

Chuleta: Diabetes: ADA 2019

Libreta: borjaranz's libreta
Creado: 01/01/2019 13:35
Etiquetas: MEDICINA
URLOrigen: <https://mischuletasmedicas.com/2018/12/31/chuleta-diabetes-ada-2019/>

Chuleta: Diabetes: ADA 2019

En la última actualización de la ADA (American Diabetes Association), los cambios más significativos son los siguientes:

ADA 2019: Metformina

La **Metformina** debe iniciarse en el momento en que se diagnostica la diabetes tipo 2 a menos que haya contraindicaciones.

Puede usarse de manera segura en pacientes con tasas de filtración glomerular estimadas reducidas : la FDA ha revisado la etiqueta de Metformina para reflejar su seguridad en pacientes con FGR ≥ 30 ml/min.

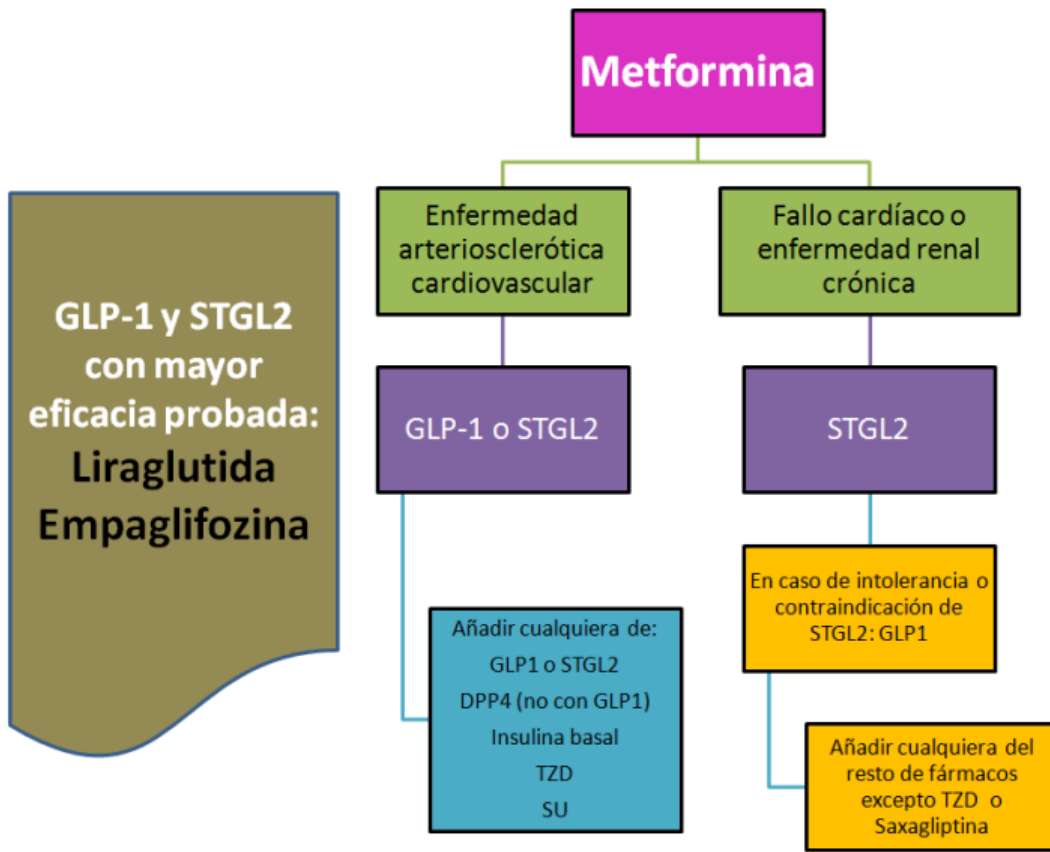
El uso de Metformina está asociado con la **deficiencia de vitamina B12** y el empeoramiento de los síntomas de la neuropatía.

