

| Estatines d'elevada intensitat |          | Estatines de moderada intensitat |          |
|--------------------------------|----------|----------------------------------|----------|
| Atorvastatina                  | 40-80 mg | Atorvastatina                    | 10-20 mg |
| Rosuvastatina                  | 20-40 mg | Rosuvastatina                    | 5-10 mg  |
|                                |          | Simvastatina                     | 20-40 mg |
|                                |          | Pravastatina                     | 40-80 mg |
|                                |          | Lovastatina                      | 40 mg    |
|                                |          | Fluvastatina                     | 80 g     |
|                                |          | Pitavastatina                    |          |

## ANTIAGREGACIÓ

- L'antiagregació no és aconsellable en Prevenció Primària, havent-se de prescriure únicament en Prevenció Secundària (A)  
75-150 mg de salicilats (o 75 mg/dia de clopidrogel en cas d'al·lèrgia)
- Una doble antiagregació (a dosis baixes) es podria prescriure després d'un síndrome coronari agut o d'un procediment d'angioplastia/col·locació de stent/s durant un període de 6 a 12 mesos (B)

## TRACTAMENT HIPOGLICEMIANI I RCV

Tot nou fàrmac hipoglicemiant aprovat per les agències Europea i Nord Americana del medicament no ha d'incrementar el RCV.

La decisió de quins fàrmacs s'han d'associar a la metformina es pendrà en la consideració del perfil de RCV de cada malalt, la seva edat, el seu pes, la seva comorbiditat, el risc potencial d'hipoglicèmies, les complicacions presents i el cost del tractament.

La millora del control glicèmic aconseguit amb la insulina, la metformina i les noves sulfonilureas (glicazida, glimepirida i glipizida) redueix la incidència de complicacions microvasculars, especialment la retinopatia i tenen poc efecte en la macrovasculopatia.

En els darrers anys els inhibidors de la SGLT2 (glucosúrics) i els antagonistes del receptor del GLP1 han demostrat reducció dels events cardiovasculars en prevenció secundària.

Els inhibidors de la DDP4 son fàrmacs segurs amb un perfil cardiovascular neutre.

Les glitazonas (pioglitazona) fora de la insuficiència cardíaca no incrementen el risc cardiovascular.

Tenim poques dades sobre la seguretat cardiovascular de les glinides (repaglinida) i dels inhibidors de les alfa-glucosidases (acarbons).

En prevenció Primària tenim poca informació, la millor correspon a la dapagliflozina referida a la prevenció de l'insuficiència cardíaca i de la nefropatia.

## Hipoglicemians i Prevenció Secundària del risc cardiovascular

|                    | MACE (1) | Mortalitat cardio-vascular | Mortalitat Global | IAM (no mortal) | AVC (no mortal) | ICC  | Filtrat Glomerular (2) | Proteinúria (3) |
|--------------------|----------|----------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|------|------------------------|-----------------|
| iDDP4              | -        | -                          | -                 | -               | -               | ↑(4) | -                      | -               |
| Empagliflozina     | ↓        | ↓                          | ↓                 | -               | -               | ↓    | ↓                      | ↓               |
| Canagliflozina (5) | ↓        | -                          | -                 | -               | -               | ↓    | ↓                      | ↓               |
| Dapagliflozina (6) | -        | -                          | -                 | -               | -               | ↓    | ↓                      | SD(7)           |
| Liraglutida        | ↓        | ↓                          | ↓                 | -               | -               | -    | -                      | ↓               |
| Semaglutida        | ↓        | -                          | -                 | -               | -               | -    | -                      | ↓               |
| Albiglutide        | ↓        | -                          | -                 | ↓               | -               | -    | -                      | SD              |

(1) MACE: mortalitat c-v + IAM + AVC no mortals

(2) menor decrement (↓) de FG

(3) disminució o canvi a menor grau (normo, micro, macro) (↓) de la proteinúria

(4) dades referides a la saxagliptina

(5) augment d'amputacions distals en malalts amb història de vasculopatia

(6) 10.000 malalts en Prevenció Primària/7000 en Prevenció Secundària

(7) Sense Dades

Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autor, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor. La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>



