

4A  
JORNADA

ACTUALITZACIÓ EN DIABETIS  
EN ATENCIÓ PRIMÀRIA  
GEDAPS CAMFIC-REDGDPS

BARCELONA, 14 DE JUNY DE 2019



COL-LABORADORS



ORGANITZEN



AVALAT PER

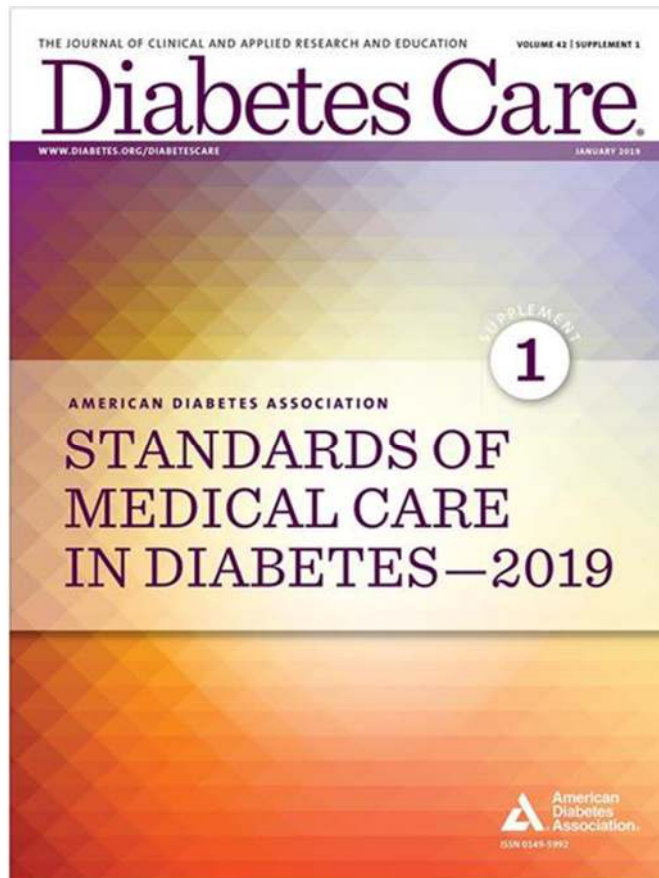


4A  
JORNADA

ACTUALITZACIÓ EN DIABETIS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA  
GEDAPS CAMFIC-REDGDS

redGDS

CAMFIC



## Novetats en standards care 2019

Glòria Anton Lloreda  
Metge de Família  
CAP Les Franqueses  
gloriaantonlloreda@gmail.com

Diabetes Care 2019 Jan; 42(Supplement 1): S1-S2.



## Seccions:

1. Millora de l'atenció i promoció de la salut.
2. Classificació i diagnòstic de la diabetis. (prediabetis)
3. Prevenció i retard en el diagnòstic de la DM2.
4. Avaluació mèdica integral i avaluació de les comorbiditats
5. Gestió dels estils de vida.
6. Objectius glucèmics.
7. Tecnologia i Diabetis
8. Maneig i tractament de la obesitat en el diabètic.
9. Tractament farmacològic
10. Malaltia cardiovascular i maneig del risc CV.
11. Complicacions microvasculars i peu diabètic.
12. Pacient ancià.
13. Nens i adolescents.
14. Maneig de la DM en l'embaràs.



# Classificació

2018

## CLASSIFICATION

Diabetes can be classified into the following general categories:

1. Type 1 diabetes (due to autoimmune  $\beta$ -cell destruction, usually leading to absolute insulin deficiency)
2. Type 2 diabetes (due to a progressive loss of  $\beta$ -cell insulin secretion frequently on the background of insulin resistance)
3. Gestational diabetes mellitus (GDM) (diabetes diagnosed in the second or third trimester of pregnancy that was not clearly overt diabetes prior to gestation)
4. Specific types of diabetes due to other causes, e.g., monogenic diabetes syndromes (such as neonatal diabetes and maturity-onset diabetes of the young [MODY]), diseases of the exocrine pancreas (such as cystic fibrosis and pancreatitis), and drug- or chemical-induced diabetes (such as with glucocorticoid use, in the treatment of HIV/AIDS, or after organ transplantation)



## Diagnòstic

- 1. HbA1c  $\geq$  6,5%
- 2. Glucèmia plasmàtica en dejú  $\geq$  126mg/dl (dejú 8 h)
- 3. Glucèmia a les 2 hores després del TTOG ( 75g glucosa)  $\geq$  200mg/dl.
- 4. Glucèmia  $\geq$  200mg/dl a l'atzar amb símptomes clàssics.



