

Actualización en Diabetes tipo 2.

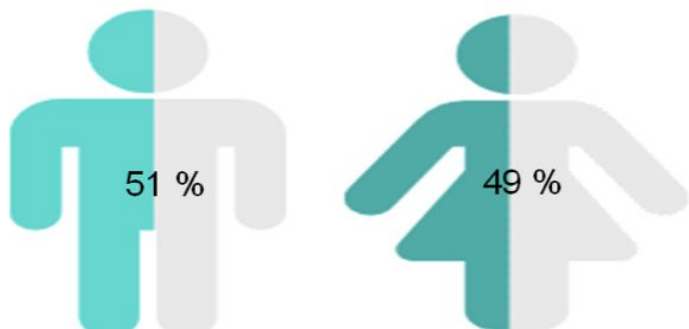
Dr. Julio Daniel Lora Ocampo.
Residente de 4to año Medicina Interna.

Agosto, 2024.

Estadística nacional.

- 10.3% de la población >20 años, tiene diabetes (8,542,718).

DEFUNCIONES POR DIABETES MELLITUS, 2021

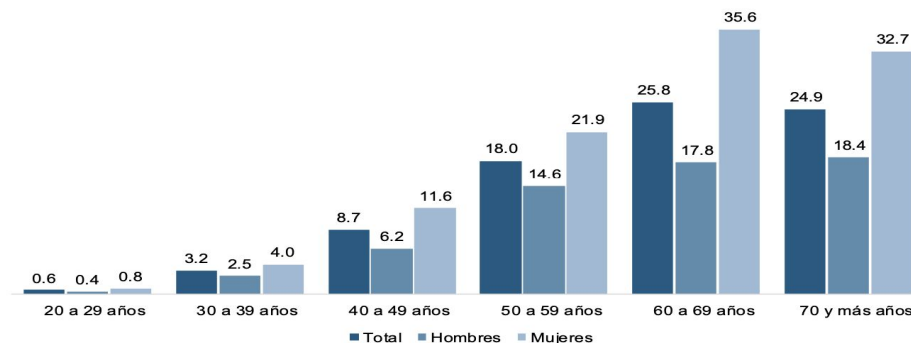


Los 10 principales países por número de adultos (20–79 años) con diabetes en 2021 y 2045

2021			2045			Diferencias	
Posición	País	Personas con diabetes (Millones)	Posición	País	Personas con diabetes (Millones)	Absolutos	Porcentaje
1	China	140.9	1	China	174.4	33.5	24%
2	India	74.2	2	India	124.9	50.7	68%
3	Pakistán	33.0	3	Pakistán	62.2	29.2	88%
4	E.E.U.U.	32.2	4	E.E.U.U.	36.3	4.1	13%
5	Indonesia	19.5	5	Indonesia	28.6	9.1	47%
6	Brasil	15.7	6	Brasil	23.2	7.5	48%
7	México	14.1	8	México	21.2	7.1	50%
8	Bangladesh	13.1	7	Bangladesh	22.3	9.2	70%
9	Japón	11.0	10	Turquía	13.4	n/d	n/d
10	Egipto	10.9	9	Egipto	20.0	9.1	83%

Fuente: Federación Internacional de la Diabetes. Atlas de la Diabetes 2021.

Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por grupo de edad según sexo en 2018 (porcentaje)



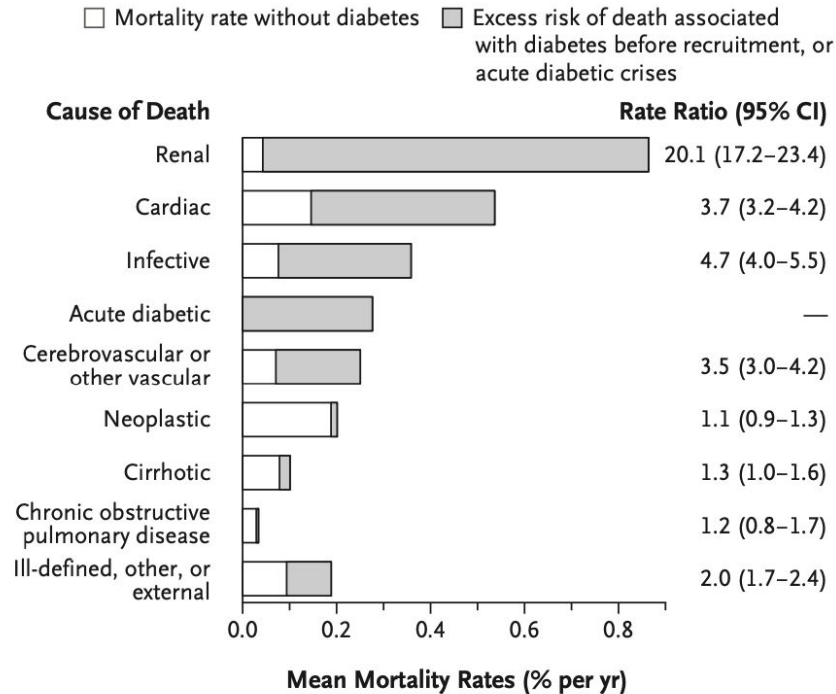
ORIGINAL ARTICLE

Diabetes and Cause-Specific Mortality in Mexico City

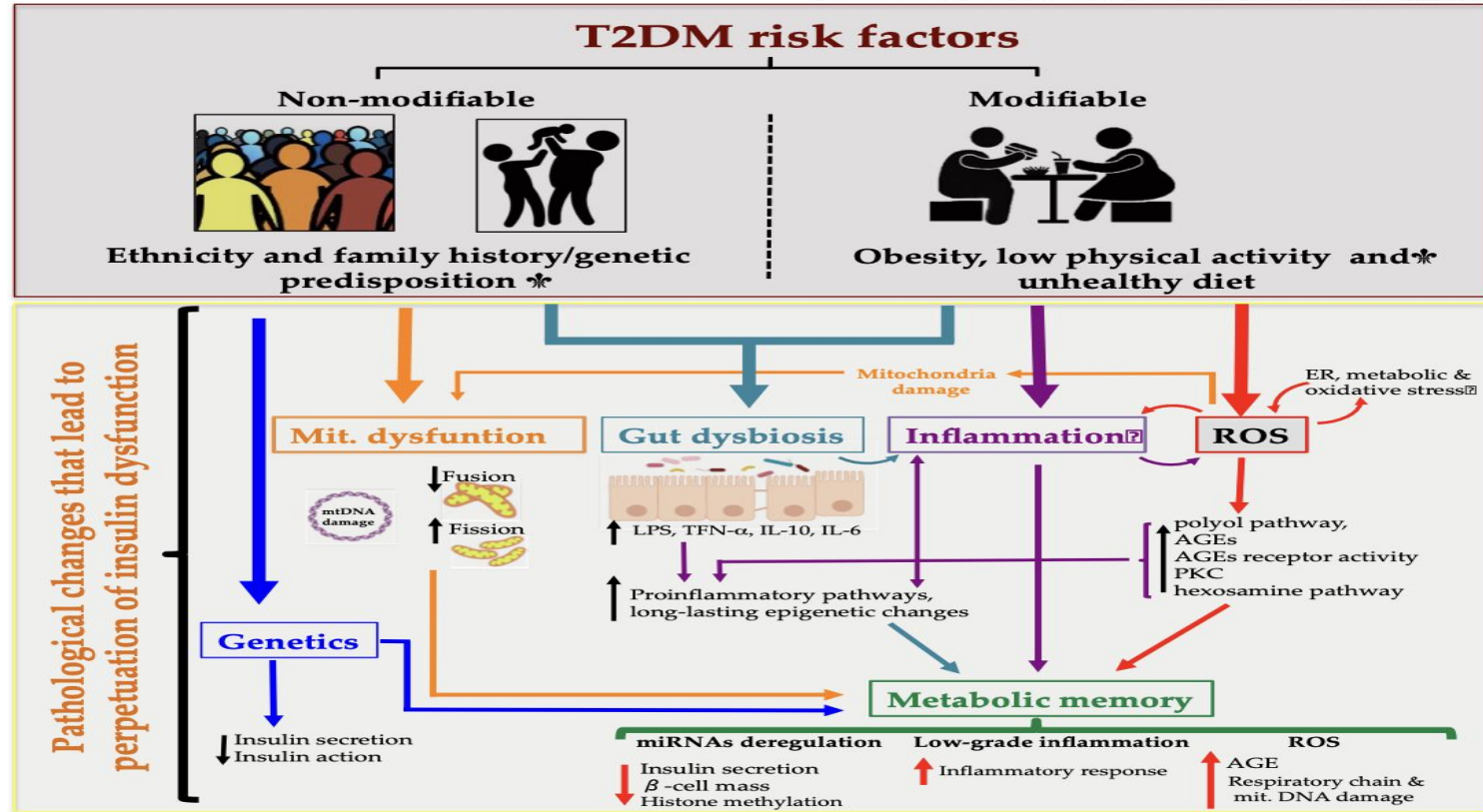
Jesús Alegre-Díaz, M.D., William Herrington, M.D., Malaquías López-Cervantes, Ph.D., Louisa Gnatuic, M.Sc., Raul Ramirez, Michael Hill, D.Phil., Colin Baigent, F.R.C.P., Mark I. McCarthy, M.D., Sarah Lewington, D.Phil., Rory Collins, F.R.S., Gary Whitlock, Ph.D.,* Roberto Tapia-Conyer, Ph.D., Richard Peto, F.R.S., Pablo Kuri-Morales, M.D., and Jonathan R. Emberson, Ph.D.

