



16:30 - 17:45 Pacient crònic complex

Moderador/a: Dra. Caterina Fornós Asto.

idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Moderador/a: Dr. Antoni Castro Salomó.

Hospital de Reus

Pacient crònic complex

Ponent: Dr. Alfons López Soto.

Hospital Clínic, Barcelona

Insuficiència cardíaca

Ponent: Dr. Jordi Casademont Pou.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Diabetis

Ponent: Dra. Ana Maria Lucas Martin.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,

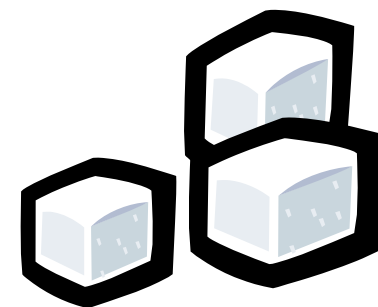
Badalona

Torn de preguntes





Diabetis mellitus en el pacient crònic complex



Anna Lucas

Servei d'endocrinologia i nutrició

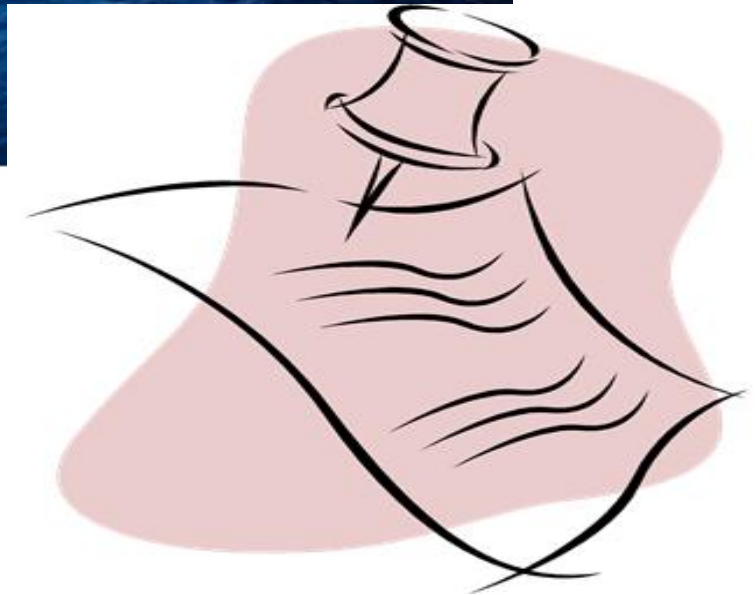
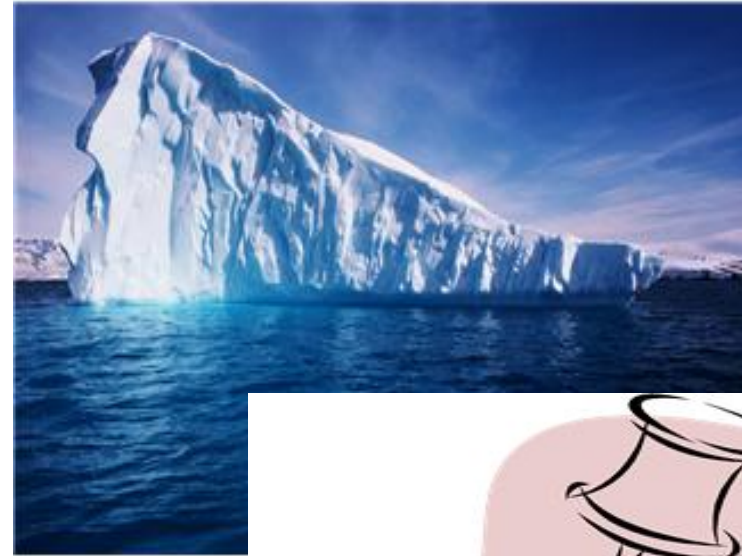






Guió

- PCC
- DM2
- PCC I DM2
 - Epidemiologia
 - Tractament
 - Objectius
 - Eines
- Resum





PCC. 1

- Concepte associat a la dificultat de maneig clínic d'un pacient amb malaltia crònica, degut a les múltiples interaccions ocasionades per les malalties greus o evolucionades, la presència de multimorbiditat, problemes socioeconòmics i discapacitat
- Prevalença esperada - 3,5 – 5 % de la població

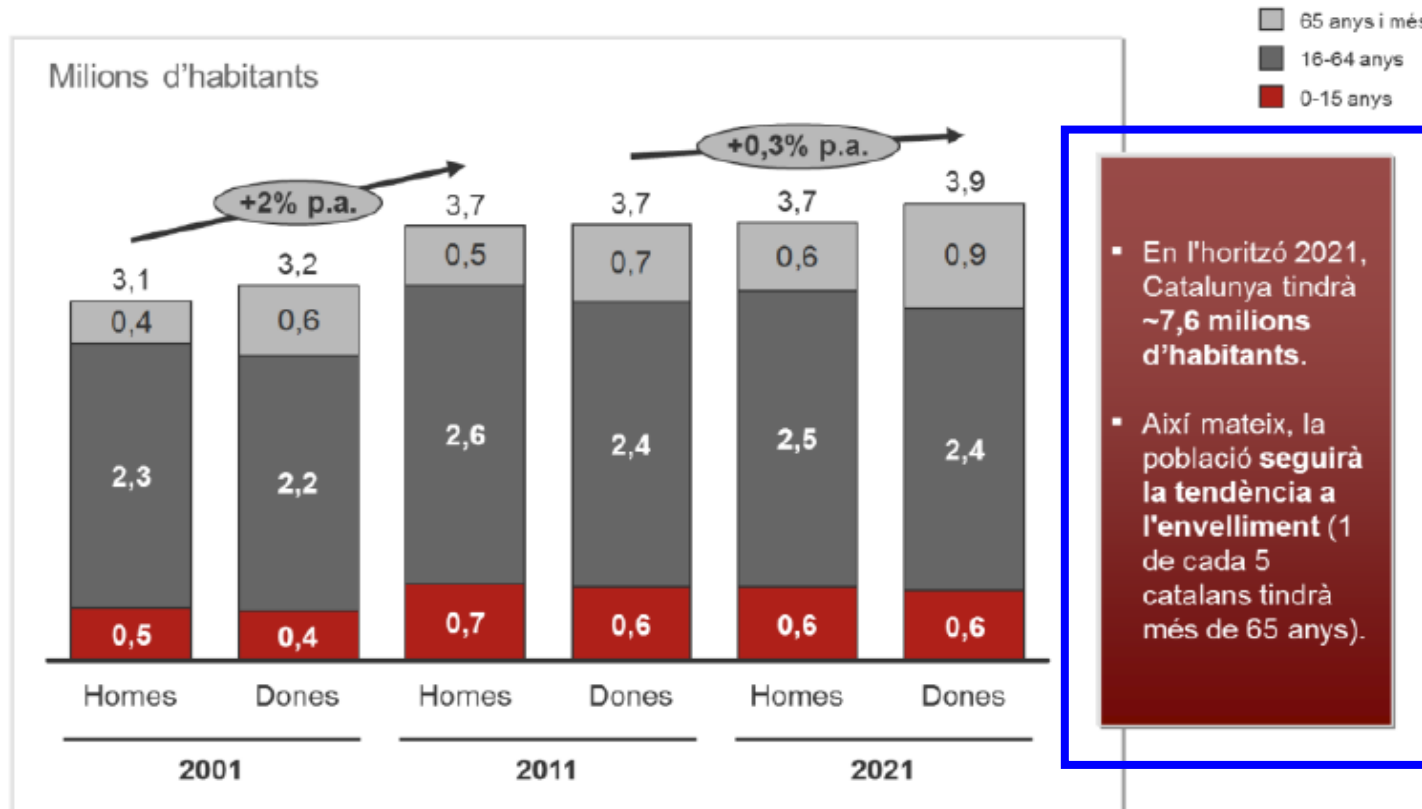


PCC. 2

DM en el PCC



FIGURA 1: La població de Catalunya creixerà més lentament que els darrers anys i seguirà la tendència a l'envelliment



Font: Idescat, Projeccions de població 2021-2041 (base 2008), 2009.

