

Rising Stars 2021

“Actualización en DM desde el nuevo escenario de la pandemia por COVID 19”.

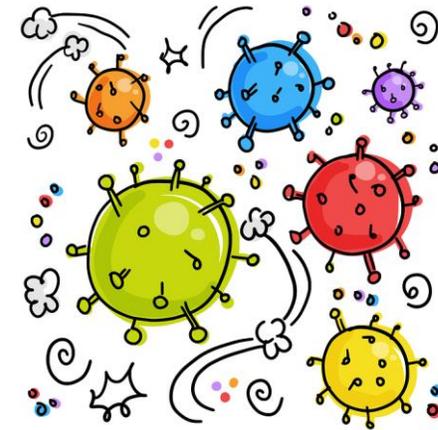
5ª Jornada Nacional
Rising Stars
26-27 de mayo



Patrocina



Buscando el control del RCV en el paciente con DM en tiempos de pandemia



Alberto León- EAP Torredembarra

Marta Sanavia- UFACC SAP Delta

Moderadora: **Núria Casado**- EAP Nova Lloreda



Caso Ficticio





17 Junio 2020

76a

Causa inmediata: Insuficiencia Cardíaca Agudizada

Causa intermedia: Infección por Covid-19

Causas fundamentales:

- Miocardiopatía hipertensiva
- Diabetes Mellitus 2
- Nefropatía diabética



Caso ficticio





4 d antes...



Insuficiencia Respiratoria
Insuficiencia Renal Aguda
Insuficiencia Cardíaca Refractaria

VIRUS TREATMENT

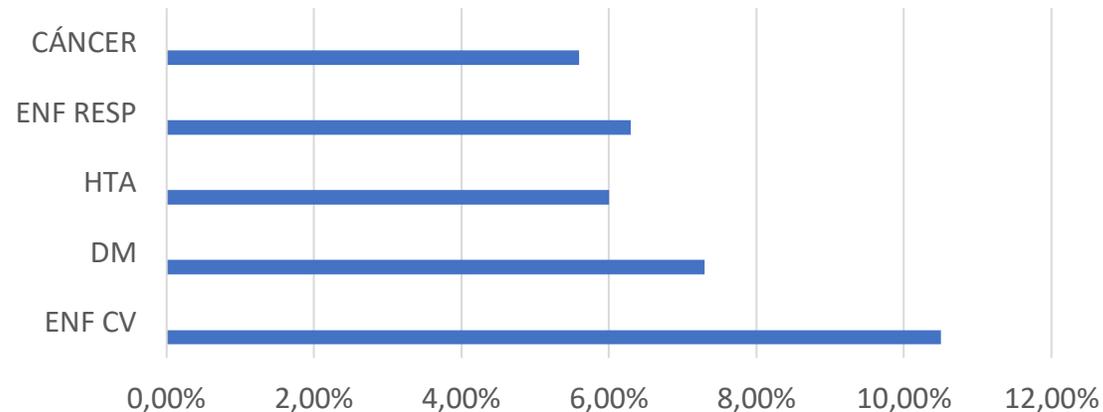




Factores determinantes para riesgo de ingreso en uci por Covid19:

- HTA 30%
- Diabetes mellitus 19%
- Obesidad
- Enfermedades respiratorias crónicas
- Enfermedades cardiovasculares previas (enfermedad coronaria 8%)
- Cáncer

Mortalidad según factor de riesgo



Mortalidad global 2,3%

Altamiri, H, et al, Manifestaciones CV de COVID19. 10.410/HEARTVIEWS. 2020 JUL-SEPT (3): 171-186

Actualización en DM desde el nuevo escenario de la pandemia por COVID 19

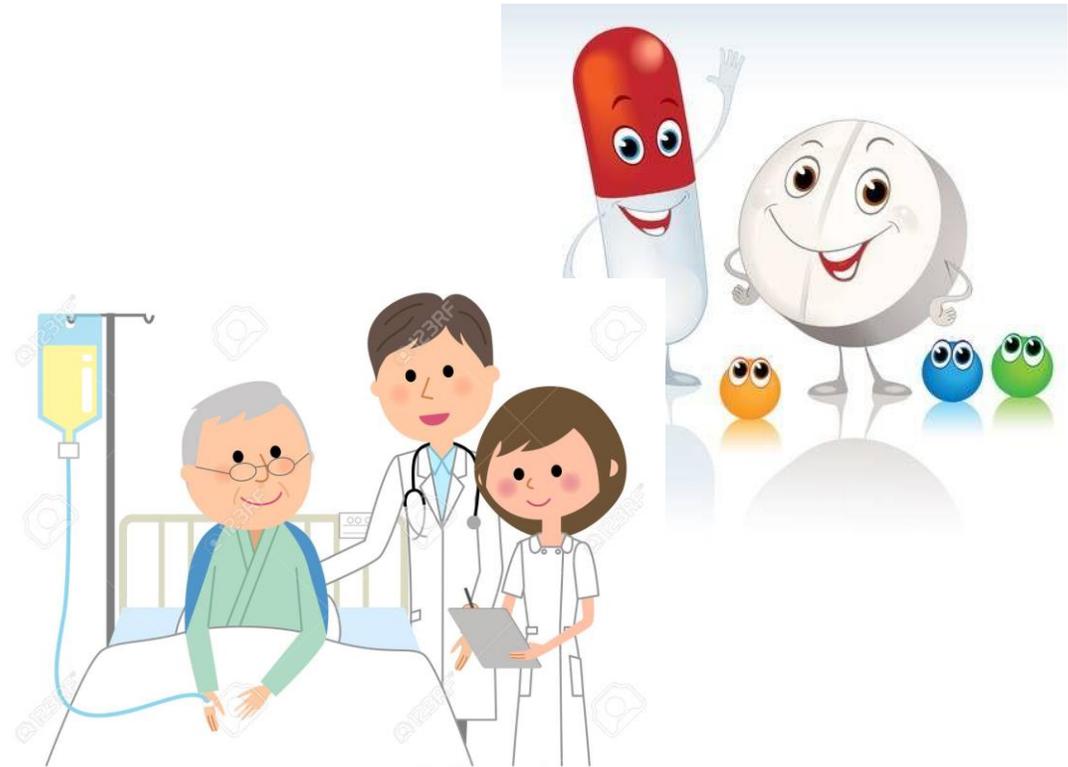




10 días antes....

Qué tratamiento recibió en planta?

- ✓ Lopinavir/Ritonavir 200/100 mg/12h x 14 d
- ✓ Hidroxicloroquina 200mg/12h x 14 d
- ✓ HBPM 60 mg/24h x 15d
- ✓ Azitromicina 500/24h x 6 d
- ✓ Prednisona 60 mg/24h x 10 d
- ✓ O2 GN 2lx'
- ✓ Insulina Actrapid



En qué no se pensó al escoger los fármacos?

Efectos adversos a nivel cardiovascular y renal del Lopinavir/Ritonavir, Hidroxicloroquina, Prednisona y la falta de evidencia científica.





11 días antes...

Paciente de 76 años

Antecedentes patológicos:

No AMC, exfumador, obeso mórbido, HTA, DM2 y DLP, Miocardiopatía HTA con IC FEVI reducida, Nefropatía diabética, Neuropatía diabética

Enfermedad Actual:

Febrícula de 13 días de evolución y tos seca escasa. Control telefónico por su MF. Se deriva telefónicamente por sensación disneica.

