
- Monofilamento patológico
- Anomalías estructurales del pie

Recomendar uso de calzado terapéutico **B**

Pacientes de alto riesgo

- Neuropatía grave
- Deformidades
- Amputaciones