

GRUPO BARBANZA



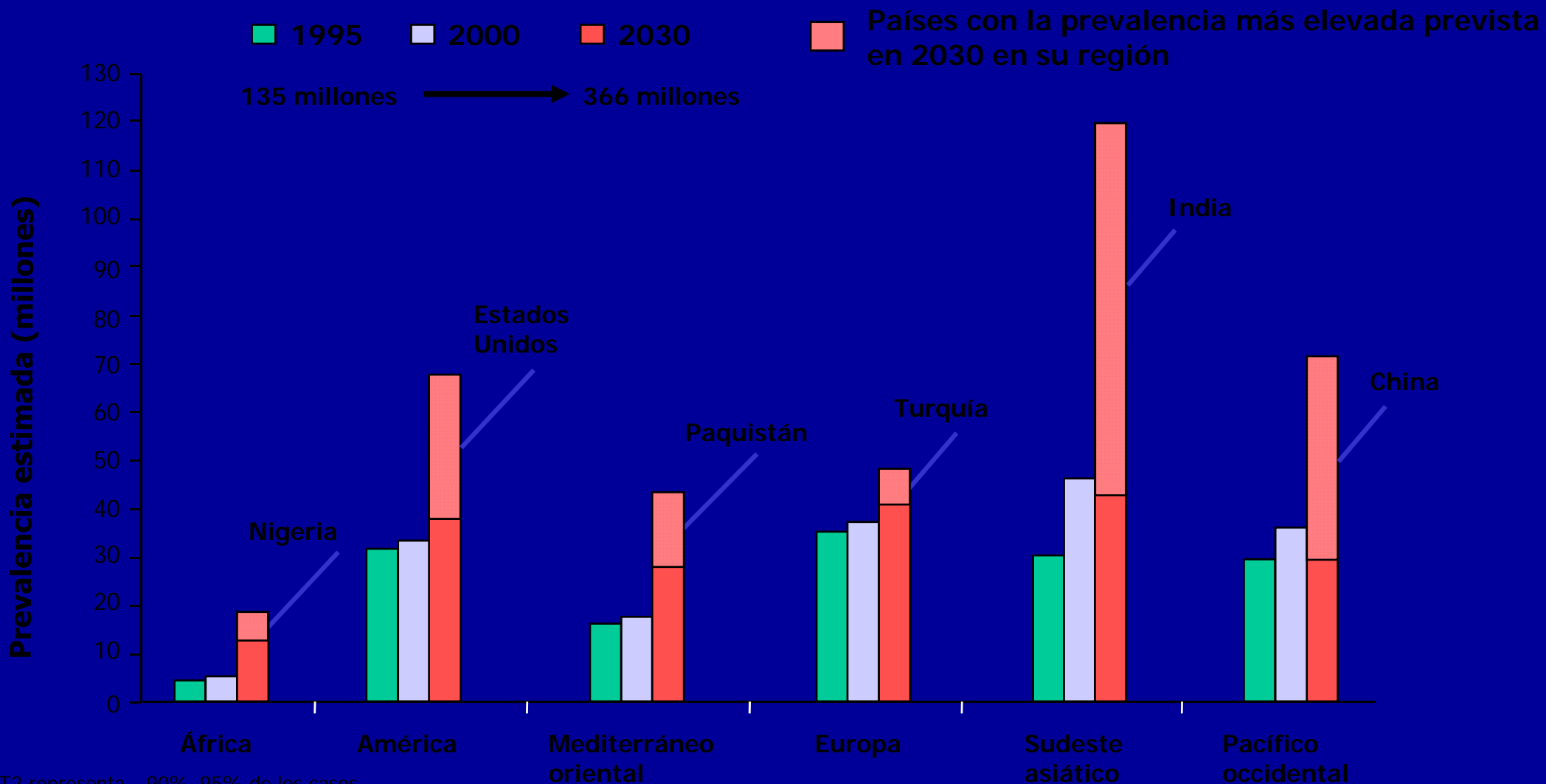
IMPLICACIONES DEL ESTUDIO "DIABAR" PARA EL MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO

Manuel Lado Lopez

C. de Salud de Ribeira - La Coruña

Mount Sinai Medical Center. Miami 18 Octubre 2008

Se prevé que la prevalencia de la diabetes sea más del doble entre 1995 y 2030

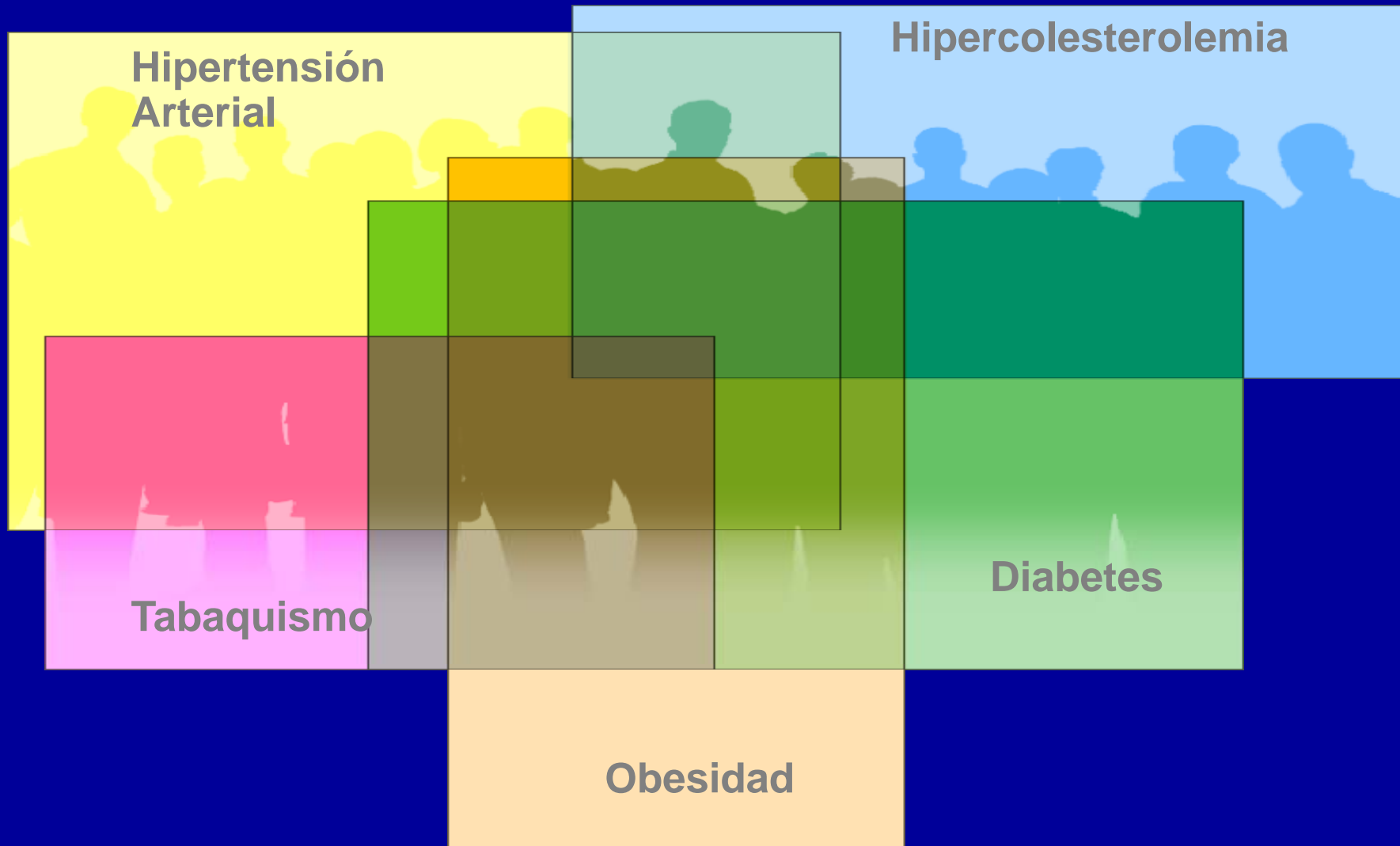


*DMT2 representa ~90%–95% de los casos

Adaptado de la Organización Mundial de la Salud Datos por país y región. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/.

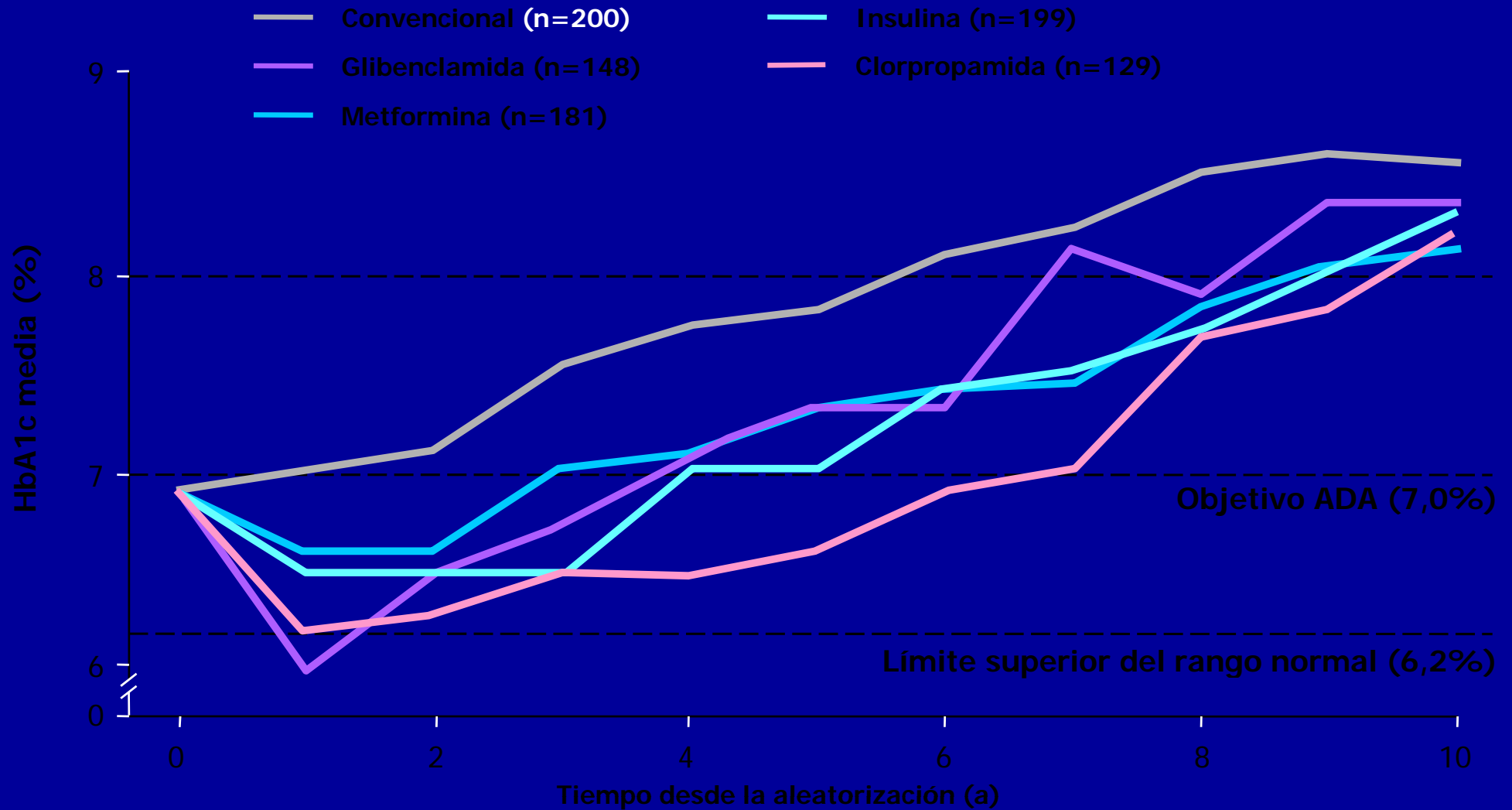
Acceso 14 de abril, 2006; King H, et al. *Diabetes Care*. 1998; 21: 1414–1431.

