



## **Videoconferencia Farmacoterapia** **Diabetes Mellitus 2 - Pandemia del siglo - Discusión de Casos**

### Especialistas - Docentes Responsables de la Actividad

- Prof. Dra. Mafalda Palacios, MgDMS, MAE
- Prof. Dr. Jorge Tadeo Jiménez, MgDMS, FACE
- Prof. Dra. Gilda Benítez Rolandi, MgDMS

### Contenido

- La concomitancia (*clustering*) de características clínico patológicas como Sobrepeso/Obesidad; Aumento de la grasa visceral (HGNA – NAFLD); Dislipidemia a predominio de hipertrigliceridemia con HDLc bajo; HTA y Disglucemia, conforman cuanto se reconoce como Síndrome Metabólico o de Riesgo Cardio-Metabólico Global.
- El manejo adecuado y oportuno de cada uno de los factores al mismo tiempo e integralmente, impone una estrategia clínico-terapéutica dinámica y apropiada para cada paciente.
- En la presente Actividad de Discusión de Casos se analizarán razonadamente las estrategias basadas en la evidencia actual.
- La naturaleza progresiva de la Diabetes Mellitus Tipo2 (DMT2) y la heterogeneidad de su evolución patológica, limitan muchas veces la efectividad de la acción de la farmacoterapia antidiabética o hipoglucemiente.
- Al participar en esta Actividad de Discusión de Casos Usted podrá definir el impacto de la *Inercia Clínica* en el Manejo de pacientes con Diabetes Tipo 2 (DT2).
- Identificar subgrupos de pacientes que se beneficiarían más de una temprana intensificación del Tratamiento Anti-Hiper glucémico.
- Plantear estrategias de intensificación dinámica y razonada, basadas en la evidencia y el contexto del paciente a su cuidado.



## Casos Clínicos

- El Caso de Cristina ...

Mujer de 56 años DMT2 de más 5 años de diagnóstico. Hipertensa, tratada con Telmisartan 80 1xd y dislipidémica tratada con Atorvastatina 20xd. Durante los 2 primeros años estuvo en tratamiento con Metformina 850 2/día y mantenía glucemias en objetivo. Buen control de PA y Objetivos de lípidos en rango.

Sin embargo, su control metabólico empeoró, por tanto le agregaron Glimpirida 4 mg y en dosis progresiva hasta 6 mg/día; aumentó casi 10 Kg.

Hace 6 meses su HbA1c 8%, y le agregaron Empagliflozin 10 mg/d y bajó de peso 6 Kg. Feliz por ello, pero presenta persistente vulvovaginitis muy molesta. Por tanto le propusieron suspender Empagliflozina y, cambiar Glimpirida por Insulina. Viene a consulta porque no desea iniciar insulina y prefiere conocer otra opinión.

Actualmente P80/min; PA 130/70 mmHg; BMI 28 Kg/m<sup>2</sup>; Glucemia 150 mg/dl; Hb A1c 7,5%, CT 168 mg/dl, Tg 200 mg/dl, HDL 32; LDL 90 mg/dl. Urea y Creatinina en rango, Hormonas tiroideas en rango.

¿Qué alternativas de tratamiento se le puede ofrecer a esta conflictuada señora?

- La Encrucijada de Alberto ...

Alberto es un hombre de 47 años de edad, referido para tratamiento de su DMT2, que refiere haber sido diagnosticado 9 años atrás. Previamente, y desde el diagnóstico precisamente, ha sido tratado con Metformina 850mgx2, en ocasiones llegó a tomar 3 comp./día, pero por molestias GI disminuyó nuevamente a 2/día. Dos años antes, cuando la HbA1c excedió 7.5%, le sumaron SU (Glimpirida 4mg/día). Trascurrieron otros 2 años, cuando por entonces le agregan un inhibidor DPP4. Poco tiempo después sufre un accidente conduciendo su auto, es llevado a Unidad Emergencias, donde se constata Hipoglucemia, pero felizmente sin traumas o secuelas como consecuencia del evento. Se decide suspender SU.