N Engl J Med 2016;375:1961-71. DOI: 10.1056/NEJMoa1605368

Diabetes representó 1/3 de todas las causas de muerte entre 35 y 74 años.



Fisiopatología de la diabetes tipo 2.



Fisiopatología de la diabetes tipo 2.

Inflammopharmacology (2023) 31:551–557
<https://doi.org/10.1007/s10787-023-01194-0>

Inflammopharmacology

REVIEW ARTICLE



What is really 'Long COVID'?

Sandor Szabo¹ · Oksana Zayachkivska¹ · Alamdard Hussain¹ · Veronika Mul

Long COVID: 3 years in

March 11 marks 3 years since WHO declared COVID-19 to be a pandemic. While the world is determined to move on from the acute phase, at least 65 million people are estimated to struggle with long COVID, a debilitating post-infection multisystem condition with common symptoms of fatigue, shortness of breath, and cognitive dysfunction, impairing their ability to perform daily activities for several months or years. Although the majority of patients infected with SARS-CoV-2 recover within a few weeks, long

done—such as in India, China, and South Africa—long COVID has been found. A global coordinated multidisciplinary research agenda, bringing together governments, non-governmental organisations, and civil society, is essential to improve our understanding of the cause and pathogenesis, clinical diagnosis, treatments, risk factors, and prevention of long COVID. It was only in December, 2022, that the USA and the European Commission had a conference to foster international cooperation. In August, 2022 the



SOPA Images/Getty Images

nature reviews microbiology

Review article

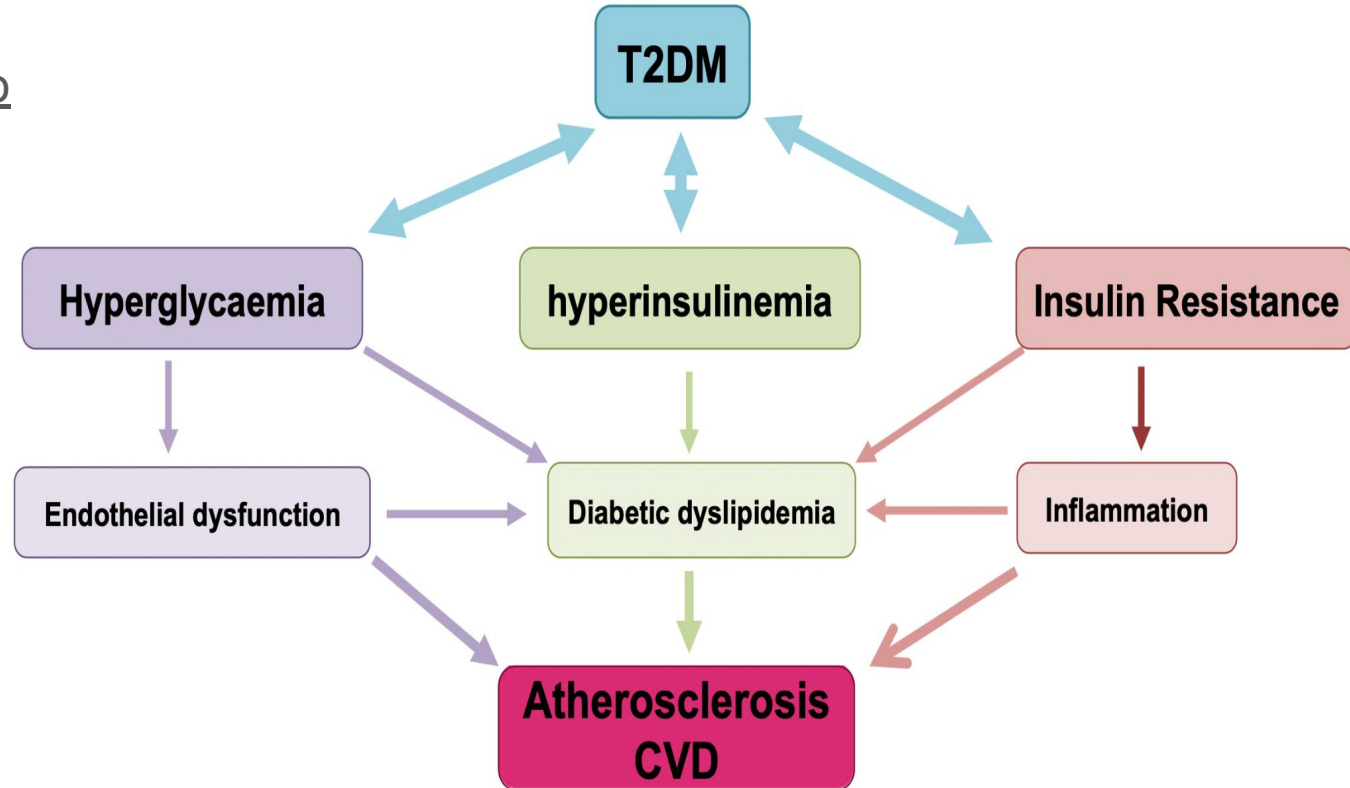
Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations

Hannah E. Davis¹ · Lisa McCorkell² · Julia Moore Vogel³ & Eric J. Topol³✉



Fisiopatología de la diabetes tipo 2.

- Diabetes y riesgo cardiovascular.



Cribado de diabetes o prediabetes en adultos sanos.

1. Debería ser considerado en adultos con sobrepeso u obesidad.
 - Familiar de primer grado con diabetes.
 - Raza y etnia de alto riesgo.
 - Historia de enfermedad cardiovascular.
 - Hipertensión arterial.
 - Dislipidemia.
 - Síndrome de ovario poliquístico.
 - Inactividad física.
 - Condiciones relacionadas a resistencia a la insulina.

Cribado de diabetes o prediabetes en adultos sanos.

2. Personas con prediabetes.
 3. Personas con diabetes gestacional.
 4. Todas las personas >35 años.
 5. Personas con VIH, exposición a fármacos, historia de pancreatitis.
- ➔ **Resultados normales, repetir cada 3 años (mínimo).**

Diagnóstico prediabetes.

- ❑ Hemoglobina glucosilada $>5.7 - <6.4\%$.
- ❑ Glucosa al azar $>140 - <199$ mg/dl.
- ❑ Glucosa capilar en ayuno >100 mg/dl <125 mg/dl.



Diagnóstico diabetes.

- ❑ Hemoglobina glucosilada $>6.5\%$.
- ❑ Curva de tolerancia oral a la glucosa >200 mg/dl.
- ❑ Glucosa al azar >200 mg/dl con signos y síntomas o crisis hiperglucémica.
- ❑ Glucosa capilar en ayuno >126 mg/dl.

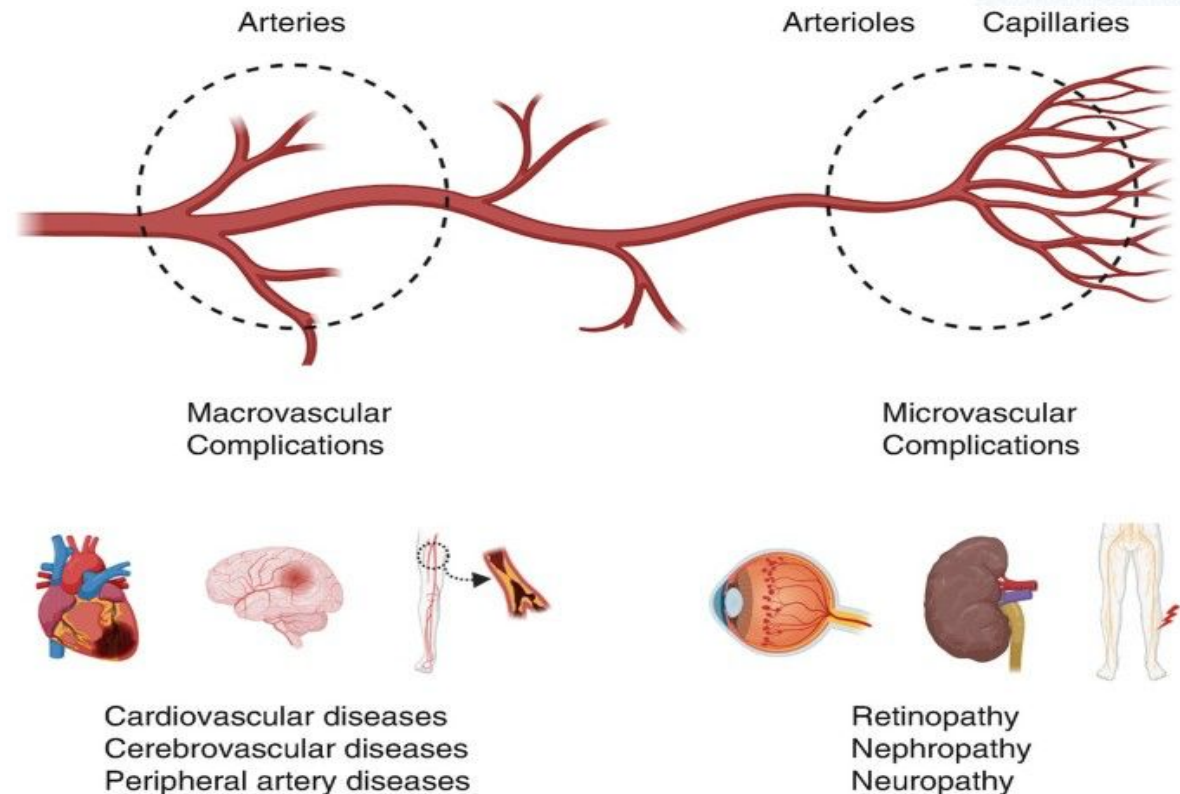


Metas de glucosa en diabetes.