Tratamiento habitual:

Enalapril 20/12h, Bisoprolol 5/12h, Simvastatina 40/24h, Metformina 1g/12h, Sitagliptina 50mg c/24h, Insulina Glargina 100 UI 0-0-24, Adiro 100/24h .

Urgencias



© HitToon * www.ClipartOf.com/223261





EF:

Sat O2 82%. FR 32. FC 48 TA 155/98.
AC arrítmico. AR: Crepitantes 2/3 inferiores
Edemas EEII. IY y RHY

EECC:

PCR Covid19+

Rx tórax: infiltrados parenquimatosos pulmonares periféricos
en hemitorax derecho.

Analítica: PCR 103 , Dímero D 523, Creat 138, FG 39 , LDH
542, ALT 155, AST 275, GGT 189 ,ProBNP 17324.

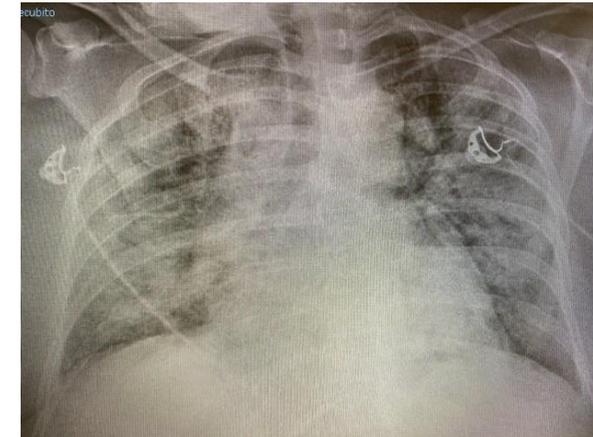
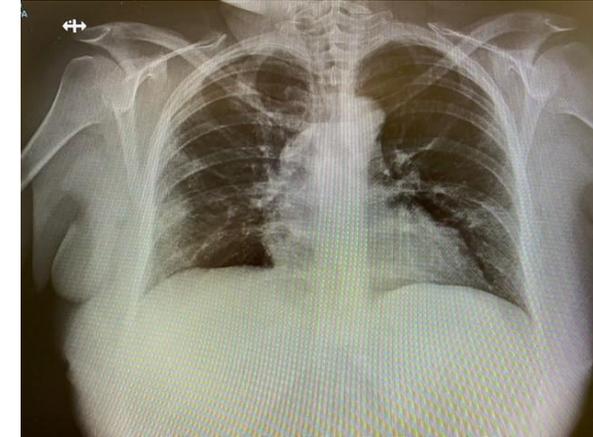
Leucocitos 2.460 (N 7640, L 1650), plaquetas 120.000.

Gasometría: pO2 24, pCO2 41, pH 7,4.

OD:

Neumonía covid19
Insuficiencia Cardíaca Congestiva
Insuficiencia respiratòria

Plan: Ingreso en planta





1 mes antes....

Estaba bien controlado este paciente por su medico de familia??

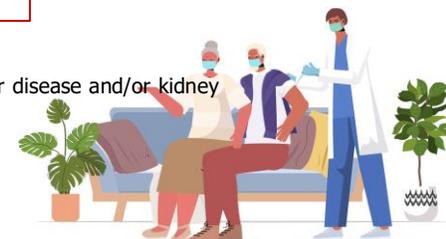
1. Tuvo en cuenta los factores de riesgo al usar la teleconsulta?
2. Control de su diabetes? HbA1c 8,6%. TA?
 - ✓ Evidencia de los fármacos indicados en pacientes con Cardiopatía y Nefropatía, sin límite de edad.
 - ✓ Priorización de los fármacos que favorecen la pérdida de peso en obesidad mórbida
 - ✓ Evitar fármacos con mayor riesgo de Hipoglucemias.
 - ✓ En un paciente con IR (FG 50) se podría haber escogido la Linagliptina como alternativa?
 - ✓ Hacía falta que se tratara con una estatina?
3. Atención telefónica? Última visita presencial en septiembre de 2020.

En el **Update 2020 de la Canadian Diabetes Association** han introducido a la recomendación de priorizar fármacos que no produzcan hipoglucemias ni ganancia de peso, la recomendación de los iSLG2 porque reduce el riesgo de hospitalización por Insuficiencia Cardíaca (IC) y porque reduce la progresión a Enfermedad Renal Crónica (ERC), así como los aGLP1 (excepto Lixisenatida) por su perfil de mejora cardiovascular y los aGLP1 y iSGLT2 por su asociación a la pérdida de peso. Los recomiendan en ≥ 60 años sin límite de edad, con al menos 2 FRCV.

En el ensayo **CARMELINA** (población con alto RCV o ERC) se observó la no inferioridad de linagliptina frente a placebo en el riesgo de la variable compuesta MACE-3 :HR 0,76 (IC 95: 0,57-1,02) en el grupo preespecificado de ≥ 75 años (n=1.211, el 17,4% de la muestra total) y su superioridad frenando la progresión de albuminuria HR 0,78 (IC 95%:0,63-0,97). El estudio **CAROLINA** confirmó seguridad CV

La guía de la **ADA 2020** recomienda, en $>75a$, valorar R/B a la hora de iniciar una estatina y de continuarla en los ya tratados (nivel evidencia B)

1. Uptodate 2020 (Diciembre) Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus in Older Patient.
2. Cooper ME, Rosenstock J, Kadowaki T, Seino Y, Wanner C, Schnaidt S et al. Cardiovascular and kidney outcomes of linagliptin treatment in older people with type 2 diabetes and established cardiovascular disease and/or kidney disease: A prespecified subgroup analysis of the randomized, placebo-controlled CARMELINA® trial. Diabetes Obes Metab. 2020; 22:1062-73.
3. American Diabetes Association. 12. Older adults: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. Diabetes Care 2021;44(Suppl. 1): S168–S179.





Original Research

A Randomized Controlled Trial Comparing Efficacy and Safety of Insulin Glargine 300 Units/mL Versus 100 Units/mL in Older People With Type 2 Diabetes: Results From the SENIOR Study

Robert Ritzel, Stewart B. Harris, Helen Baron, Hermes Florez, Ronan Roussel, Melanie Espinasse, Isabel Muehlen-Bartmer, Nianxian Zhang, Monica Bertolini, Claire Brulle-Wohlhueter, Medha Munshi and Geremia B. Bolli

