



Discusión de casos clínicos

Dr. Chih Hao Chen Ku, FACE
Servicio de Endocrinología, Hospital San Juan de Dios
Departamento de Farmacología y Toxicología Clínica,
Universidad de Costa Rica

Conflictos de interés

- Conferencista: Astra Zeneca, Abbott Nutrición, Novartis Oncology, Novo Nordisk, Merck Sharp & Dohme, Roche, Glaxo SmithKline, Sanofi Aventis, Genzyme
- Advisory Board: Novartis Oncology, Sanofi Aventis, Astra Zeneca, Novo Nordisk
- Investigación clínica: Astra Zeneca, Novartis Pharma Logistics Inc., Merck Sharp & Dohme, Glaxo SmithKline, Organon, Boehringer Ingelheim, Roche

Caso #1

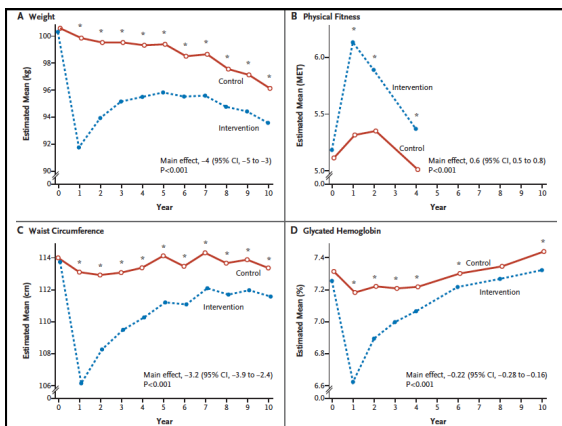
- Paciente femenina de 42 años, quien en exámenes de rutina se le documenta glicemia en 160 mg/dl y Hba1c en 8.1%. Se encuentra asintomática.
- Examen físico: peso 80 kg, talla 158 cm. IMC 32.04 kg/m2. Presión arterial 130/80 mm Hg. FO normal. Resto del examen físico normal.
- Glicemia x mm 194 mg/dl (al azar)

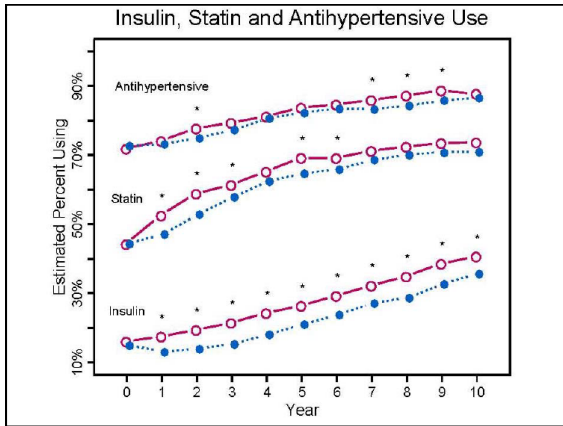
Pregunta #1

- La meta para esta paciente sería:
- <6.0%
- <6.5%
- <7%
- <7.5%

Pregunta #2

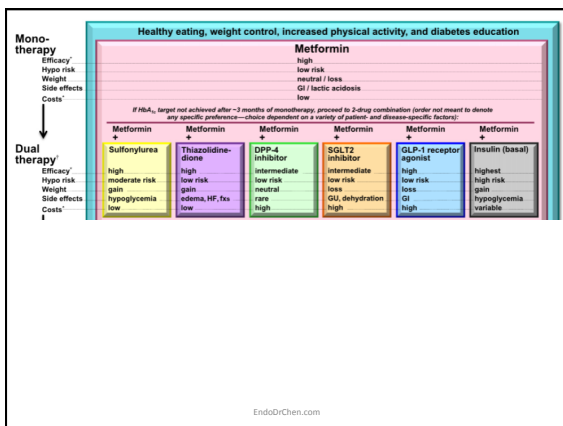
- La modificación de estilos de vida en DM
1. Está demostrado que previene complicaciones microvasculares a largo plazo
 2. Usualmente es sostenible a largo plazo
 3. Disminuye el número de medicamentos que son necesarios para alcanzar las metas de tratamiento
 4. Se debe buscar alcanzar un peso normal





