



# Controvèrsies en l'abordatge del risc cardiovascular: l'ús d'aspirina i estatines en prevenció primària, beneficis del control estricte de glucèmia, PA i lípids .

XXII Congrés d'Atenció Primària de la CAMFiC.  
Sabadell, 4 i 5 de novembre de 2010

A Rodríguez Poncelas  
EAP Anglès (Girona)  
Grup Gedaps

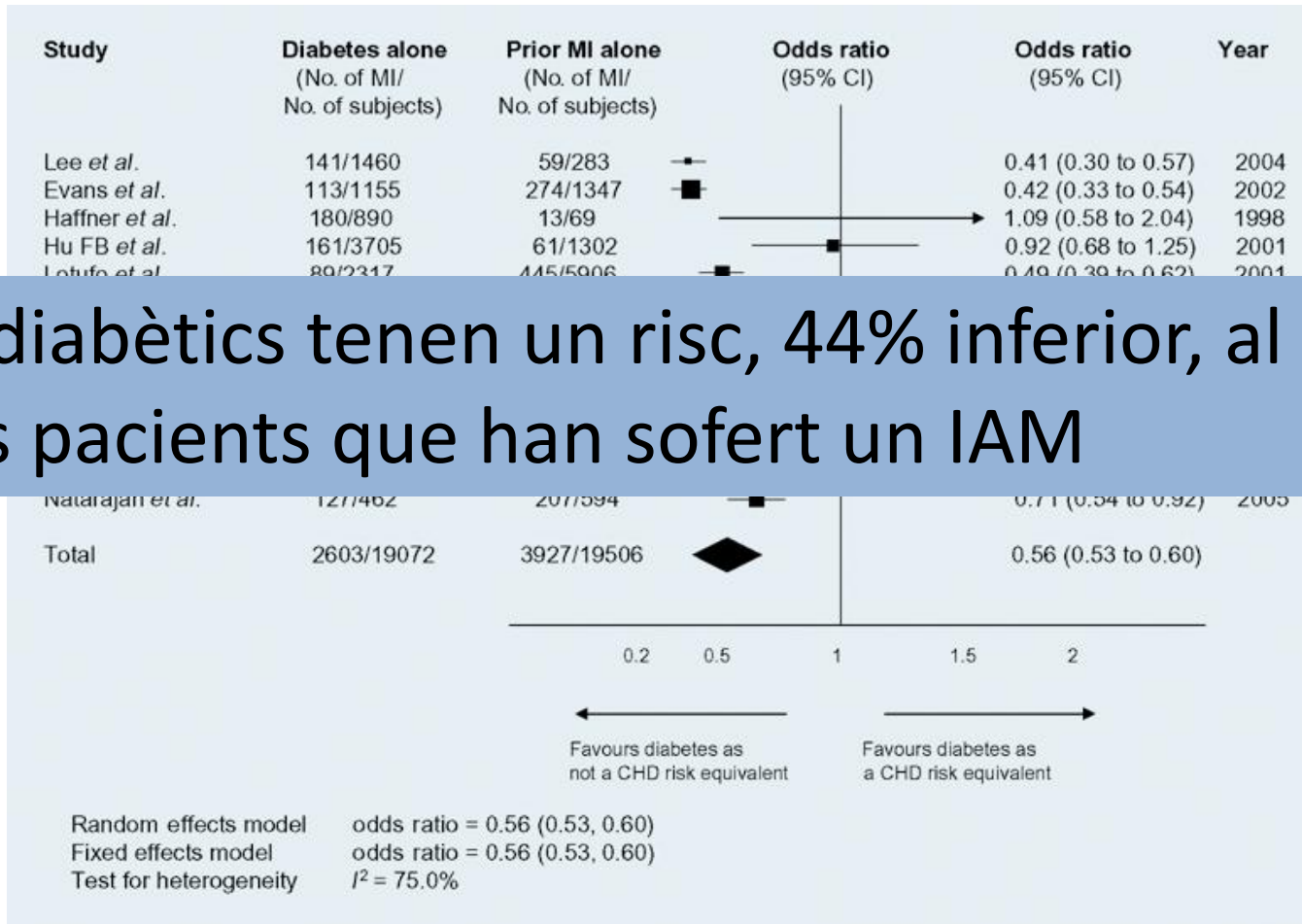
# SUMARI

- És la DM2 un equivalent de RC?
- Nivell de control dels FRV, quant més baix millor?
- Objectiu control HbA1C
- Objectiu control colesterol LDL
- Objectiu control PAS/PAD
- Ús de l'AAS en PP en la DM2
- Conclusions



Hem de considerar al pacient diabètic  
com un equivalent de risc coronari?