Diabetes Care 2018 Jun; dc180168.
<https://doi.org/10.2337/dc18-0168>

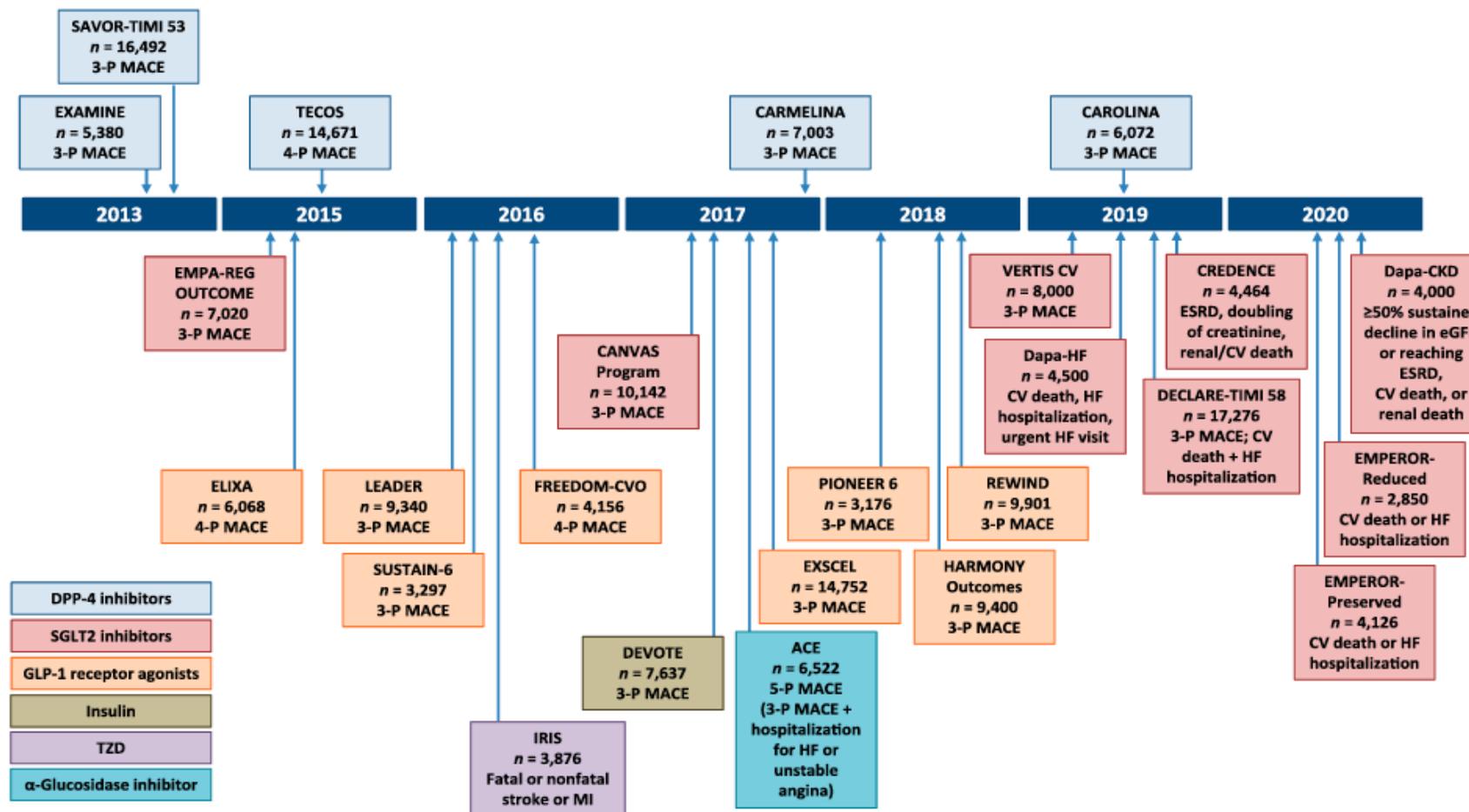
Era la Insulina Glargina 100 la mayor opción en este paciente?

El estudio SENIOR fue un ensayo clínico randomizado y controlado que comparaba la eficacia y Seguridad de la insulina Glargina 300UI/ml vs 100UI/ml en adultos mayores ≥ 65 años (20% ≥ 75 años). Demostró menos riesgo de hipoglucemias y bajadas similares de HbA1c con la Glargina 300.





Principales estudios de Seguridad Cardiovascular



Cefalu W, et al. Diabetes Care 2018; 41:14-31.





Estudios de Seguridad Cardiorenal de los iSGLT2



DAPA-CKD

| Trial | EMPA-REG ¹ | CANVAS-R ² | CREDESCENCE ⁴ | DECLARE-TIMI ⁵ |
|--|--|--|--|--|
| | Empagliflozina | Canagliflozina | Canagliflozina | Dapagliflozina |
| Study design | eGFR > 30 ml/min | eGFR > 30 ml/min | eGFR 30 - 90 ml/min UARC 300-5000 mg/g | eGFR ≥ 60 mL/min |
| mean eGFR (mL/min) mean UARC (mg/g) | 74.5 (25.9% < 60) MDRD 12.3 (59.4% < 30, 11% >300) | 76.5 (20.1% < 60) MDRD 12.3 (69.8% < 30) | 58.2 (59.8% < 60) CKD-EPI 927 (76.6% 300-3000, 11.4% > 3000) | 85.2 (7.4% < 60) CKD-EPI 13.1 (67.9% < 30, 6.8% > 300) |
| Follow-up period | over 3.1 y | over 2.4 y | over 2.6 y | over 4.2 y |
| composite Kidney outcomes | doubling Creat. with eGF ≤ 45, RRE, or renal death | 40% reduction eGF for at least 2 consecutive measures ESKD, or renal death | doubling serum Creatinine, ESKD, or renal/CV death | ≥ 40% reduction in eGF to < 60, ESKD, or renal/CV death |
| Kidney outcome | 0.54 0.40-0.75, p < 0.001 | 0.60 0.47-0.77, p < 0.001 | 0.70 0.59-0.82, p = 0.00001 | 0.53 0.43-0.66, p < 0.001 |
| HF hospitalization | 0.65 0.50-0.85, p 0.002 | 0.67 0.52-0.87, p 0.02 | 0.61 0.47-0.80, p < 0.001 | 0.73 0.61-0.88, p 0.0008 |
| HHF and CV death | 0.66 0.55-0.79, p < 0.001 | 0.78 0.67-0.91, p 0.0015 | 0.69 0.57-0.83, p < 0.001 | 0.83 0.73-0.95, p 0.005 |
| MACE Hazard Ratio | 0.86 0.74-0.99, p 0.04 | 0.86 0.75-0.97, p 0.08 | 0.80 0.67-0.95, p 0.01 | 0.93 0.84-1.03, p 0.17 |

