XXV REUNIÓN

INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR

4 y 5 mayo 2023 | Palacio de Congresos Girona

#25ICyFA

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

FEMI
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

SEMI Grupo de Insuficiencia Cardiaca y Fibrilación Auricular

Moderador

Fco Javier Carrasco Sánchez

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Coordinador SEMI de Formación Continuada

VISIÓN INTEGRAL DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Dra. Rocío García Alonso
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila
Grupo de Trabajo de Riesgo Vascular

Dr. Pedro Pablo Casado
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la princesa. Madrid
Grupo de Trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición

Dr. Francisco Javier Medrano Ortega
Servicio de medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
Grupo de Trabajo de EPOC

Dr. Juan Igor Molina Puente
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila
Grupo de Trabajo de Cronicidad y Pluripatología

Año 2023

María tiene 75 años

Enfermedad Evolucionada

Antecedentes Personales

Diabetes Gestacional a los 32 años

FRCV:

- Diabetes Tipo 2 de 16 años de evolución. Retinopatía diabética no proliferativa.
- HTA de 20 años de evolución. Control subóptimo
- Hipercolesterolemia (no recuerda cuando comenzó)
- Tabaquismo hasta hace 2 años.
- Obesidad tipo 2

Enfermedad CV establecida:

- Cardiopatía isquémica con IAMSEST en 2020. Enfermedad multivaso con revascularización parcial. Clínica de insuficiencia cardiaca desde el SCA.
- Ecocardiografía: HVI, AI dilatada y FEVI=50%.
- Ictus derecho en 2019 sin secuelas.

Enfermedad Renal diabética estadio G3bA3

Gonartrosis de rodilla derecha

Enfermedad Actual

- ***Situación Basal***
  - *Vida muy sedentaria por disnea basal grado II y limitación funcional por la obesidad y dolores en rodilla derecha. No sale a pasear. Se maneja bien en la casa, pero tiene dificultades para subir escaleras.*
- ***Anamnesis***
  - *Consulta por disnea de reposo con ortopnea y edemas en MMII*
  - *Refiere cuadros catarrales de repetición con pitos y lleva 10 días con BD y ciclo de corticoides*
  - *En la anamnesis dirigida muestra molestias torácicas de minutos de duración*
- ***Exploración***
  - *SaO2 89% a/a TA 180/98 mm Hg FC 122 x' FR 28 x' temperatura 38,5ºC glucemia de 300 mg/dl*
  - IMC 33 kg/m^2
  - *AC ruidos cardiacos arrítmicos con soplo sistólico mitral II/VI*
  - *AR crepitantes húmedos bilaterales. Sibilantes generalizados*
  - *MMII con edemas en tobillos y pretibiales. No empastamientos*

Enfermedad Actual

Estudios Complementarios básicos

- *Hemograma: Hb 8,2 g/dl VCM 89*
- *Coagulación: normal; Dímero D 750*
- *Bioquímica:* ***glucosa basal 260 mg/dl,*** **creatinina 1.6 mg/dl** *(CK-EPI 31 ml/min/1,73 m2)****.*** *Troponina T 80 ng/ml - 90 ng/ml – 85 ng/ml NT-proBNP 2500 pg/ml*
- Rx Tórax: ligera cardiomegalia, edema intersticial bilateral. Derrame pleural derecho
- ECG: FA a 120 x' HVI.

Estudios complementarios adicionales

- **Colesterol 233 mg/dl**, HDL 42 mg/dl, LDL 119 mg/dl, **TG 220 mg/dl mg/dl, HbA1c 8,5%**
- **Metabolismo del hierro**: Ferritina 120 IST 8%
- **Ecografía pulmonar**: líneas B en todos los campos explorados.
- **Ecocardiografía**: HVI, tabique de 15, AI dilatada (48 mm) y FEVI=40%.