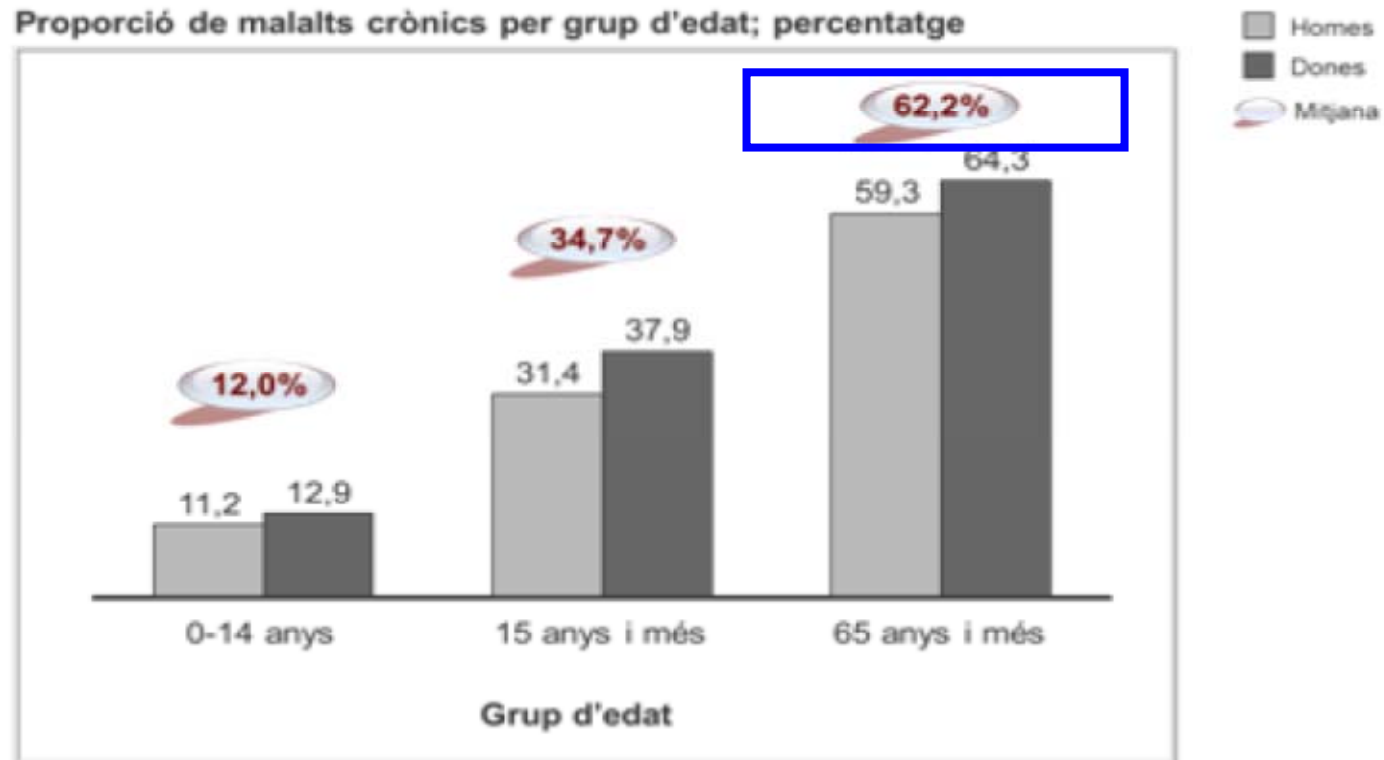


PCC. 3

DM en el PCC



Figura 2: La proporció de malalts crònics augmenta fortament amb l'edat



Font: Departament de Salut, Enquesta de salut de Catalunya, 2010.

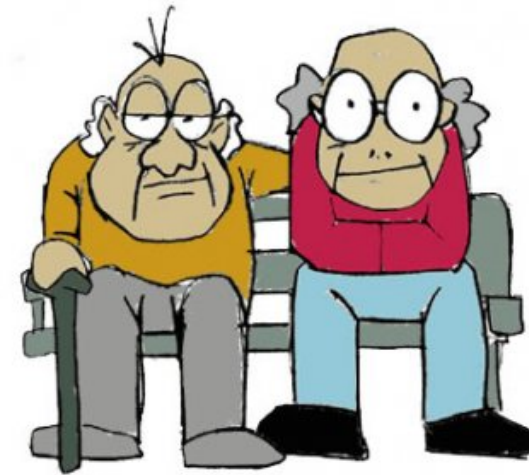


Germans Trias i Pujol
Hospital
Institut Català de la Salut



Ancià ↔ PCC

S'accepta el terme "ancià" com un concepte que reflexa un continu d'edat que s'inicia en algun moment (?) després dels 60 anys i es caracteritza per l'existència d'una fragilitat lenta i progressiva que continua fins el final de la vida.





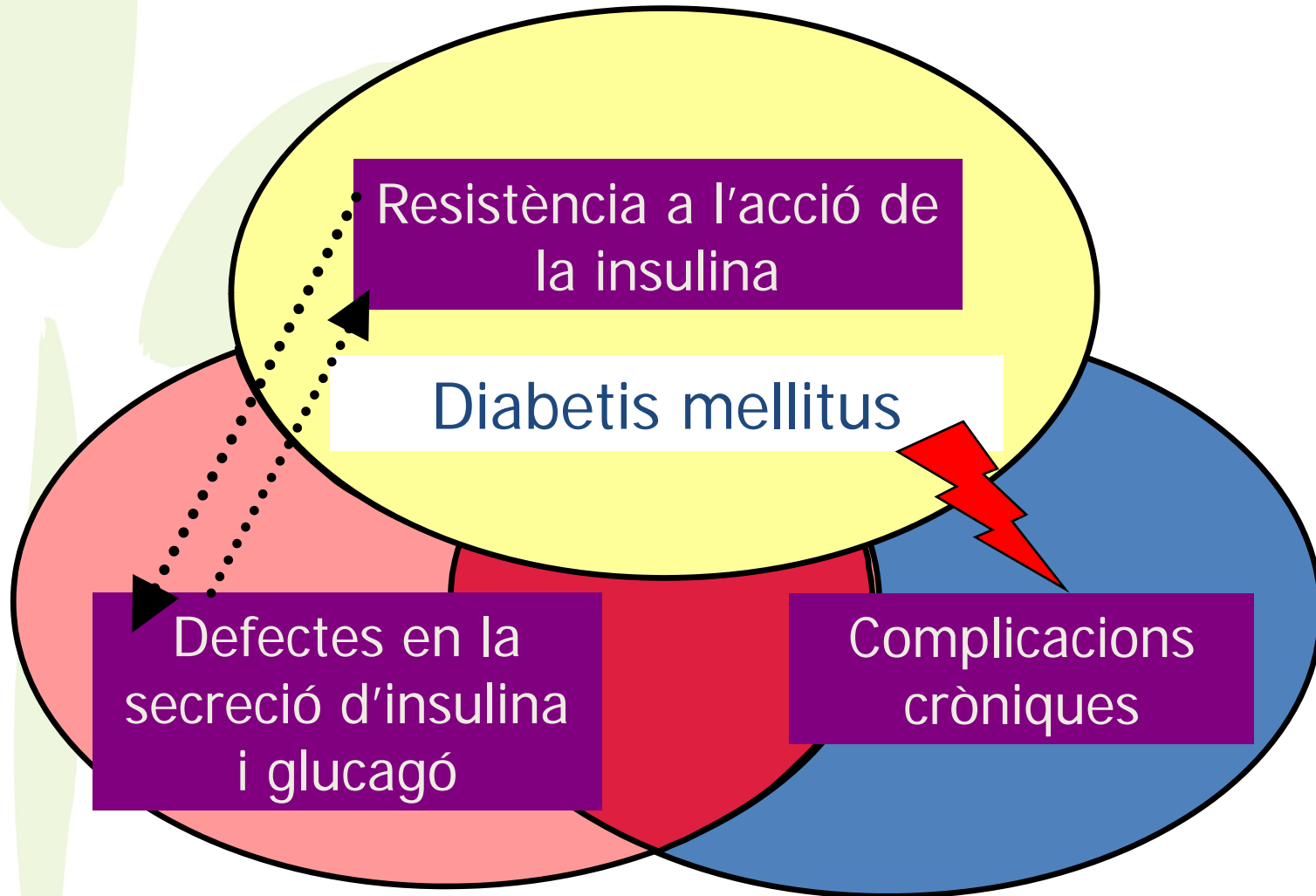
Guió

- DM2





DM2

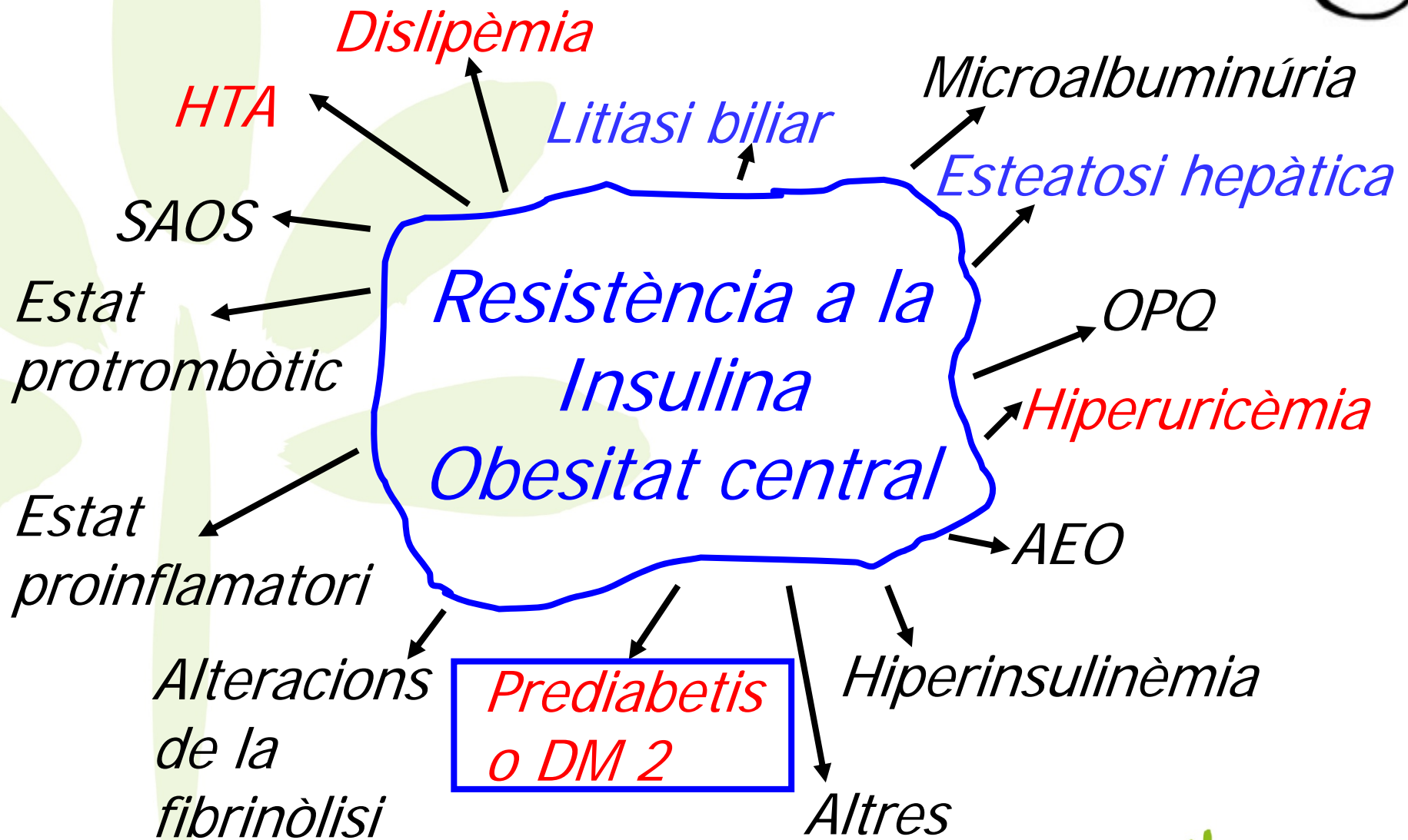


Més que hiperglucèmia



Síndrome metabòlica - ↑↑↑RCV

DM en el PCC





DM i RCV

1. Se considera automáticamente en riesgo CV total muy elevado o elevado y se requiere el manejo activo de todos los factores de riesgo de las personas con:

- ECV conocida.
- Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 con microalbuminuria.
- Niveles muy elevados de factores individuales de riesgo.
- Enfermedad renal crónica (ERC).