Peso #3

- Además de la modificación de estilos de vida, el tratamiento inicial sería:
1. Metformin monoterapia
 2. Metformin más sulfonilurea
 3. Metformin más iDPP-4
 4. Metformin más insulina
 5. Metformin más iSGLT-2



Diseño

- Pacientes naives de tratamiento
- CSII vs MDI vs orales (glicazida, metformin o ambas)
- Titulación de insulina cada día y orales cada 3 días
- Se excluyen los que no alcanzan metas de tratamiento
- 2 semanas de tratamiento estable y suspende

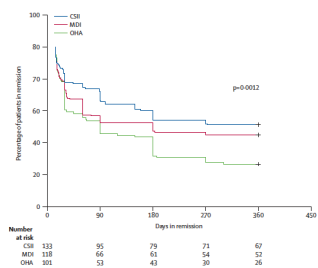
EndoDrChen.com Weng J. Lancet. 2008;371:1753

Características

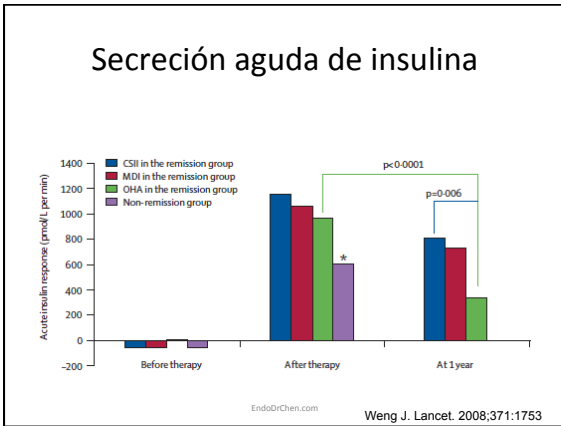
	CSII	MDI	Oral hypoglycaemic agents
Number	133	118	101
Men (n)	88	81	58
Age (years)	50 (11)	51 (10)	52 (9)
Body-mass index (kg/m ²)	25.1 (3.0)	24.4 (2.7)	25.1 (3.3)
Fasting plasma glucose (mmol/L)			
Before therapy	11.3 (3.3)	11.5 (3.2)	10.8 (2.9)
After therapy*	6.6 (1.5)	6.8 (1.6)	6.5 (1.6)
2-h postprandial plasma glucose (mmol/L)			
Before therapy	16.1 (5.5)	17.5 (5.5)	16.6 (5.0)
After therapy*	7.5 (2.2) (n=113)	8.1 (2.9) (n=111)	8.2 (2.7) (n=90)
HbA _{1c} (%)			
Before therapy	9.8 (2.3)	9.7 (2.3)	9.5 (2.5)
After therapy*	8.0 (1.5)	8.0 (1.6)	7.9 (1.7)

EndoDrChen.com Weng J. Lancet. 2008;371:1753

Pacientes en remisión



EndoDrChen.com Weng J. Lancet. 2008;371:1753



Evolución

- Se inició con saxagliptina 5/1000 mg por semanas, luego se tituló a 2.5/1000 mg 2 tab por día
- Titulación para mejorar tolerancia a metformin
- Hba1c control 6 meses después en 6.4%, ha perdido 3 kg aunado a un esfuerzo por modificar estilos de vida

Pregunta #4

- Qué hacer ahora?

1. Mantener el tratamiento igual
2. Suspender saxagliptina y dejar con metformin monoterapia
3. Reducir dosis de saxagliptina/metformin XR
4. Suspender todos los fármacos

CASO #2

Caso #2

- Masculino de 56 años, portador de DM-2 de 7 años de evolución. Se le prescribió sitagliptina/metformin 50/1000 mg bid pero paciente refiere que siempre se le olvida la dosis nocturna.
- Tiene además HTA e hipotiroidismo primario bien controlados.
- Venía con Hba1c bien controlados pero en el último año ha estado entre 6.5 y 7.5%

Pregunta #1

- Qué otras opciones terapéuticas hay?

