



# Consenso de Enfermedad Cardiovascular y Diabetes - 2019

## **Autoridades**

**Director (SAC):** Dr. Mariano Giorgi

**Director (SAD):** Dr. León Litwak

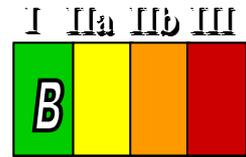
**ACN:** Dr. Ariel Kraselnik

# Capítulos

- 1- METODOLOGIA
- 2- EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO SANITARIO
- 3- DEFINICIONES
- 4- ESTRATIFICACION DE RIESGO
- 5- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA HIPERGLUCEMIA
- 6- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA HIPERGLUCEMIA
- 7- CONTROL DE FACTORES DE RIESGO
- 8- CARDIOPATIA ISQUEMICA
- 9- INSUFICIENCIA CARDIACA
- 10- ARTERIOPATIA PERIFERICA
- 11- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- 12- ARRITMIA y DIABETES
- 13- COMPLICACIONES MICROVASCULARES E IMPACTO CARDIOVASCULAR

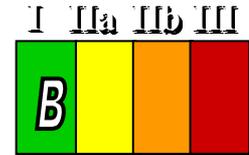
## Screening de diabetes

El screening de diabetes se efectuará en todo adulto mayor con sobrepeso u obesidad y factores de riesgo asociados o **ante la presencia de ECV,** utilizando glucosa plasmática en ayunas o PTOG.



## Diagnóstico de diabetes mellitus

El diagnóstico de diabetes, glucosa alterada en ayunas y tolerancia alterada a la glucosa se efectuará siguiendo los criterios diagnósticos establecidos por la SAD.



## Diagnóstico de diabetes mellitus

- Glucemia plasmática de ayunas **(GPA)  $\geq 126$  mg/dl** (posterior a un ayuno de 8 hs).
- Glucemia plasmática obtenida a las 2 horas de la ingestión de 75 g de glucosa anhidra disuelta en 375 cc de agua en el contexto de una prueba de tolerancia oral a la glucosa **(PTOG)  $\geq 200$  mg/dl.**
- Presencia de **síntomas** característicos de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) junto a una glucemia plasmática aislada (en cualquier momento del día y sin considerar la última ingesta)  **$\geq 200$  mg/dl.**

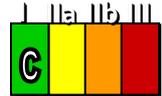
# Manejo de la presión arterial

El objetivo de tratamiento es **PA < 140/90 mmHg**

Los pacientes con PA > 140/90 mmHg se deberá adicionar a los cambios de estilo de vida **terapia farmacológica**

La **PA < 130/80** mmHg puede ser apropiada en **ciertos pacientes** con DM (jóvenes con albuminuria, HTA y o uno o más factores de riesgos CV, si es bien tolerado por el paciente)

La terapia farmacológica debe incluir **IECA o ARA II** pero no ambos fármacos combinados



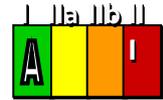
## Manejo de la hipercolesterolemia

	Objetivo C-LDL ideal	Objetivo de C-no HDL
<b>DM sin otros factores de riesgo CV o daño de órgano blanco</b>	<b>&lt; 100 mg/dL</b> o reducción del 50 %	< 130 mg/dL
<b>DM con factores de riesgo CV o daño de órgano blanco</b>	<b>&lt; 70 mg/dL</b> o reducción del 50 %	< 100 mg/dL
<b>DM + enfermedad cardiovascular</b>	<b>&lt; 70 mg/dL</b> o reducción del 50 %  Razonable < 55 mg/dl	< 100 mg/dL

Daño de órgano blanco (proteinuria, clearance de creatinina  $\ll$  30 ml/min, retinopatía, HVI o lesiones tróficas en miembros inferiores).

# Manejo de la hipercolesterolemia

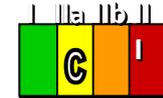
Se recomienda utilizar **estatinas** como drogas hipolipemiantes de primera línea, en los pacientes con diabetes para lograr el objetivo terapéutico de C-LDL.