- ☐ Hemoglobina glucosilada $<7.0\%$.
- ☐ Glucosa postprandial <180 mg/dl.
- ☐ Glucosa capilar preprandial (ayuno) 80-130 mg/dl.



Complicaciones microvasculares y macrovasculares en diabetes.



Retinopatía

25%

Nefropatía

10%

Neuropatía

7-50%

CVD

34%

Enfermedad cerebro vascular

37-42%

Enfermedad arterial periférica

26%

Complicaciones microvasculares y macrovasculares en diabetes.

Screening de complicaciones.

Complicaciones

Detección

Microvasculares

Retinopatía

Fondo de ojo (con dilatación de pupila)

Nefropatía

Microalbuminuria

Neuropatía

Test de microfilamento

Macrovasculares

Hipertensión

Toma de presión arterial en cada consulta

Dislipidemia

Perfil de lípidos anual

Complicaciones crónicas y calidad de vida en diabetes.

		Complications					
		Retinopathy	Neuropathy	Nephropathy	Diabetic foot ulcer	No complications	Multiple complications
Sex	M	52.5%	46.7%	76.3%	84.6%	46.8%	69.5%
	F	47.5%	53.3%	23.7%	15.4%	53.2%	30.5%
Age (years)	≤ 40	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	0.8%
	41-50	7.5%	5.0%	5.3%	10.3%	19.5%	7.8%
	51-60	17.5%	21.7%	21.1%	15.4%	27.3%	17.2%
	61-70	55.0%	50.0%	42.1%	46.2%	27.3%	46.9%
	≥ 71	20.0%	23.3%	31.6%	28.2%	23.4%	27.3%
Education	Finished or unfinished primary school	12.5%	16.7%	18.4%	15.4%	9.1%	14.8%
	Secondary school	60.0%	65.0%	52.6%	64.1%	62.3%	54.7%
	Bachelor's degree	10.0%	13.3%	10.5%	12.8%	11.7%	16.4%
	Faculty	15.0%	5.0%	18.4%	7.7%	16.9%	13.3%
	PhD	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	.8%
Years with DM	≤ 10	20.0%	23.3%	31.6%	20.5%	44.2%	18.0%
	11-20	45.0%	45.0%	39.5%	46.2%	36.4%	31.3%
	21-30	25.0%	23.3%	15.8%	23.1%	11.7%	31.3%
	31-40	7.5%	3.3%	0.0%	5.1%	5.2%	14.1%
	≥ 40	2.5%	5.0%	13.2%	5.1%	1.3%	4.7%
Time from DM diagnosis until first complication (years)	< 1	17.5%	10.0%	7.9%	25.6%		5.5%
	1-5	32.5%	30.0%	28.9%	20.5%		25.0%
	6-10	12.5%	25.0%	15.8%	23.1%		24.2%
	11-15	15.0%	16.7%	15.8%	20.5%		23.4%
	≥ 16	20.0%	13.3%	31.6%	10.3%		20.3%



Complicaciones crónicas y calidad de vida en diabetes.

	Physical functioning		Psychological functioning		Social functioning		Environmental functioning	
	Mean value	Interquartile range	Mean value	Interquartile range	Mean value	Interquartile range	Mean value	Interquartile range
Diabetic retinopathy	64.29	53.57-83.92	70.83	56.25-79.16	62.50	50-83.33	73.44	57.81-84.37
Diabetic neuropathy	60.71	44.64-78.57	70.83	58.33-79.16	58.33	50-75	68.75	53.12-81.25
Diabetic nephropathy	60.71	46.42-75	66.67	62.5-79.16	66.67	50-75	71.88	56.25-78.12
Diabetic foot ulcer	60.71	46.42-71.42	70.83	62.5-79.16	66.67	58.33-83.33	68.75	59.37-84.37
No chronic complications	67.86	57.14-78.57	70.83	62.5-83.33	75.00	66.66-83.33	75.00	65.62-84.37
Multiple complications	46.43	35.71-60.71	62.50	50-72.91	58.33	41.66-66.66	65.63	53.12-75

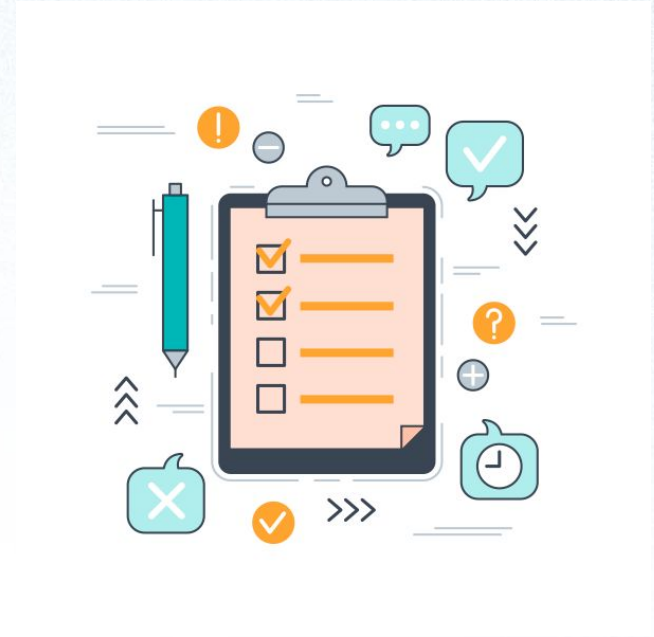


Tratamiento no farmacológico.



Evaluación inicial.

1. Índice de masa corporal.
2. Estadio (de acuerdo a complicaciones).
3. Plan.



Nutrición.

Mantener peso óptimo.

Actividad física.

Ejercicio aeróbico >150 min/semana.

Entrenamientos de resistencia 2-3 sesiones/semana.



REVIEW ARTICLE

NUTRITION IN MEDICINE

Dan L. Longo, M.D., Editor

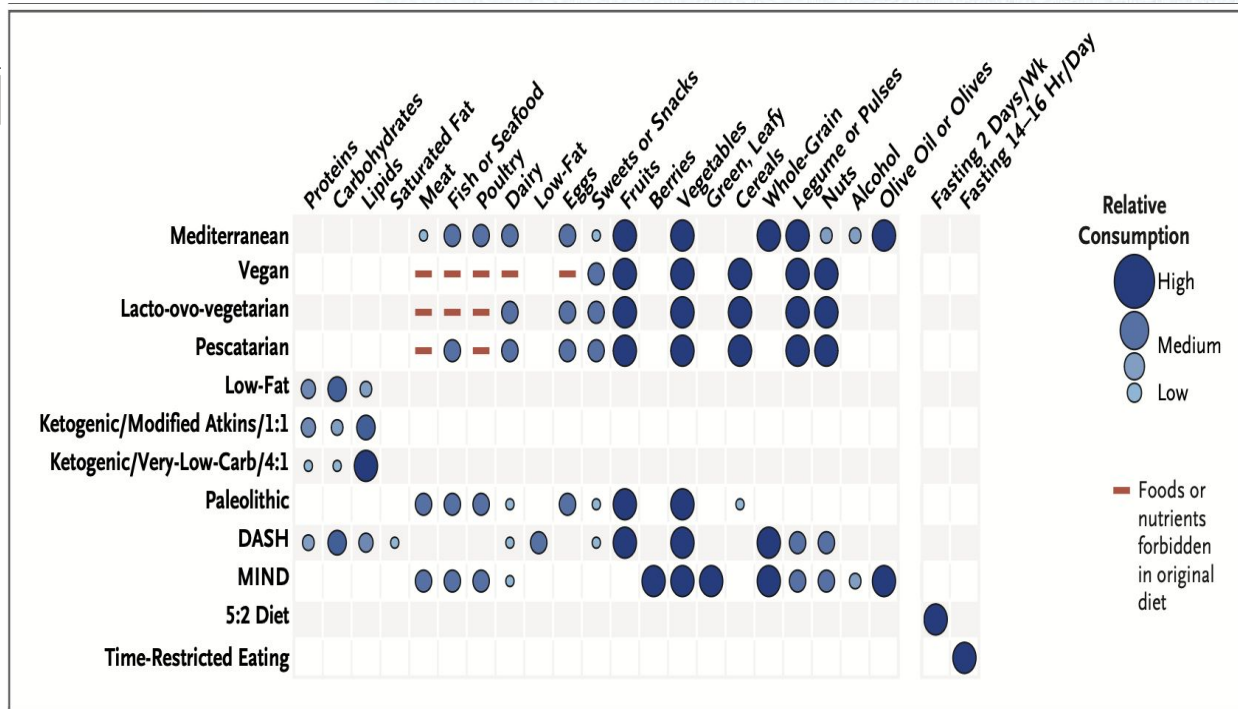
Diets

Mary Yannakoulia, Ph.D., and Nikolaos Scarmeas, M.D., Ph.D.

N Engl J Med 2024;390:2098-106. DOI: 10.1056/NEJMr2211889.

Selección de alimentos de acuerdo a factores:

- Socioeconómicos.
- Culturales.
- Individuales.



Sueño.

Buena higiene del sueño 6-8 horas diarias.



Orientación psicopedagógica.