Conjunto de Factores de Riesgo CVC

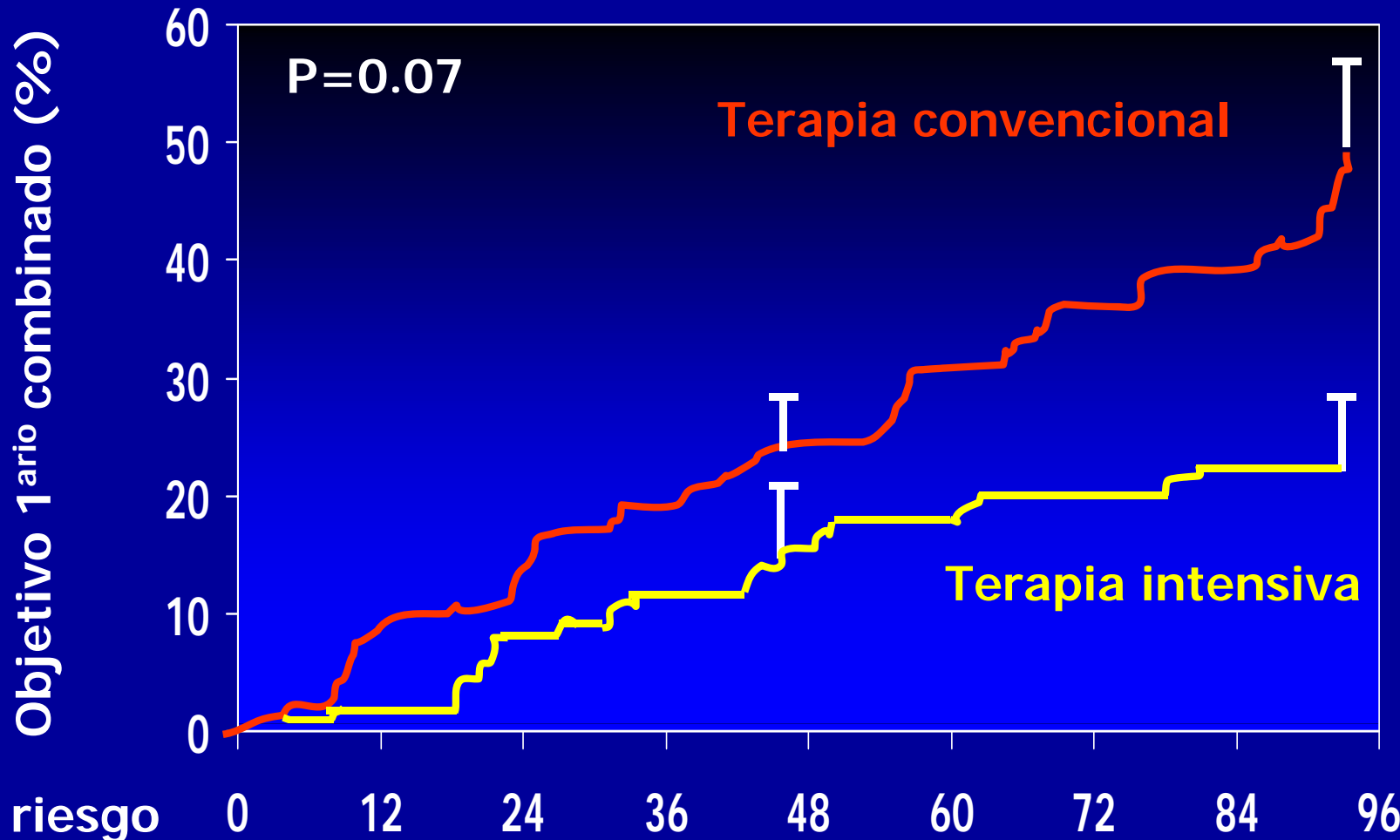


*Dibujo no a escala; ilustra la superposición de factores de riesgo

El control glucémico empeora con el tiempo



Pronóstico de Diabéticos en Función de la Intensidad Terapéutica



Convencional	80	72	70	63	59	50	44	41	13
Intensiva	80	78	74	71	66	63	61	59	19

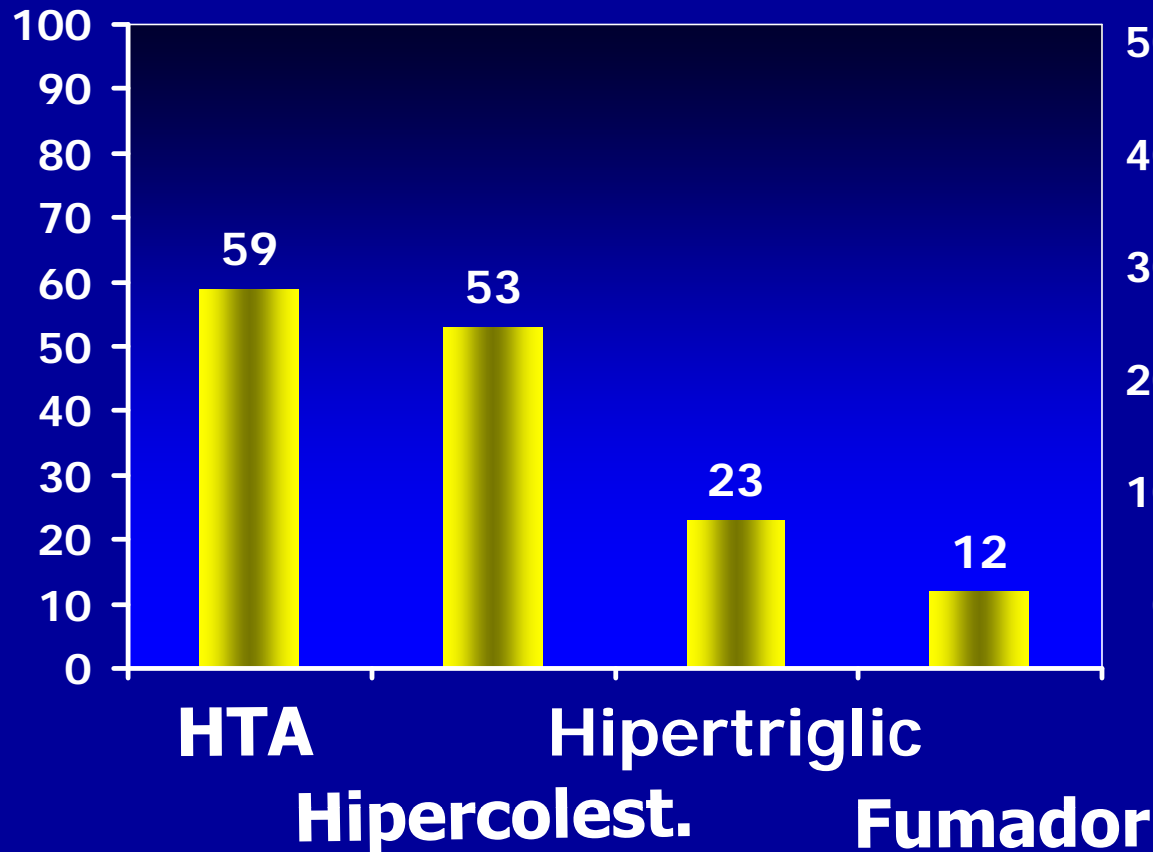
Disponibilidad, valor pronóstico y coste de algunos marcadores de LOD

Marcador	Valor predictivo CV	Disponibilidad	Coste
ECG	++	+++++	+
Ecocardio	+++	+++	++
Espesor carótida	+++	+++	++
VOP	+++	+	++
Índice T/B	++	++	+
Calcio coronario	+	+	+++++
Tejido cardiaco/vasc	?	+	++
Marcadores colágeno	?	+	++
Disfunción endotelial	++	+	+++
Lesiones sust. blanca	?	++	+++++
FG/Aclar. Creat.	+++	+++++	+
Microalbuminuria	+++	+++++	+