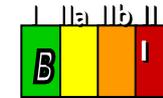
Debe agregarse **ezetimibe** como herramienta complementaria a las estatinas, en caso de no alcanzarse el objetivo terapéutico en pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular establecida.



El agregado de **ezetimibe** asociado a las estatinas, podría ser beneficioso para alcanzar el objetivo terapéutico en pacientes diabéticos en prevención primaria.

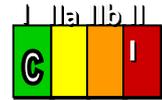


En los pacientes con DM con enfermedad cardiovascular establecida debe considerarse el agregado de un **iPCSK9** cuando no se ha logrado el objetivo terapéutico, con la máxima dosis tolerada de estatina y el agregado de ezetimibe, especialmente cuando los niveles de **cLDL son > 100 mg/dL**.

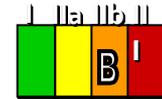


# Manejo de la hipertrigliceridemia

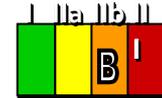
Se recomienda el uso de fibratos en pacientes con **hipertrigliceridemia mayor a 500 mg/dL** para reducir el riesgo de pancreatitis.



La adición de fibratos al tratamiento con estatinas, debe considerarse en pacientes con diabetes que persistan con **HDL < 35 mg/dL y triglicéridos > 200 mg/dL**.



El agregado de altas dosis de **omega 3 ester de eicosapentil purificado** podría ser de utilidad para la reducción del riesgo CVC en pacientes con diabetes e hipertrigliceridemia leve a moderada.



# Antiagregación plaquetaria

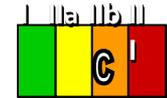
Está indicado el uso de aspirina en bajas dosis (rango de 75 a 162 mg/día) en pacientes con **enfermedad cardiovascular establecida**



El uso de aspirina en bajas dosis (rango de 75 a 162 mg/día) en pacientes sin enfermedad cardiovascular establecida se basa en el riesgo de eventos y debe considerarse el riesgo de sangrado y la opinión del paciente.

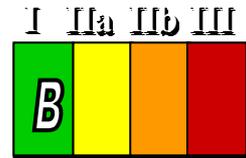


En sujetos con alergia documentada a aspirina puede utilizarse **clopidogrel**, con las mismas consideraciones hechas en el apartado previo.



# Control Multifactorial

En todo paciente con DM debe efectuarse una intervención sobre los diferentes factores de riesgo, no solamente sobre la glucemia, a fin de reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares y microvasculares.



# Definición del riesgo cardiovascular

<b>MUY ALTO RIESGO</b>	<b>Enfermedad cardiovascular previa (SCA, ACV/AIT, EVP) Ateromatosis subclínica asociada (detectada por cualquier método) Daño de órgano blanco (proteinuria, clearance de creatinina <math>\ll</math> 30 ml/min, retinopatía, HVI o lesiones tróficas en miembros inferiores).</b>
<b>ALTO RIESGO</b>	<b>Enfermedad de <math>\geq</math> 10 años sin daño de órgano blanco y la presencia de algún otro factor de riesgo cardiovascular tradicional</b>
<b>ABORDAJE INICIAL</b>	<b>Utilizar tabla OMS – sección segunda de las Américas</b>