Limitar el consumo del alcohol.

Dejar de fumar.



Medicamentos.

Evitar nefrotóxicos e hiperglucemiantes.



Otras intervenciones.

Grupos de riesgo.



¿Cuál es el mejor fármaco para nuestro paciente?



PERLAS Y PRESTIGIO EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

- Efectividad.
- Hipoglucemia.
- Pérdida de peso.
- Cardiovascular.
- Renal.



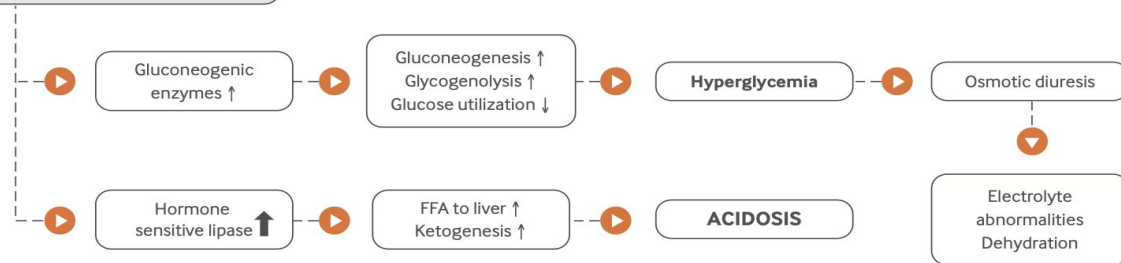
PERLAS Y PRESTIGIO EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Urgencias en diabetes.

Absolute insulin deficiency

Counterregulatory hormones ↑

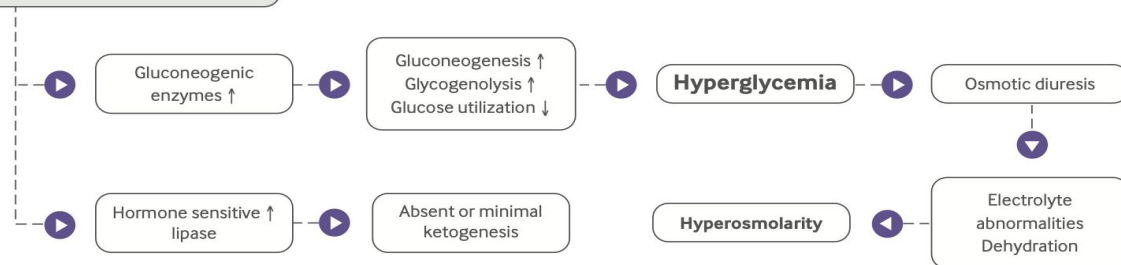
DIABETIC KETOACIDOSIS



Relative insulin deficiency

Counterregulatory hormones ↑

HYPEROSMOLAR HYPERGLYCEMIA SYNDROME



Glycemic criteria/description

Level 1	Glucose <70 mg/dL (<3.9 mmol/L) and ≥54 mg/dL (≥3.0 mmol/L)
Level 2	Glucose <54 mg/dL (<3.0 mmol/L)
Level 3	A severe event characterized by altered mental and/or physical status requiring assistance for treatment of hypoglycemia, irrespective of glucose level

ADA 2024

Mortalidad 5-20%

Tratamiento prediabetes.

- Metas. 

- ☐ **Progresión a DM.**
- ☐ Prevenir NAFLD.
- ☐ Mejor factores de riesgo CVD.
- ☐ Prevenir aumento de peso.
- ☐ Funcionalidad y calidad de vida.

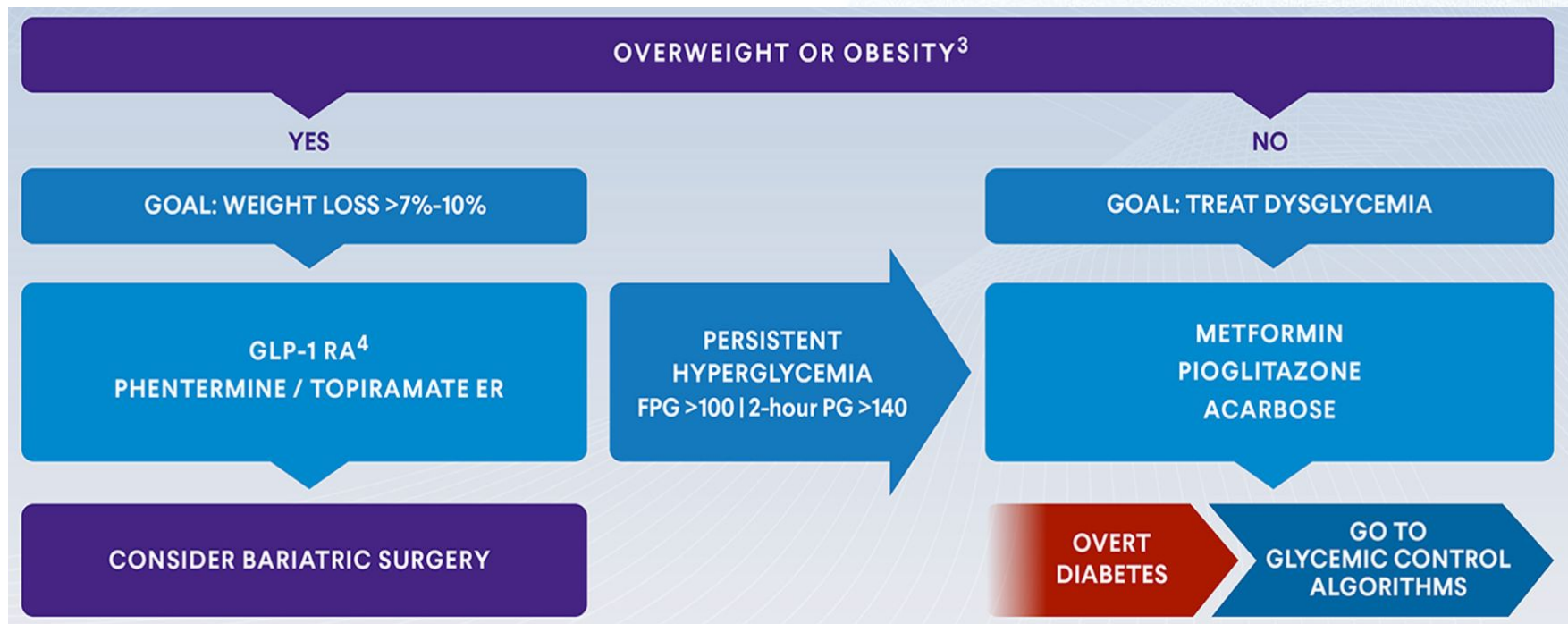
- Cambios en el estilo de vida. 

Nutrición / Hábitos de salud /
Actividad física.

- Disminuir riesgo cardiovascular. 

Reducción de peso / Control
hipertensivo y lipídico.

Tratamiento prediabetes.



Tratamiento diabetes tipo 2.

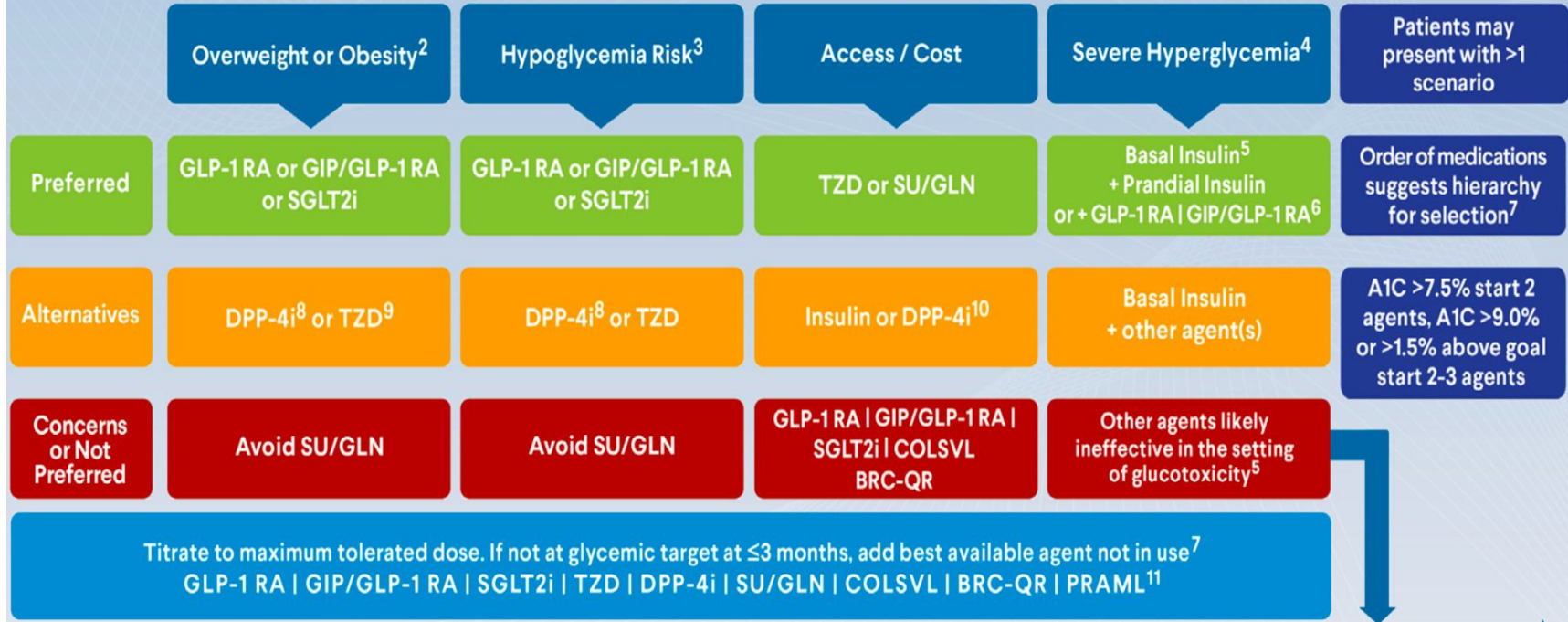
- Cambios en el estilo de vida.
- Iniciar o continuar metformina.
- Individualizar objetivos glucémicos.