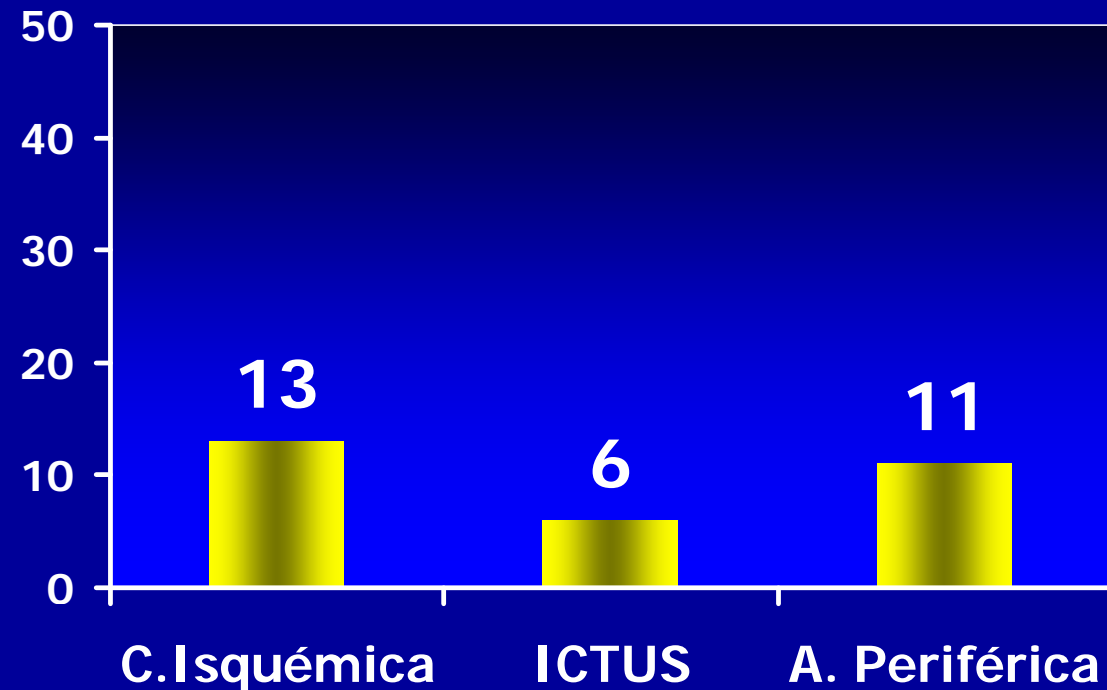
DIABAR

CARACTERÍSTICAS

% Factores de Riesgo

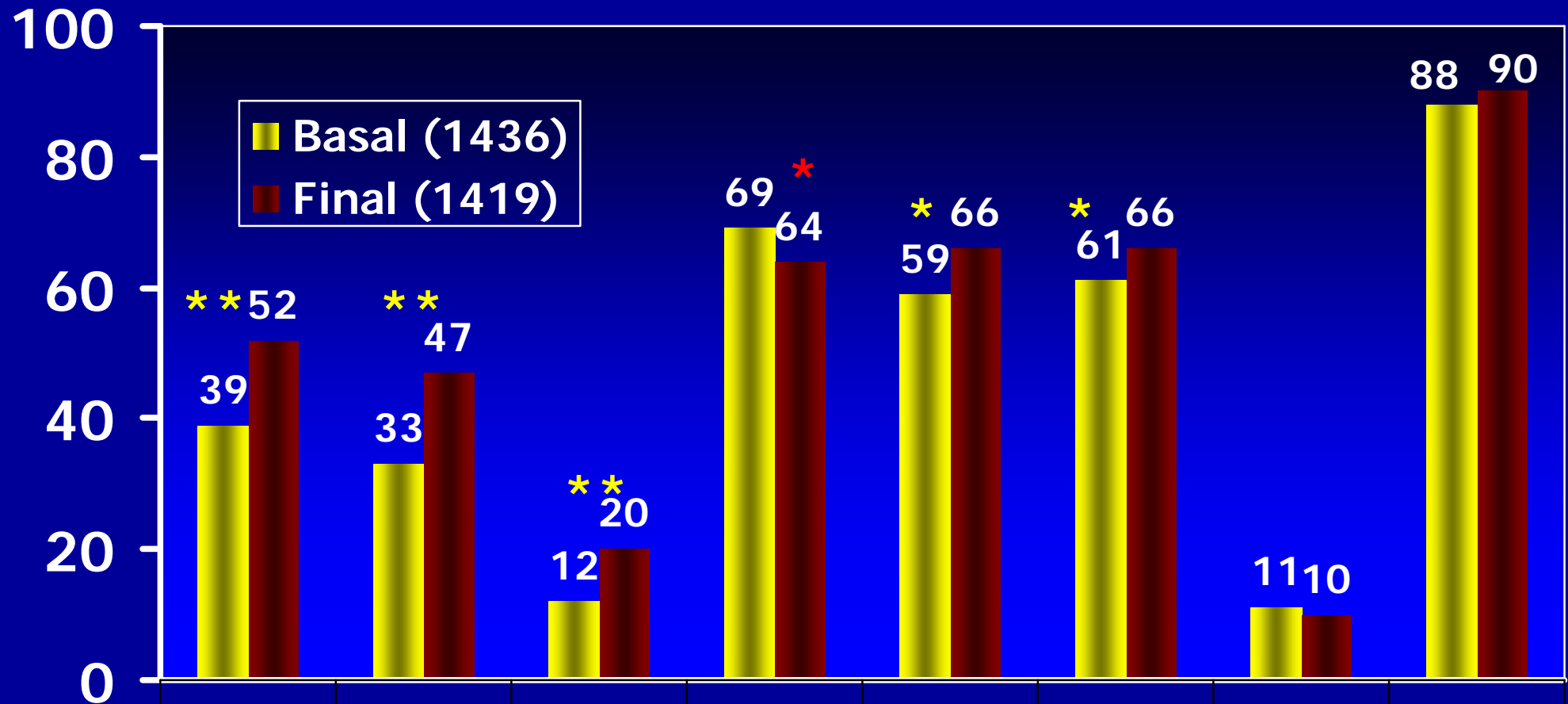


% Enfermedad Clínica



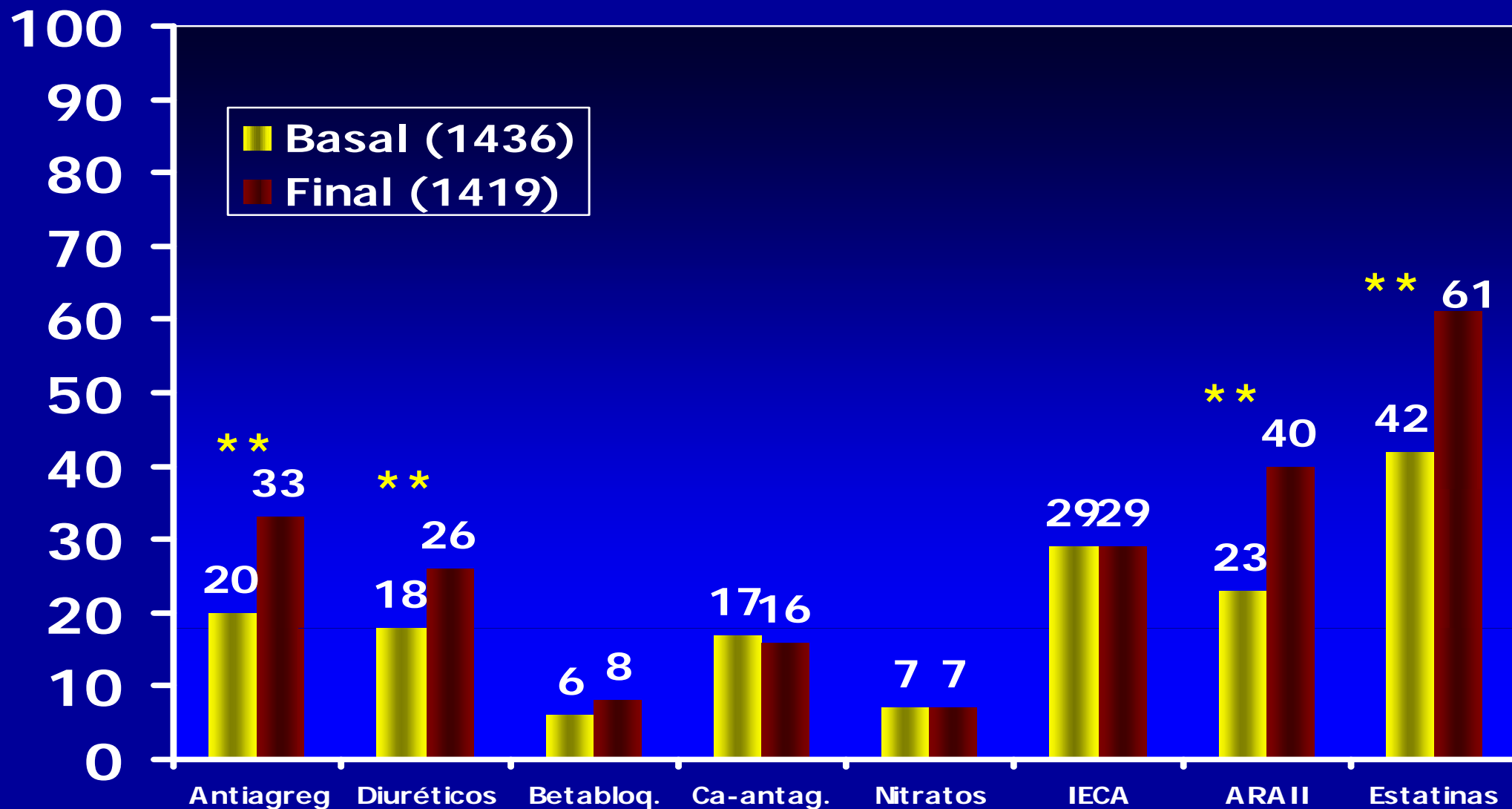
EUA > 30mg/24horas-39%