Condicions que distorsionen els resultats de la Hba1c (Btalasèmia ↓, embaràs ↓, diàlisi ↓, transfusió ↓, pèrdua de sang ↓, afroamericans ↑)

**NOU**

El diagnòstic requereix 2 resultats anormals de la mateixa mostra o en 2 mostres separades ((GB, Hba1c o SOG).



## Diagnòstic

- Prediabetis: GB, Hba1c, SOG
  - GB: 100-125mg/dl
  - Hba1c 5,7-6,4 %(GBA)
  - TTOG: 140-199 mg/dl ( ITG)
- Nens i adolescents: GB, Hba1c, SOG

**NOU**



## Prevenció i retard en la aparició de la DM2.

- ✓ Determinació anual de la glucèmia en prediabètics (2018) (E)
- ✓ Derivar als pacients prediabètics a un programa d'intervenció intensiva sobre hàbits de vida (Diabetes Prevention Program) : pèrdua ponderal de 7%, i l'activitat física moderada al menys 150 min/setmana. (A) (2018)
- ✓ Considerar **Metformina si**: prediabetis + IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> o edat menor a 60 anys o en dones amb antecedents de DM gestacional. (A)
- ✓ **Tecnologies internet** : reds socials, APP (B)



## Avaluació mèdica integral i de les comorbiditats

- ✓ Comunicació centrada en el pacient. Llenguatge adaptat. (2018)
- ✓ Testosterona: signes s'hipogonadisme (↓ líbido o disfunció erèctil) (2018)

### NOU

- ✓ Fetge gras no alcohòlic : en pacients DM o prediabètics amb elevació de transaminasses o esteatosi hepàtica per ecografia noves recomanacions per avaluar la possible esteatohepatitis no alcohòlica o fibrosi (C).
- ✓ La DM2 és un factor predictor de mala evolució ( esteatohepatitis , cirrosi).





- ✓ Intervenció individual i grupal
- ✓ Plataformes tecnològiques
- ✓ Autocontrol
- ✓ Dieta
- ✓ Exercici físic
- ✓ Tabac
- ✓ **Avaluació cognitiva i símptomes d'ansietat i depressió**







## Tecnologia i DM

**NOU**

- Autocontrol de glucèmia en pacients que no fan tractament amb insulina ( benefici clínic limitat).
- Sistemes d'administració d'insulina
- Monitors per autocontrol de glucosa
- Monitorització continua de glucosa en temps real ( flash)
- Sistemes de dispensació automàtica d'insulina



## Tractament farmacològic

- ✓ La Metformina és el fàrmac de 1<sup>a</sup> elecció si no està contraindicada (A).
- ✓ S'associa a dèficit de Vit B12 (B).
- ✓ Insulina precoç si símptomes catabòlics.

**NOU**

- ✓ Considerar la teràpia dual a l'inici si la HbA1c > 1,5% de l'objectiu (E)
- ✓ Algoritme terapèutic consens ADA- EASD.