Rev Esp Cardiol. 2011;64(12):1168.e1-e60

DM2. Epidemiologia

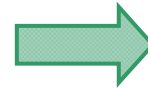
DM en el PCC



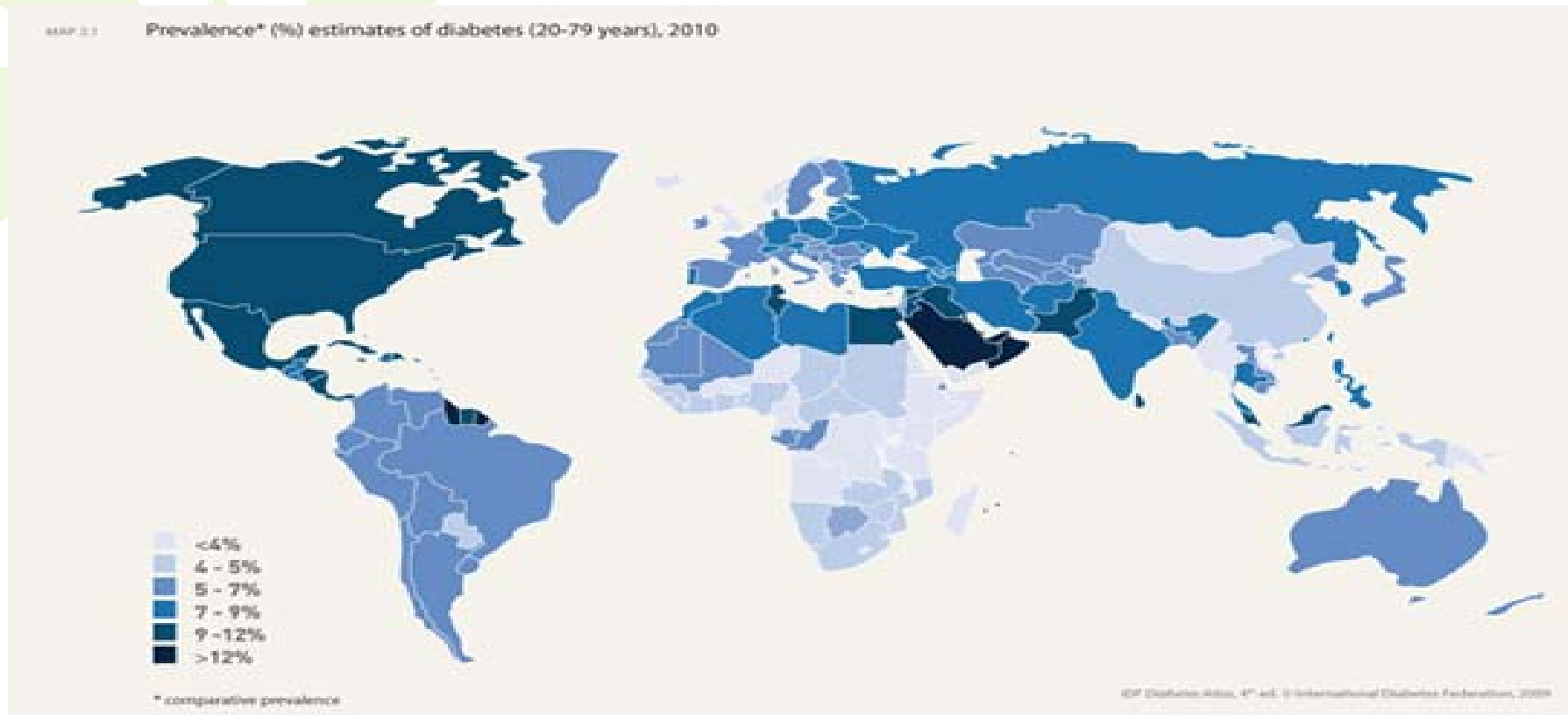
- La DM2 s'ha convertit en un dels problemes sanitaris més greus



246 milions de persones
afectades



380 milions de persones
afectades en l'any 2025



Pujol

Pujol

Hospital



SHORT COMMUNICATION

Prevalença global de DM2 12 %

Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study

F. Soriguer • A. Goday • A. Bosch-Comas • E. Bordiú • A. Calle-Pascual •
R. Carmena • R. Casamitjana • L. Castaño • C. Castell • M. Catalá • E. Delgado •
J. Franch • S. Gaztambide • J. Girbés • R. Gomis • G. Gutiérrez • A. López-Alba •
M. T. Martínez-Larrad • E. Menéndez • I. Mora-Peces • E. Ortega •
G. Pascual-Manich • G. Rojo-Martínez • M. Serrano-Rios • S. Valdés • J. A. Vázquez •
J. Vendrell



Guió

- PCC I DM2
 - Epidemiologia

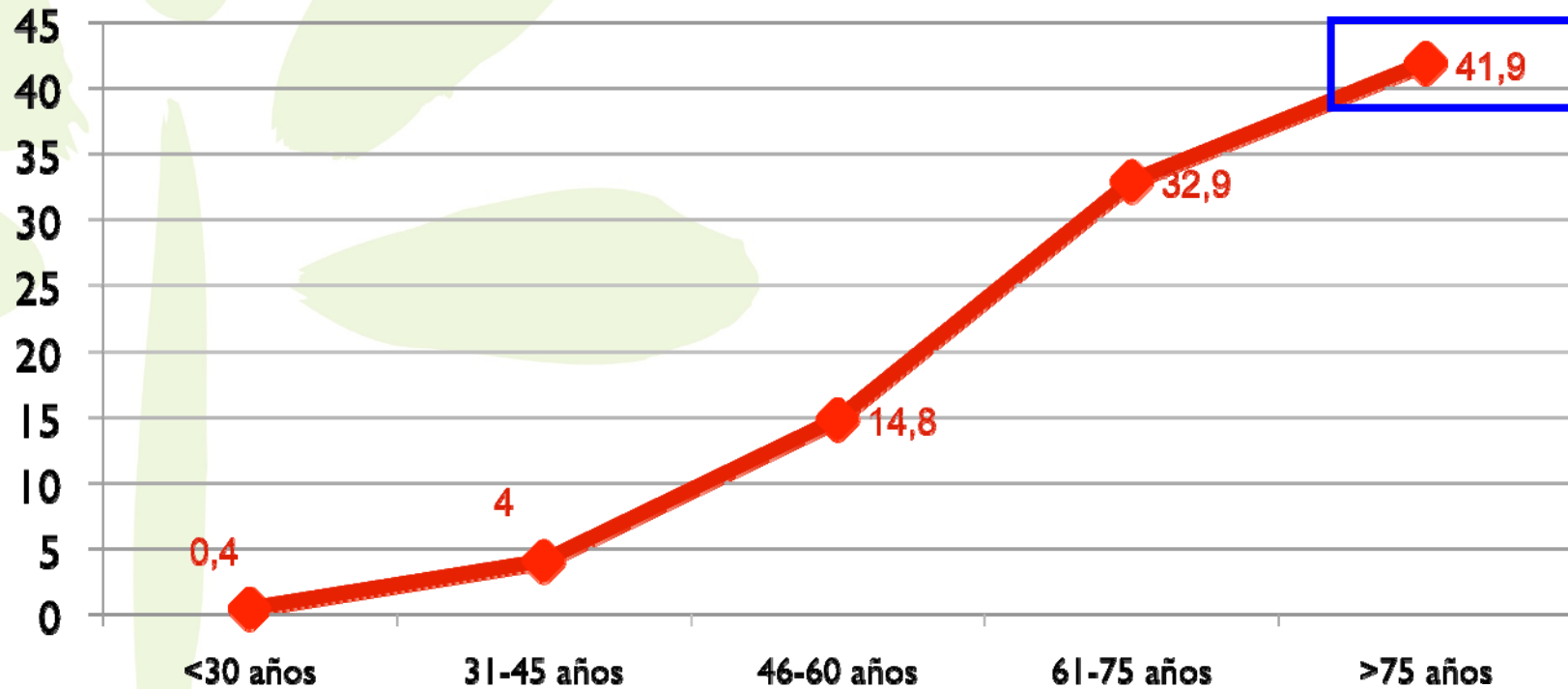




Ancians amb DM. Prevalença



Espanya



Estudi Di@betes





Guió

- PCC I DM2
 - Tractament
 - Objectius
 - Eines





Estudis en DM2

- Molts pocs estudis clínics inclouen persones de més de 65 anys
- Molts pocs estudis clínics fets específicament en persones grans i/o amb comorbiditats
- Es coneix molt poc del risc/benefici del tractament hipoglucemiant intensiu (optimitzat) en aquest tipus de població, en general i en la prevenció del risc cardiovascular
- “Aplicabilitat” de les guies de pràctica clínica i consensos ?