RESULTADOS

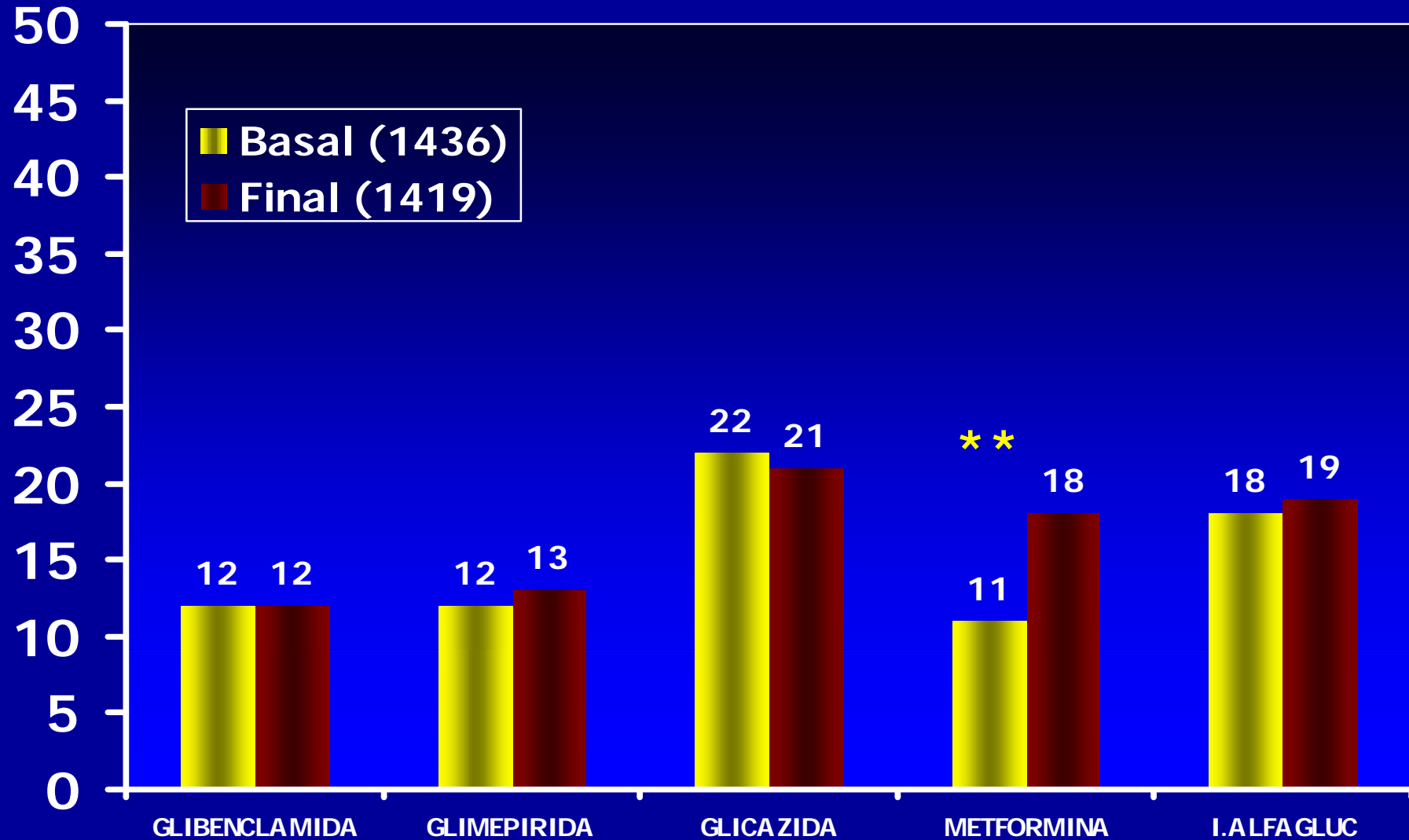


	PA<130/8 5	CT<200	LDL<100	Trig.<150	HbAC<7,2	EUA<30	IMC<25	No Fumador
Basal (1436)	39	33	12	69	59	61	11	88
Final (1419)	52	47	20	64	66	66	10	90

