

American Diabetes Association 2020. Difusión científica en tiempos de pandemia

Carlos Gómez Ruiz

*Médico de familia. ABS Collblanc. L'Hospitalet de Llobregat
(Barcelona)*

Metformina de inicio SÍ

Metformina de inicio NO

FIRST-LINE Therapy is Metformin and Comprehensive Lifestyle (including weight management and physical activity)

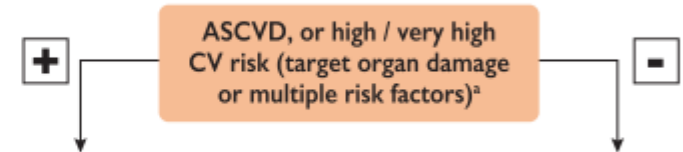
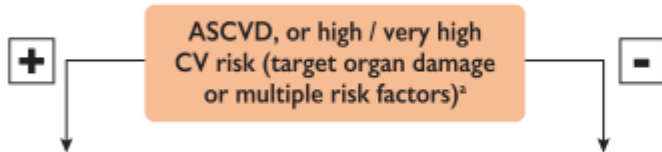
INDICATORS OF HIGH-RISK OR ESTABLISHED ASCVD, CKD, OR HF¹

NO



A Type 2 DM - Drug naïve patients

B Type 2 DM - On metformin



ASCVD PREDICTORS

- Established ASCVD
- Indicators of high risk (age ≥55 years, carotid or lower artery stenosis >50%, or LVH)

UACR >300 mg/g

GLP-1 RA

DPP-4i, SGLT2i, TZD

GLP-1 RA with good efficacy for weight loss^c

SGLT2i

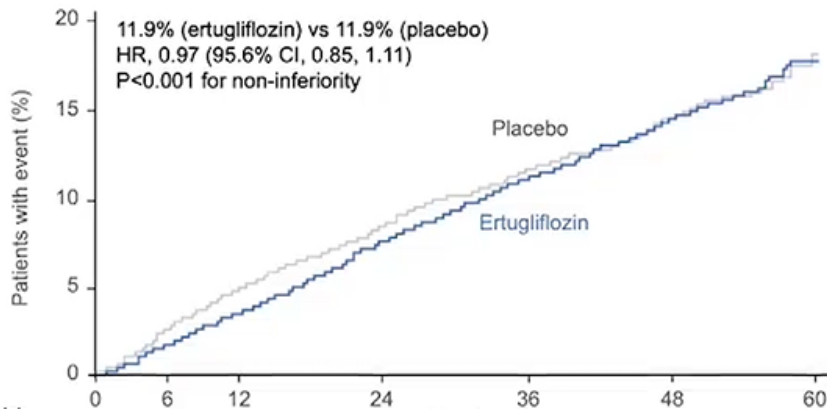
SU^d

TZD¹⁰

18

VERTIS-CV: estudio de seguridad cardiovascular de la ertugliflozina

Primary outcome: MACE* CV death, nonfatal MI, or nonfatal stroke



Primary and secondary endpoints

	Ertugliflozin n=5499	Placebo n=2747		HR (CI)	P Value
	Rate/100 patient-years				
MACE [†]	3.9	4.0		0.97 (0.85, 1.11)	<0.001 (for non-inferiority)
CV Death/HHF [†]	2.3	2.7		0.88 (0.75, 1.03)	0.11
CV Death [†]	1.8	1.9		0.92 (0.77, 1.11)	0.39
HHF [†]	0.7	1.1		0.70 (0.54, 0.90)	0.006
Renal Composite [†]	0.9	1.2		0.81 (0.63, 1.04)	0.08

0.5 1 1.3 2
Favors Ertugliflozin Favors Placebo

- La ertugliflozina demuestra no inferioridad respecto al placebo en el objetivo primario sin superioridad asociada.
- La ertugliflozina demuestra mejorar las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca.

Monitorización continua de glucosa:

- Mejoría del control glucémico y del índice de masa corporal en pacientes en tratamiento con terapia insulínica bolo-basal, insulinización basal y tratamiento no insulínico. En pacientes con prediabetes, se observa una mejoría de adherencia a medidas no farmacológicas.

Comunicaciones orales:

- En pacientes con prediabetes unos estilos de vida adecuados permiten una regresión glucémica, lo que conlleva una normogluceemia en pacientes desde con normopeso hasta con obesidad, y destacan unos mejores resultados en pacientes con normopeso.
- El uso de herramientas digitales como aplicaciones móviles o educación sanitaria a través de medidas electrónicas consigue resultados óptimos en el control diabetológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
- El número de hipoglucemias que presenta un paciente está relacionado con un incremento de los eventos cardiovasculares adversos y fenómenos arritmogénicos. Tan solo con 5 hipoglucemias al año ya se evidencia este incremento.

- El uso de testosterona en pacientes con intolerancia oral a la glucosa, la deficiencia de testosterona sérica y un perímetro de cintura aumentado dan lugar a una disminución de la progresión a DM2 en torno al 40 %, además de una mejoría de las medidas antropométricas, como perímetro de cintura, masa grasa y masa muscular.
- Desarrollo de nuevas insulinas: la insulina semanal icodec comparada con la glargina (100 UI/ml) presenta una mayor reducción de la hemoglobina glucosilada, aunque la diferencia es leve. Menor número de unidades semanales con icodec respecto a la glargina (100 UI/ml). Con icodec se observa un incremento de hipoglucemias, aunque sin significación estadística con respecto a la glargina (100 UI/ml).
- La dapagliflozina, a través del estudio DAPA-HF, se muestra eficaz para reducir la progresión a DM2 en un 32 % respecto al grupo de control.
- La empagliflozina evidencia, a través del estudio EMPA-REG, una mejoría de la hospitalización por insuficiencia cardíaca a los 17 días de empezar su administración. También se consigue reducir a partir del día 59 de iniciarla la muerte de origen cardiovascular.

- Un nuevo análogo del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP1) oral (PF-06882961) presenta en su estudio en fase 1 una seguridad y tolerabilidad adecuada con reducción de la hemoglobina glucosilada en torno al 1 % y una reducción de peso de 3 a 8 kilogramos según la dosis empleada.
- La dulaglutida en dosis de 3 y 4,5 mg semanales da lugar a una mejoría en reducción de la hemoglobina glucosilada del 0,18 y el 0,34 % respecto a la dulaglutida en dosis de 1,5 mg. Reducción de peso con dulaglutida en dosis de 3 y 4,5 mg de 0,9 y 1,6 kg respecto a la dulaglutida en dosis de 1,5 mg. No se produce un aumento proporcional de efectos secundarios al incrementar la dosificación.
- Un estudio en vida real evidencia que los aGLP1 y los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 presentan una reducción de eventos cardiovasculares similar, pero los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 demuestran mayor adherencia y menor coste con respecto a los aGLP1.