PCC

Conclusion: Patients with the high levels of comorbidity common in type 2 diabetes may receive diminished cardiovascular benefit from intensive blood glucose control. Comorbidity should be considered when tailoring glucose-lowering therapy in patients with type 2 diabetes.

A Cohort Study

Sheldon Greenfield, MD; John Billimek, PhD; Fabio Pellegrini, MS; Monica Franciosi, MSc; Giorgia De Berardis, MSc; Antonio Nicolucci, MD; and Sherrie H. Kaplan, PhD, MPH

Ann Intern Med. 2009;151:854-860.





DM. Objectius del tractament. 1

- Objectius generals

- ✦ Evitar les complicacions agudes
- ✦ Endarrerir/evitar les complicacions cròniques
- ✦ Millorar la qualitat de vida



- Objectius concrets

- ✦ “Apropar-se” a la normoglicèmia per ↓ el risc de complicacions vasculars (*DCCT, EDIC, UKPDS*)
- ✦ **A l’inici de la malaltia.** Si s’intenta més tard no s’aconsegueix la prevenció CV (*ADVANCE, VADT*) i fins i tot, pot augmentar la mortalitat (*ACCORD*)



DM. Objectius del tractament. 2

- Objectius concrets
 - ✦ Prevenir/tractar altres factors de risc per malaltia macrovascular
 - ✦ Sedentarisme
 - ✦ Tabaquisme
 - ✦ HTA (140/90-150/90 mm Hg)
 - ✦ Dislipèmia
 - ✦ Altres
- Evitar la inèrcia terapèutica



2011-2013





Tractament centrat en el pacient





POSITION STATEMENT

**Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes:
a patient-centered approach. Position statement
of the American Diabetes Association (ADA)
and the European Association for the Study
of Diabetes (EASD)**

S. E. Inzucchi • R. M. Bergenstal • J. B. Buse •
M. Diamant • E. Ferrannini • M. Nauck • A. L. Peters •
A. Tsapas • R. Wender • D. R. Matthews



Received: 24 February 2012 / Accepted: 24 February 2012

© Springer-Verlag 2012



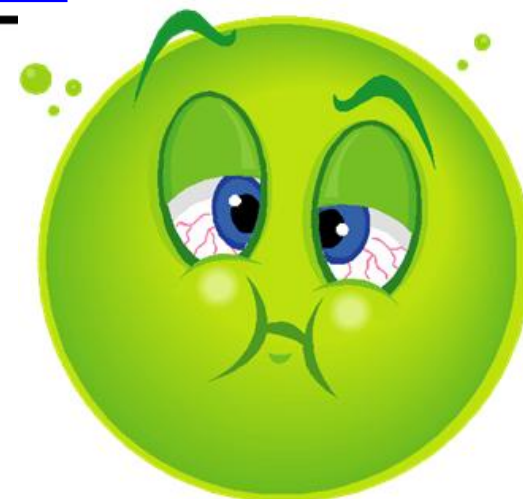
POSITION STATEMENT

Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: **A Patient-Centered Approach**

Position Statement of the **American Diabetes Association** (ADA) and the **European Association for the Study of Diabetes** (EASD)

SILVIO E. INZUCCHI, MD¹
RICHARD M. BERGENSTAL, MD²
JOHN B. BUSE, MD, PHD³
MICHAELA DIAMANT, MD, PHD⁴
ELE FERRANNINI, MD⁵

MICHAEL NAUCK, MD⁶
ANNE L. PETERS, MD⁷
APOSTOLOS TSAPAS, MD, PHD⁸
RICHARD WENDER, MD⁹
DAVID R. MATTHEWS, MD, DPHIL^{10,11,12}





ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Founded 1950

Diabetes Mellitus in Older People: Position Statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) and the International Task Force of Experts in Diabetes



Alan Sinclair MSc, MD, FRCP^{a,*,*}, John E. Morley MB, BCh^{b,*}, Leo Rodriguez-Mañás MD, PhD^{c,*}, Giuseppe Paolisso MD, PhD^{d,*}, Tony Bayer MB, FRCP^{e,**}, Andrej Zeyfang Dr Med, Dr Univ (Rome)^{f,**}, Isabelle Bourdel-Marchasson MD, PhD^{g,**}, Ulrich Vischer MD^{h,**}, Jean Woo MD, FRCP^{i,†}, Ian Chapman MBBS, PhD, FRACP^{j,†}, Trisha Dunning AM, RN, MEd, PhD^{k,†}, Graydon Meneilly MD, FRCPC, FACP^{l,†}, Joel Rodriguez-Saldana MD, PhD^{m,†}, Luis Miguel Gutierrez Robledo MD, PhD^{n,†}, Tali Cukierman-Yaffe MD, MSc^{o,†}, Roger Gadsby MD^{p,†}, Guntram Schernthaner MD^{q,†}, Kate Lorig RN, DrPH^{r,†}



CONSENSUS REPORT

care.diabetesjournals.org

DIABETES CARE

Diabetes Care Publish Ahead of Print, published online October 25, 2012

Diabetes in Older Adults





Reimpresión digital de *Med Clin (Barc)*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>

[Med Clin \(Barc\)](#). 2013 Feb 2;140(3):134.e1-134.e12. doi:
10.1016/j.medcli.2012.10.003. Epub 2012 Nov 28

Conferencia de consenso

Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano

*Ricardo Gómez Huelgas, Javier Díez-Espino, Francesc Formiga, Javier Lafita Tejedor,
Leocadio Rodríguez Mañas, Enrique González-Sarmiento, Edelmiro Menéndez
y Javier Sangrós, en nombre del Grupo de Trabajo para el Documento de Consenso
sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano*



Guió

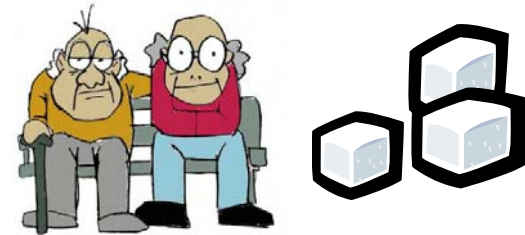
- PCC I DM2
 - Tractament
 - Objectius
 - Eines





Característiques del PCC (ancià) amb DM

- Heterogeneïtat
- Comorbiditats
- Politractament (interaccions medicamentoses)
- Síndromes psico - geriàtriques (deteriorament cognitiu, depressió, caigudes)
- Dependència i aïllament social
- Més risc d'hipoglucèmia i d'hipoglucèmia greu (deteriorament cognitiu)
- Risc elevat de mort a curt termini
- ...





Objectius del tractament del PCC (ancià) amb DM. Consideracions 1



- Visió integral del pacient - Tractar tots els factors de risc
- Evitar l'aparició i progressió de la discapacitat
- Evitar descompensacions agudes
- Evitar els efectes secundaris dels tractaments
- Millorar la qualitat de vida





Objectius del tractament del PCC (ancià) amb DM. Consideracions 2

- En pacients fràgils amb moltes comorbiditats, alt risc d'hipoglucèmia i/o esperança de vida inferior a 5 anys, s'han de tenir objectius de glucèmia menys estrictes - HbA_{1c} 7,6-8,5%

individualitzar



ABCs of CVD Risk Factor Management in Patients With T2DM

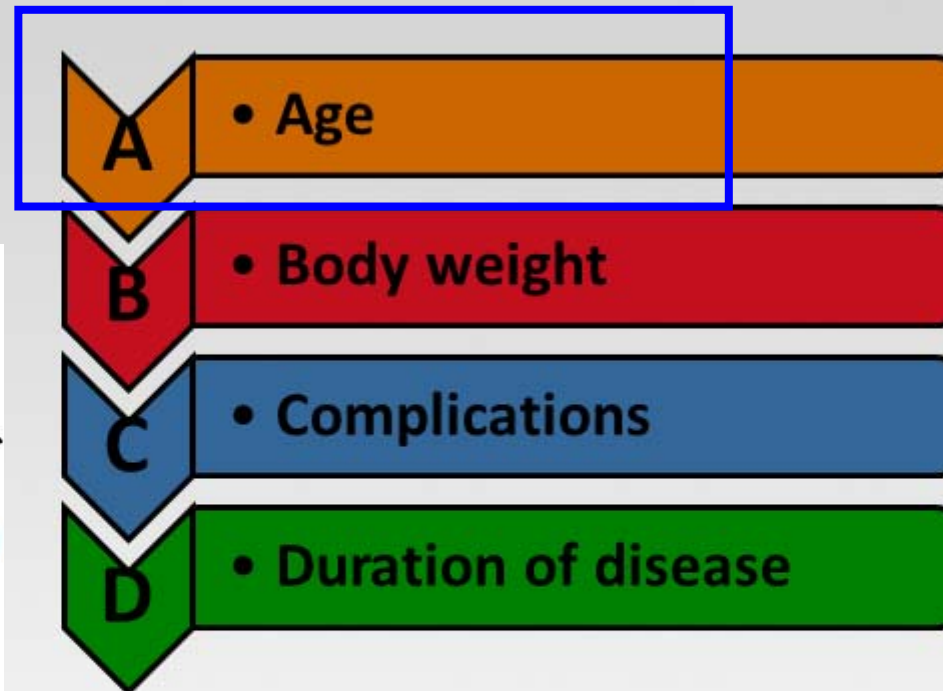
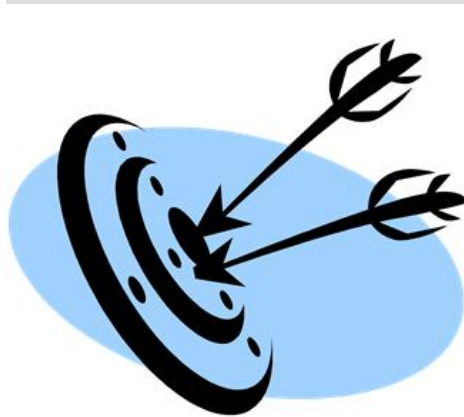
		Target Treatment Goal
A	<ul style="list-style-type: none">• A1C (HbA1c)	<ul style="list-style-type: none">• < 7.0% for most
B	<ul style="list-style-type: none">• BP	<ul style="list-style-type: none">• < 140/80 mm Hg
C	<ul style="list-style-type: none">• Cholesterol	<ul style="list-style-type: none">• LDL-C < 100 mg/dL (< 70 mg/dL for patients with diabetes and CAD)• HDL-C > 40 mg/dL in men; > 50 mg/dL in women• Triglycerides < 150 mg/dL