# Tenen els diabètics el mateix risc coronari que els pacients que han tingut un IAM? Revisió sistemàtica i metaanàlisis



Els diabètics tenen un risc, 44% inferior, al dels pacients que han sofert un IAM

# Malalties CV als 10 anys. Taxa d'incidència i HR (Cohort Regicor Gedaps)

	DM2	IAM	Total	H	M
Mortalidad total	289 (12,8)	482 (22,4)*	0,39	0,44	0,28
Muerte por C. Coronaria	41 (1,8)	206 (9,6)*	0,12	0,16	0,09
Muerte cardiovascular	99 (4,4)	280 (13,0)*	0,22	0,26	0,16
Muerte por ictus	24 (1,1)	27 (1,3)	0,66	0,64	0,82
Angor inestable	184 (8,1)	145( 6,7)	0,95	1,24	0,46
IAM no mortal	126 (5,1)	171 (8,1)*	0,59	0,72	0,38
IAM mortal y no mortal	161 (7,1)	349 (16,2)*	0,33	0,41	0,22
Incidencia enf. coronaria	296 (13,1)	475 (22,1)*	0,43	0,54	0,28

\* P ≤ 0,001

# Risc d'IAM mortal i no mortal en pacients diabètics

	HR	IC (95%)
Espanya *	0,33	0,27-0,41
Reino Unido**	0,42	0,27-0,41
Finlandia***	0,69	0,54-0,88

\* J Epidemiol Community Health 1998;52:707-15

\*\* BMJ 2002;324:939-42

\*\*\* Diabetologia 2005;48:2519-24

# Incidencia de episodios cardiovasculares

	N	% episodios	P
DM2 - / ECC -	244	20,5%	-
DM2 + / ECC -	50	22,0%	0,811
DM2 - / ECC +	342	39,5%	< 0,001
DM2 + / ECC +	144	53,5%	< 0,001

\* ECC ( estenosis coronaria  $\geq$  50%)



Les xifres d'HbA1C han de ser inferiors a  
7% en tots els diabètics, reduïm les  
complicacions macro i microvasculares?

Què ens diuen els estudis?

## Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes

### ❖ Mortalidad por cualquier causa.

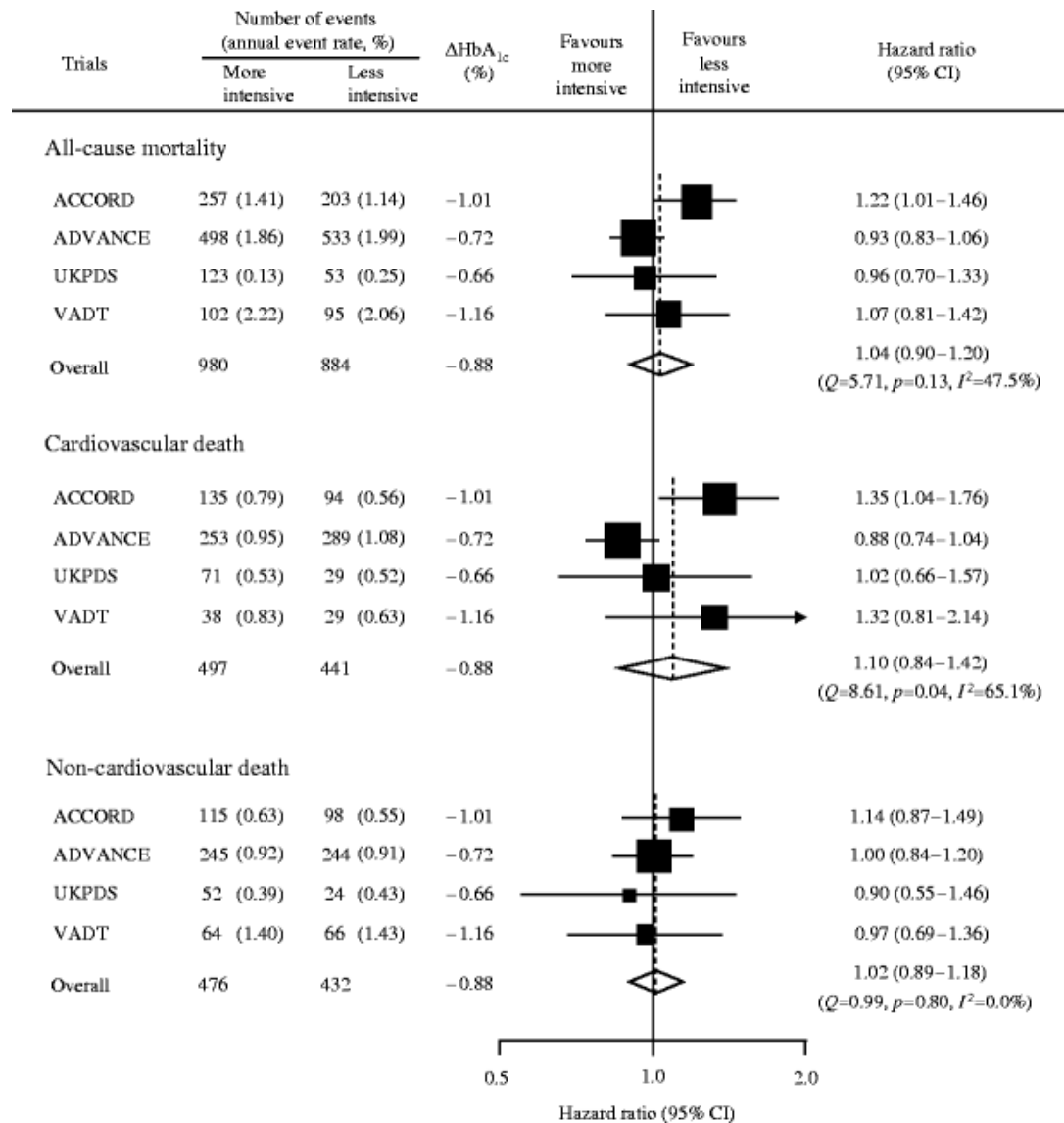
HR 1,04 (IC 95%, 0,90-1,20)