PERLAS Y PRESTIGIO EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

INDIVIDUALIZE GLYCEMIC TARGET

A1C $\leq 6.5\%$ for most persons or 7%-8% if high risk for adverse consequences from hypoglycemia and/or limited life expectancy



PERLAS Y PRESTIGIO EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS



	Eficacia.	Hipoglucemia.	Pérdida de peso.	Efectos cardiovasculares. (benéficos)	Efectos renales. (benéficos)
Biguanidas. Metformina	Alta (1-2% HbA1c)	No	Sí (baja)	Neutral	Neutral
iSGLT2. - Canagliflozina - Empagliflozina - Dapagliflozina	Intermedia - Alta (1% HbA1c)	No	Sí (intermedia)	Sí	Sí
GLP-1 RAs. - Dulaglutide - Semaglutide - Exenatide - Liraglutide	Alta - Muy alta (0.6-1.2% HbA1c)	No	Sí (alta)	Sí	Sí

PERLAS Y PRESTIGIO EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS



	Eficacia.	Hipoglucemia.	Pérdida de peso.	Efectos cardiovasculares. (benéficos)	Efectos renales. (benéficos)
DPP4 inhibidor. • Linagliptina • Sitagliptina • Vildagliptina	Intermedia (0.7% HbA1c)	No	Neutral	No	No
Tiazolidinedionas. • Pioglitazona	Alta (0.5-1.5% HbA1c)	No	No	No	No
Sulfonilureas. • Glimepirida	Alta (1-2% HbA1c)	Sí	No	No	No
Insulinas.	Alto - Muy alto	Sí	No	No	No

Dosis máxima terapéutica.

Metformina	2000 mg 2550 mg
Canagliflozina	300 mg
Empagliflozina	25 mg
Dapagliflozina	10 mg
Dulaglutide	4.5 mg
Semaglutide	2 mg (SC) / 14 mg (VO)
Exenatide	2 mg
Liraglutide	1.8 mg

Dosis máxima terapéutica.

Linagliptina	5 mg
Sitagliptina	100 mg
Vildagliptina	100 mg
Pioglitazona	45 mg
Glimepirida	8 mg
Acarbosa	300 mg
Miglitol	300 mg

PERLAS Y PRESTIGIO EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Tratamiento. (Insulinas)

ADA 2024 - AACE 2023.



Use principles in Figure 9.3, including reinforcement of behavioral interventions (weight management and physical activity) and provision of DSMES, to meet individualized treatment goals

If injectable therapy is needed to reduce A1C¹

Consider GLP-1 RA or dual GIP and GLP-1 RA in most individuals prior to insulin²
INITIATION: Initiate appropriate starting dose for agent selected (varies within class)
TITRATION: Titrate to maintenance dose (varies within class)

If above A1C target

Add basal insulin³

Choice of basal insulin should be based on person-specific considerations, including cost. Refer to Table 9.4 for insulin cost information. Consider prescription of glucagon for emergent hypoglycemia.

Add basal analog or bedtime NPH insulin⁴

INITIATION: Start 10 units per day OR 0.1–0.2 units/kg per day

TITRATION:

- Set FPG target (see Section 6, “Glycemic Goals and Hypoglycemia”)
- Choose evidence-based titration algorithm, e.g., increase 2 units every 3 days to reach FPG target without hypoglycemia
- For hypoglycemia determine cause, if no clear reason lower dose by 10–20%

If already on GLP-1 RA or dual GIP and GLP-1 RA or if these are not appropriate OR insulin is preferred

CONSIDER GLP-1 RA IF NOT ALREADY IN USE

IF NOT AT GOAL

START BASAL INSULIN

A1C <8%
TDD 0.1-0.2 U/kg

A1C >8%
TDD 0.2-0.3 U/kg

Insulin titration every 2-5 days to reach glycemic goal¹

Fixed regimen: Increase TDD by 2 units

Adjustable regimen:

- FBG >180 mg/dL: add 20% of TDD
- FBG 140–180 mg/dL: add 10% of TDD
- FBG 110–139 mg/dL: add 1 unit

If hypoglycemia, reduce TDD by:

- BG <70 mg/dL: 10%–20%
- BG <40 mg/dL: 20%–40%

- Discontinue or reduce SU
- Basal analogs preferred over NPH

PERLAS Y PRESTIGIO EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Insulinas (Ajuste preprandial / basal)

Assess adequacy of basal insulin dose
Consider clinical signals to evaluate for overbasalization and need to consider adjunctive therapies (e.g., basal dose more than ~0.5 units/kg/day, elevated bedtime-to-morning and/or postprandial-to-preprandial differential, hypoglycemia [aware or unaware], high variability)

- If above A1C target and not already on a GLP-1 RA or dual GIP and GLP-1 RA, consider these classes, either in free combination or fixed-ratio combination, with insulin.
- If A1C remains above target:

Add prandial insulin⁵
Usually one dose with the largest meal or meal with greatest PPG excursion; prandial insulin can be dosed individually or mixed with NPH as appropriate

INITIATION:

- 4 units per day or 10% of basal insulin dose
- If A1C <8% (<64 mmol/mol) consider lowering the basal dose by 4 units per day or 10% of basal dose

TITRATION:

- Increase dose by 1–2 units or 10–15% twice weekly
- For hypoglycemia determine cause, if no clear reason lower corresponding dose by 10–20%

If on bedtime NPH, consider converting to twice-daily NPH regimen
Conversion based on individual needs and current glycemic control. The following is one possible approach:

INITIATION:

- Total dose = 80% of current bedtime NPH dose
- 2/3 given in the morning
- 1/3 given at bedtime

TITRATION:

- Titrate based on individualized needs

If above A1C target

If above A1C target

Stepwise additional injections of prandial insulin
(i.e., two, then three additional injections)

Proceed to full basal-bolus regimen
(i.e., basal insulin and prandial insulin with each meal)

Consider self-mixed/split insulin regimen

Can adjust NPH and short/rapid-acting insulins separately

INITIATION:

- Total NPH dose = 80% of current NPH dose
- 2/3 given before breakfast
- 1/3 given before dinner
- Add 4 units of short/rapid-acting insulin to each injection or 10% of reduced NPH dose

TITRATION:

- Titrate each component of the regimen based on individualized needs

Consider twice-daily premixed insulin regimen

INITIATION:

- Usually unit per unit at the same total insulin dose, but may require adjustment to individual needs

TITRATION:

- Titrate based on individualized needs

ADA 2024 - AACE 2023.



Consider fixed-dose basal insulin/GLP-1 RA

IF NOT AT GOAL

START PRANDIAL INSULIN

Stepwise addition to basal:

- Begin prandial insulin before largest meal (10% of basal or 5 units)
- If not at goal, progress to injections before 2 or 3 meals

Simultaneous addition to basal at all meals:

- TDD is 50% basal and 50% prandial divided by 3 meals

- Rapid-acting analogs preferred over regular insulin

Insulin titration every 2-3 days to reach glycemic goal:

HYPERGLYCEMIA
(premeal BG >110–140 mg/dL)