**NOU**

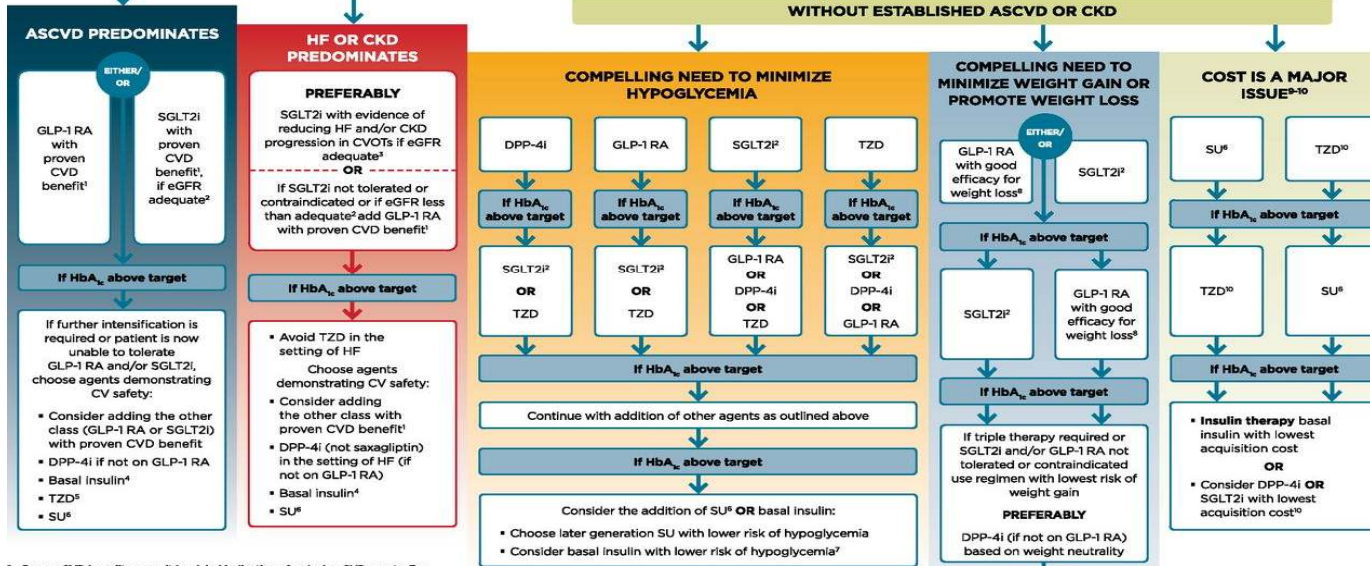
FIRST-LINE therapy is metformin and comprehensive lifestyle (including weight management and physical activity)  
If HbA<sub>1c</sub> above target proceed as below



ESTABLISHED ASCVD OR CKD

NO

WITHOUT ESTABLISHED ASCVD OR CKD



1. Proven CVD benefit means it has label indication of reducing CVD events. For GLP-1 RA strongest evidence for liraglutide > semaglutide > exenatide extended release. For SGLT2i evidence modestly stronger for empagliflozin > canagliflozin.  
2. Be aware that SGLT2i vary by region and individual agent with regard to indicated level of eGFR for initiation and continued use  
3. Both empagliflozin and canagliflozin have shown reduction in HF and reduction in CKD progression in CVOTs  
4. Degludec or U100 glargine have demonstrated CVD safety  
5. Low dose may be better tolerated though less well studied for CVD effects

6. Choose later generation SU with lower risk of hypoglycemia  
7. Degludec / glargine U300 < glargine U100 / detemir < NPH insulin  
8. Semaglutide > liraglutide > dulaglutide > exenatide > lixisenatide  
9. If no specific comorbidities (i.e., no established CVD, low risk of hypoglycemia, and lower priority to avoid weight gain or no weight-related comorbidities)  
10. Consider country- and region-specific cost of drugs. In some countries TZDs relatively more expensive and DPP-4i relatively cheaper



## Malaltia cardiovascular i maneig del risc CV.

### Hipertensió arterial

(2018)

- ✓ Tots els pacients amb HTA han de controlar-se la TA domicili (B)
- ✓ Objectiu: <140/90 mmHg (A).
- ✓ En alguns pacients, si alt RCV, < 130/80 mmHg si es possible sense un excès terapèutic (C).
- ✓ Si > 140/90 mmHg: canvis en els estils de vida + tractament farmacològic amb 1 fàrmac (A)
- ✓ Si és major de 160/100 mmHg: 2 fàrmacs (A)



## Dislipemia

- No es plantejen ni limits ni objectius (2018)

Tabla 9.2—Recomendaciones para el tratamiento con estatinas y tratamiento combinado en adultos con diabetes

Edad	ECVAE	Intensidad recomendada de estatinas <sup>†</sup> y tratamiento combinado*
<40 años	No	Ninguna <sup>†</sup>
	Sí	Alta • Si el colesterol LDL $\geq 70$ mg/dl pese a la dosis máxima tolerada de estatina, considerar la incorporación de otro agente reductor del LDL (como ezetimiba o un inhibidor de PCSK9)#
$\geq 40$ años	No	Moderada <sup>†</sup>
	Sí	Alta • Si el colesterol LDL $\geq 70$ mg/dl pese a la dosis máxima tolerada de estatina, considerar la incorporación de otro agente reductor del LDL (como ezetimiba o un inhibidor de PCSK9)