### ❖ Muerte cardiovascular.

HR 1,10 (IC 95%, 0,84-1,42)

### ❖ Muerte por causa no cardiovascular.

HR 1,02 IC 95%, 0,89-1,18)



# Recomanacions d'HbA1c en DM2

Situación clínica	Objetivo HbA1c
Objetivo general	≤ 7,0%
DM de corta evolución y sin ECV	
MEV ± metformina	≤ 6,0%
ADO diferente a insulina-metformina	≤ 6,5%
Requiere insulina	≤ 7%
Embarazo o planificación del embarazo	≤ 6%
DM de larga evolución o con ECV	≤ 7,5%
Diabéticos con hipoglucemias graves o hipoglucemias sin señales de alarma	≤ 8%
Diabéticos con comorbilidades mayores	Tto sintomático de la hiperglucemia



Les xifres de colesterol LDL han de ser inferiors a 100 mg/dl, o fins i tot inferiors a 70 mg/dl, en tots els diabètics?

Tots els diabètics han de prendre estatinas?

# Primary Prevention of Cardiovascular Diseases With Statin Therapy A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials

Resultados	RRR (%)	P	RRA	NNT
Episodios coronarios principales	29,2	< 0,001	1,66	60
ACV	14,4	0,02	0,37	268
IAM no mortal	31,7	ns	1,65	61
Revascularización	33,8	0,001	1,08	93
Mortalidad coronaria	22,6	0,13		
Mortalidad total	8	0,09		

7 ECA  
Edad: 55,1-75,4 años

42848 pacientes ( 42% hombres)  
Seguimiento: 4,3 años

# Primary Prevention of Cardiovascular Diseases With Statin Therapy A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials

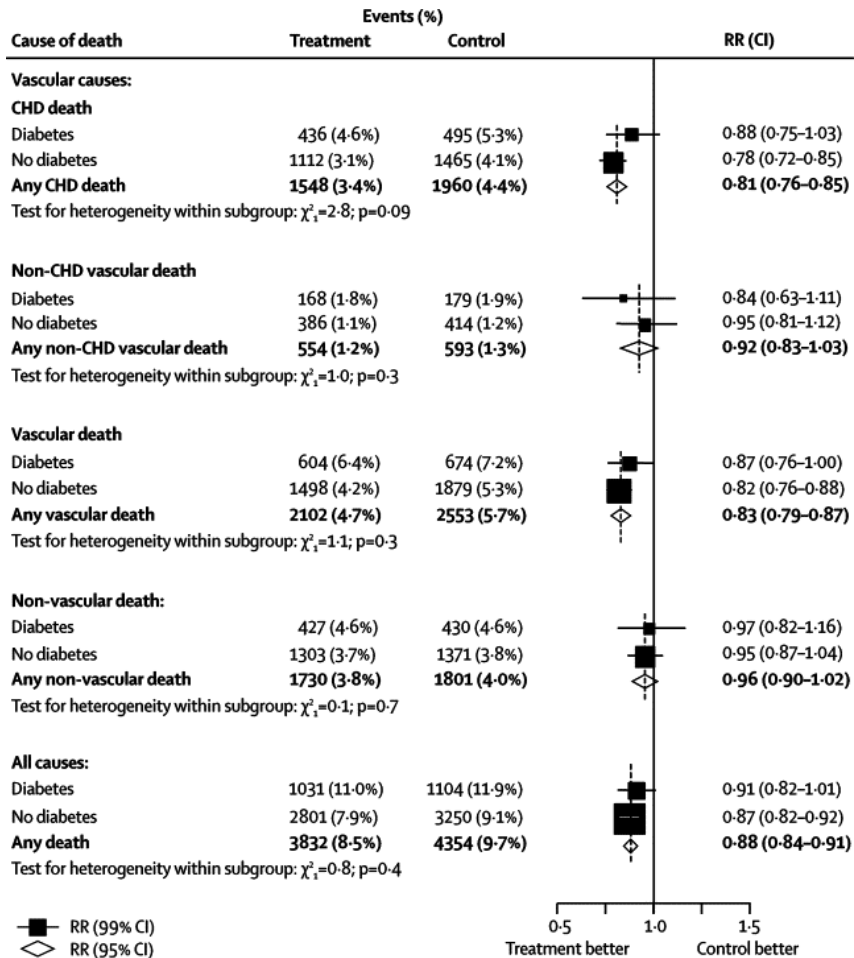
## Comentari dels autors:

- El tractament amb estatinas podria reduir el RA d'episodis coronarios als 4,3 anys en :

Calcular RC a los 10 años	%	NNT
Pacientes de bajo RC < 10%	0,75	133
Pacientes de RC moderado (10-20%)	1,63	61
Pacientes de alto RC (>20%)	2,51	40

- El tractament amb estatinas podria ser cost efectiu en pacients amb RC > 20%, no seria cost efectiu en pacients amb RC < 10% i el seu ús seria controvertit en pacients amb RC entre 10-20%

# Eficacia de la reducción del colesterol en la DM. 18686 participantes. Metaanálisis (14 ECA).



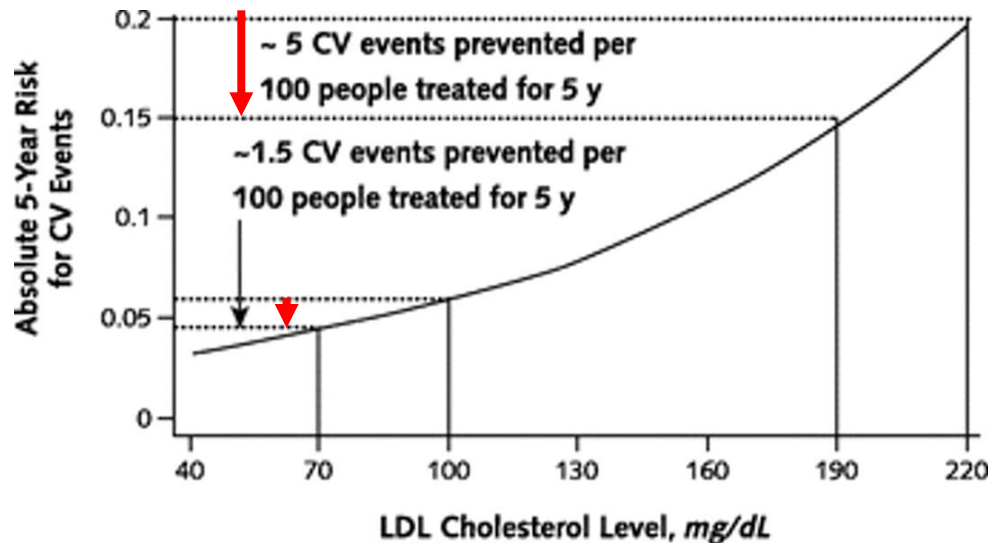
	Diabéticos	No diabéticos
Muertes totales	0,91 (0,82-1,01)	0,87 (0,82-0,92)
Muertes por CI	0,88 (0,75-1,03)	0,78 (0,72-0,85)
Otras muertes CV	0,84 (0,63-1,11)	0,95 (0,81-1,12)
Muertes CV	0,87 (0,76-1,00)	0,82 (0,76-0,80)
Muertes no vasculares	0,97 (0,82-1,16)	0,95 (0,87-1,04)

## Resultados:

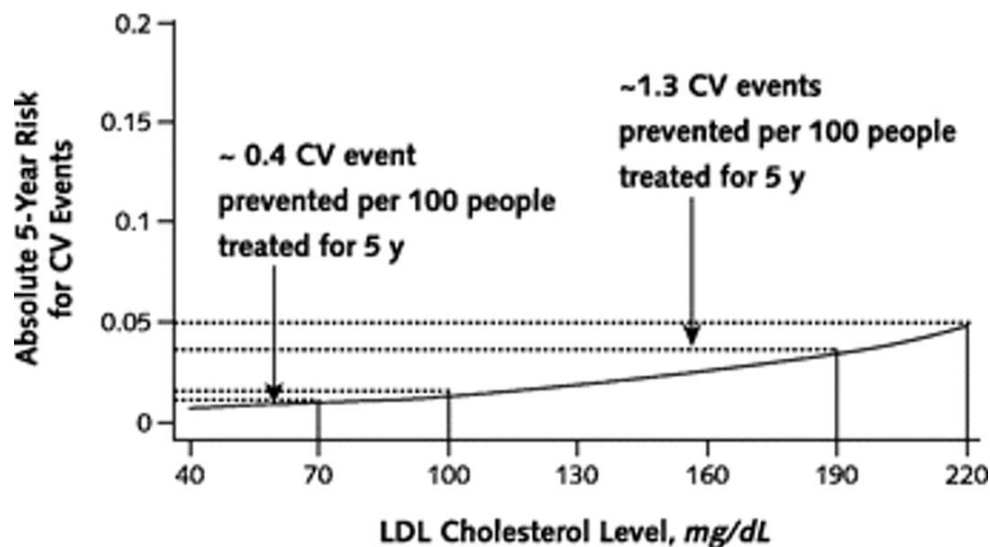
- Hubo una tendencia a una menor mortalidad total, a expensas de la mortalidad CV, sin significación estadística.
- La magnitud del efecto fue similar independientemente de los valores del perfil lipídico