Pezquisar ateromatosis subclínica puede ser de utilidad

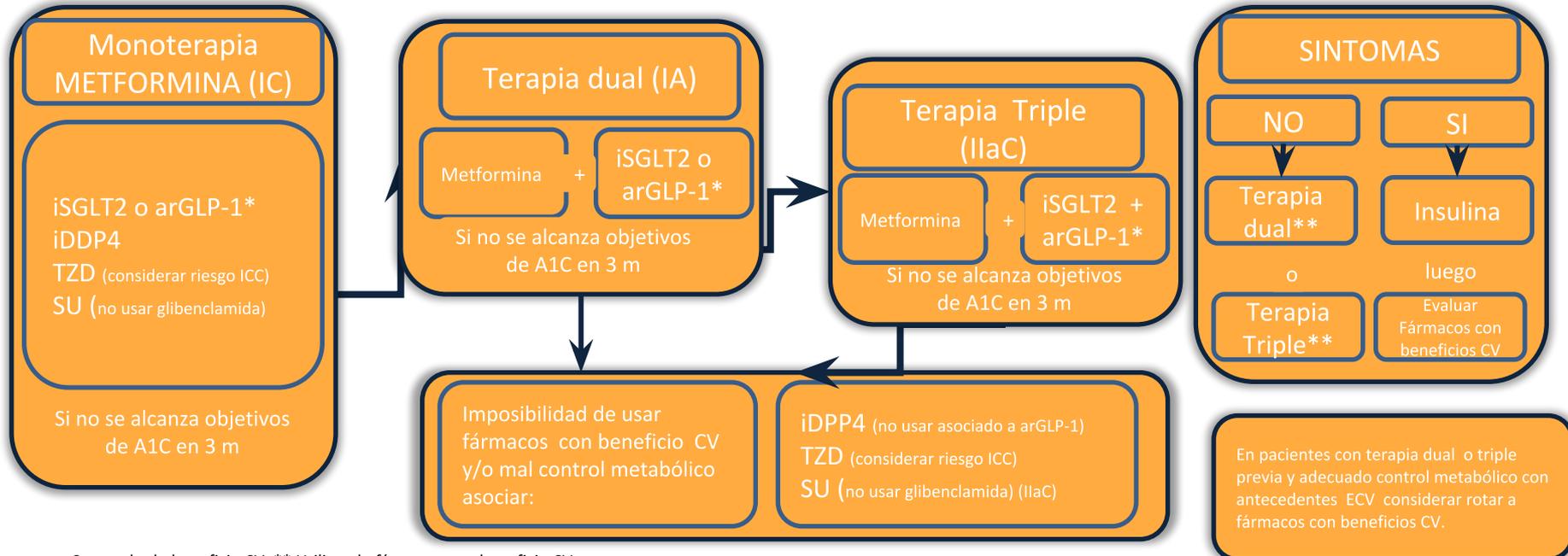
# Manejo de la hiperglucemia del paciente con diabetes tipo 2 y alto riesgo cardiovascular

## Modificaciones de estilo de vida

A1C inicio < 7.5 %

A1C inicio > 7.5 % < 9%

A1C inicio > 9%



• Con probado beneficio CV. \*\* Utilizando fármacos con beneficio CV.

• Alto riesgo CV: Riesgo > 20% por score de la OMS. DM con daño de órgano blanco. DM con ateromatosis subclínica.

Queda a consideración del médico tratante verificar las regulaciones incluido el acceso a los medicamentos aplicables para cada tipo de cobertura de salud.

# Manejo de la hiperglucemia del paciente con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular aterosclerótica

## Modificaciones de estilo de vida

A1C inicio < 7%

Monoterapia  
Metformina (IC)

(considerar adicionar  
precozmente fármacos con  
beneficio CV)

iSGLT2 o arGLP-1\* (IB)  
iDPP4  
TZD (considerar riesgo ICC)  
SU (no usar glibenclamida)

Si no se alcanza objetivos  
de A1C en 3 m

A1C inicio > 7% < 9%

Terapia dual (IA)

Metformina + iSGLT2 o  
arGLP-1\*

Si no se alcanza objetivos  
de A1C en 3 m

Imposibilidad de usar  
fármacos con beneficio CV  
y/o mal control metabólico  
asociar:

Terapia Triple  
(IIaC)

Metformina + iSGLT2 +  
arGLP-1\*

Si no se alcanza objetivos  
de A1C en 3 m

iDPP4 (no usar asociado a arGLP-1)  
TZD (considerar riesgo IC)  
SU (no usar glibenclamida) (IIaC)

A1C inicio > 9%

SINTOMAS

NO

Terapia  
dual\*\*

o

Terapia  
Triple\*\*

SI

Insulina

luego

Evaluar  
Fármacos con  
beneficios CV

En pacientes con terapia dual o triple  
previa y adecuado control metabólico con  
antecedentes ECV considerar rotar a  
fármacos con beneficios CV.