CAD = coronary artery disease; HDL-C = high-density lipoprotein-cholesterol; LDL-C = low-density lipoprotein-cholesterol



ABCs of Individualization in Patients With T2DM: Factors to Consider When Selecting a Glycemic Target



- **HbA1c < 7.0% for most; individualization is key**
 - Tighter targets (6.0%-6.5%) for younger, healthier patients
 - Looser targets (7.5%-8.0%) for older patients, those with comorbidities, and those prone to hypoglycemia



Table 1—A framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes



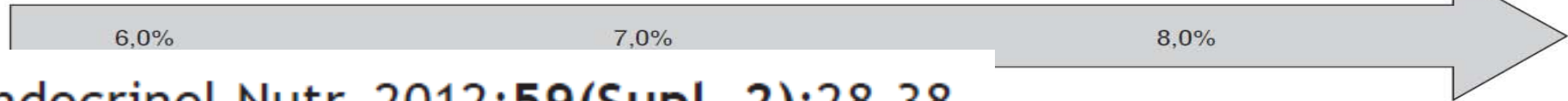
Patient characteristics/ health status	Rationale	Reasonable A1C goal (A lower goal may be set for an individual if achievable without recurrent or severe hypoglycemia or undue treatment burden)	Fasting or preprandial glucose (mg/dL)	Bedtime glucose (mg/dL)	Blood pressure (mmHg)	Lipids
Healthy (Few coexisting chronic illnesses, intact cognitive and functional status)	Longer remaining life expectancy	<7.5%	90–130	90–150	<140/80	Statin unless contraindicated or not tolerated
Complex/intermediate (Multiple coexisting chronic illnesses* or 2+ instrumental ADL impairments or mild to moderate cognitive impairment)	Intermediate remaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	<8.0%	90–150	100–180	<140/80	Statin unless contraindicated or not tolerated
Very complex/poor health (Long-term care or end-stage chronic illnesses** or moderate to severe cognitive impairment or 2+ ADL dependencies)	Limited remaining life expectancy makes benefit uncertain	<8.5%†	100–180	110–200	<150/90	Consider likelihood of benefit with statin (secondary prevention moreso than primary)

DM en el PCC

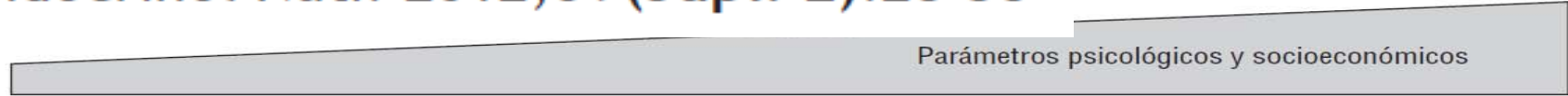
El más intensivo

Menos intensivo

El menos intensivo



Endocrinol Nutr. 2012;59(Supl. 2):28-38



Alta motivación, cumplidor con conocimientos y excelentes aptitudes para el autocontrol y apoyo familiar

Baja motivación, incumplidor, limitada conciencia de la enfermedad, falta de aptitud para el autocontrol y escaso apoyo familiar

S. Artola Menéndez

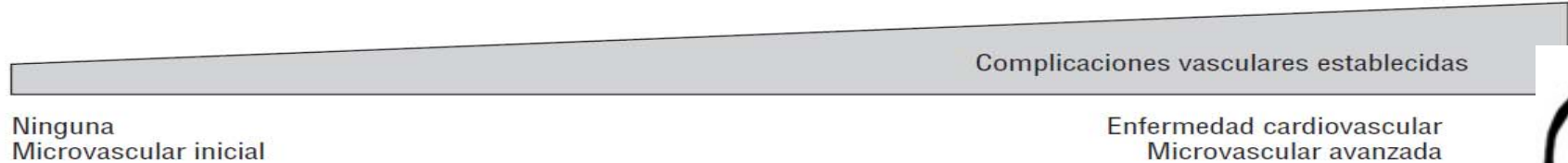
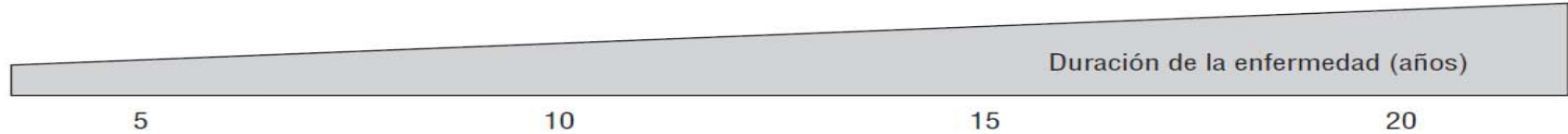
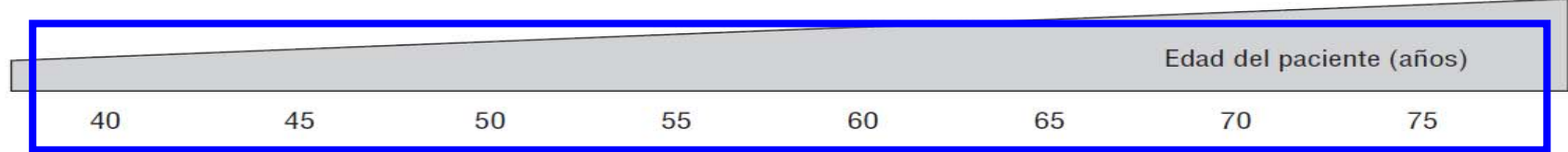
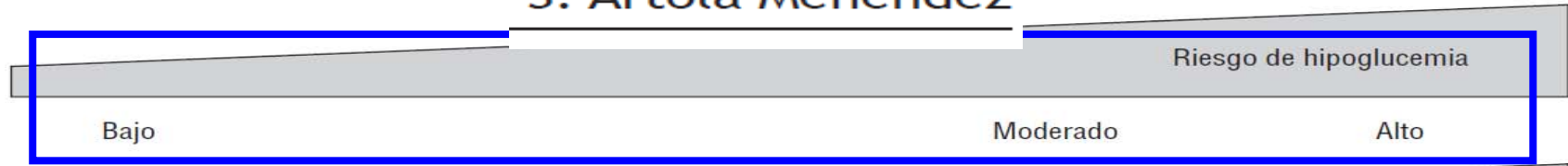


Figura 2 Aproximación al manejo de la hiperglucemia.





Tabla 2. Objetivos de HbA_{1c} según las características clínicas del paciente.

Edad		Duración DM	Macrovasculares		Microvasculares	Objetivo HbA _{1c}
< 45	y	Cualquiera	No	y	No o precoz	< 6,5%
			Sí	y/o	Avanzada	~7%
45-65	y	Corta	No	y	No o precoz	6,5-7%
		Larga	No	y	No o precoz	~7%
		Cualquiera	Establecida	y/o	Avanzada	7-8%
> 65	y	Corta	No	y	No o precoz	~7%
		Larga	No	y	No o precoz	7-8%
		Cualquiera	Establecida	y/o	Avanzada	~8%
> 75 o enfermo cualquier edad	y	Cualquiera	Cualquiera	y/o	Cualquiera	~8%