# Objetivos de LDL. Evidencias

Mujer 65 a con DM2  
PAS 145 mmHg  
C-HDL 24 mg/dL, TG 300  
A1C 7%



Mujer 60 a con DM2  
PAS 125 mmHg  
C-HDL 55 mg/dl, TG 100  
A1C 7%



# Tractament de la hipercolesterolèmia en pacients amb diabetis mellitus

✓ El cribratge de la hipercolesterolèmia en els pacients diabètics es farà de forma sistemàtica determinant el perfil lipídic amb una periodicitat anual.(D)

✓ La valoració del risc coronari es farà, mitjançant el càlcul del risc amb la taula de REGICOR.

✓ En prevenció primària i RC > 10%, mantenir LDL c < 130 mg/dl (3,4 mmol/l).(D)

✓ En diabètics amb microalbuminúria, es recomana tractar farmacològicament als pacients amb cLDL > 100 mg/ dl (2,6 mmol/l), per sota dels 75 anys.(D)

✓ En prevenció secundària mantenir LDL c < 100 mg/dl (2,6 mmol/l). (B)

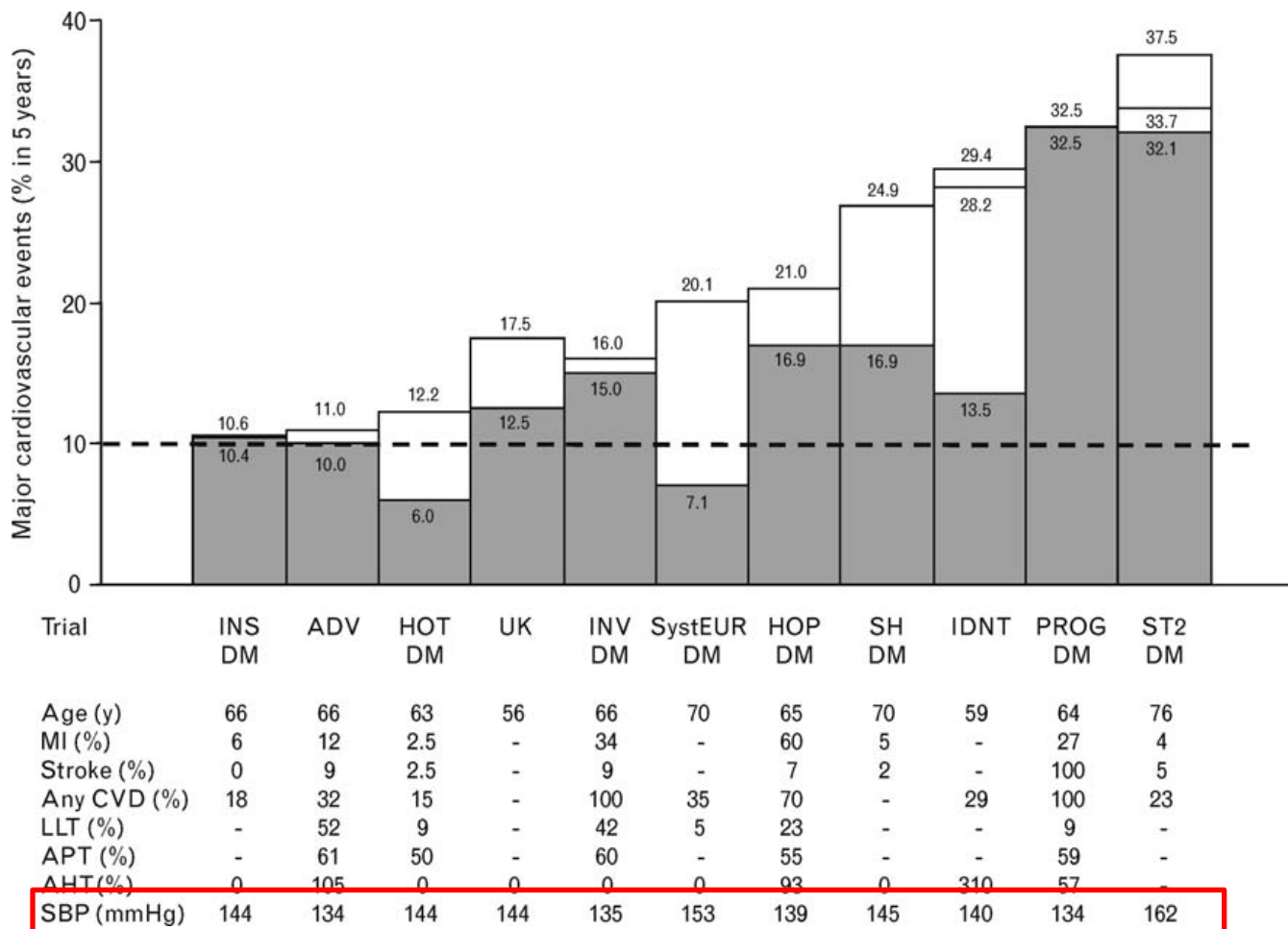


Les xifres de PAS han de ser inferiors a 130  
i les xifres de PAD inferiors a 80 en els  
diabètics?

El diagnòstic d'HTA en el diabètic és el  
mateix que en l'hipertens sense diabetes

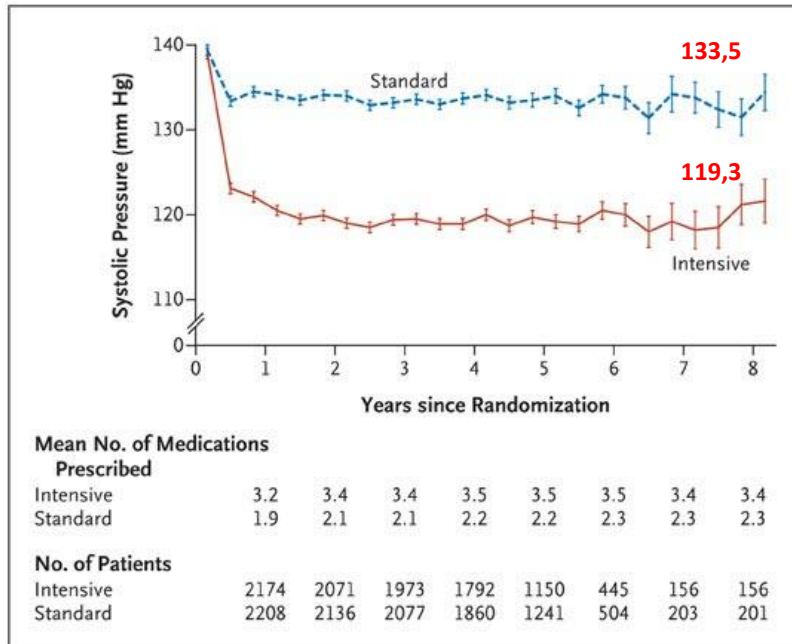
$PA \geq 140/90$

# Incidence of major cardiovascular events in trials on diabetic patients

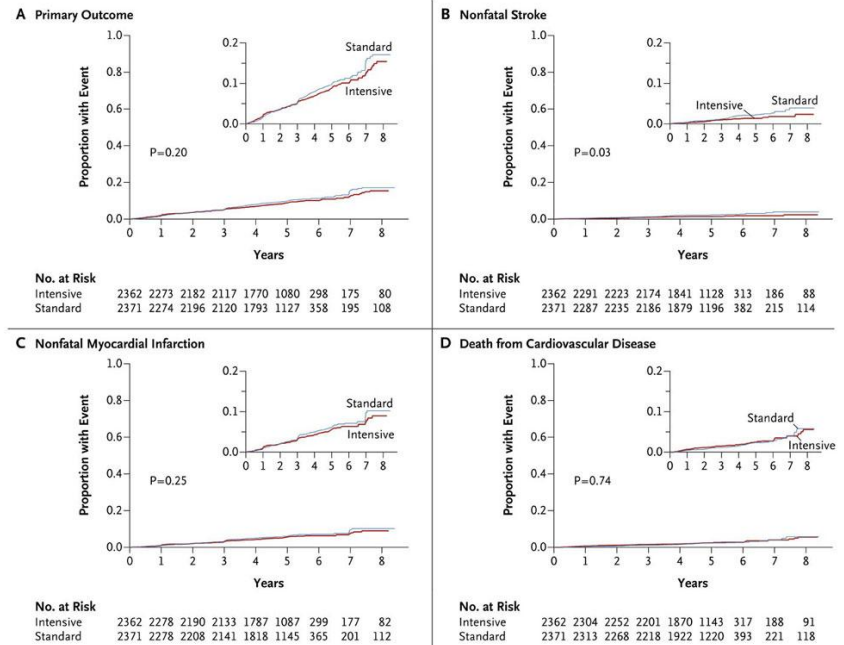


# Effects of Intensive Blood-Pressure Control in Type 2 Diabetes Mellitus. *The ACCORD Study Group*

## Mean Systolic Blood-Pressure Levels at Each Study Visit



## Kaplan–Meier Analyses of Selected Outcomes





Hauríem de recomanar l'ús de dosis  
baixes d'aspirina en la prevenció  
primària de la malaltia  
cardiovascular en tots els diabètics?