Un año antes de la presente consulta se comprueba una HbA1c 8.6%; después de no poca discusión con su MD tratante por entonces, lo persuade e inicia Insulina basal (Glargine u100, llegando hasta 46U/día); aplicada por conveniencia a la



*Desde 1975*

mañana. Realiza aumonitorio de glucemia capilar que revelan GA entre 140-160mg/dl, pero al mismo tiempo refería niveles “bajos”, a veces sintomáticos, pero sin necesitar asistencia de terceros, esto ocurría alrededor de las 17h, generalmente. Se decide suspender DPP4 y ajustar dosis de Insulina en menos (40U/día), pero sin bien se mantienen o mejoran algo las GA (120-140mg/dl), nota valores post-prandiales, tanto media mañana como tarde en la noche (22h) de 160-190mg/dl). Y le preocupa bastante el haber subido unos 5kg de peso!

Al tiempo de consulta actual toma Metformina 1000mg con el almuerzo, tolerando bien, y refiere que tras la suspensión de DPP4 le adicionaron Pioglitazona 15mg/día. Insulina Glargine 52U/día. Otros medicamentos; Atorvastatina y Lisinopril.

**Al examen físico:** PA120/76 mmHg, pulso 84 regular, con BMI 31.7 kg/m<sup>2</sup>, CC 106 cm. Datos de neuropatía en MIIIs, distalmente. No edema. Igual, pero menos pronunciadas alteraciones a nivel de manos, bilateralmente. Resto del examen sin datos que reseñar.

**Laboratorio:** GA 127 mg/dL, HbA1c 7.8% (48mmol/mol), Cr 1.6mg/dL, eGFR 49 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, Microalbuminuria 34 mcg/min.

¿Cuál sería la estrategia de manejo más apropiada a la circunstancia de este adulto medio-joven?

- La desgastante evolución de Lorena

María Lorena es una Auditora Jefe en un Banco, tiene 58 años, cercana a jubilarse. Se conoce con DMT2 desde los 52 años de edad. Por entonces con sobrepeso, aunque muy activa laboral y físicamente y cuidando la alimentación, tiene éxito relativo con el peso. El diagnóstico fue hecho durante un examen anual para la empresa y por entonces también se constató IVU. La HbA1c estaba en 8.1%. Su Clínico le inicia Metformina 500mgx2.

Como en los primeros controles ambulatorios la HbA1c apenas bajó a 7.9%, el MD tratante le suma Glimpiride 4mg combinada a Metformina 1000mg, en 1 solo comprimido. Los niveles de autocontrol de glucemia capilar (3-4/semana, en ayunas) permanecieran altos de acuerdo a Guías de Manejo de Diabetes (entre 180 – 220mg/dl) y última HbA1c en 8.0%, su MD decide iniciarle Insulina Glargine 10 U, aplicada a las 22h. e ir ajustando según autocontroles de GA. Con estas medidas se logra a los 6 meses y con 30U de Insulina; una HbA1c 7.8%.

La paciente se sentía frustrada y preocupada, pues veía pocos resultados y se veía reflejada en la triste historia de su madre DMT2 fallecida con complicaciones crónicas (72 años) y el padre HT, con historia de IAM a los 64 años. Además la



*Desde 1975*

paciente notaba aumento de peso considerable; unos 5 kg en el último año. Negaba episodios sintomáticos de hipoglucemia.

Ante todo ello decide cambiar y acudir a una nueva consulta y alternativas para mejorar su condición. Al tiempo de ello; Insulina Glargine 36U/día, tomaba además Ibrbesartan 150mg, Hidroclorotiazida 12.5mg y Rosuvastatina 10mg/día, además de CaVit D.

**Al examen:** PA138/88 mmHg, FC78/min, FR 18/minute, BMI 33.7 kg/m<sup>2</sup>. No se hallan complicaciones mayores relacionadas a su condición de diabética, salvo un parestesia alterada.

**Laboratorio:** GA184mg/dl; HbA1c 8.2% (53mmol/mol). Cr 1.3 mg/dl. eGFR 55; CoIT 215 mg/dl, LDL 124 mg/dl, HDL 38 mg/dl, TG 274 mg/dl.

Otros estudios: Ecografía compatible con HGNA-NAFLD. Ecocardiografía con HVI leve a moderada.

¿Qué alternativas de manejo se plantearía para esta paciente?