- ***Tratamiento previo de la paciente:***
  - *losartan 100 mg/hidroclorotiazida 25 mg en desayuno*
  - *AAS 100 mg en almuerzo*
  - *Insulina glargina 40 ui en la cena*
  - *Sitagliptina 50 mg en desayuno*
  - *Atorvastatina 40 mg en la cena*
  - *Atenolol 25 mg en desayuno*
  - *Tramadol / paracetamol para el dolor*
  - Furosemida 40 mg en desayuno y cena
  - Ipratropio a demanda
  - Lormetazepam 1 m en la noche
  - Alopurinol 100 en desayuno
  - Paroxetina 20 en en desayuno
  - Calcio y colecalciferol

Paciente con enfermedades crónicas evolucionadas y pluripatología

Resumen de diagnósticos

- Insuficiencia cardiaca crónica agudizada.
- Cardiopatía isquémico-Hipertensiva. FEVI mínimamente reducida
- Fibrilación auricular CHA_2DS_2-VASc = 9

- DM2 de larga evolución. Retinopatía diabética
- Enfermedad Renal Diabética estadio G3b A3.
- HTA no controlada, Dislipemia aterogénica, Obesidad tipo 1

- Anemia, Depresión, Artrosis, Hiperuricemia, dolores no controlados

- Habría que plantearse algún diagnostico alternativo

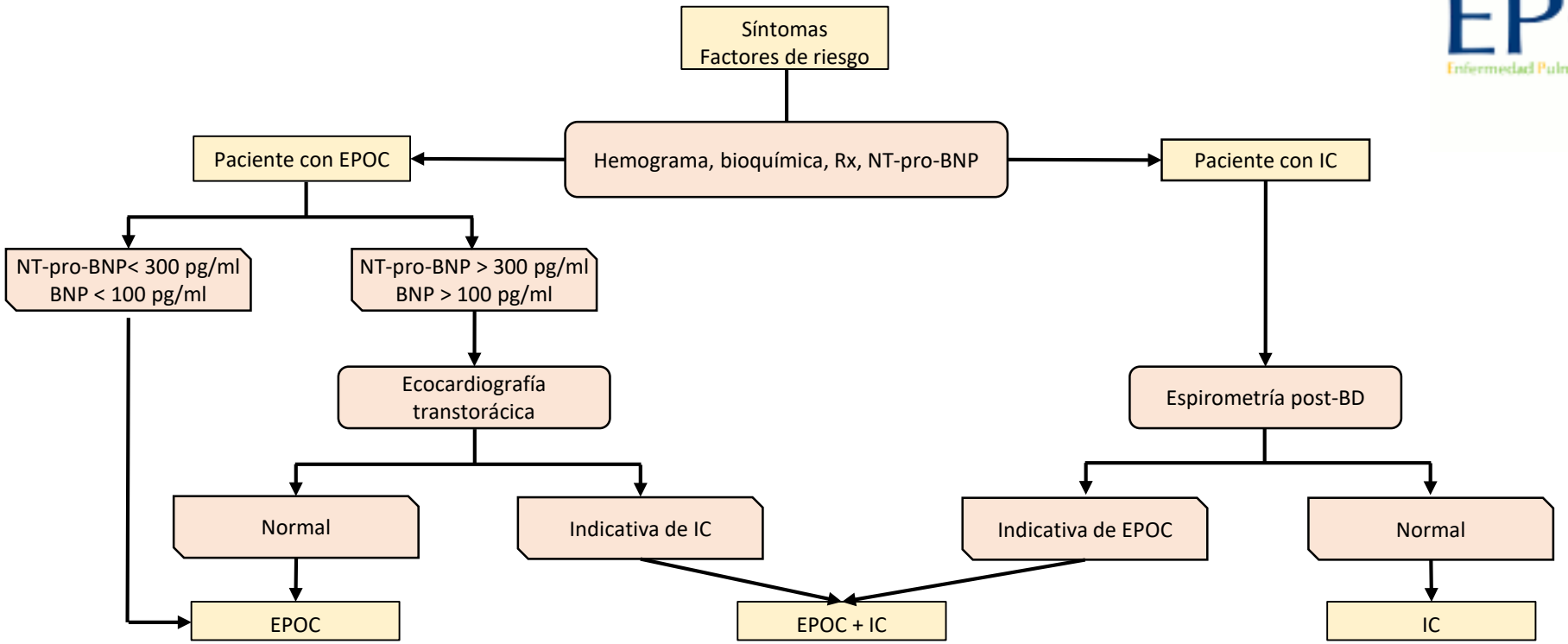
¿COMO PODEMOS REALIZAR UNA VALORACIÓN INTEGRAL PARA EL CORRECTO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTA PACIENTE CON CLINICA EVIDENTE DE INSUFICIENCIA CARDIACA?