- Increase premeal dose by 10%–20% for the previous meal

HYPOGLYCEMIA
(premeal BG <70 mg/dL)³

- Decrease premeal dose by 10%–20% for the previous meal

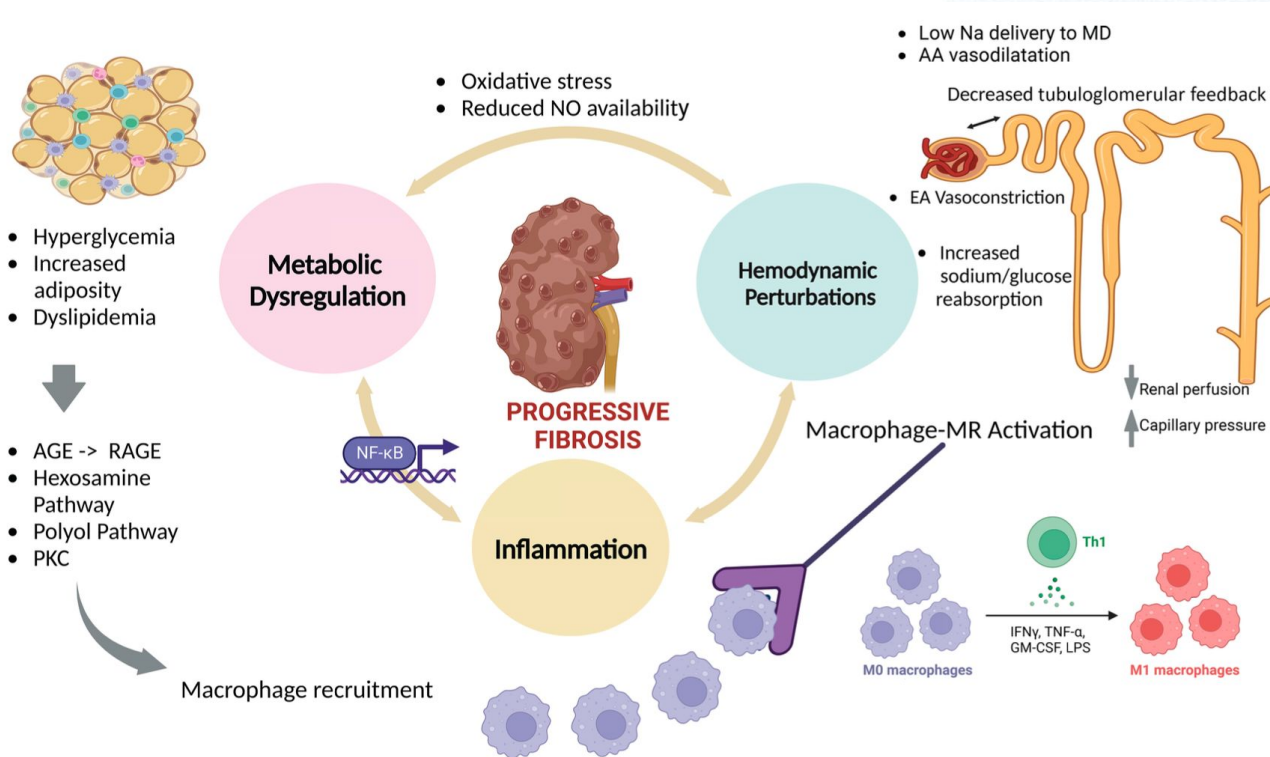
Tratamiento. Insulinas.

Acción rápida	Aspart	100 UI/ml
	Glulisina	100 UI/ml
	Lispro	100 UI/ml
Acción corta	Humana regular	100 UI/ml
Acción intermedia	Humana NPH	100 UI/ml
Acción prolongada	Detemir	100 UI/ml
	Degludec	100 UI/ml
	Glargina	100 UI/ml

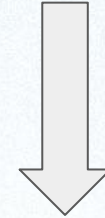
Tratamiento. Insulinas.

Insulina premezclada	Aspart	70/30 (100 UI/ml)
	Lispro	50/50 (100 UI/ml)
	Lispro	75/25 (100 UI/ml)
	NPH/regular	70/30 (100 UI/ml)
Insulina / GLP-1 RA	Degludec/Liraglutide	100/3.6 ug
	Glargina/Lixisenatide	100/33 ug

Diabetes y enfermedad renal crónica.

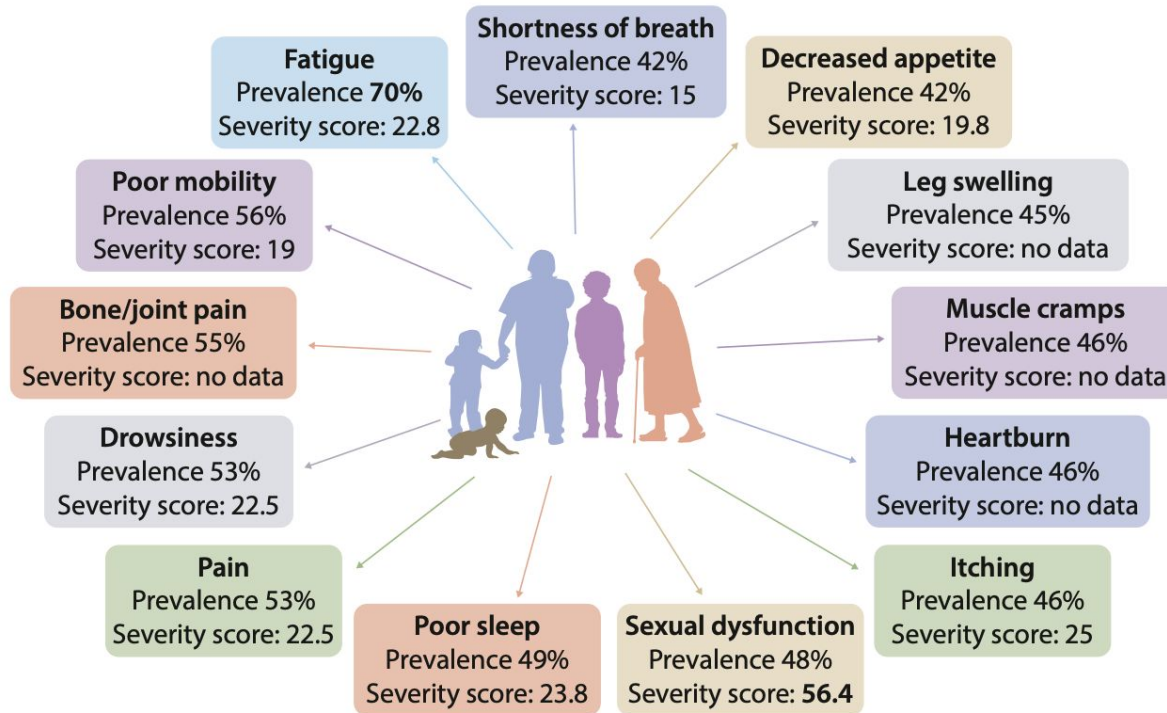


Diferentes mecanismos de daño.



¿Terapias multidirigidas?

Diabetes y enfermedad renal crónica.



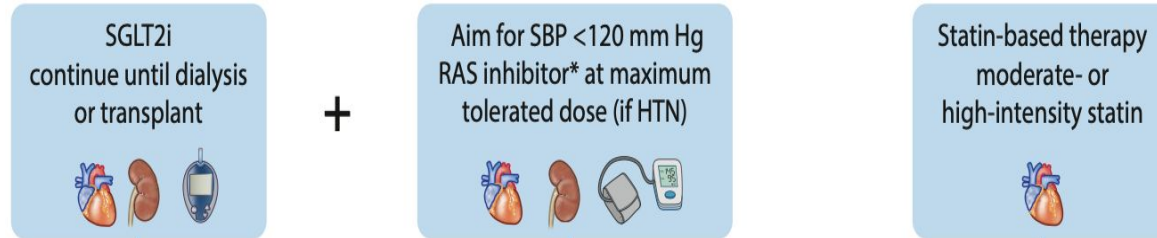
Dominios de evaluación en
pacientes ERC.

Diabetes y enfermedad renal crónica.

➤ ¿Progresión?



➤ ¿Proteinuria?

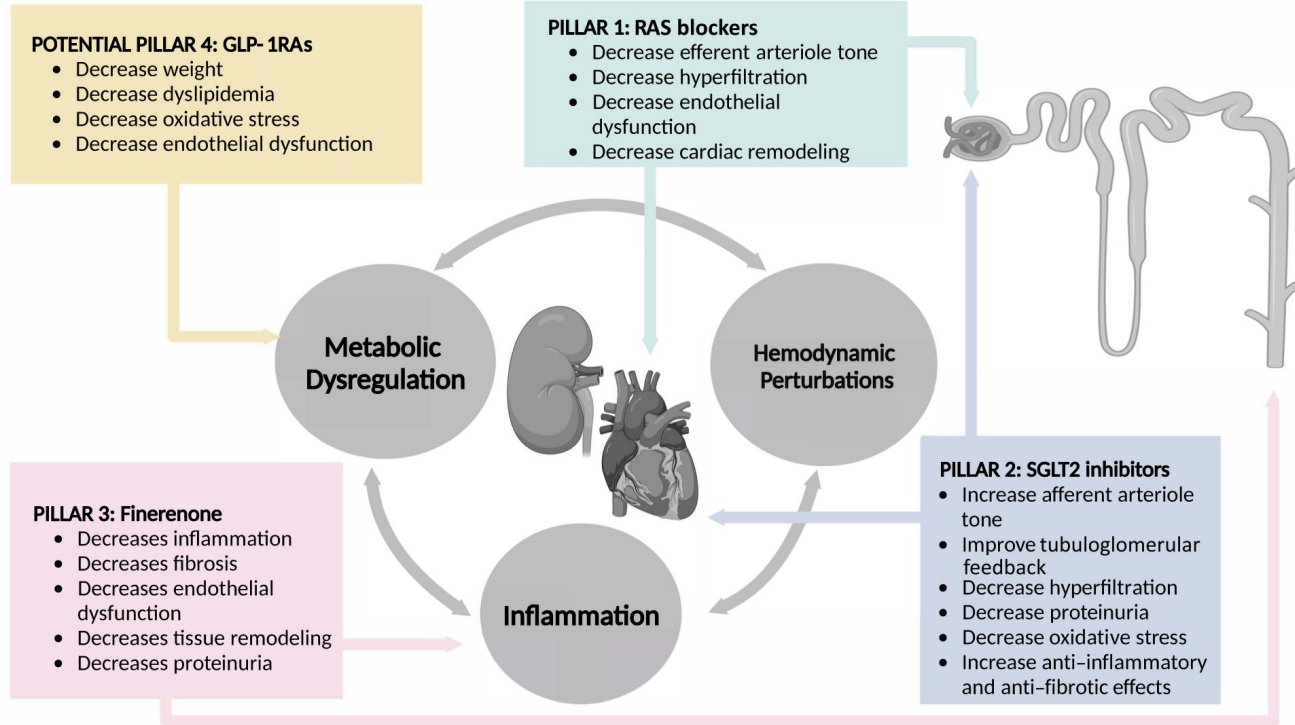


Diabetes y enfermedad renal crónica.