EMPEROR



EMPA-HEART

<https://www.redgdps.org>





Estudios de Seguridad Cardiorenal de los aGLP1

| | ELIXA | LEADER | SUSTAIN-6 | EXSCEL | HARMONY | REWIND | PIONEER-6 | overall |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Lixisenatide | Liraglutide | Semaglutide | Exenatide | Albiglutide | Dulaglutide | Semaglutide o | |
| 3-MACE | 1.02 0.89-1.17 | 0.87 0.78-0.97 | 0.74 0.58-0.95 | 0.91 0.83-1.00 | 0.78 0.68-0.90 | 0.88 0.79-0.99 | 0.79 0.57-1.11 | 0.88 0.82-0.94 |
| History of CVD | | 0.83 0.74-0.93 | 0.72 0.55-0.94 | 0.90 0.81-0.99 | | 0.87 0.74-1.02 | 0.83 0.58-1.18 | 0.86 0.80-0.92 |
| No history of CVD | | 1.20 0.86-1.67 | 1.00 0.41-2.44 | 0.99 0.77-1.28 | | 0.87 0.74-1.02 | 0.51 0.15-1.71 | 0.94 0.83-1.07 |
| CV death | 0.98 0.78-1.22 | 0.78 0.66-0.93 | 0.98 0.65-1.48 | 0.88 0.76-1.02 | 0.93 0.73-1.19 | 0.91 0.78-1.06 | 0.49 0.27-0.92 | 0.88 0.81-0.96 |
| fatal or no fatal MI | 1.03 0.87-1.22 | 0.86 0.73-1.00 | 0.81 0.57-1.16 | 0.97 0.85-1.10 | 0.75 0.61-0.90 | 0.96 0.79-1.15 | 1.18 0.73-1.90 | 0.91 0.84-1.00 |
| fatal or no fatal Stroke | 1.12 0.79-1.58 | 0.86 0.71-1.06 | 0.65 0.41-1.03 | 0.85 0.70-1.03 | 0.86 0.66-1.14 | 0.76 0.62-0.94 | 0.74 0.35-1.57 | 0.84 0.76-0.93 |
| All cause mortality | 0.94 0.78-1.13 | 0.85 0.74-0.97 | 1.05 0.74-1.50 | 0.86 0.77-0.97 | 0.95 0.79-1.16 | 0.90 0.80-1.01 | 0.51 0.31-0.84 | 0.88 0.83-0.95 |



Kristensen. Lancet Diab Endoc 2019

J.Barrot (personal contribution)







2021



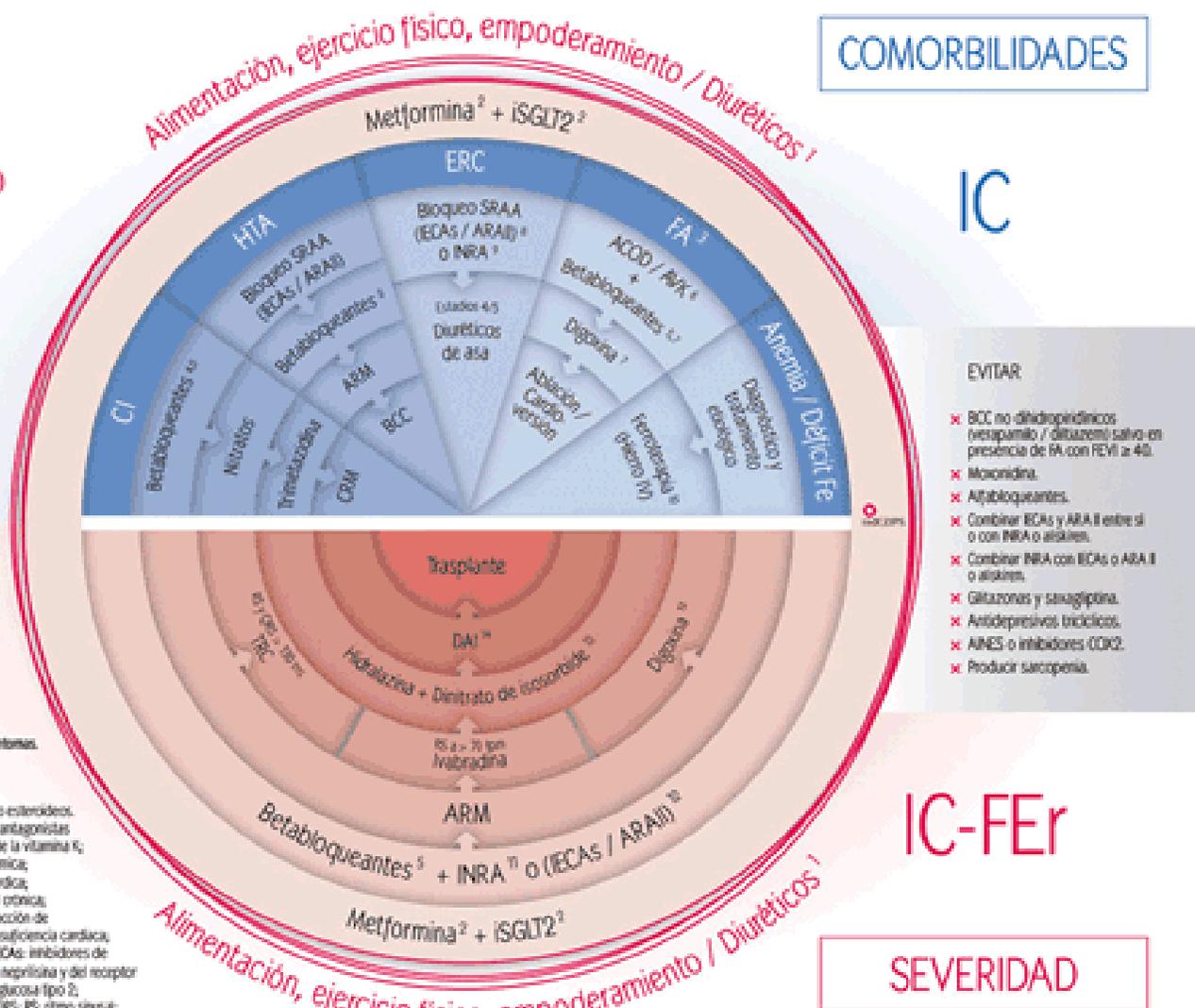
ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE CON DM2
redGDPS 2020

1. Dosis mínima necesaria para el control de la congestión, si precisa.
2. Sin contraindicación.
3. Considerar la cardioversión eléctrica o (farmacológica (amiodarona) en caso de inestabilidad hemodinámica.
4. Si no tolerancia a betabloqueante: amiodipino, nicorandil o ranolazina.
5. Bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol o nebivolol.
6. De elección ACCO por su mayor seguridad.
7. Si persiste IC elevada. Si FEVI preservada también de utilidad BCC no dihidropíndicos.
8. Con vigilancia del K⁺ y TFG.
9. En IC-FE con mejor perfil renal que IECA/ARA II, vigilando la hipotensión arterial.
10. De elección hierro IV.
11. Con mejor comportamiento glucémico que IECA/ARA II en DM2.
12. Si sigue sintomático, cambiar a INRA.
13. Si persisten síntomas refractarios, pensar al tratamiento óptimo.
14. Si síntomas NYHA III-IV tras tratamiento médico óptimo y expectativa de vida mayor de 1 año.

Las flechas indican progresión de la enfermedad o persistencia de síntomas.

ABREVIATURAS:

ACCO: anticoagulantes orales directos; ANES: antiinflamatorios no esteroideos.
 ARAII: antagonistas de los receptores de la Angiotensina II; ARM: antagonistas de los receptores de los mineralocorticoides; AVI: antagonistas de la vitamina K;
 BCC: bloqueadores de los canales del calcio; CI: cardiopatía isquémica;
 COG2: coagulación 2; CRM: cirugía de revascularización miocárdica;
 DAI: desfibrilador automático implantable; ERC: enfermedad renal crónica;
 IA: fibrilación auricular; IC: frecuencia cardíaca; Fe: hierro; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca;
 IC-FE: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; INRA: inhibidores de la renina y del receptor de angiotensina II; IGLT2: inhibidores del cotransportador sodio glucosa tipo 2;
 IV: intravenoso; K⁺: potasio; QRS: complejo electrocardiográfico QRS; IS: ritmo sinusal;
 SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona; TFG: tasa de filtrado glomerular;
 TRC: terapia de resincronización cardíaca.