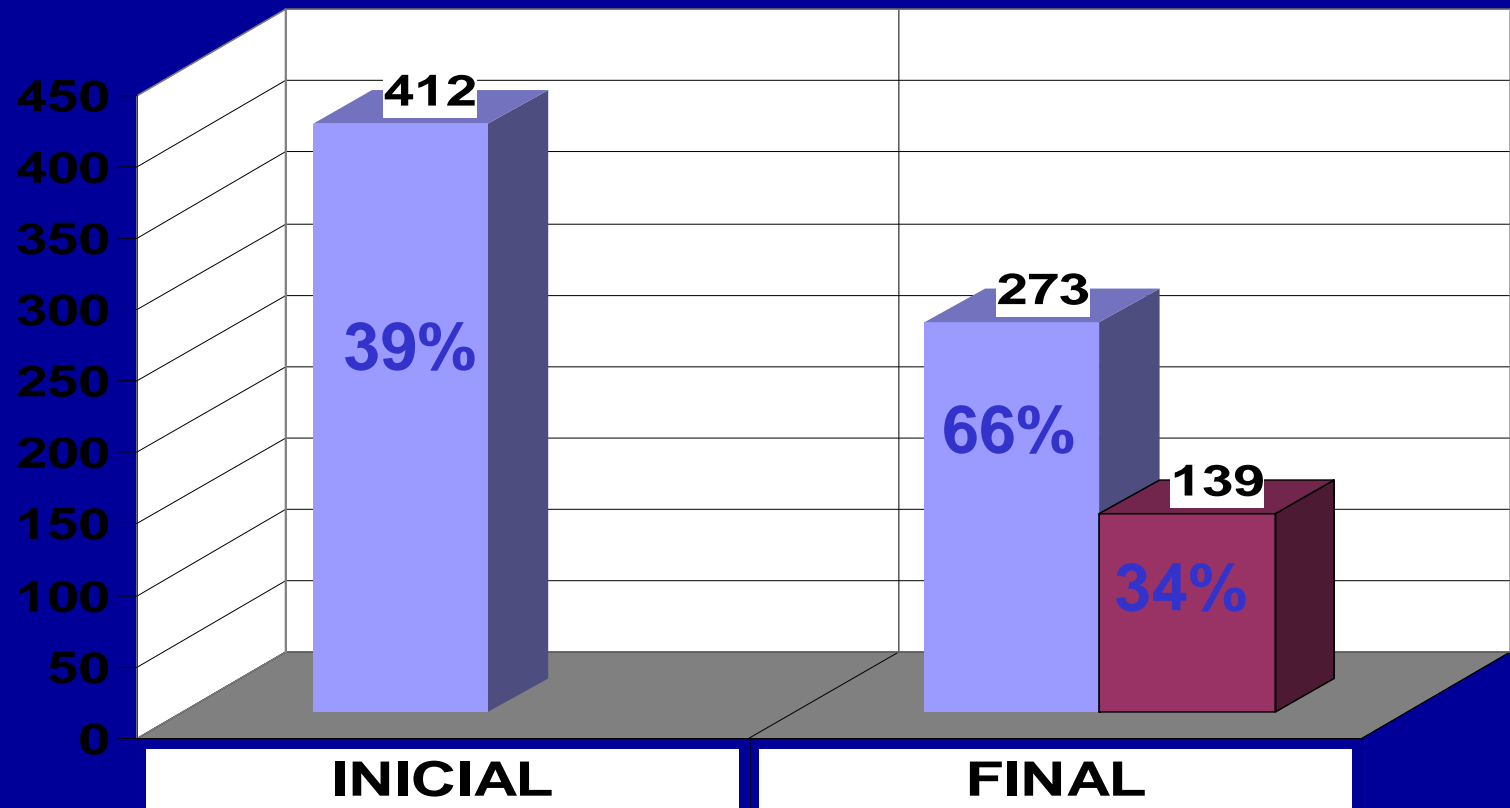
Prescripción de Fármacos



Fármacos Antidiabéticos

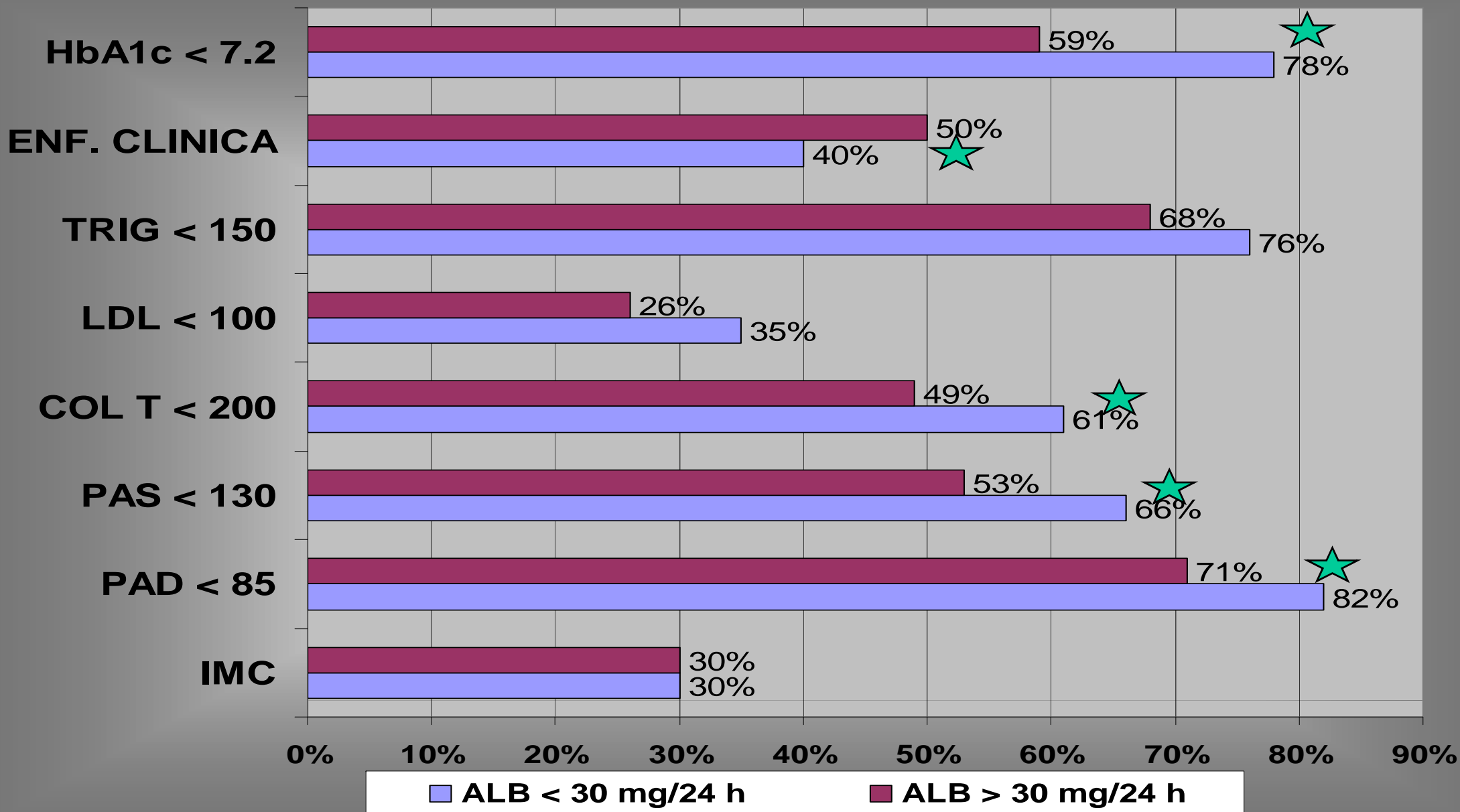


EVOLUCION TRAS INTERVENCION MICROALBUMINURIA / PROTEINURIA



Alb > 30mg/24h	412	273
Alb < 30mg/24h		139

CARACTERÍSTICAS SEGÚN EXCRECIÓN URINARIA DE ALBUMINA FINAL



DIBAR - 4 AÑOS

- IMPACTO PRONÓSTICO DE LA LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD ATEROSCLEROSA PREVIA EN PACIENTES DIABÉTICOS.

Se perdieron 109 pacientes

- **CONCLUSIONES.-**
- *La mortalidad y morbilidad cardiovascular es similar con independencia del territorio vascular afectado.*
- *En cada grupo, es mas frecuente la recurrencia de la enfermedad vascular clínica sobre el mismo territorio vascular*

Estratificación de riesgo ESH/ESC 2007

PRESION ARTERIAL (mmHg)					
Otros FR, LO o enfermedad	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	Grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido alto
1-2 FR	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido muy alto
≥ 3 FR , LO, SM o diabetes	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido muy alto
Enfermedad CV o renal establecida	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto

Estratificación del riesgo cardiovascular en cuatro categorías. El riesgo bajo, moderado, alto y muy alto hace referencia al riesgo a 10 años de un episodio cardiovascular mortal o no mortal. El término "adicional" indica que en todas las categorías el riesgo es superior al medio.

FR: factor de riesgo; LO: lesión subclínica de órganos; SM: síndrome metabólico; CV: cardiovascular

Diabetes. Implicaciones Clínicas

Valoración Riesgo

- Lípidos
- Presión Arterial
- Control Glucosa
- Cambios Estilo Vida

Intervención

- Tratamiento Médico Intensivo
 - LDL <70-100 mg/dL
 - PA <130/80 mmHg
 - HbA1c <7%

No existe indicación para empleo rutinario de biomarcadores o búsqueda activa de enfermedad coronaria

No existe evidencia de que el tratamiento invasivo supere al control médico estricto de los factores de riesgo en pacientes asintomáticos

ADA 2008 . Tratamiento

- En pacientes con enfermedad coronaria conocida, el tratamiento debe incluir **iECA, aspirina y estatina** (si no existen contraindicaciones) para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (A)
- En pacientes con IAM previo deben asociarse **beta-bloqueantes** (si no existen contraindicaciones) para reducir la mortalidad (A)