1º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA – PRONÓSTICA

2ª VALORACIÓN TERAPEUTICA

Grupo de
Riesgo Vascular

Figura 1. Manejo de la disnea aguda en pacientes con EPOC y/o IC



Rx, radiografía de tórax, NT-pro-BNP, fragmento amino terminal del péptido natriurético cerebral, BD, broncodilatación

López Rios C, Gil-Bernal R, Medrano FJ. Insuficiencia cardiaca. En: Díez Manglano, Alonso B (eds.). ***Diagnóstico y tratamiento de las comorbilidades en la EPOC. Madrid: SEMI, 2023***, p. 67-94.

70% de los pacientes EPOC se diagnostican en estados avanzados

	1997	2007	2017
	IBERPOC	EPISCAN I	EPISCAN II
Población	(40-69 años)	(40-80 años)	(40-80 años)
Prevalencia global	9, 1%	10,2%	11,8%
Mujeres	3 %	5,6%	9,4%
Varones	15,0%	15,1%	14,6%
Infradiagnóstico	78,2%	73%	74,7%
	Chest 2000	Thorax 2009	Arch Bronc 2020

Infradiagnóstico: sin cambios en los últimos 20 años[1-3]

1. Peña V et al. Arch Bronconeumol. 1997;33(6):293-299.
2. Miravitlles M, *et al. Thorax. 2009;64(10):863*-8.
3. Soriano JB, et al. *Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2021;57(1):61*-69.