- EVITAR:**
- × BCC no dihidropíndicos (felodipino / diltiazem) salvo en presencia de FA con FEVI > 40.
 - × Mocoxidina.
 - × Afloqueantes.
 - × Combinar IECA y ARA II entre sí o con INRA o aldoster.
 - × Combinar INRA con IECA o ARA II o aldoster.
 - × Glitazonas y saxagliptina.
 - × Antidepresivos tricíclicos.
 - × ANES o inhibidores COX2.
 - × Producir sacopenia.





Confinamiento de 3 meses



ALGORITMO SOBRE CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA EN DM2 DE LA REDGDPS 2020

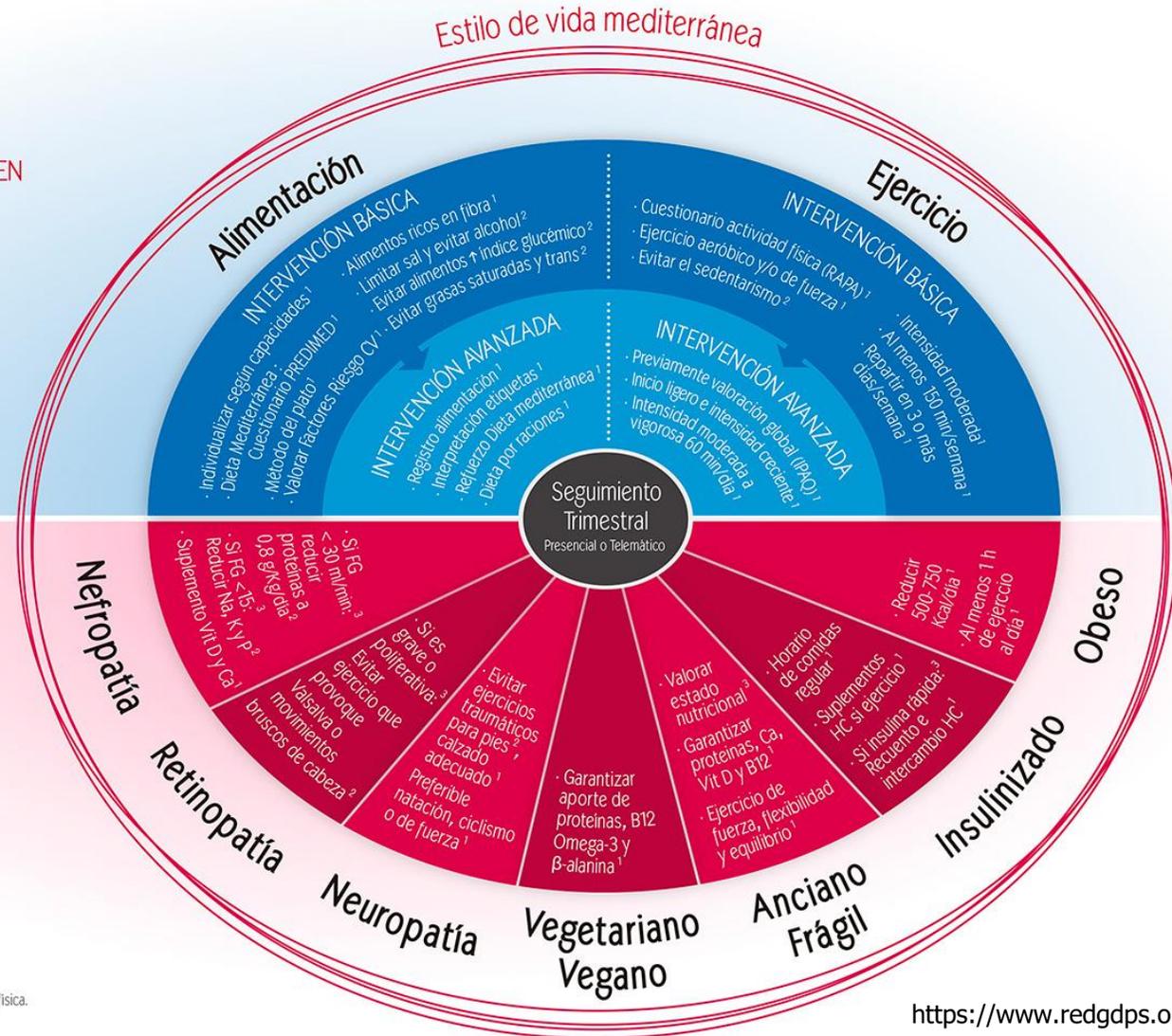
INTERVENCIÓN GENERAL

La intervención básica se aplicará a todos los pacientes y la avanzada a aquellos cuyas condiciones lo permitan. Además se tendrán en cuenta las recomendaciones específicas en caso de existir situaciones especiales.

SITUACIONES ESPECIALES

- 1. Recomendación.
- 2. Limitación.
- 3. Comentario.

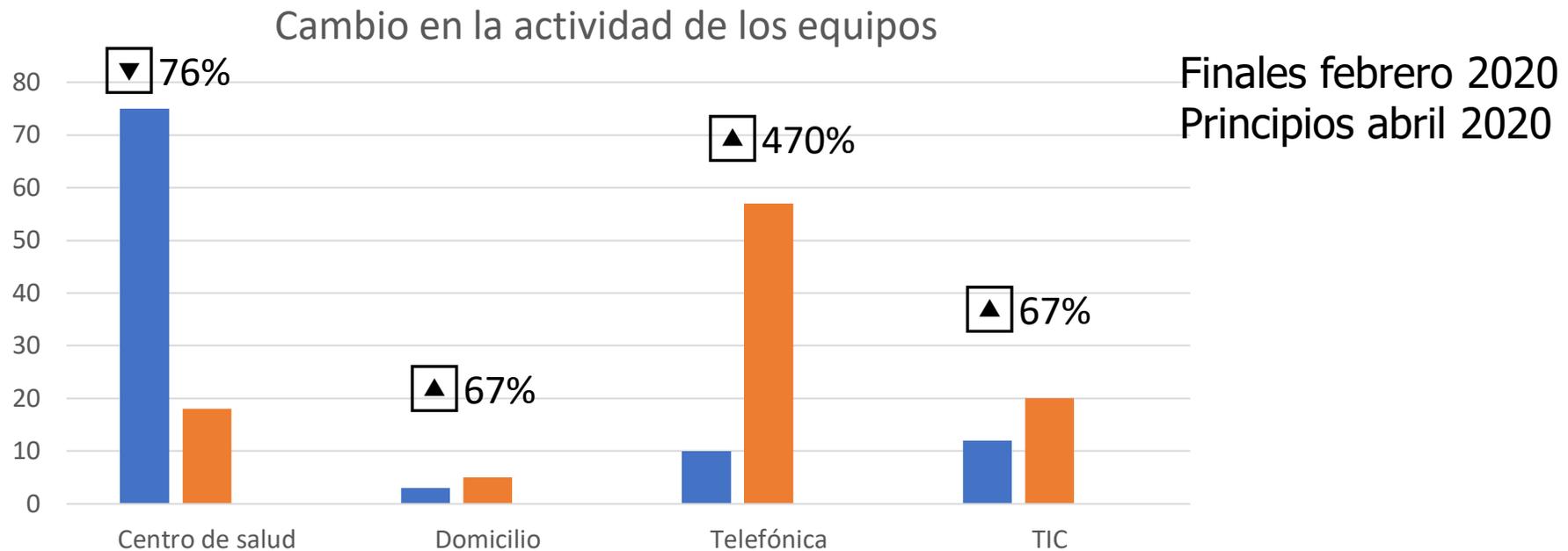
ABREVIATURAS:
 Ca: calcio.
 CV: cardiovascular.
 FG: filtrado glomerular.
 HC: hidratos de carbono.
 IPAQ: Cuestionario internacional de actividad física.
 Na: sodio.
 P: fósforo.
 PREDIMED: prevención con dieta mediterránea.
 RAPA: cuestionario de evaluación rápida de la actividad física.
 Vit: vitamina.





