



Perfil del paciente objetivo

Personas con diagnóstico confirmado de DM2 y alto o muy alto riesgo de ECV1.

Muy alto riesgo

- » Personas con DM2 y ECV².
- » U otro órgano diana dañado³.
- » O tres o más factores de riesgo⁴.

Alto riesgo

Personas con DM2 \geq 10 años de evolución sin daños en órgano objetivo más cualquier otro riesgo adicional.

Notas

- Un diagnóstico confirmado de DM requiere:
 - Utilizar cualquiera de las siguientes pruebas, considerando los umbrales identificados:
 - » Glucemia basal (GB) \geq 126 mg/dl (7.0 mmol/L).
 - » Glucemia en plasma venoso a las 2h durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (75g) (SOG) \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/L).
 - » Hemoglobina glicosilada plasmática A1c (HBA1c) \geq 6,5 (48 mmol/mol).
 - » En caso de superar el umbral correspondiente, la prueba elegida se debe repetir una vez más.
 - » Se confirma el diagnóstico si en ambas ocasiones el resultado está alterado o cuando la glucemia plasmática es mayor o igual a 200 mg/dl y existen síntomas cardinales de DM.
- Se entiende por ECV: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica.
- Indicadores de daño en órganos diana:
 - » Proteinuria.
 - » Deterioro renal definido como tasa de filtrado glomerular estimada $<$ 30ml/min/1,73 m².
 - » Hipertrofia del ventrículo izquierdo.
 - » Retinopatía.
- Otros factores de riesgo adicionales de ECV:
 - » Edad $>$ 50 años.
 - » Hipertensión.
 - » Dislipidemia.
 - » Tabaquismo.
 - » Obesidad.

Listado de recomendaciones

(A individualizar con cada persona)



Prescribir ejercicio físico \geq 150 min/semana.



Intervenir para el abandono tabáquico activo y pasivo.



Prescribir dieta mediterránea y reducir ingesta calórica.



Objetivo general de control de HbA1c $<$ 7% sin hipoglucemia.



Tratamiento combinado de metformina + iSGLT2 y/o arGLP1 para reducir riesgoCV, tras metformina.



Objetivo PA $<$ 130/80 mmHg con bloqueo SRA.



Introducir estatinas de alta potencia para reducir cLDL $<$ 55 mg/dl (muy alto riesgo CV) o $<$ 70 mg/dl (alto riesgoCV).

Bibliografía de referencia

- 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD.
- Standards of medical care in Diabetes. ADA, 2020.
- Guía AACE/ACE 2020.
- Recomendaciones en el tratamiento farmacológico de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI, 2020.
- Diabetes tipo 2 en prevención secundaria. Recomendaciones de tratamiento. SEC, 2020.
- Documento de abordaje integral de la DM 2. Grupo de trabajo de DM de la SEEN 2019.



Recomendaciones para la atención de personas con diabetes mellitus tipo 2 y alto o muy alto riesgo de enfermedad cardiovascular

Elaborado por:



Con la colaboración de:



Presentación

Estas recomendaciones pretenden ser una guía rápida para los profesionales en el abordaje de la atención a las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y riesgo alto o muy alto de enfermedad cardiovascular (ECV) en el Principado de Asturias, actualizada con las últimas evidencias científicas disponibles y las recomendaciones de múltiples sociedades científicas.

Para más información, consultar las guías y protocolos de referencia



Prescribir ejercicio físico ≥ 150 min/semana.



Se recomienda:

- Actividad física combinada, aeróbica y de resistencia.

Parámetro	Objetivo
Intensidad	64 - 76% de la frecuencia cardiaca máxima o calculada mediante la prueba del habla (está sudando, pero puede hablar fácilmente).
Frecuencia y progresión	De forma continuada mínimo 5 días por semana.
Duración	30 min/día.



Mejora el control de los factores de riesgo CV.



Intervenir para el abandono tabáquico activo y pasivo



Se recomienda:

- Realizar siempre consejo antitabaco y al menos 1 intervención para el abandono tabáquico tanto activo como pasivo.
- Desaconsejar el uso del cigarrillo electrónico.
- Considerar las terapias farmacológicas financiadas en los casos de alta dependencia del tabaco tras aplicación del protocolo.
- Se debe tener en cuenta que los programas para dejar de fumar tienen eficacia baja a los 12 meses.