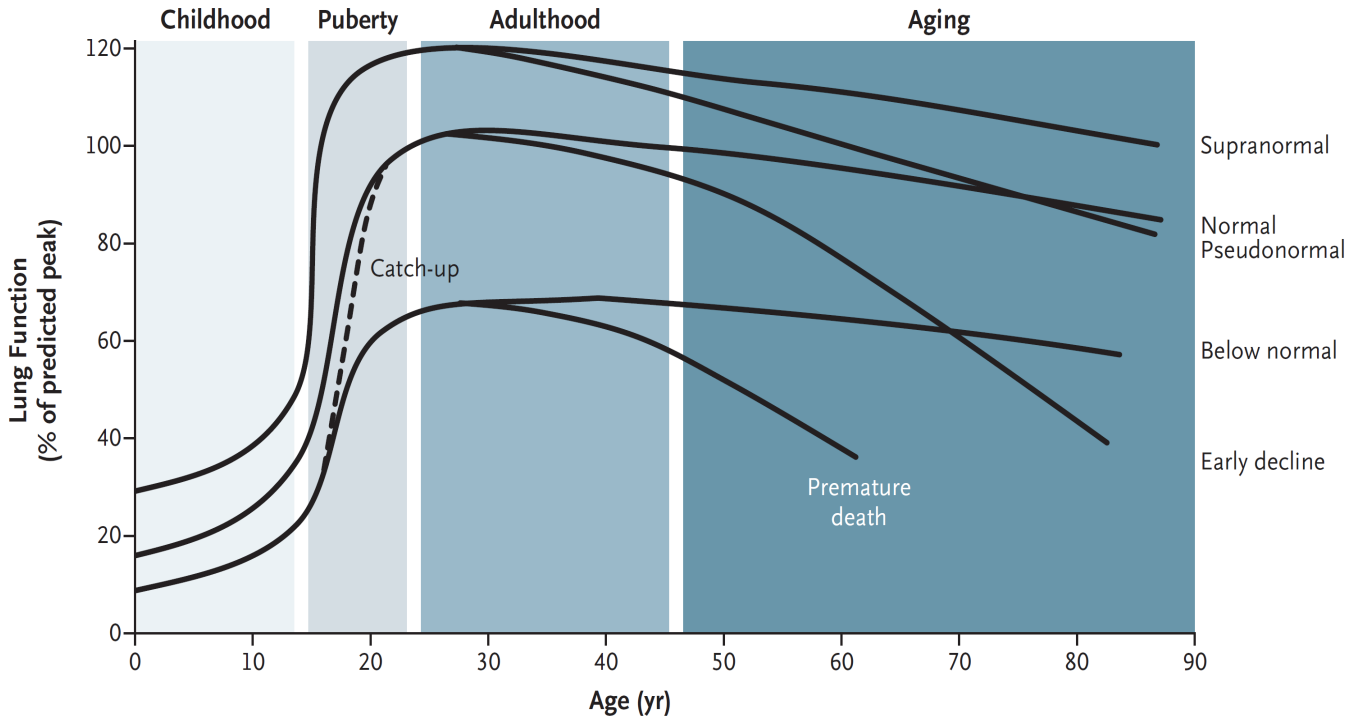
	6 to <15 yrs	15 to <30 yrs	30 to <45 yrs	45 to <60 yrs	60 to 82 yrs
	n=981	n=2012	n=2404	n=3010	n=2972
Prevalence pre-BD FEV_1<LLN	6.6%	7.2%	7.4%	7.5%	8.5%
Age	1.5				
Low education status		1.03			
Wheezing			3.0	2.0	1.8
Coughing				2.0	
Dyspnoea				2.0	2.0
Asthma	7.5	2.8	2.9		3.3
COPD/chronic bronchitis	43.3		2.9	3.5	4.1
Sinusitis/nasal polyps			4.9		
Pneumonia, ever				1.6	
Low fat free mass index	3.9	2.2	1.6		2.3
Central obesity					1.8
Diabetes					2.0
Positive skin prick test	2.5				
Low hand grip test			1.9		
Current smoking	NA			1.7	1.8
≥20 pack years	NA	81.8			2.9
Sugary drinks, >1 per day			1.5	1.7	
Fruits/vegetables, <2 per day		1.8			
High traffic level near home			1.6		
Parenteral asthma/COPD					1.8
Elevated hsCRP	3.8				
Elevated eosinophils					2.1

Breyer-Kohansal R, et al. ***Am J Respir Crit Care Med 2020***; 202: 292–296.

¿Quién tiene mayor probabilidad de *EPOC oculta*?

Prevalencia de función pulmonar baja (FEV1<) en diferentes intervalos de edad y mapa de color de factores significativamente asociados (análisis multivariante, OR) en la cohorte LEAD en Austria.

El nuevo paradigma de la EPOC: programa ANTES
Anticipando el DiagNóstico y Tratamiento de la Epoc en el Siglo XXI



Agustí A, Hogg JC. ***N Engl J Med. 2019***;381(13):1248-1256.

- *Diversas trayectorias*
- *Etapas tempranas de la vida*
- *Mas allá del tabaco (70/30)*
- *Infra diagnóstico / Infra tratamiento*
- *Early* EPOC *y mild* EPOC
- *Seguir vs. Liderar*

Grupo de Diabetes,
Obesidad y Nutrición

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD: (SEÑALAR UNO O MAS CRITERIOS DE COMPLEJIDAD CONSIDERA PCPPC AL PACIENTE)

o Nivel de gravedad dentro de las categorías clínicas indicadas
**Factores sociosanitarios:
o Al menos un ingreso hospitalario en el último año
o Al menos una caída en el último año
o Desnutrición (IMC < 18,5)
o Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica)
o Barthel inferior a 60 o reconocimiento de dependencia II o III y sin cuidador o con cuidador vulnerable:
- Cuidador de 80 años o más
- Enfermedad o incapacidad del cuidador
- Cuidador con dependencia reconocida
- Cuidador con varios dependientes a su cargo

CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGÍA

17 recomendaciones propuestas por los médicos internistas en el **documento** *«Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna»* son las siguientes:

Recomendación 1
Es preciso realizar una valoración integral y multidimensional de las personas ancianas (VIMA) hospitalizadas en Medicina Interna.