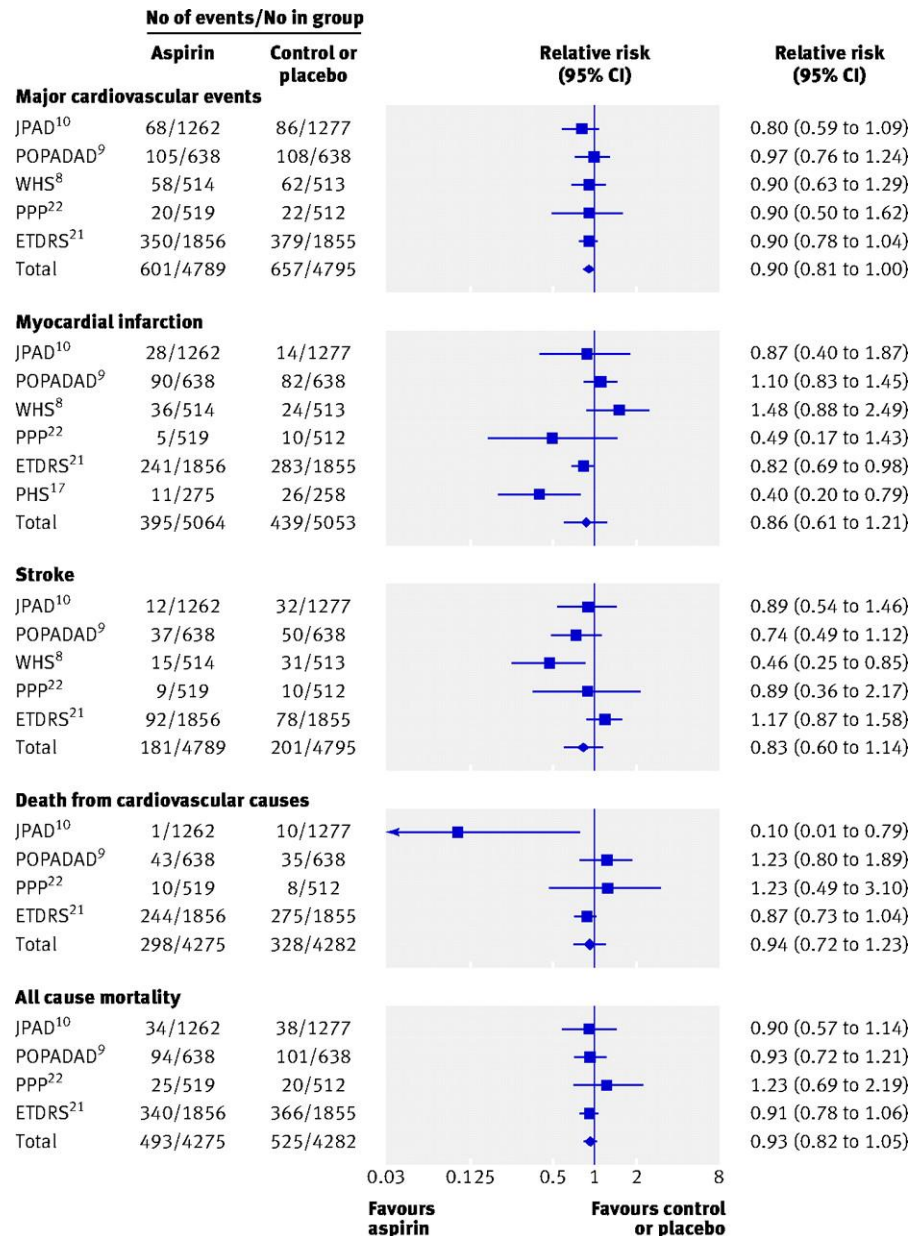
## Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials

**Objetivo:** evaluar los beneficios y daños de una dosis baja de AAS en diabéticos sin ECV.

**Diseño:** Metaanálisis de ECA

**Resultados:** de los 157 estudios encontrados en la literatura médica, sólo 6 cumplieron los criterios de calidad para ser incluidos en el análisis, 10.117 participantes.

**Conclusión:** en este metaanálisis no se ha podido demostrar un claro beneficio en los pacientes diabéticos que tomaban AAS para la prevención primaria de ECV.