Ha sido adecuada la atención que se ha dado en atención primaria?

Se hizo una valoración telefónica: tenemos que reflexionar sobre si en este tipo de pacientes era adecuada
Las valoraciones telefónicas, presenciales, domicilios



Fuente: Centre Corporatiu ICS 2020

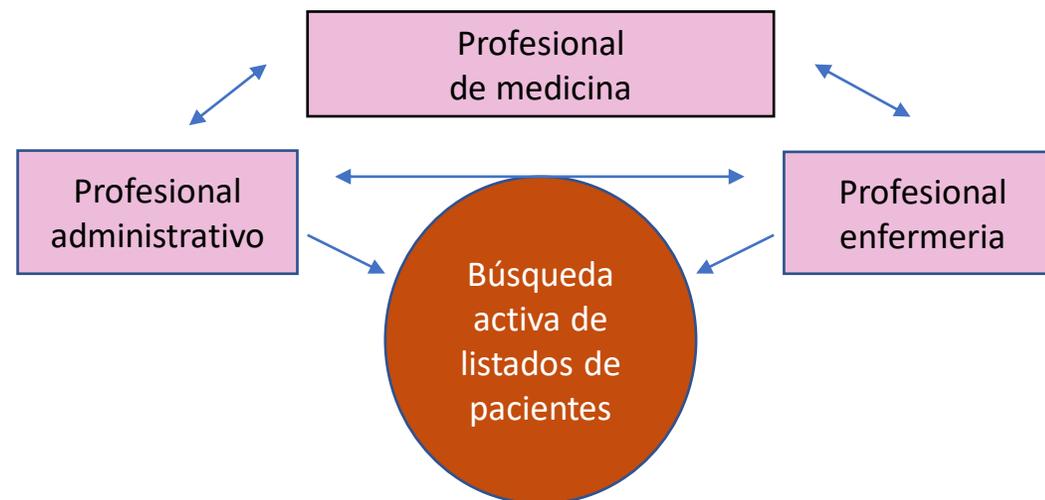




Los pacientes antes venían solos a las consultas, ahora los vamos a tener que irlos a buscar.

Búsqueda Proactiva de pacientes

“ La captación proactiva por parte de los profesionales médico/as y enfermero/as es fundamental para contribuir a un adecuado seguimiento”



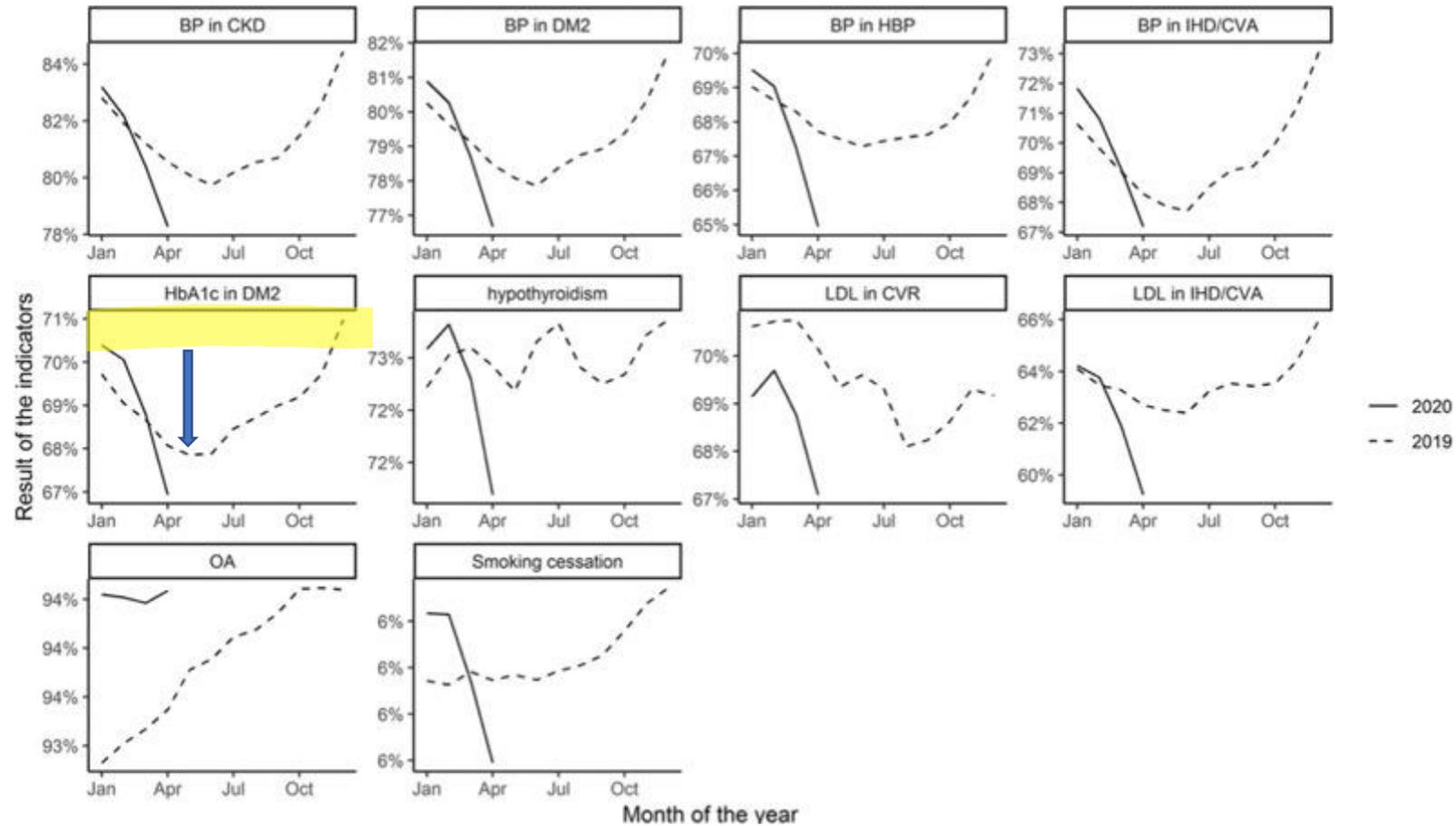
Pacientes totales con diabetes
Mal control metabólico $HbA_{1c} >8\%$
Ausencia de Control analítico
Incumplimiento terapéutico
Despistaje de complicaciones
Hipoglucemias de repetición
Existencia previas de complicaciones.