- ✓ **Pacients sense MCV :**
  - ✓ A part de mesures HD
  - ✓ <40 a considerar estatina intensitat moderada (C)
  - ✓ >40 a administrar estatina intensitat moderada. (B)
- ✓ **Pacients amb MCV**
  - ✓ A qualsevol edat, s'ha d' incloure una estatina d'alta intensitat (A)
  - ✓ Si amb la estatina a dosi màxima tolerada LDL  $\geq 70$  considerar un tractament adicional ( ezetimiba o un inhibidor de PCSK).



## Antiagregants



- ✓ **Prevenió secundària:** AAS 75-162mg /dia.(A) Si alèrgia: clopidogrel 75 mg/dia (B)
- ✓ **Prevenió primària:** es pot utilitzar l'AAS amb alt risc cardiovascular pactant amb el pacient i informant dels beneficis versus risc de sagnat (C).En general no es recomana.

**NOU**





Complicacions microvasculars i peu diabètic.

## Nefropatia diabètica

- ✓ Determinació anual de: **Quocient Alb/crea i FG (B)**
- ✓ **Optimitzar la glicèmia i la TA** redueix el risc o retrassa la progressió de Nefropatia diabètica **(A)**.
- ✓ En pacients DM2 i MRC Considerar ISGLT2 ( empaglifozina , canaglifozina) o aGLP1 ( liraglutida , semaglutida).

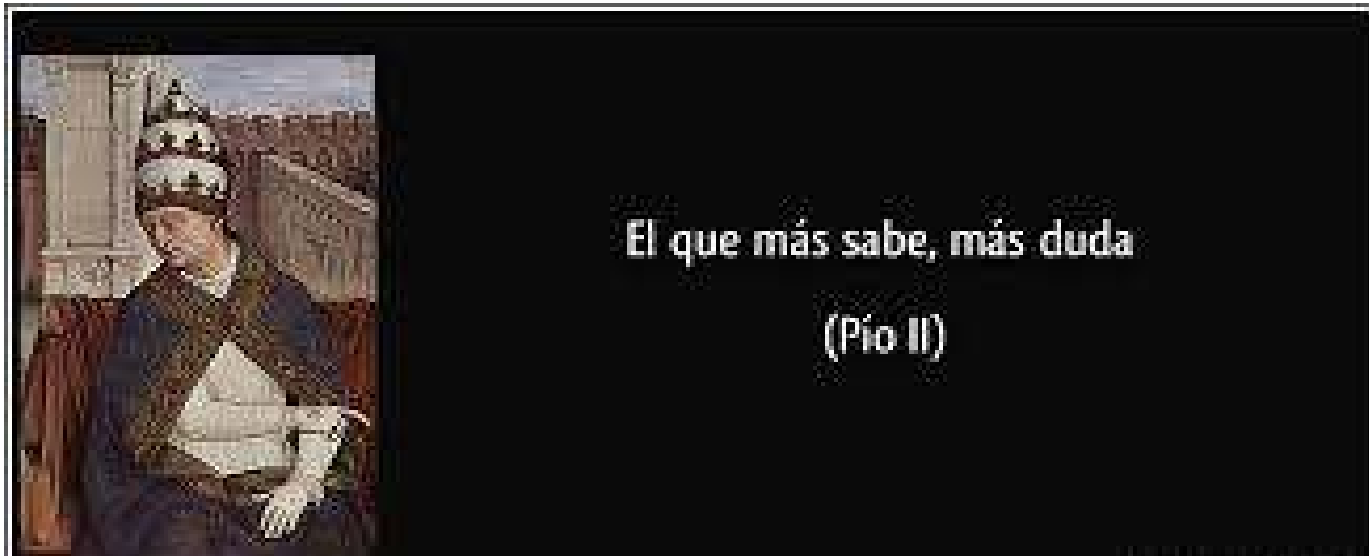
**NOU**

4A  
JORNADA

ACTUALITZACIÓ EN DIABETIS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA  
GEDAPS CAMFIC-REDGAPS

redGAPS

CAMFIC



Moltes gràcies per la vostra atenció