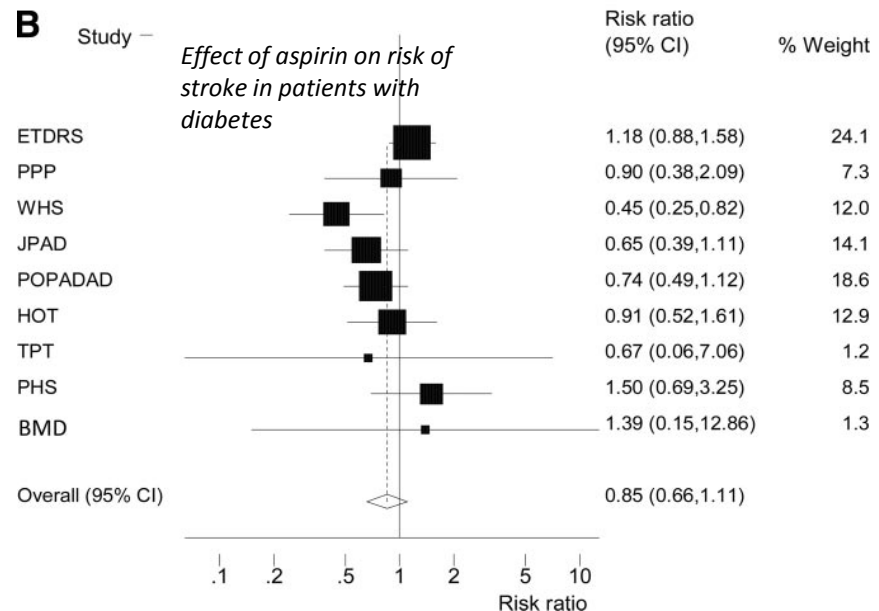
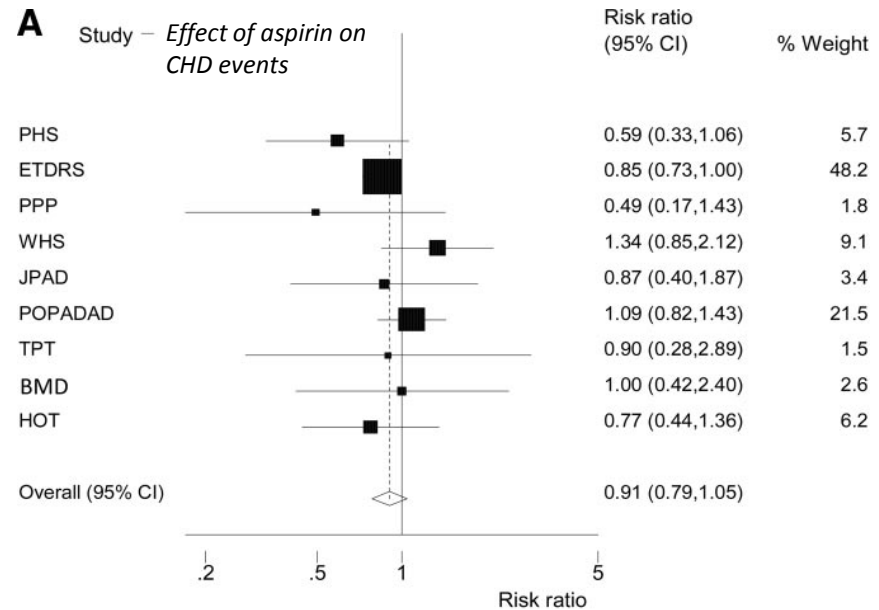


## Meta-analysis of trials examining the effects of aspirin on risk of CVD events in patients with diabetes

❖ El ATT (Anti-thrombotic Trialists) incluyó a 95,000 participantes, casi 4.000 diabéticos. La aspirina redujo el riesgo de ECV en un 12% (RR 0.88, 95% CI 0.82–0.94). La mayor reducción fue en el IAM no mortal (RR 0.77, 95% CI 0.67–0.89).

Tuvo poco efecto sobre la muerte por: ECC (RR 0.95, 95% CI 0.78–1.15) o sobre el ictus (RR 0.95, 95% CI 0.85–1.06).

❖ En el presente metaanálisis se añaden 3 estudios más: ETDRS, JPAD y POPADAD, a los 6 estudios analizados en el ATT. La aspirina redujo un 9% el riesgo de episodios de ECC (mortales y no mortales) que no fue estadísticamente significativo (RR 0.91, 95% CI 0.79–1.05). Al excluir el estudio ETDRS el efecto fue menor. Se observó una reducción del 15% (RR 0.85, 95% CI 0.66–1.11) para el ictus que no fue significativa.



# Conclusions

- ✓ La **DM2** no és un equivalent de risc coronari (diabetis ≠ diabètic)
- ✓ **Hb A1C** < 7% ? Si, però...
- ✓ **DLP**. En prevenció primària, el tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia depent del RC. Si el RC < 10% (CEV). Si el RC > 10%, mantenir LDL c < 130 mg/dl (3,4 mmol/l)). En diabètics amb microalbuminúria i en prevenció secundària mantenir LDL c < 100 mg/dl (2,6 mmol/l). (B)
- ✓ **HTA**. PA < 130/80?. Intentar assolir xifres de PA < 140/90. Mantenir unes xifres de PA < 135/80-85 si es possible i sense efectes secundaris.
- ✓ **AAS**. L'evidència actualment disponible no justifica l'administració d'AAS en pacients diabètics per a la prevenció primària de l'ECV