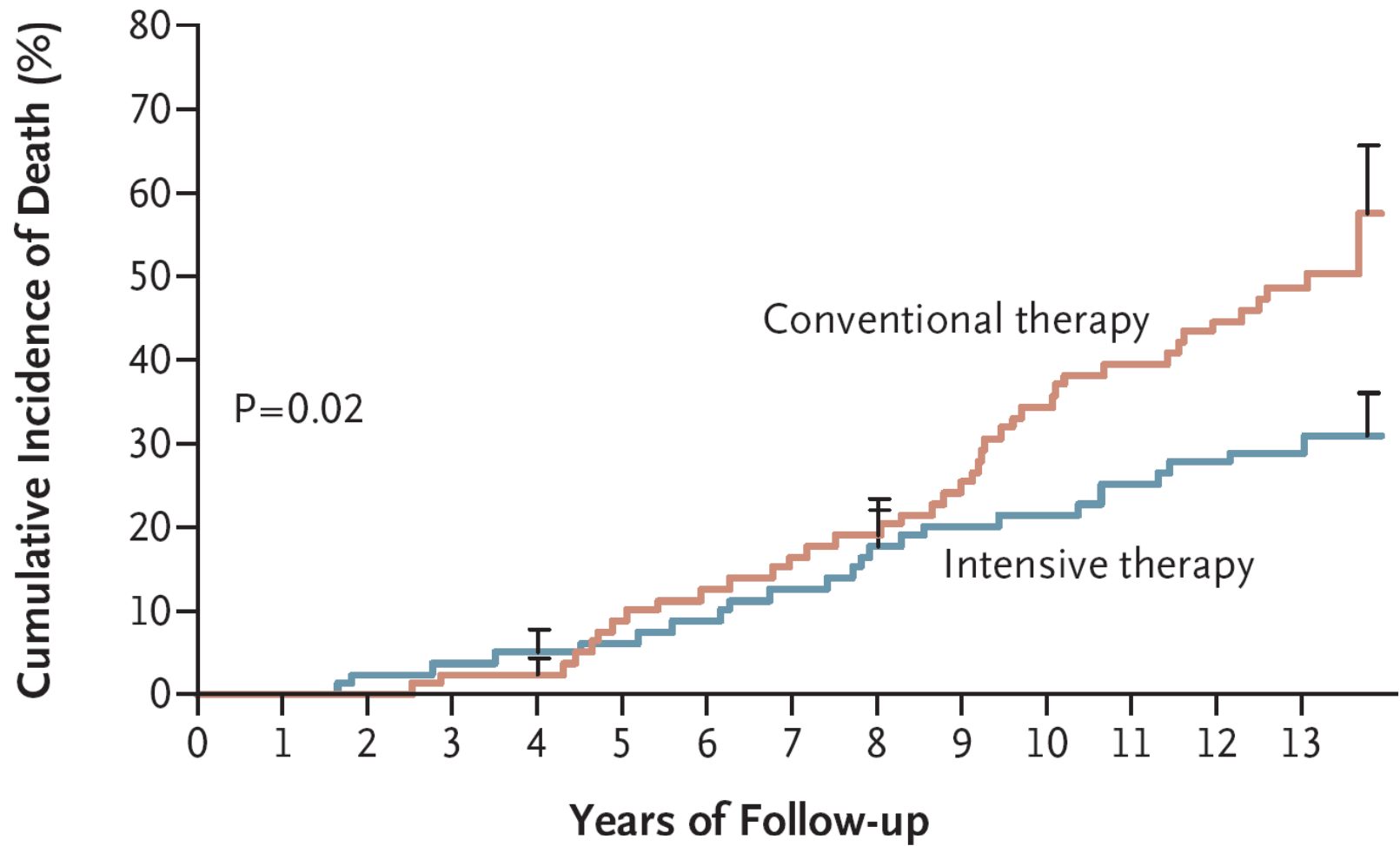
ADA 2008 . Tratamiento

- En pacientes > 40 años con otros FRCV (HTA, historia familiar, dislipemia, microalbuminuria, neuropatía autonómica o tabaquismo) el tratamiento debe incluir **iECA, aspirina y estatina** (si no existen contraindicaciones) para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (B)
- En pacientes con tratamiento para insuficiencia cardíaca congestiva, **la metformina y las glitazonas** están contraindicadas (C)

Factores que influyen en el pronóstico

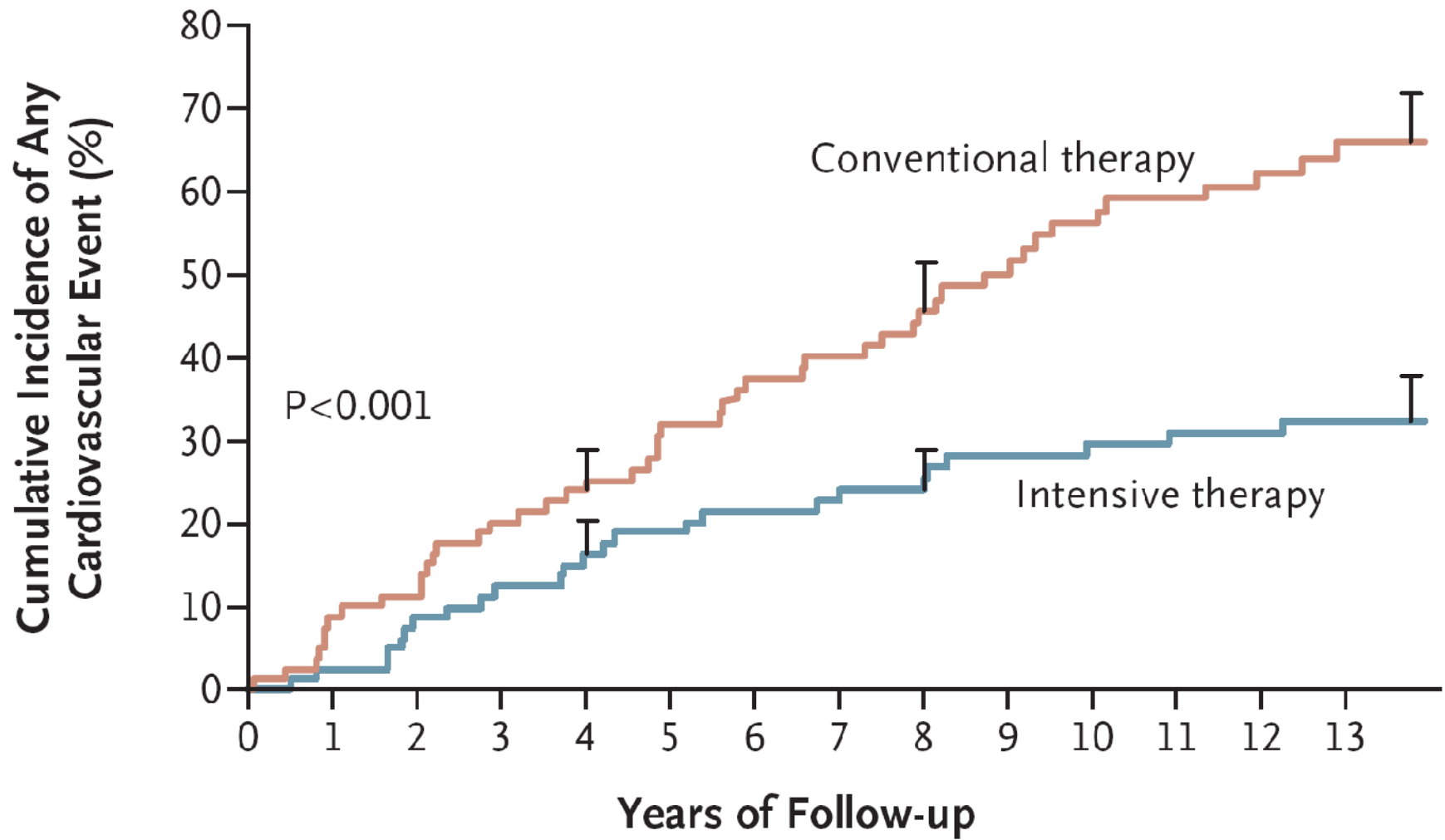
FRCV	Lesión subclínica de órganos diana
Diabetes	ECV o enfermedad renal establecida

A



No. at Risk

Intensive therapy	80	78	75	72	65	62	57	39
Conventional therapy	80	80	77	69	63	51	43	30

B**No. at Risk**

Intensive therapy	80	72	65	61	56	50	47	31
Conventional therapy	80	70	60	46	38	29	25	14

CONCLUSIONES

- Ver la Diabetes en el contexto cardiovascular global.
- Incidir sobre los hábitos saludables.
- Actuar sobre todos los FRCV y conseguir objetivos.
- Prevenir-retardar lo más posible las lesiones orgánicas y complicaciones.



FIN