Desembre 2018

GUIA PRÀCTICA

# Tractament de la DM2 i Risc Cardio-Vascular

GRUP D'AUTORS  
Francesca Calero,  
Josep Franch  
i Pere Torguet

COORDINADOR  
Pere Torguet

Desembre 2018



Societat Catalana  
d'Hipertensió Arterial i Risc Vascular

## CONSIDERACIONS GENERALS

- El risc cardiovascular (RCV) inherent a la condició de persona diabètica és superior al de la població general i en alguns casos, segons la condició del malalt, molt elevat.
- El nostre plantejament terapèutic obtindrà els millors resultats si integra:
  - a. Una dieta correcta i un exercici suficient.
  - b. El millor control metabòlic possible.
  - c. Una adequada prevenció, detecció i tractament de les complicacions micro i macrovasculars diabètiques.
  - d. Un control efectiu dels factors de RCV (FRCV) clàssics: HTA, Lípids i Antiagregació. Considerem tanmateix, que la millor aproximació al pes relatiu d'aquets FRCV ens la dona la funció REGICOR.
  - e. En els nostres algoritmes terapèutics haurem de considerar la potencialitat definida com avantatges i/o riscos de cada hipoglicemiant sobre els elements concrets del RCV, es a dir, mortalitat general, mortalitat cardiovascular, cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, funció renal, ...

## HTA

### Mesura pressió arterial (PA)

|            | Indicació             |
|------------|-----------------------|
| PA clínica | Sempre (B)*           |
| AMPA       | Recomanable (B)**     |
| MAPA       | Recomanable (B, C)*** |

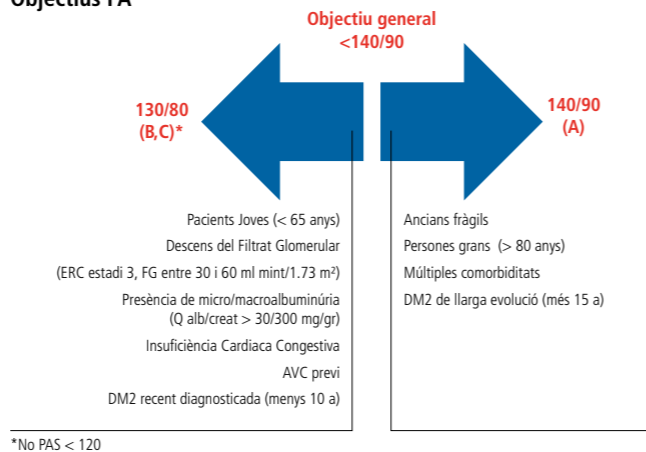
\* Condicions adequades. Millor sense presència de personal sanitari. Valorar mesura de hipotensió ortostàtica.

\*\* AMPA: Auto mesura PA. Imprescindible educació acurada.

\*\*\* MAPA: Monitorització ambulatoria 24 hores.

En el DM2 és més freqüent l'HTA emascarada, l'HTA nocturna i les alteracions del patró circadià.

## Objectius PA



## Fàrmacs aconsellats

| Fàrmac   | Indicat (nivell recomanació)   |
|--|--|
| IECA / ARA II / CAA / diü tiazídics            | Qualsevol per iniciar tractament (A)   |
| IECA /ARA II                                   | Macroalbuminúria (Q alb/creat > 300 mg/gr) (A)   |
| IECA / ARA II                                  | Microalbuminúria (Q alb/creat 30-300 mg/gr) (B)  |
| IECA + Diü Tiazídic                            | Necessitat de combinació (PA d'inici ≥ 160/100, o PA fora d'objectius) en obesos i/o > 65 a. (B,C)                         |
| IECA + CAA                                     | Necessitat de combinació (PA d'inici ≥ 160/100, o PA fora d'objectius ) en prims i/o joves i/o cardiopatia isquèmica (C,D) |
| Antialdosterònics (espironolctona/ eplerenona) | HTA resistent (B)<br>(HTA fora d'objectius amb 3 fàrmacs, un d'ells un diürètic)   |
| Beta-blocadors                                 | Cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, aritmies (B)  |
| Alfa-blocadors                                 | Prostatisme (C)  |