1. Agregar insulina basal
2. Dar sitagliptina/metformin 50/1000 mg 2 tab en AM en una sola toma
3. Cambiar a saxagliptina/metformin XR 2.5/1000 mg 2 tab en una sola toma en PM
4. Agregar sulfonilurea
5. No requiere ajustar tratamiento, se encuentra bien controlado

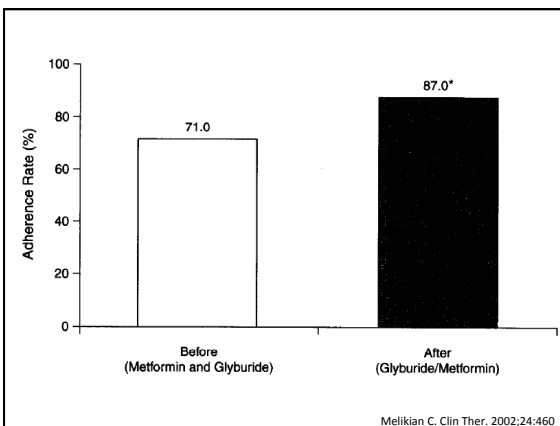
Factores asociados

- No modificables
 - Edad más joven
 - Género femenino
 - Alto costo de medicamentos
- Modificables
 - Depresión
 - polifarmacia
 - Esquemas de tratamiento de más de 1 vez al día
 - Efectos adversos

Farr AM. Adv Ther. 2014;31:1287

Pregunta #2

- Qué ventaja tendría cambiarlo a una formulación de iDPP4 con metformin XR?
 1. Mejor tolerancia GI
 2. Mejor adherencia
 3. Mayor reducción de Hba1c
 4. Menor reducción de Hba1c
 5. Respuestas 1 y 2 son correctas



Melikian C. Clin Ther. 2002;24:460

Adherencia e impacto clínico

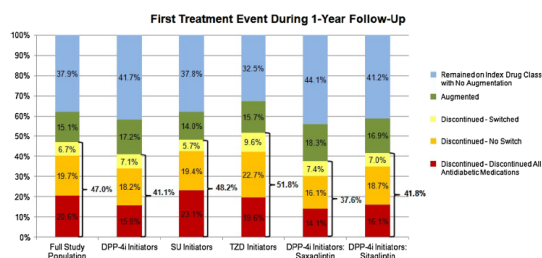
Nonadherence Measure	Nonadherent Patients, %	No. of Patients	Odds Ratio (95% Confidence Interval)			
			All-Cause Mortality		All-Cause Hospitalization	
			Unadjusted	Adjusted*	Unadjusted	Adjusted*
Summary measure	21.3	11 532	1.40 (1.22-1.61)	1.61 (1.46-2.23)	1.27 (1.15-1.42)	1.58 (1.38-1.81)
Antihypertensives	19.1	6217	1.54 (1.20-1.97)	1.58 (1.22-2.05)	1.39 (1.21-1.60)	1.44 (1.24-1.67)
Statins	24.8	6486	1.60 (1.21-2.13)	2.07 (1.54-2.80)	1.17 (1.01-1.36)	1.39 (1.18-1.63)
Oral hypoglycemics	20.3	7883	1.25 (0.97-1.62)	1.39 (1.07-1.82)	1.31 (1.16-1.49)	1.38 (1.21-1.58)

Ho PM. Arch Intern Med. 2006;166:1836

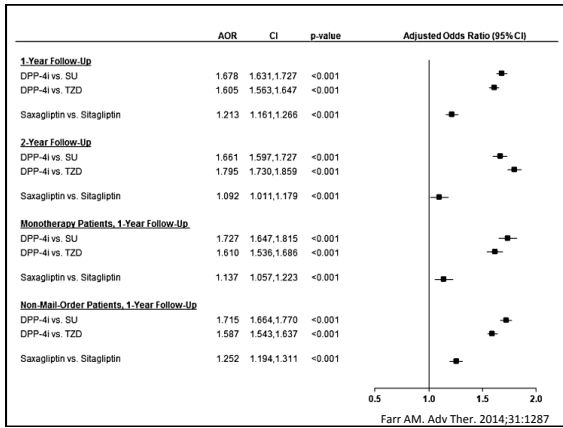
Caso #2

- Al paciente se le indicó cambiar a saxagliptina/metformin XR 2.5/1000 mg 2 tab por día
- Mejoró adherencia
- Tolerabilidad fue similar, desde el inicio no había tenido problemas de tolerabilidad
- 6 meses después Hba1c estaba en 6.5% (0.3% de reducción)

Persistencia de tratamiento



Farr AM. Adv Ther. 2014;31:1287



Preguntas...
chenku2409@gmail.com
EndoDrChen.com