Manejo farmacológico.

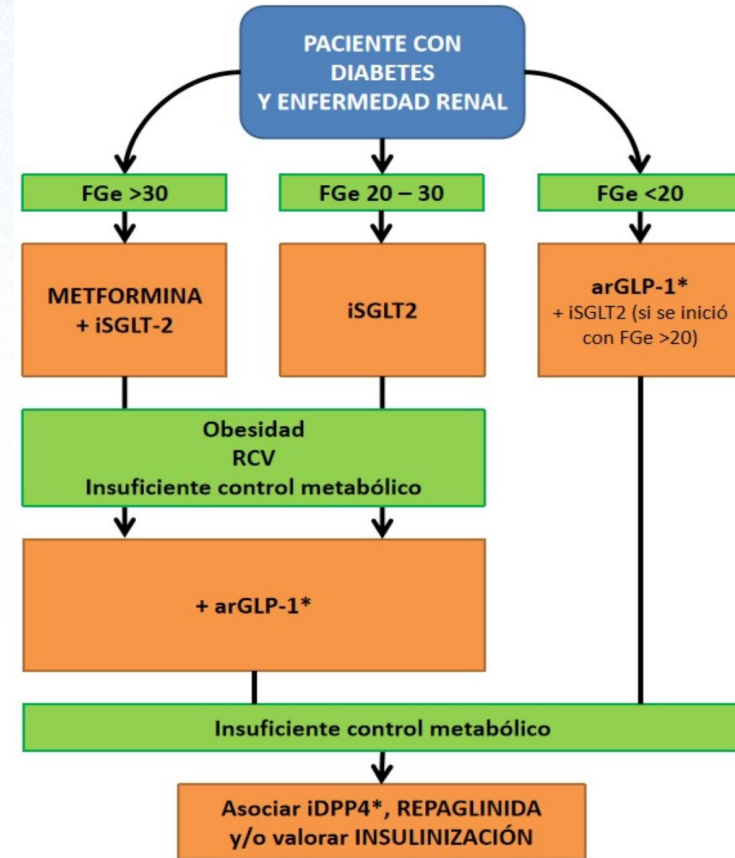
Impacto adverso renal:

1. AINES.
2. IECAS.
3. ARA2.
4. ISGLT2.



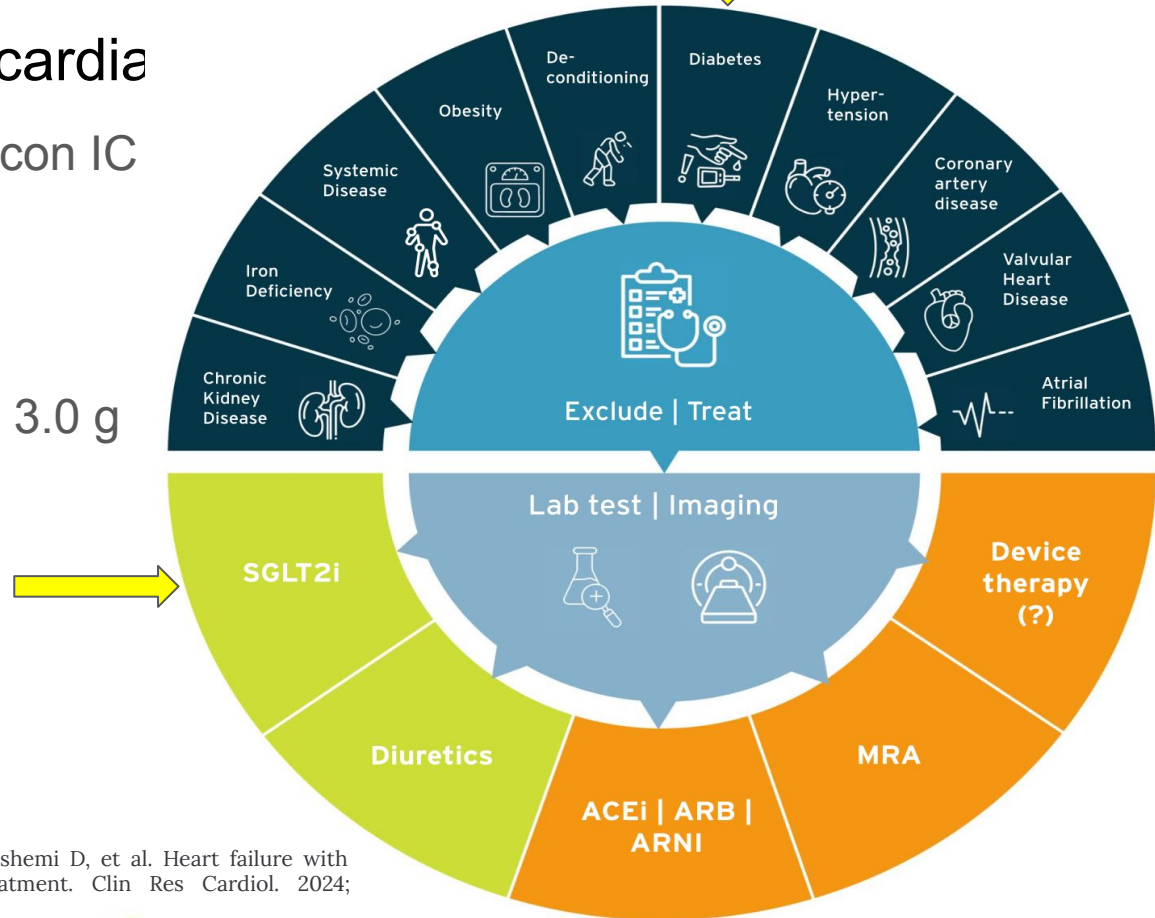
Diabetes y enfermedad renal crónica. Manejo farmacológico.

Fármaco	Ajuste por FGe	Suspender por FGe
Metformina	<60	<30
Pioglitazona	<60	<30
Sulfonilureas	<60	<30-45
DPP4	-	-
iSGLT2	-	Continuar en TRR
GLP-1 RA	-	<15



Diabetes e insuficiencia cardíaca

- 36% de todos los pacientes con IC tienen Diabetes.
- 1% de aumento en HbA1c = 3.0 g aumento en la masa del VI.



ORIGINAL RESEARCH

Microvascular Disease and Incident Heart Failure Among Individuals With Type 2 Diabetes Mellitus

Arnaud D. Kaze , MD, MPH; Prasanna Santhanam , MBBS, MD; Sebat Erqou , MD, PhD; Rexford S. Ahima, MD, PhD; Alain Bertoni, MD, MPH; Justin B. Echouffo-Tcheugui , MD, PhD

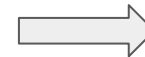
J Am Heart Assoc. 2021;10:e018998. DOI: 10.1161/JAHA.120.018998

Justificación: La enfermedad microvascular (MVD) es un posible contribuyente a la patogénesis de la disfunción cardíaca relacionada con la diabetes mellitus.

Objetivo: Evaluar las asociaciones de MVD y la IC incidente en una gran muestra de individuos con DM2.

Table 5. Hazard Ratios for Incident Heart Failure by Individual Type of Microvascular Disease at Baseline in the Look AHEAD Study

	Nephropathy		Retinopathy		Neuropathy		Microvascular disease	
	Absent	Present	Absent	Present	Absent	Present	Absent	Present
Hazard ratio (95% CI)	Reference	2.21 (1.50–3.26)*	Reference	1.21 (0.67–2.21)	Reference	1.30 (0.84–2.01)	Reference	2.36 (1.59–3.48)*



MVD se asocia con un exceso de riesgo de IC en diabéticos tipo 2.

¿iSGLT2 en todos los escenarios?





Article

Reasons for Discontinuing Treatment with Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors in Patients with Diabetes in Real-World Settings: The KAMOGAWA-A Study

Yuto Saijo ¹, Hiroshi Okada ^{1,*}, Shinnosuke Hata ^{1,2}, Hanako Nakajima ¹, Nobuko Kitagawa ¹, Takuro Okamura ¹, Takafumi Osaka ^{1,3}, Noriyuki Kitagawa ^{1,4}, Saori Majima ¹, Takafumi Senmaru ¹, Emi Ushigome ¹, Naoko Nakanishi ¹, Masahide Hamaguchi ¹ and Michiaki Fukui ¹
J. Clin. Med. **2023**, *12*, 6993. <https://doi.org/10.3390/jcm12226993>