Recomendación 2
La valoración integral y multidimensional debe incluir fundamentalmente una evaluación clínica y de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, de la función cognitiva, del estado afectivo, de la medicación y de la situación social.

Recomendación 3
Es necesario evaluar en los ancianos hospitalizados la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Recomendación 4
Es necesario evaluar la situación cognitiva en los ancianos hospitalizados.

Recomendación 5
Hay que prevenir e identificar de forma precoz el *delírium* en los ancianos hospitalizados.

Recomendación 6
La evaluación del estado afectivo y el despistaje de un trastorno depresivo en los ancianos hospitalizados deben realizarse utilizando una herramienta de cribado o, cuando esto no sea posible, mediante la entrevista clínica ordinaria.

Recomendación 7
Durante la hospitalización de los ancianos es conveniente identificar a la persona cuidadora principal y detectar las situaciones de riesgo social.

Recomendación 8
Durante la hospitalización de los ancianos, y en colaboración con los profesionales de enfermería,

hay que evaluar la existencia de otras situaciones de riesgo como fragilidad, desnutrición y los riesgos de caídas y de úlceras por presión**.**

https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/semi-publica-un-documento-de-posicionamiento-con-17-recomendaciones-para-la

Recomendación 9
Es conveniente realizar una valoración del pronóstico en los pacientes ancianos hospitalizados para adecuar junto al paciente y su familia, los objetivos y la intensidad de los cuidados, los estudios diagnósticos y los tratamientos.
Recomendación 10
Es imprescindible identificar durante la hospitalización a las personas ancianas con enfermedad crónica avanzada o en situación de cuidados paliativos, para organizar y planificar los cuidados teniendo en cuenta sus expectativas, preferencias y valores.

Recomendación 11
Es conveniente aprovechar el ingreso hospitalario para hacer una revisión sistemática de la medicación de la persona anciana.
Recomendación 12
Durante la hospitalización de las personas ancianas, antes de prescribir un fármaco nuevo o de plantear la desprescripción de un medicamento, hay que valorar el beneficio-riesgo teniendo en cuenta los resultados de la VIMA.

Recomendación 13
La VIMA debe acompañarse de la realización de un plan de intervención individualizado que apoye la mejora o resolución de los problemas identificados.
Recomendación 14
Es recomendable la utilización de listados de verificación, o *checklists*, para mejorar la información obtenida en la VIMA durante la hospitalización.

Recomendación 15
La VIMA puede hacerse de forma multidisciplinar con la participación de diferentes profesionales.
Recomendación 16.
Tras una hospitalización, los resultados de la VIMA deben constar en el informe de alta.