ADA 2019: Tratamiento inyectable

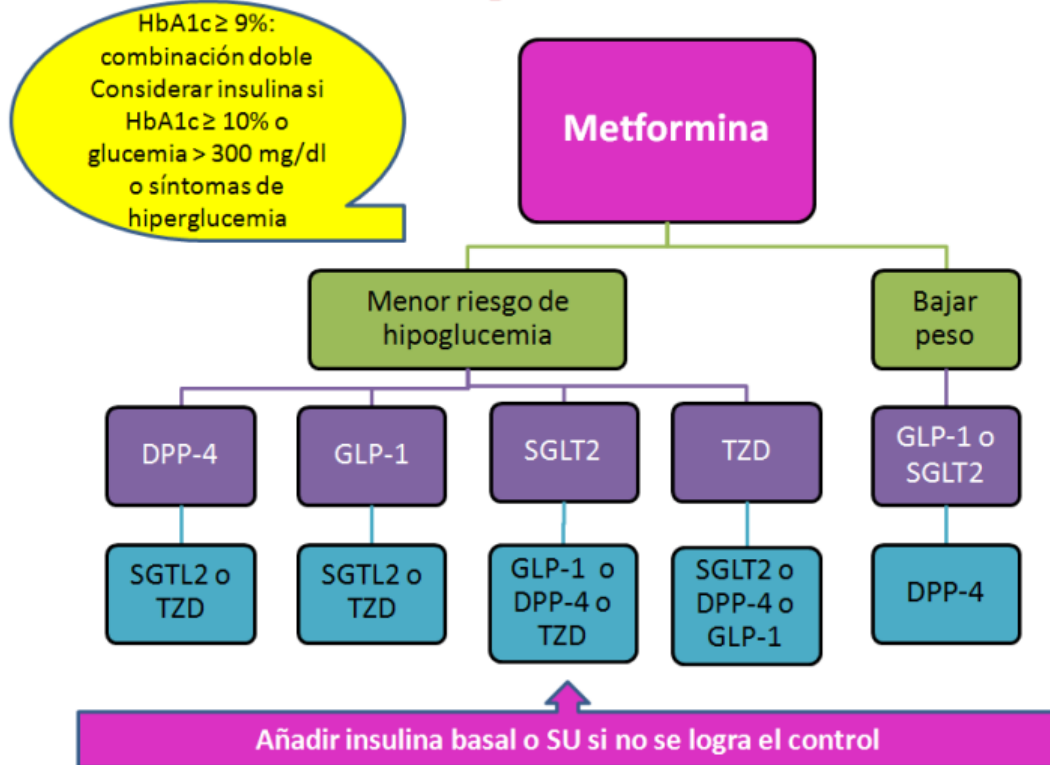
Para la mayoría de los pacientes que necesitan la mayor eficacia de un medicamento inyectable, **un agonista del receptor del péptido 1 similar al glucagon** debería ser la primera opción, antes de la insulina

En cuanto al tratamiento, la principal diferencia radica en diferenciar dos grupos de pacientes: con y sin enfermedad arteriosclerótica cardiovascular o renal. Y destacar dos principios activos con mayor eficacia en disminuir el riesgo cardiovascular: Liraglutida y Empaglifozina.