No es recomana la combinació d'IECA i ARAII encara que s'ha demostrat efectiva en la reducció de proteinúria, no ha mostrat efectes favorables en la progressió de la malaltia renal ni en la supervivència

## Mesures d'estil de vida

- Dieta baixa en sodi. Es recomana < 5 gr/dia\* (1A)
- Dieta amb augment de fruites i verdures. (1A)
- Alcohol moderat. (14 unitats\*\*/setmana homes i 8 dones) (1A)
- Disminució de pes si cal. IMC sobre 20-25 Kg/m² (1A)
- Exercici físic aeròbic regular. > 30 min 5-7 dias/setmana (1A)
- Deixar de fumar (1B)

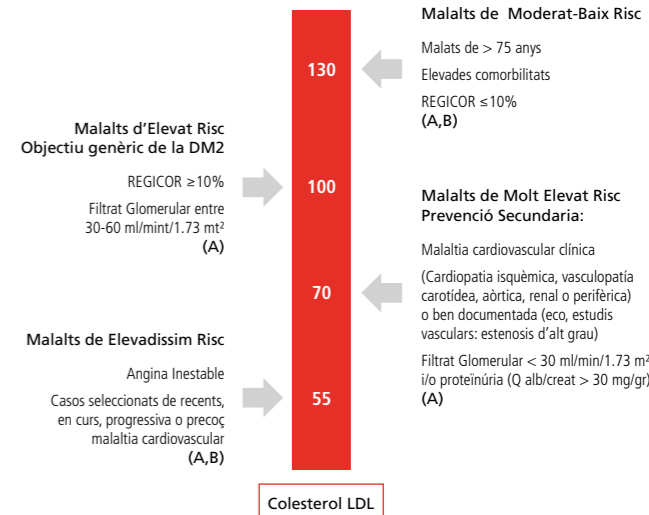
\* Cullera petita de cafè

\*\* Unitat d'alcohol = 125 ml de vi o 250 cervesa

## LÍPIDS

### Mesures

- Colesterol total (CT), colesterol LDL (cLDL), colesterol HDL (cHDL) i Triglicèrids (Tgd)
- Colesterol noHDL (CT-cHDL) si el cLDL no és pot determinar directament (per formula, en els casos de Tgd molt elevats)
- ApoB, Lipoproteïna (a), estudis genètics, ..., en situacions especials
- Les determinacions s'han de fer després d'un dejuni de 8 hores o més
- Si el perfil lipídic és normal, s'haurà de repetir 1 vegada al any
- Si el malalt rep tractament i està dintre d'objectius, farem una nova mesura cada 6-12 mesos
- Si el malalt inicia tractament o s'ha fet canvi de la seva pauta, s'ha de fer en menys de 3 mesos una nova determinació



## Lípids, tractament

- Segons objectius, utilitzar les estatines fins a les seves dosis màximes o aquelles que son tolerades (A)
  - Estatines de moderada intensitat (reduccions del 30 al 50% del cLDL)
  - Estatines d'elevada intensitat (reduccions > 50% del cLDL)
  - En la insuficiència renal les dosis màximes d'estatines son més baixes
  - S'han de considerar les múltiples interaccions de les estatines
- Si el tractament amb estatines és insuficient, considerar afegir:
  - Ezetimiba (reduccions afegides del cLDL entre un 15-20%) (A)
  - Inhibició del PCSK9 (reduccions afegides del cLDL fins del 60%) (A,B)
- L'hipertrigliceridemia:
  - Tractarla amb fibrats si > 500 mg/dl (A)
  - Triar el fenofibrat si s'han d'associar estatines (B)