Listados de apoyo: Polimedicados,
Ancianos frágiles, Inmovilizados, Mayores solos, Pacientes con RCV alto o muy alto.





Todos estos cambios han provocado descenso de los indicadores de calidad



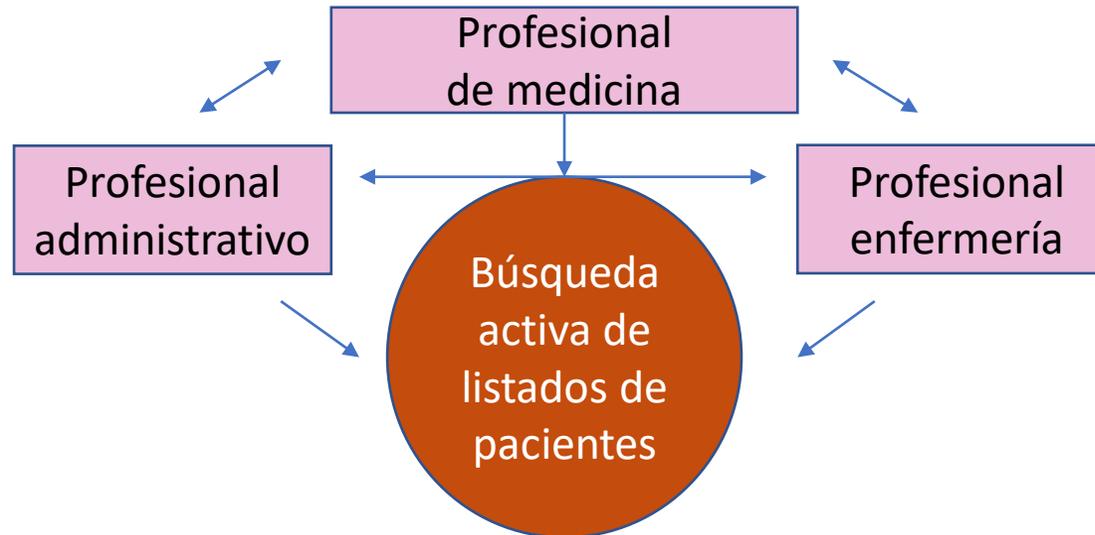
Monthly result of EQA control indicators during 2019 and 2020.

Actualización en DM desde el nuevo escenario de la pandemia por COVID 19





RECONNECTAMOS



Pacientes totales con diabetes
Mal control metabólico HbA_{1c} >8%
Ausencia de Control analítico
Incumplimiento terapéutico
Despistaje de complicaciones
Hipoglucemias de repetición
Existencia previas de complicaciones.

Listados de apoyo: Poli medicados, Ancianos frágiles, Inmovilizados, Mayores solos, Pacientes con RCV alto o muy alto.





La teleconsulta :



MI DIABETES LISTA DE TAREAS PARA CONSULTA POR TELÉFONO

CHECKLIST

| | |
|--|--|
|  Preparar la llamada | Atender la llamada desde una estancia en silencio y con buena cobertura telefónica. |
|  Mi situación | ¿Cómo me encuentro? ¿Algún cambio importante en mi vida o situación personal desde la última consulta? |
|  Mi peso | ¿Me he pesado? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuál es mi peso? |
|  Mi tensión arterial | ¿Me he tomado la tensión? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuánto tengo? |
|  Tabaco (solo si fuma) | ¿He conseguido dejar de fumar? ¿Me planteo dejar de fumar? |
|  Alimentación | ¿He llevado una alimentación adecuada? ¿Tengo problemas para seguir las recomendaciones? ¿He modificado mi alimentación? ¿Tengo alguna duda sobre mi alimentación? |
|  Ejercicio | ¿Realizo ejercicio físico? ¿Qué tipo de ejercicio realizo? ¿He tenido algún problema durante el ejercicio: mareo, dolor torácico, bajadas de azúcar...? ¿Cuántos días a la semana y durante cuánto tiempo? |
|  Mi medicación | ¿He tomado correctamente los medicamentos? ¿He tenido problemas con alguno de ellos? |
|  ¿He tenido alguno de estos síntomas? | ¿Mareos, temblor, sudor o desvanecimientos? ¿He tenido cifras de azúcar menores de 80mg/dl? ¿Conozco qué hacer en caso de bajada de azúcar? ¿Sed excesiva? ¿Orino más de lo normal? |
|  Vigilo mi corazón y circulación | ¿He notado dolor en el pecho o falta de aire en reposo o con los esfuerzos? ¿He notado dolor en las pantorrillas al caminar? |
|  Miro mis pies | ¿He revisado mis pies? ¿Con qué frecuencia? ¿Tengo callosidades, deformaciones o heridas? |
|  Otras consultas | ¿He acudido a alguna consulta con otro médico, dentista, podólogo..., de la que deba de informar a mi médico? |
|  Dónde registro mis auto-controles | ¿Tengo una libreta o una aplicación donde registro mis constantes? |
|  Mis controles de azúcar (solo si lo tiene indicado) | ¿Me he mirado cómo tengo el azúcar? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué valores tengo? ¿Qué cifras debo tener? |
|  Solo para personas que tengan tratamiento con terapia inyectable y/o insulina | ¿Tengo alguna duda sobre cómo pincharme? ¿Cambio el punto de inyección? ¿Cambio la aguja en cada uso? ¿Conozco qué hacer en caso de bajada de azúcar? |





Ventajas e inconvenientes de la teleconsulta

| VENTAJAS | DESVENTAJAS |
|---|---|
| Reducción Riesgo de Contagio | Necesidad de recursos tecnológicos |
| Ahorro de tiempo y desplazamientos | Necesidad de formación en teleconsulta a sanitarias y pacientes |
| Evita pérdidas horas de trabajo | Limitaciones en la exploración física |
| Facilita acceso a personas con problemas de movilidad | Problemas de seguridad y confidencialidad de la información |
| Elección del tipo de consulta | Falta de calor humano |
| Mejorar la continuidad asistencial | Limitación en las personas con problemas sensoriales |
| Inmediatez | Pérdida lenguaje no verbal (salvo videoconferencias) |
| | |





Hay grupos de población que lo van a llevar mucho peor: Los pacientes frágiles

Objetivos de tratamiento



Modificado de: Sinclair A. JAMDA 2012; 13:497-502.