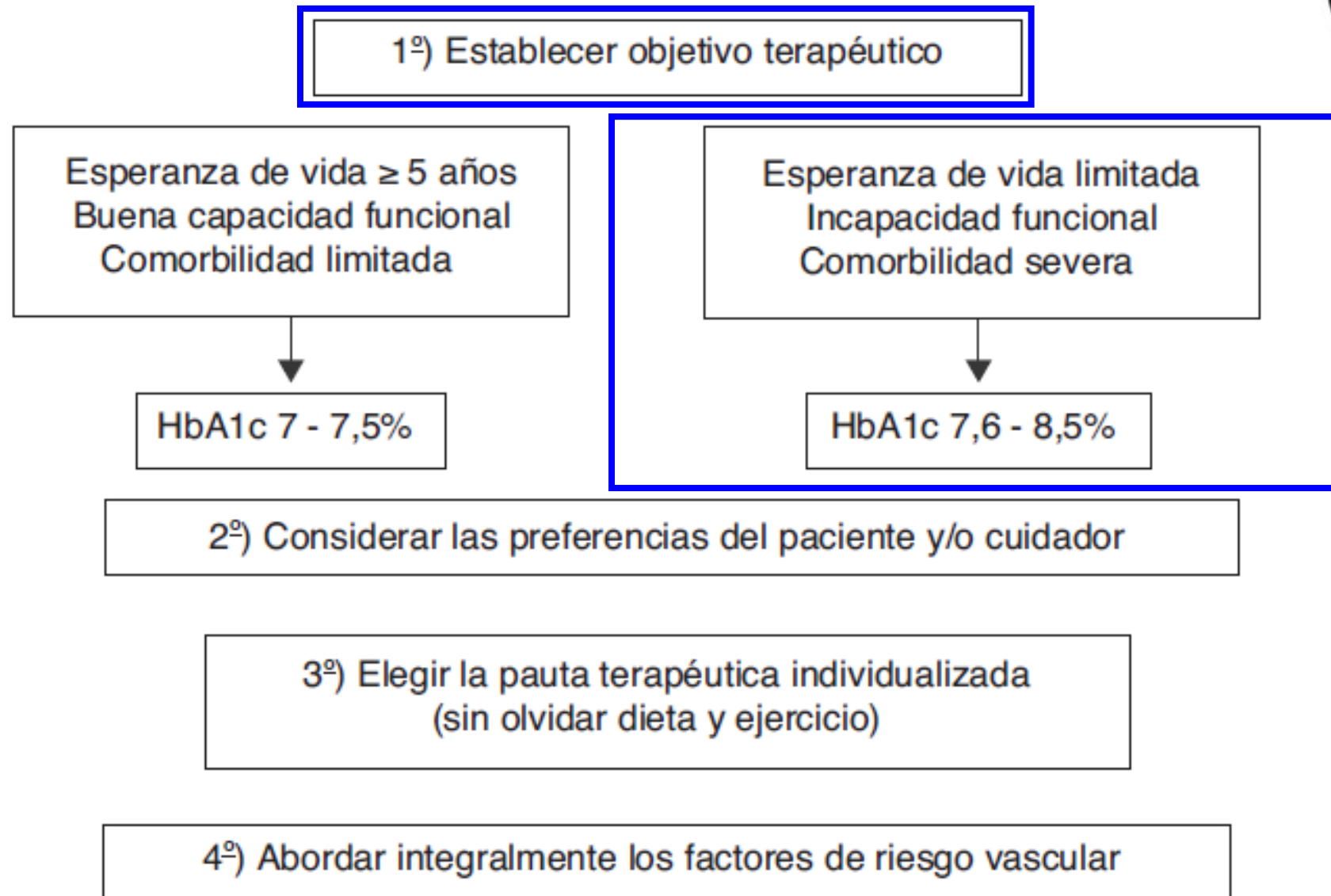
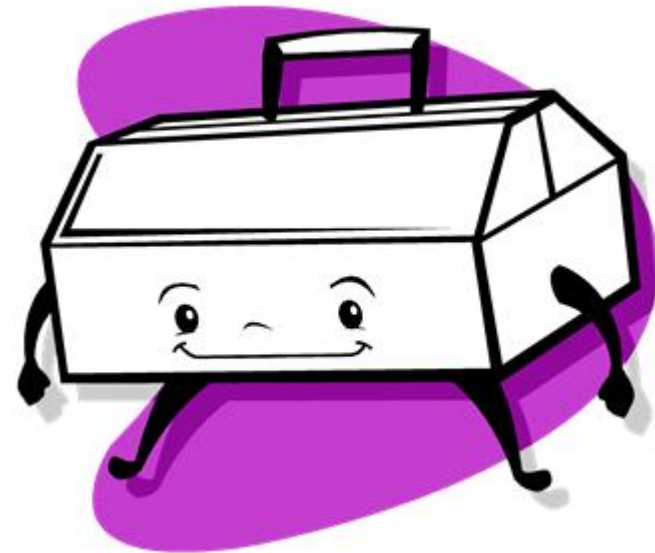


Figura 1. Tratamiento del paciente anciano con diabetes tipo 2.



Guió

- PCC I DM2
 - Tractament
 - Objectius
 - Eines



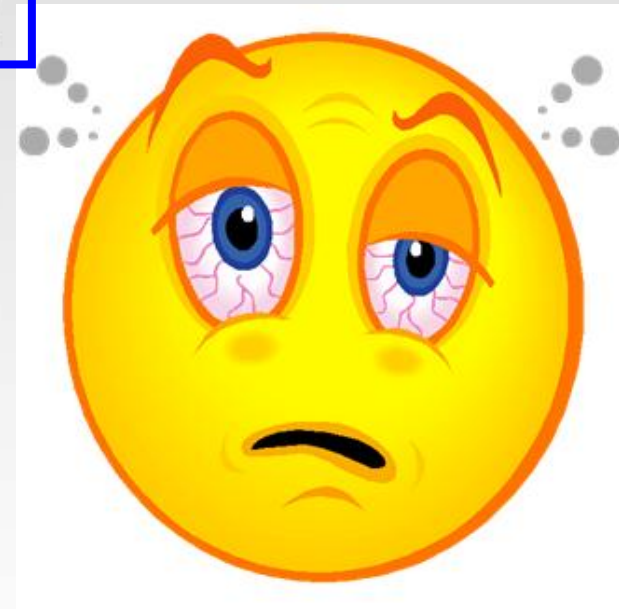
Hyperglycemia Management in Older Patients With T2DM

How to achieve target HbA1c?

- Many different therapeutic options available
- Important to avoid hypoglycemia



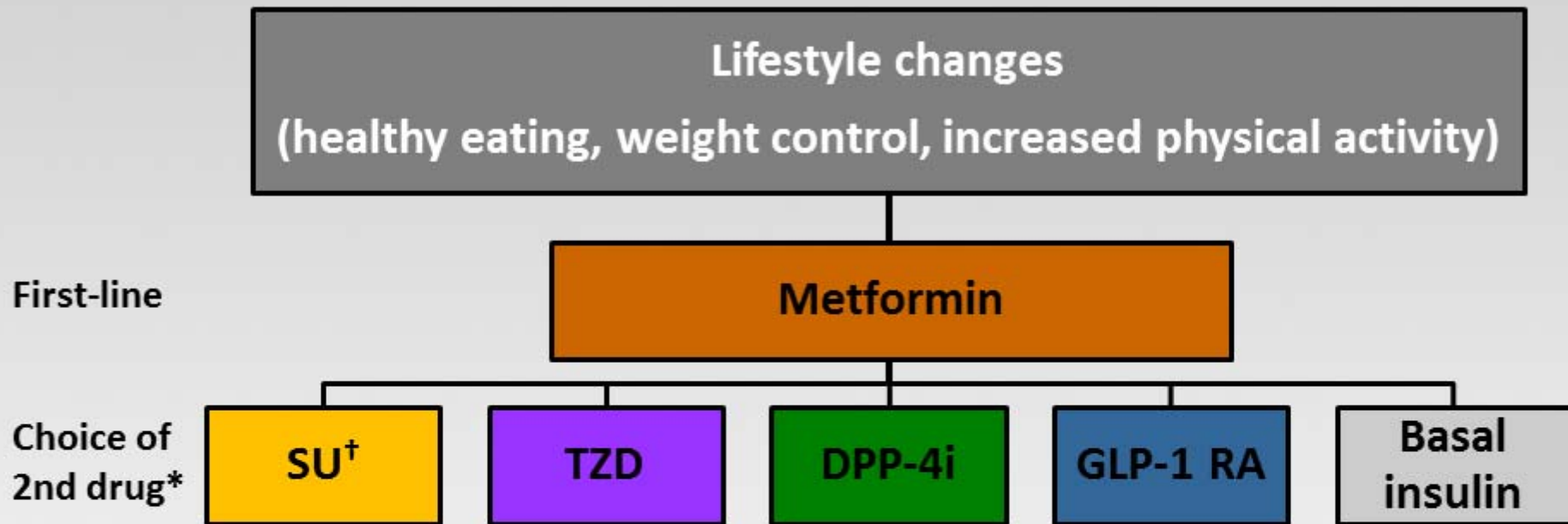
DM en el PCC



Munshi MN, et al. *Curr Diab Rep.* 2012;12(3):239-245.
Sue Kirkman M, et al. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2342-2356.



Choice of Antihyperglycemic Therapy



Appropriate class selection is based on *specific patient requirements*.

*If needed to reach individualized HbA1c target after ~3 months, proceed to 3-drug combination (order not meant to denote any specific preference); †Consider glinides as alternative

DPP-4i = dipeptidyl peptidase-4 inhibitor; GLP-1 RA = glucagon-like peptide-1 receptor agonist; SU = sulfonylurea; TZD = thiazolidinedione



Hypoglycemia Is a Major Challenge in the Treatment of T2DM in the Elderly

Patient Risk Factors

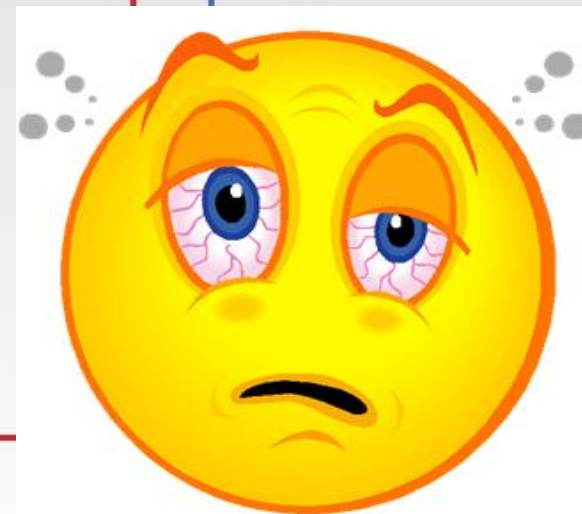
- Advanced age
- Recent hospitalization
- Intercurrent illness
- Chronic liver, renal, or CV disease
- Endocrine deficiency (thyroid, adrenal, pituitary)
- Loss of normal counterregulation
- Hypoglycemic unawareness

Lifestyle Risk Factors

- Poor nutrition or fasting
- Prolonged physical exercise
- Alcohol (ethanol)

Drug Risk Factors

- Use of SU and/or insulin
- Drug interactions with SUs



CV = cardiovascular

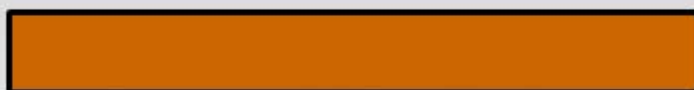
DM en el PCC

Chelliah A, et al. *Drugs Aging*. 2004;21(8):511-530.
Alagiakrishnan K, et al. *Postgrad Med*. 2010;122(3):129-137.