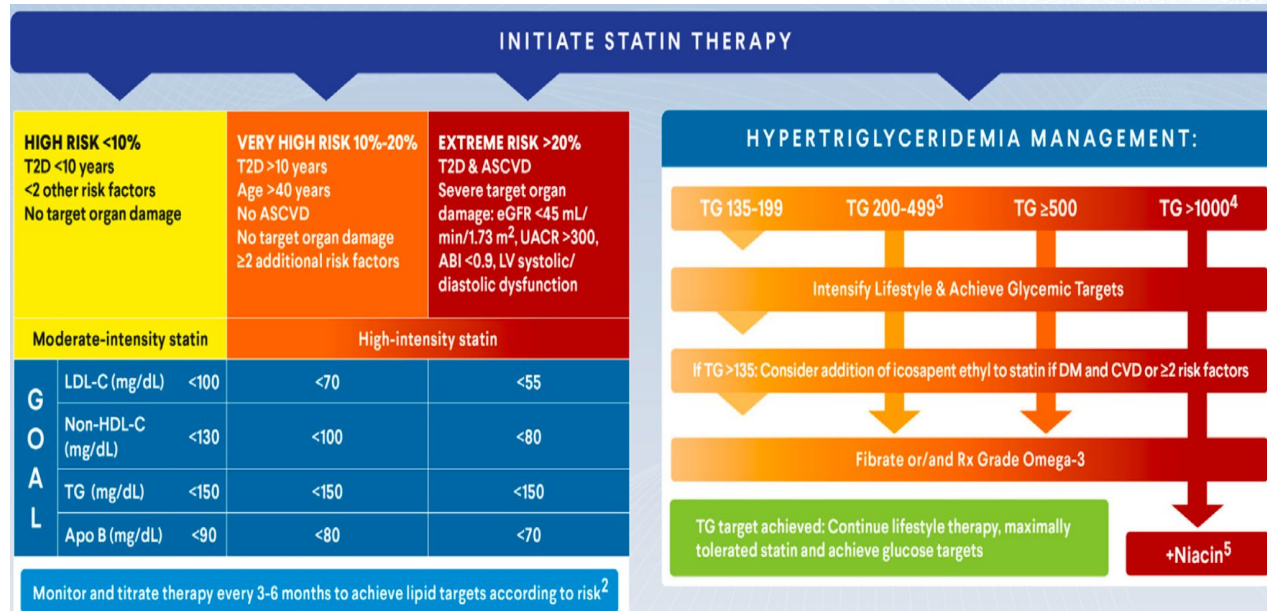
Total (n = 90)

Frequent urination	17 (18.9%)
Genital infection	11 (12.2%)
Renal dysfunction	7 (7.8%)
Urinary tract infection	7 (7.8%)
Fatigue	4 (4.4%)
Digestive symptoms	4 (4.4%)
Body weight loss	4 (4.4%)
Diabetic ketoacidosis	1 (1.1%)
Drug allergy	3 (3.3%)
Unknown	22 (24.4%)
Improved glycemic control	10 (11.1%)

- Estudio de cohorte, retrospectivo 766 pacientes.
- Objetivo: Razones para discontinuar los iSGLT2 en pacientes diabéticos.

1. Micción frecuente.
2. Infecciones genitales.
3. Disfunción renal.
4. Infección de vías urinarias.

Diabetes y dislipidemia.



Riesgo: ASCVD.

Edad >40 años.

Fumar.

ERC 3a.

Historia CVD.

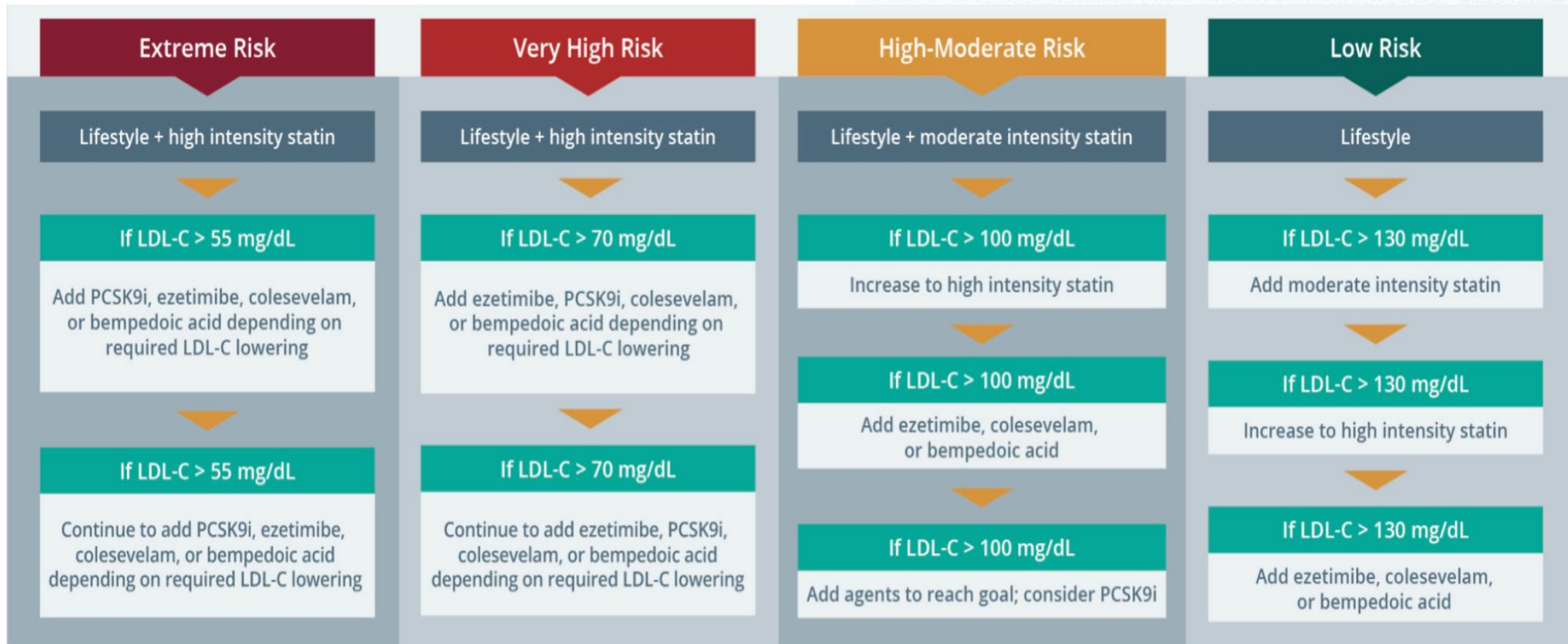
HDL bajo.

LDL elevado.

socialprestigeeduca.com

Diabetes y dislipidemia.

Manejo basado metas de LDL.



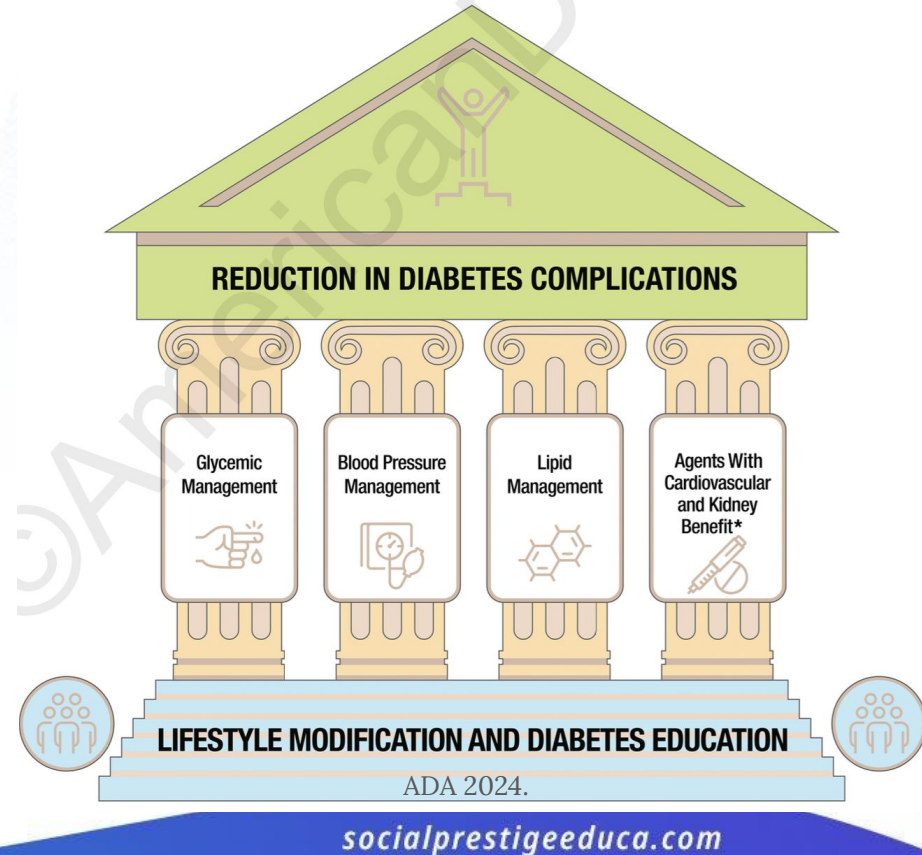
Diabetes y dislipidemia. Tratamientos.

Estatina alta intensidad	Atorvastatina 40-80 mg	Rosuvastatina 20-40 mg
Estatina moderada densidad	Atorvastatina 10-20 mg	Rosuvastatina 5-10 mg
	Simvastatina 20-40 mg	Pitavastatina 2-4 mg
	Fluvastatina 40-80 mg	Pravastatina 40-80 mg
	Lovastatina 40 mg	
Ezetimibe	Ezetimibe 10 mg	
PCSK9 inhibidor	Evolocumab 140 mg - 420 mg	Alirocumab 75-150 mg
Colesevelam	Colesevelam 3.75 mg	
Ácido bempedoico	Ácido bempedoico 180 mg	

Entonces, ¿Podemos reducir las complicaciones en la diabetes?

Conclusiones:

- Lograr metas de glucosa (ej. HbA1c <7%).
- Mantener controles estrictos de presión arterial (ej. PAS <120 mmHg).
- Controles lipídicos de acuerdo al riesgo (ej. LDL <70 ó <55 mg/dl).
- Ofrecer más allá del efecto antidiabético al momento de prescribir un tratamiento.



Gracias.

Dr. Julio Daniel Lora Ocampo.

Email: julio.lora21@hotmail.com.