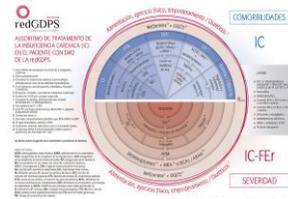
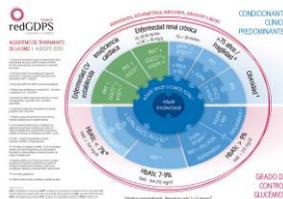
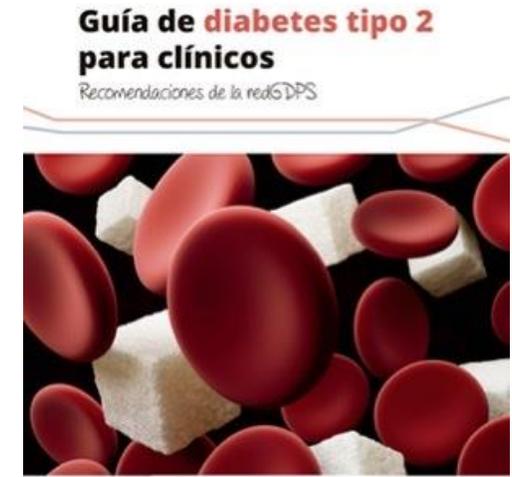




Y a partir de ahora queeee ???

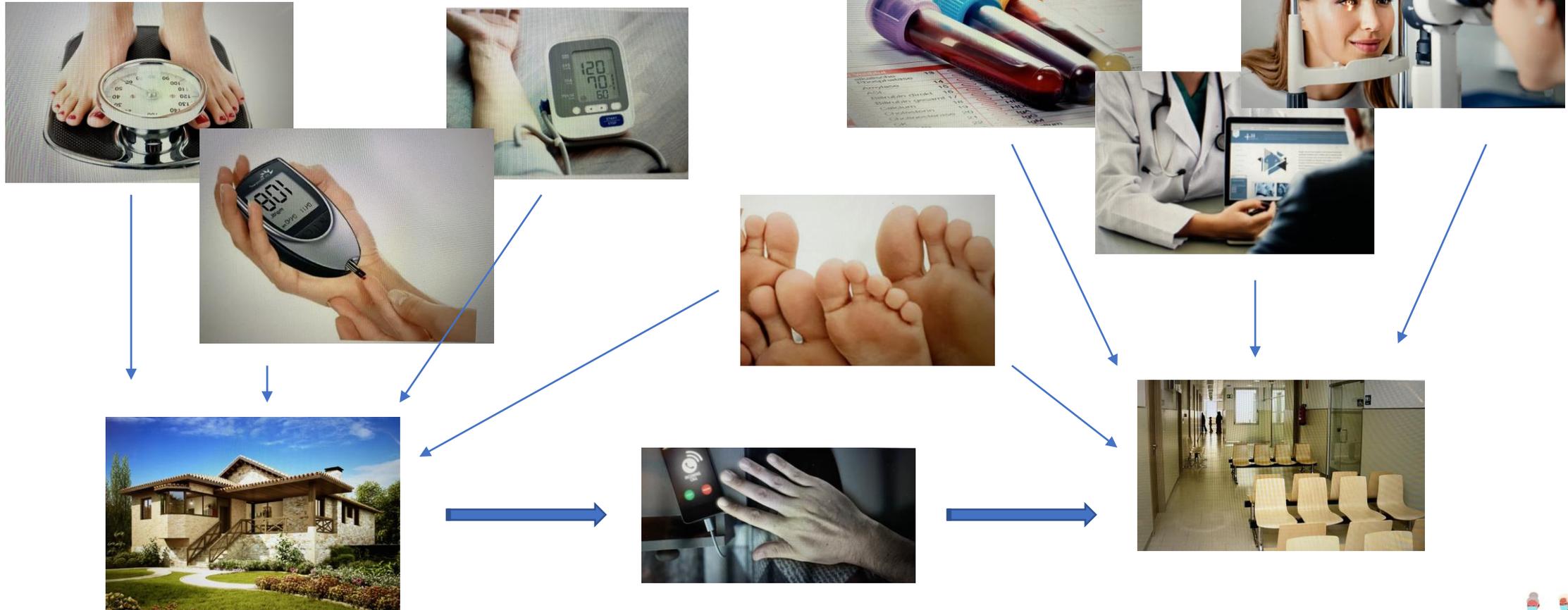
Hay situaciones que son primordiales darles importancia

- De debut diabéticos
- Situaciones en las que se ha tenido que insulinar al paciente
 1. como hacer la educación diabetológica (Educación en 3 pasos)
 2. Insotool
 3. Guia del manejo de la DM
- Complicaciones de la DM
 1. Algoritmo de tratamiento
 2. Algoritmo tratamiento IC





Hay cosas que se tienen que quedar



Elaboración redGDPS





Conclusiones

- Las manifestaciones CV de la covid19 abarcan miocarditis, IAM, miocardiopatía no isquémica, vasoespasmo coronario, pericarditis o cardiomiopatía por estrés (Takotsubo)
- Con las nuevas evidencias científicas, se debe optimizar el tratamiento de los diabéticos con enfermedad Cardiorenal con iSGLT2 y aGLP1, independientemente de la edad.
- Tenemos que explorar a los pacientes con covid, sobretodo si tienen FRCV.
- La teleconsulta ha llegado para quedarse, pero no vale para todo.
- En el último año ha habido un ascenso de la mortalidad en enfermos con alto RCV, por enfermedad no covid, atribuible al confinamiento, cambios en los hábitos y en la alimentación, y el difícil acceso al sistema sanitario.
- Nuestro sistema sanitario debería facilitarnos un sistema de priorización para darnos tiempo a lo importante.





Preguntas Mesa Cardiovascular y Renal





En qué estudio de Seguridad cardiovascular de los iSGLT2 los pacientes eran más añosos y tenían más comorbilidades?

- a) Declare
- b) Empa-Reg
- c) Canvas
- d) Canvas-R
- e) Credence





En qué estudio de Seguridad cardiovascular de los iSGLT2 los pacientes eran más añosos y tenían más comorbilidades?

- a) Declare
- b) Empa-Reg**
- c) Canvas
- d) Canvas-R
- e) Credence





En el Update 2020 de la Canadian Diabetes Association se recomienda el uso prioritario de los iSGLT2 y los aGLP1 en los pacientes con enfermedad Cardiorenal. Con qué límite de edad?

- a) 50
- b) 60
- c) 65
- d) 70
- e) Sin límite de edad





En el Update 2020 de la Canadian Diabetes Association se recomienda el uso prioritario de los iSGLT2 y los aGLP1 en los pacientes con enfermedad Cardiorenal. Con qué límite de edad?

- a) 50
- b) 60
- c) 65
- d) 70
- e) **Sin límite de edad**





Qué enfermedad de base influye más en la mortalidad por covid19?

- a) HTA
- b) Enfermedades Respiratorias crónicas
- c) Cáncer
- d) Enfermedades Cardiovasculares
- e) Diabetes mellitus





Qué enfermedad de base influye más en la mortalidad por covid19?

- a) HTA
- b) Enfermedades Respiratorias crónicas
- c) Cáncer
- d) Enfermedades Cardiovasculares**
- e) Diabetes mellitus





En la atención al paciente con alto riesgo cardiovascular que se infecta por covid19, es primordial:

- a) Seguimiento telefónico diario
- b) Exploración física
- c) Analítica urgente
- d) Pruebas radiológicas complementarias
- e) Screening de las complicaciones de la diabetes.





En la atención al paciente con alto riesgo cardiovascular que se infecta por covid19, es primordial:

- a) Seguimiento telefónico diario
- b) Exploración física**
- c) Analítica urgente
- d) Pruebas radiológicas complementarias
- e) Screening de las complicaciones de la diabetes.