Reduce el riesgo de ECV y muerte prematura en personas con DM2.



Prescribir dieta mediterránea y reducir ingesta calórica



Se recomienda:

- Beber agua como fuente de hidratación principal.
- Reducir el consumo de azúcares y grasas trans.
- Limitar el consumo de alcohol.
- Priorizar el consumo de alimentos frescos y evitar comida rápida y preparada.
- Consumir aceite de oliva virgen extra y de frutos secos ricos en ácidos omega 3.
- Moderar el consumo de carnes rojas y priorizar el consumo de pescado.
- Consumir lácteos desnatados.
- Consumir preferiblemente cereales integrales.
- Priorizar los hidratos de carbono provenientes de legumbres, cereales, frutas y verduras.
- No se recomienda la suplementación con vitaminas o micronutrientes en pacientes para obtener beneficio CV.
- Se aconseja no abusar de la sal en la preparación y condimentación de los alimentos (se recomienda un consumo de sal <5 gr/día).



Disminuir la ingesta calórica reduce el peso y ayuda al control de los factores de riesgo CV, una dieta mediterránea favorece la disminución de eventos CV, se desaconseja promover el consumo de alcohol como intervención para reducir el riesgo CV.



Objetivo general de control de HbA1c $<7\%$ sin hipoglucemia



Se recomienda:

- Considerar HbA1c $<7\%$ desde inicio para prevención de complicaciones microvasculares y macrovasculares.
- HbA1c $<6,5\%$ es recomendable si se logra sin hipoglucemias.
- En pacientes frágiles, con otras comorbilidades y riesgo de hipoglucemias se recomiendan objetivos de control menos estrictos.
- Pacientes deben recibir educación para manejo y autogestión de DM2.



Lograr mejor nivel de HbA1c posible sin hipoglucemias desde inicio de DM2 reduce riesgo de complicaciones micro y macrovasculares.



Tratamiento combinado de metformina + iSGLT2 y/o arGLP1 para reducir riesgo CV, tras metformina.



Se recomienda:

- Prescribir preferentemente iSGLT2 (empagliflozina, canagliflozina y dapagliflozina) en pacientes con IC o riesgo de IC y/o con nefropatía (microalbuminuria).
- Prescribir preferentemente arGLP1 con perfil CV beneficioso (semaglutida, liraglutida y dulaglutida) en pacientes con enfermedad aterosclerótica.
- arGLP1 en IMC ≥ 30 para visado.



Combinar metformina + iSGLT2 y/o arGLP1 reduce HbA1c, sin hipoglucemias, consiguiendo cardioprotección y nefroprotección.



Objetivo PA $<130/80$ mmHg con bloqueo SRA



Se recomienda:

- Fomentar la monitorización de PA por parte de la persona (AMPA).
- Adoptar un estilo de vida saludable que facilite mantener el valor objetivo.
- Se desaconsejan objetivos de PA (medida en consulta) sistólica <120 mmHg y/o diastólica <70 mmHg.
- Para personas ancianas, valores más laxos: PA $<130-139/80$ mmHg.
- En caso de requerir tratamiento farmacológico, incluir un IECA (en caso de intolerancia a IECA, utilizar un ARA-II).



Reduce el riesgo de complicaciones CV.



Introducir estatinas de alta potencia para reducir cLDL <55 mg/dl (muy alto riesgo CV) o <70 mg/dl (alto riesgo CV)



Se recomienda:

- Reducir en al menos 50% cLDL.
- Prescribir estatinas alta potencia (atorvastatina 40-80 mg/día, rosuvastatina 20-30-40 mg/diarios) como base de tratamiento para pacientes con DM2 y riesgo alto o muy alto CV.
- Si no se consiguen objetivos asociar con ezetimiba, y si no objetivos considerar asociar inhibidor PCSK9 (alirocumab, evolcumab).



Previene los eventos cardiovasculares y reduce la mortalidad por ECV.