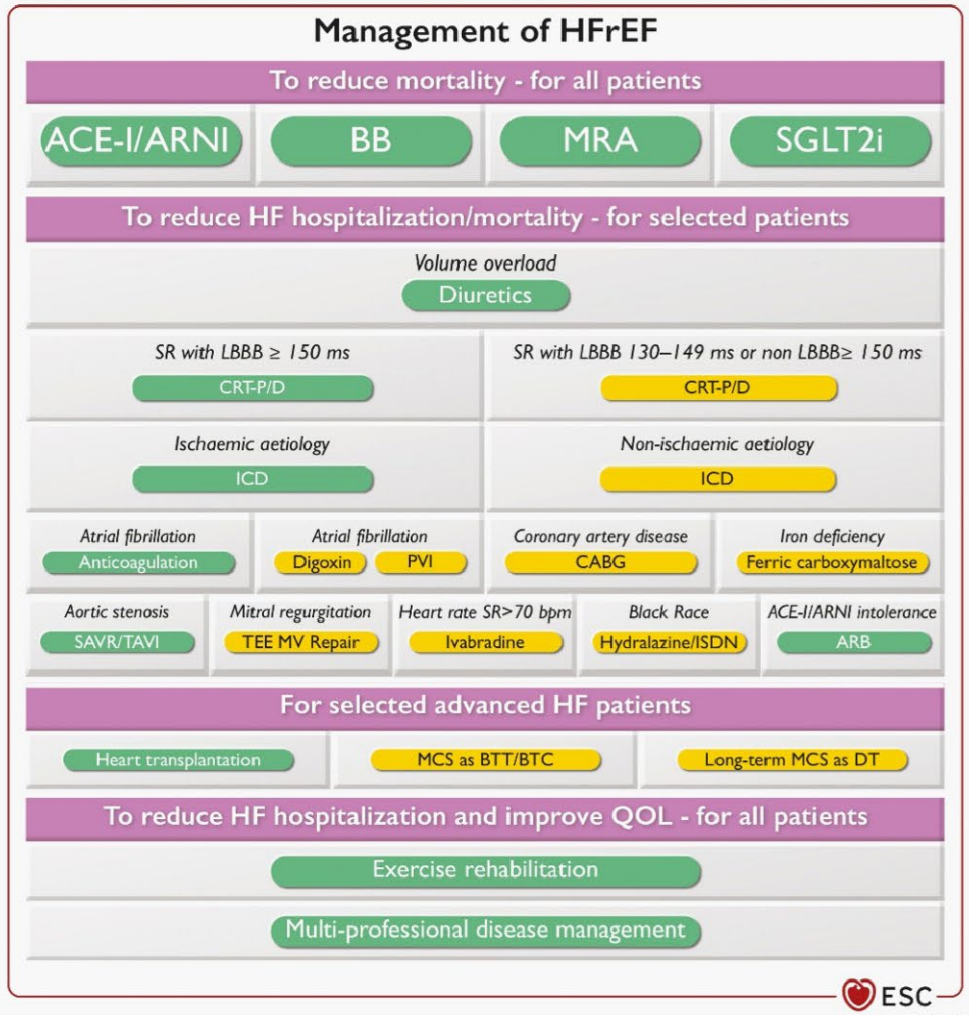
Recomendación 17
La VIMA debe actualizarse periódicamente.

https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/semi-publica-un-documento-de-posicionamiento-con-17-recomendaciones-para-la

¿COMO PODEMOS REALIZAR UNA VALORACIÓN INTEGRAL PARA EL CORRECTO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTA PACIENTE CON CLINICA EVIDENTE DE INSUFICIENCIA CARDIACA?

1º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA – PRONÓSTICA

2ª VALORACIÓN TERAPEUTICA



Strategic phenotypic overview of the management of heart failure with reduced ejection fraction

ACE-I = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin receptor blocker; ARNI = angiotensin receptor-neprilysin inhibitor; BB = beta-blocker; b.p.m. = beats per minute; BTC = bridge to candidacy; BTT = bridge to transplantation; CABG = coronary artery bypass graft; CRT-D = cardiac resynchronization therapy with defibrillator; CRT-P = cardiac resynchronization therapy with pacemaker; DT = destination therapy; HF = heart failure; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; ICD = implantable cardioverter-defibrillator; ISDN = isosorbide dinitrate; LBBB = left bundle branch block; MCS = mechanical circulatory support; MRA = mineralocorticoid receptor antagonist; MV = mitral valve; PVI = pulmonary vein isolation; QOL = quality of life; SAVR = surgical aortic valve replacement; SGLT2i = sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor; SR = sinus rhythm; TAVI = transcatheter aortic valve replacement; TEE = transcatheter edge to edge. Colour code for classes of recommendation: Green for Class of recommendation I; Yellow for Class of recommendation IIa (see Table 1 for further details on classes of recommendation).
The Figure showsmanagement options with Class I and IIa recommendations. See the specific Tables for those with Class IIb recommendations.