Risk for Hypoglycemia Associated With Different Antihyperglycemic Agents

High Risk



- Insulin therapy
- SUs
- Glinides (less than SUs)
- Drug-drug interaction can potentiate hypoglycemia

Low Risk



- Metformin
- AGIs
- TZDs
- GLP-1 RAs
- DPP-4is



AGI = alpha-glucosidase inhibitor



Most Antihyperglycemic Agents Are Associated With Limitations If Renal Dysfunction Exists

Metformin	DPP-4i*	GLP-1 RA	SU	Glinide	TZD	AGI	Insulin
Risk or indication with reduced renal function							
Severe risk for lactic acidosis	Reduce dose	Potential for altered renal function	Increased risk for hypoglycemia	Increased risk for hypoglycemia with nateglinide	Risk for: fluid retention, heart failure, weight gain, and bone fractures	Contra-indication in severe RI; modest glucose lowering and GI side effects	Increased risk for hypoglycemia
Contra-indicated when SCr ≥ 1.4 in women and ≥ 1.5 in men	Renal monitoring	Use with caution; do not use exenatide/liraglutide in severe RI or ESRD	Dose adjustment				Change in pharmacodynamics of insulin
			Renal monitoring				Dose adjustment

*Currently marketed DPP-4 inhibitors excluding linagliptin

ESRD = end-stage renal disease; GI = gastrointestinal; RI = renal insufficiency;
SCr = serum creatinine

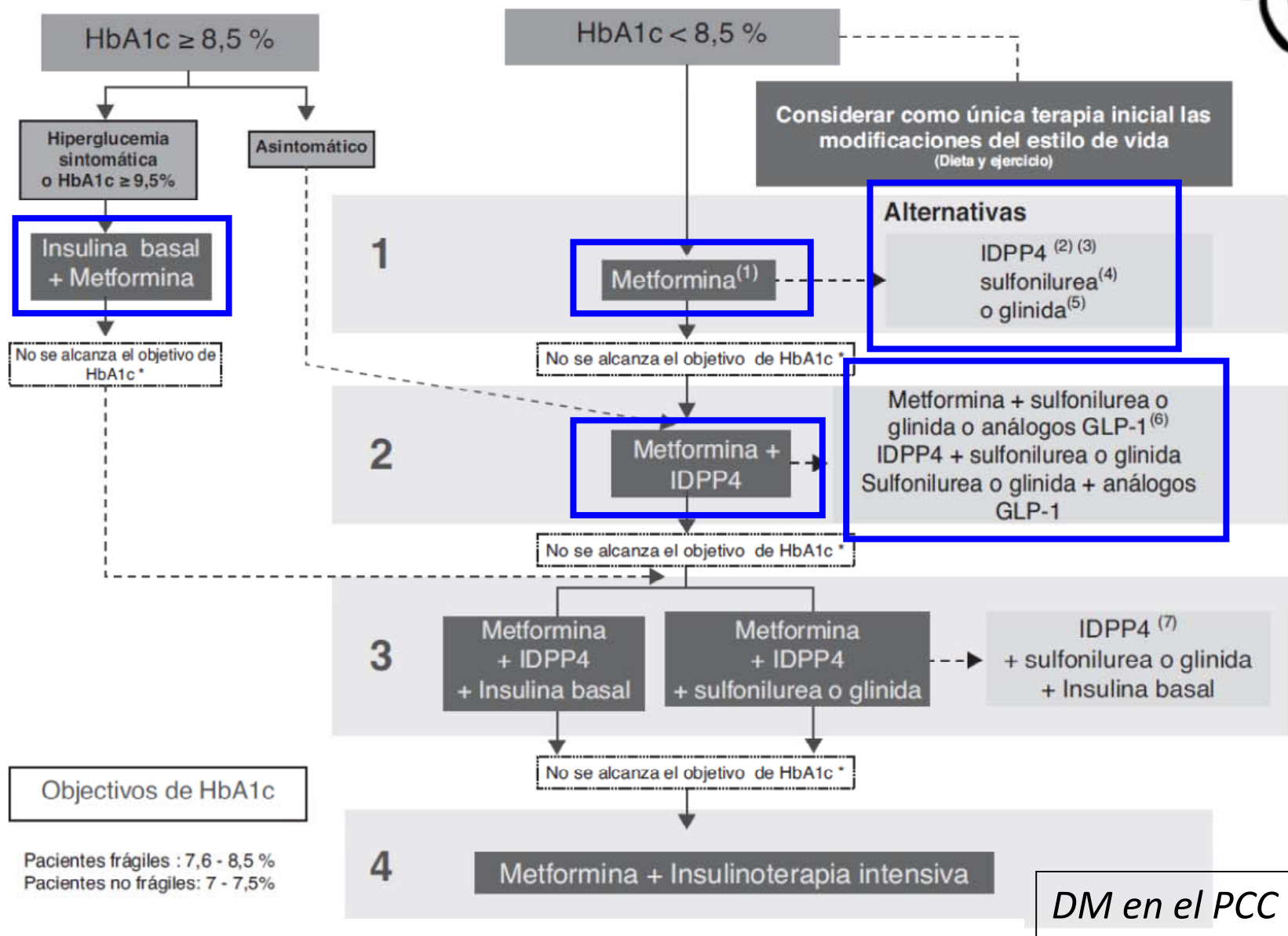




Modificaciones del estilo de vida (Dieta y ejercicio)

Modificaciones del estilo de vida (Dieta y ejercicio)



Modificaciones del estilo de vida (Dieta y ejercicio)






[Med Clin \(Barc\).](#) 2013 Feb 2;140(3):134.e1-134.e12. doi: 10.1016/j.medcli.2012.10.003. Epub 2012 Nov 28



Tabla 3 Características de los fármacos antidiabéticos

	Riesgo de hipoglucemia	Otras ventajas	Otras desventajas	Contraindicaciones
Metformina  Galega officinalis	No	<ul style="list-style-type: none"> – No aumento de peso – Mejora perfil lipídico y otros marcadores de riesgo cardiovascular – Disminución de la mortalidad y las complicaciones macrovasculares en pacientes obesos – Posible efecto protector en el desarrollo de cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> – Efectos adversos digestivos (titular dosis) – Acidosis láctica (muy rara) – Interfiere con la absorción de Vitamina B₁₂ 	<ul style="list-style-type: none"> – FG < 30ml/m – Insuficiencia cardíaca severa – Insuficiencia hepática – Insuficiencia respiratoria – Alcoholismo <p>Control FR</p>
Sulfonilureas  – Glimpirida		<ul style="list-style-type: none"> – Disminución de las complicaciones microvasculares 	<ul style="list-style-type: none"> – Ganancia de peso 	<ul style="list-style-type: none"> – FG < 60 ml/min (gliclacida, glimepirida permitidos con FG 30-60 ml/min) – Insuficiencia hepática severa – Alergia a sulfamidas
Glinidas	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> – No contraindicadas en insuficiencia renal – Reduce la glucemia posprandial 	<ul style="list-style-type: none"> – Ganancia de peso 	<ul style="list-style-type: none"> – Insuficiencia hepática severa

<p>Glitazonas Pioglitazona</p>	<p>No</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No contraindicadas en insuficiencia renal moderada - Pioglitazona mejora el perfil lipídico y otros marcadores de riesgo cardiovascular 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de peso - Edemas - Incremento incidencia de insuficiencia cardíaca - Aumento de fracturas de extremidades en mujeres - Necesitan de 6-12 semanas para valorar máximo efecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia cardíaca <div data-bbox="1747 167 2072 263" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><i>DM en el PCC</i></p> </div> 
<p>Inhibidores de α-glucosidasas</p>	<p>No</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No aumento de peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos adversos gastrointestinales - Baja eficacia si dieta pobre en hidratos de carbono 	<ul style="list-style-type: none"> - Miglitol <ul style="list-style-type: none"> • FG < 60 ml/min - Acarbosa <ul style="list-style-type: none"> • FG < 30ml/min - Insuficiencia hepática severa - Enfermedad intestinal crónica
<p>Inhibidores DPP4 Vildagliptina Sitagliptina Saxagliptina Linagliptina</p>	<p>No</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - No aumento de peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de las infecciones de vías respiratorias altas - Se han notificado casos de pancreatitis aguda - Beneficios y seguridad a largo plazo desconocidos 	
<p>Agonistas de GLP1 Exenatida Liraglutida Exenatida Lar Lixisenatida</p>	<p>No</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de peso - Potencial efecto protector de la célula beta - Disminución de la presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Administración subcutánea - Efectos adversos digestivos (náuseas, vómitos, diarrea) - Se han notificado casos de pancreatitis aguda - Beneficios y seguridad a largo plazo desconocidos 	<ul style="list-style-type: none"> - FG < 30 ml/min - Enfermedad gastrointestinal grave <div data-bbox="1668 1324 2027 1508" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Muy poca experiencia en ancianos</p> </div>



Insulinització

Segons objectius

En qualsevol moment evolutiu

Insulina intermedia o anàleg de lenta a l'anar a dormir i/o al matí (0,2 U/kg)



Afegir una “prebarrejada” abans d'esmorzar o dinar o sopar (basal-plus)



Afegir ràpida/anàleg de ràpida abans d'esmorzar i/o dinar i/o sopar (basal-bolus)



Passar a una, dues o tres dosis de “prebarrejades”

individualitzar

Anàlegs menys risc d'hipoglucèmia que la insulina humana



iDPP4 - Funció renal – Funció hepàtica

iDPP4	IR lleu	IR moderada	IR greu	IR terminal	IH lleu - moderada	IH greu
sitagl	x	1/2	1/4	1/4	x	?
vildagl*	x	1/2	1/2	1/2	no	no
saxagl**	x	1/2	1/2	no	+/-	no
linagl	x	x	x	x	x	?

Ús aprovat segons fitxa tècnica, gener 2013

* Eficàcia i seguretat en > 75 anys

** SAVOR - ↑ risc d'hospitalització per IC



¿?!





Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2): de la glucosuria renal familiar al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

G. Pérez López, O. González Albarrán, M. Cano Megías

Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Nefrología 2010;30(6):618-25



Dapaglifozina

- Dapaglifozina (Forxiga®) és un inhibidor selectiu i reversible del cotransportador 2 de sodi-glucosa (SGLT2)
- Actua independentment de la insulina
- Augmenta l'excreció de glucosa – glucosúria
- Disminueix la glucèmia
- Administració oral 1 cop/dia
- Infeccions genitals i urinàries
- No experiència en PCC/ancià







CLINICAL INVESTIGATIONS

Age, Renal Dysfunction, Cardiovascular Disease, and Antihyperglycemic Treatment in Type 2 Diabetes Mellitus: Findings from the Renal Insufficiency and Cardiovascular Events Italian Multicenter Study

*Anna Solini, MD, PhD,^a Giuseppe Penno, MD,^b Enzo Bonora, MD,^c Cecilia Fondelli, MD,^d Emanuela Orsi, MD,^e Roberto Trevisan, MD, PhD,^f Monica Vedovato, MD, PhD,^g Franco Cavalot, MD,^h Mauro Cignarelli, MD,ⁱ Susanna Morano, MD,^j Ele Ferrannini, MD,^a and Giuseppe Pugliese, MD, PhD,^k for the Renal Insufficiency and Cardiovascular Events Study Group**

J Am Geriatr Soc

61:1253–1261, 2013.



- 15.773 patients (19 centres, 2007-2008)
 - ≤ 59 anys – 3995 (25 %)
 - 60-66 anys – 3767 (24 %)
 - 67-73 anys – 4151 (26 %)
 - ≥ 74 anys – 3860 (25 %)
- Funció renal – 1,2,3,4 (eGFR ≥ 90 ; 60-89; 30-59; ≤ 30 mL/min x 1,73 m²)
- Tractament
 - Dieta i exercici
 - Metformina
 - SFN
 - Repaglinida
 - Acarbosa
 - Glitazones
 - Insulina



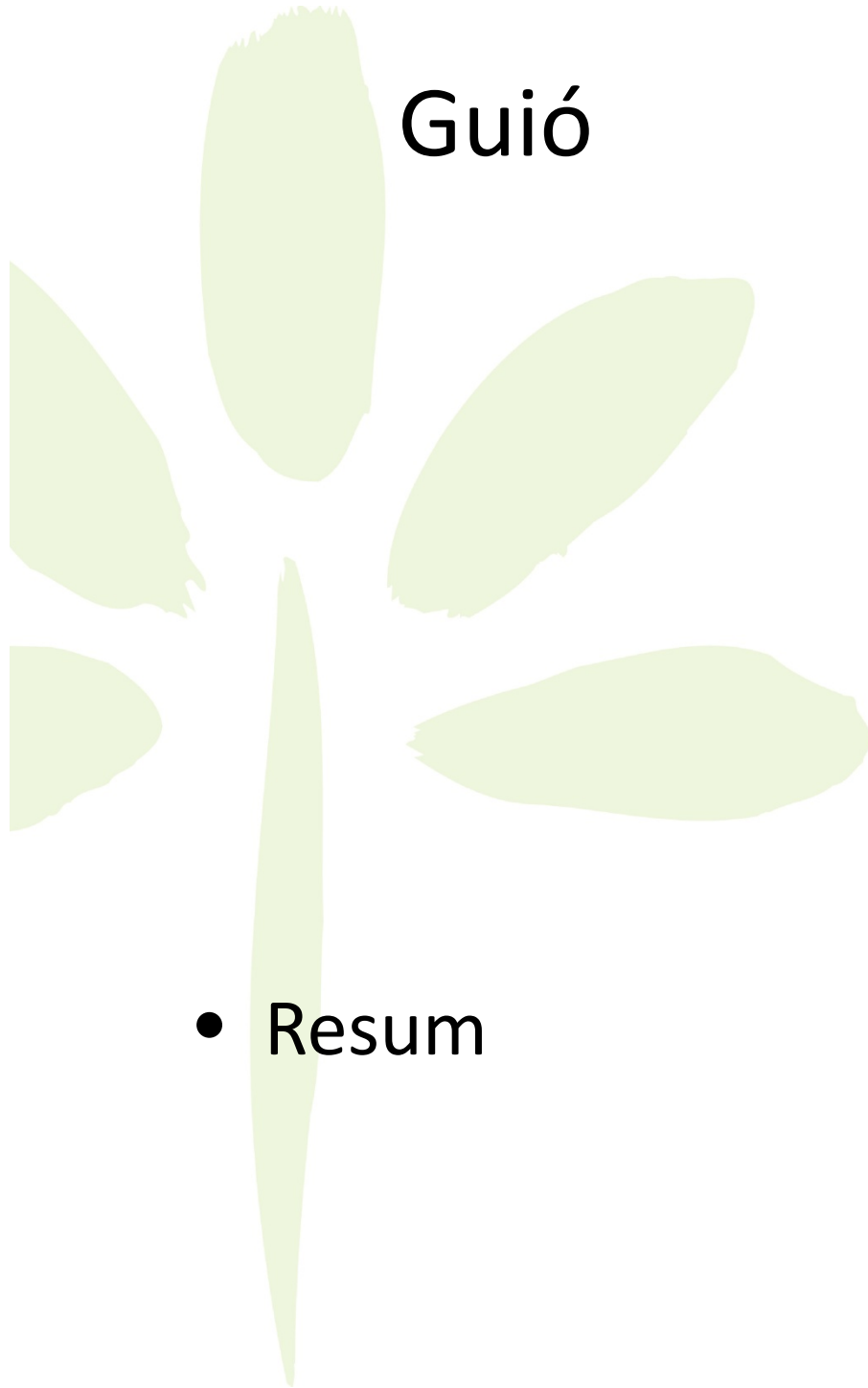


- A més edat, més antidiabètics orals
- eGFR 3
 - 53,8 % metformina, SFN o les dues
 - 41,4 % metformina
 - 34,2 % SFN
- eGFR 4
 - 24,4 % metformina, SFN o les dues
 - 14,5 % metformina
 - 18,1 % SFN
 - 16,4 % repaglinida
- Metformina s'associà de forma independent a menys prevalença de MCV per a qualsevol edat i eGFR





Guió



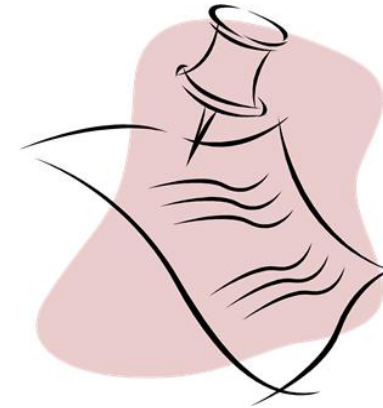
- Resum



Resum 1

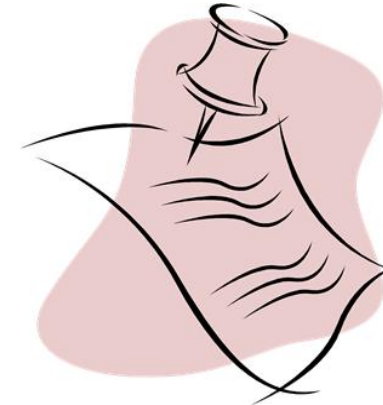
- Envelliment de la població
- Augment del número de PCC
- Augment del número de PCC amb DM
- Heterogeneïtat però en comú polimediació, més risc d'hipoglucèmia i esperança de vida més curta
- Hi ha poques evidències
- Tractament centrat en el pacient
- Dieta, exercici i educació
- Tractar tots els factors de RCV, en especial la HTA

DM en el PCC

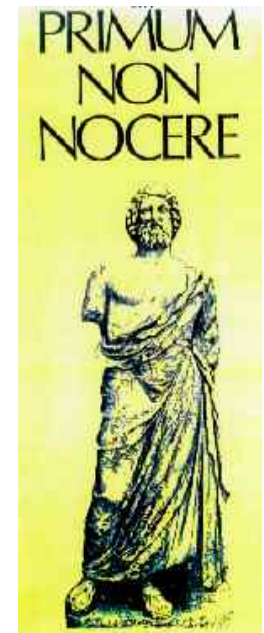


Resum 2

DM en el PCC



- Fixar objectius individuals
- El millor control possible, però...
- Evitar els efectes secundaris
- Evitar la inèrcia terapèutica
- Indicar fàrmacs també individualitzant
 - Metformina primer fàrmac, en general
 - Segon fàrmac? iDPP4
- Insulina en qualsevol moment que sigui necessari, com únic tractament o associat





moltes gràcies



SAVOR-TIMI 53: International, Multi-Center, Phase 4 Study

**Randomized
(N = 16,492)
ITT analysis population**

Efficacy endpoint	Saxagliptin n (%)* (N = 8280)	Placebo n (%)* (N = 8212)	HR (95% CI)	P value
CV death	269 (3.2)	260 (2.9)	1.03 (0.87–1.22)	0.72
MI	265 (3.2)	278 (3.4)	0.95 (0.80–1.12)	0.52
Ischemic stroke	157 (1.9)	141 (1.7)	1.11 (0.88–1.39)	0.38
Hosp for UA	97 (1.2)	81 (1.0)	1.19 (0.89–1.60)	0.24
Hosp for HF	289 (3.5)	228 (2.8)	1.27 (1.07–1.51)	0.007
Hosp for coronary revasc.	423 (5.2)	459 (5.6)	0.91 (0.80–1.04)	0.18
	Age ≥75 yrs - n (%)	1169 (14.1)	1161 (14.1)	

Hosp, hospitalization; revasc., revascularization
 *K-M event rates are presented after 2 years.
 Scirica BM, et al. *N Engl J Med.* 2013.10.1056/NEJMoa1307684.