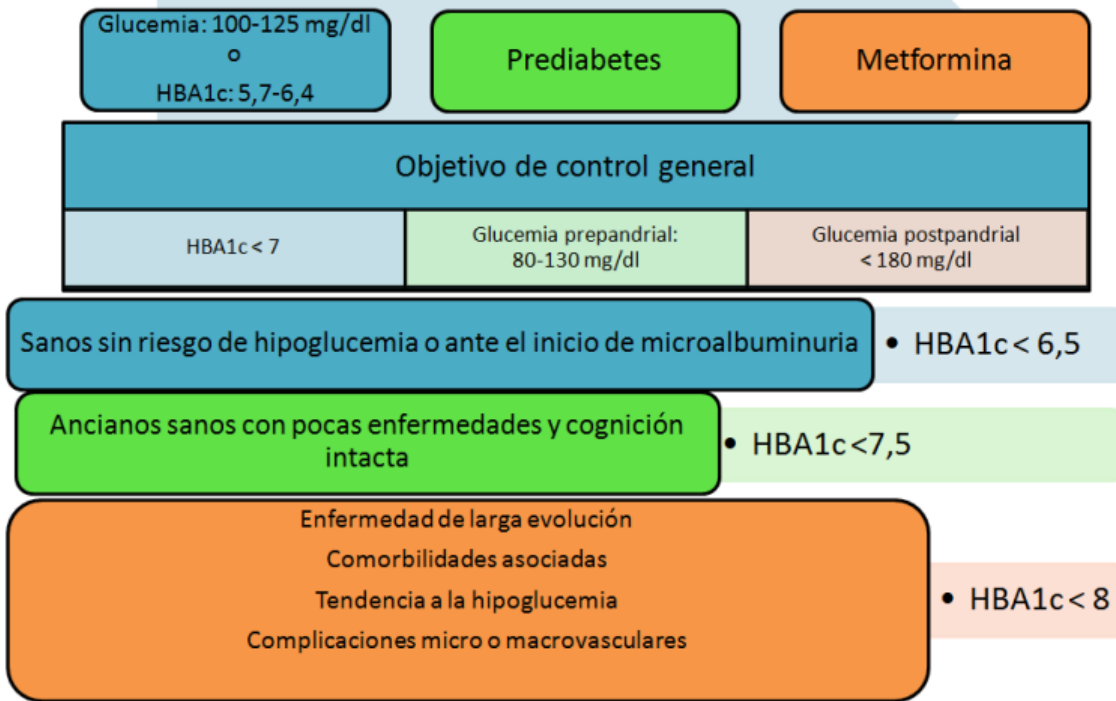
Aquí van los algoritmos:



Diabetes sin riesgo cardiovascular alto



Objetivo de control Diabetes-2



Tratamiento de los FACTORES DE RIESGO en la DIABETES

TA	LIPIDOS	ANTIAGREGACIÓN	DM + microalbuminuria
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: 140/90 Alto RCV: 130/80 Microalbuminuria: 130/80 TA ≥ 160/100: 2 fármacos juntos en el mismo comprimido 	<ul style="list-style-type: none"> NO ECV documentada: estatina de moderada intensidad (↓ LDL-C : 30-50%: Atorvastatina: 10-20 mg Rosuvastatina: 5-10 mg) ECV documentada o alto RCV: estatina de alta intensidad (↓ LDL-C ≥ 50%: Atorvastatina: 40-80 mg Rosuvastatina: 20-40 mg) Ante ECV previa y LDL-C ≥ 70 con dosis máxima de estatina: añadir ezetimiba 	<ul style="list-style-type: none"> AAS: 75-162 mg En prevención primaria, en > 50 años+ 1 FRCV: 1. AF de ECV prematura 2. HTA 3. Tabaquismo 4. Dislipemia 5. Albuminuria y que no tengan mayor riesgo de hemorragia 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo de control: 1. TA: 130/80 2. Hb A1c < 6,5 Añadir AAS en > 50 años Añadir IECA o ARA II si intolerancia.

La pauta de vacunación recomendada:

Diabetes-2: vacunación

Hepatitis B: 3 dosis

Antigripal: anual

Neumococo: entre 2 y 64 años: vacuna de polisacáridos 23 valente (PPSV23). En mayores de 65 años, independiente de la historia vacunal, valorar si es necesario introducir la PPSV23

Y para terminar, añado un cuadro recordatorio en relación al seguimiento en atención primaria del paciente con diabetes-2, que nunca deberíamos olvidar.

Controles mínimos en DM-2

A1C al menos dos veces al año en pacientes que cumplen los objetivos del tratamiento (y que tienen un control glucémico estable).

A1C trimestralmente en pacientes cuya terapia haya cambiado o que no cumplan con los objetivos glucémicos.

Cociente albúmina/creatinina en orina anual.

Examen completo inicial con dilatación por un oftalmólogo . Si la glucemia está bien controlada y no existe RD el examen oftalmológico puede ser **anual o bienal.**

Exploración de los pies: "test del monofilamento" anual.

Evaluación de la **enfermedad arterial periférica (EAP)** al inicio (clínicamente, claudicación, pulsos..) y realización del **índice tobillo/brazo** en aquellos pacientes con síntomas o signos de sospecha de EAP.

<http://www.redgdps.org/ada-2019-nuevo-posicionamiento-en-diabetes-ya-publicado/>

Anuncios