• Con probado beneficio CV. \*\* Utilizando fármacos con beneficio CV.

• Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica: SCA. Cardiopatía isquémica. Revascularización coronaria ACV. Art. periférica severa.. Revascularización periférica.

Queda a consideración del médico tratante verificar las regulaciones incluido el acceso a los medicamentos aplicables para cada tipo de cobertura de salud.

# Manejo de la hiperglucemia del paciente con diabetes tipo 2 con ICC con Fey < 40%

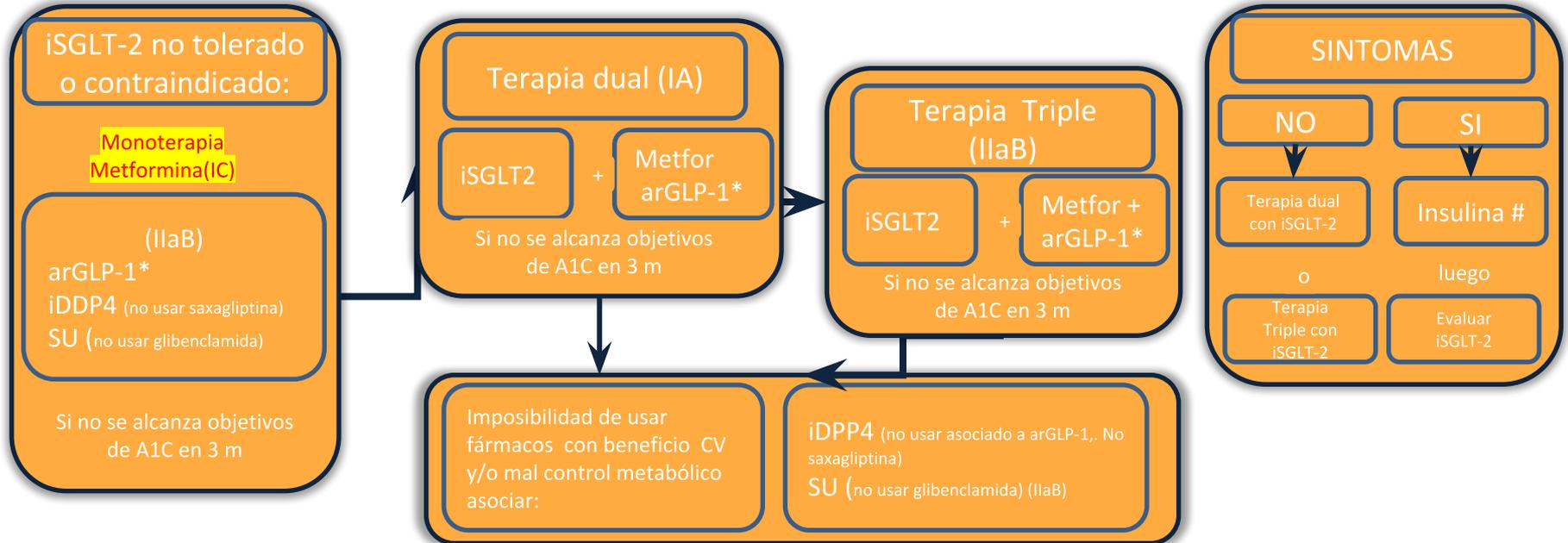
## Modificaciones de estilo de vida + iSGLT-2 (IB)

Modificaciones de estilo de vida

A1C inicio < 7.5 %

A1C inicio > 7.5 % < 9%

A1C inicio > 9%



\* Con probado beneficio CV. # No iniciar iSGLT-2 hasta estabilizar cuadro metabólico

Queda a consideración del médico tratante verificar las regulaciones incluido el acceso a los medicamentos aplicables para cada tipo de cobertura de salud.

En pacientes con terapia dual previa y adecuado control metabólico con antecedentes de evento cardiovascular considerar rotar a fármacos con beneficios CV.