©ESC

www.escardio.org/guidelines

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (European Heart Journal 2021 – doi:10.1093/eurheartj/ehab368)

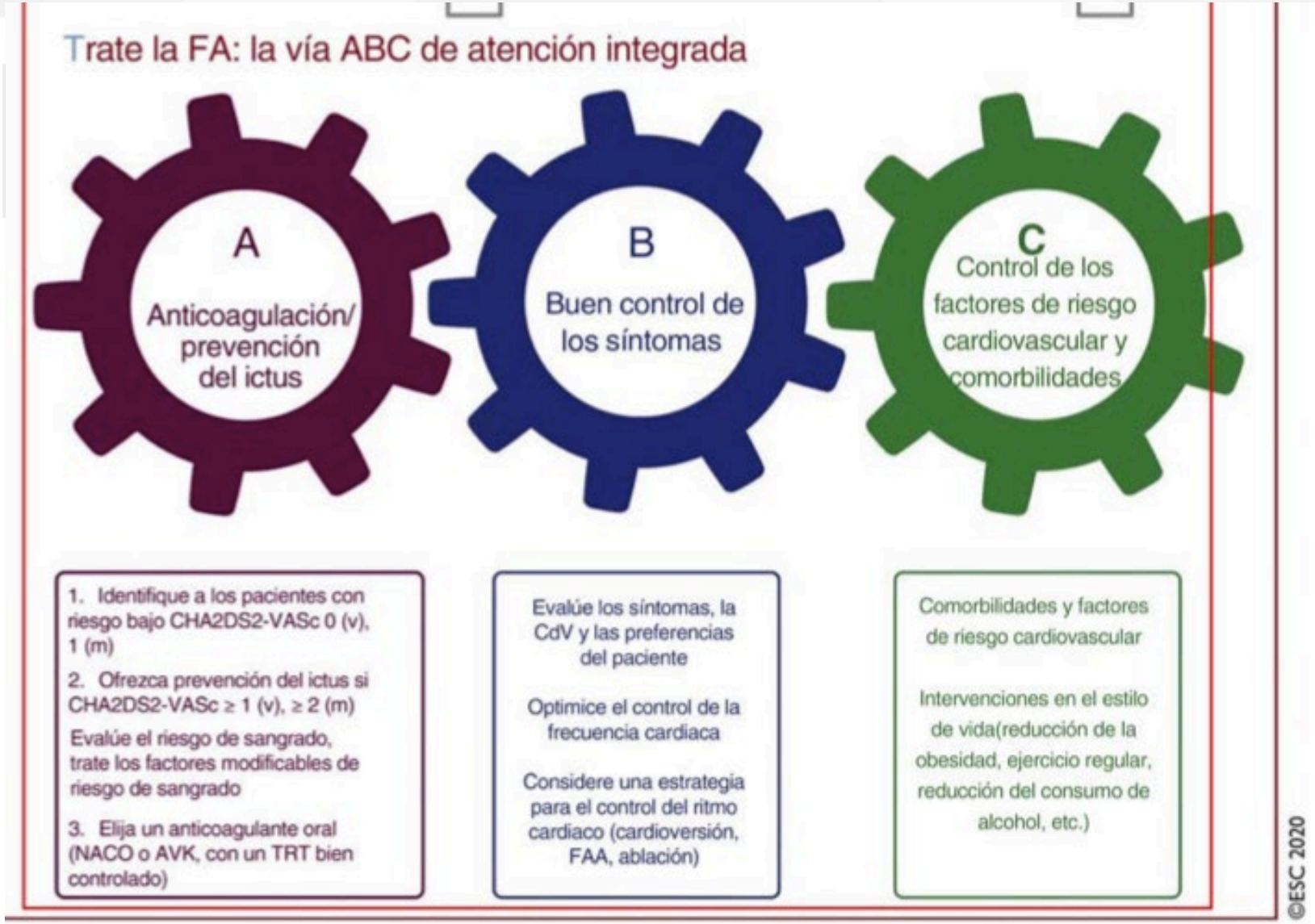
Guía de Práctica Clínica

Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la *European Association for Cardio-Thoracic Surgery* (EACTS)

Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y el tratamiento de la fibrilación auricular

Desarrollada con la colaboración especial de la *European Heart Rhythm Association* (EHRA) de la ESC

Autores miembros del Grupo de Trabajo: Gerhard Hindricks[*] (coordinador) (Alemania), Tatjana Potpara[*] (coordinadora) (Serbia), Nikolaos Dagres (Alemania), Elena Arbelo (España), Jeroen J. Bax (Países Bajos), Carina Blomström-Lundqvist (Suecia), Giuseppe Boriani (Italia), Manuel Castella[†] (España), Gheorghe-Andrei Dan (Rumanía), Polychronis E. Dilaveris (Grecia), Laurent Fauchier (Francia), Gerasimos Filippatos (Grecia), Jonathan M. Kalman (Australia), Mark La Meir[‡] (Bélgica), Deirdre A. Lane (Reino Unido), Jean-Pierre Lebeau (Francia), Maddalena Lettino (Italia), Gregory Y.H. Lip (Reino Unido), Fausto J. Pinto (Portugal), G. Neil Thomas (Reino Unido), Marco Valgimigli (Suiza), Isabelle C. Van Gelder (Países Bajos), Bart P. Van Putte (Países Bajos)[†] y Caroline L. Watkins (Reino Unido)



Initial Pharmacological Treatment

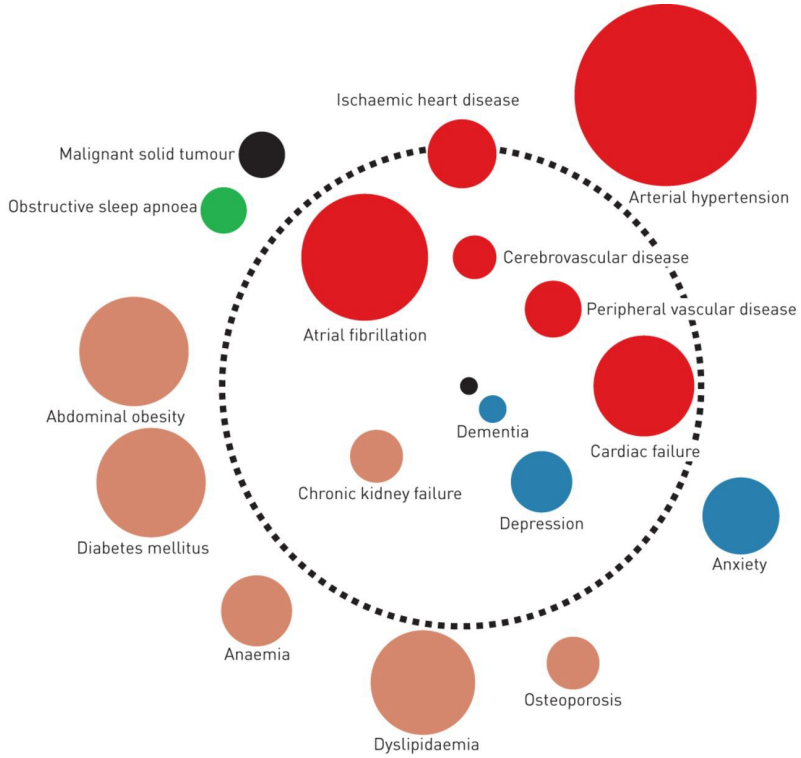
Figure 4.2

≥ 2 moderate exacerbations or ≥ 1 leading to hospitalization	**GROUP E** **LABA + LAMA*** *consider LABA+LAMA+ICS* if blood eos ≥ 300*	
0 or 1 moderate exacerbations (not leading to hospital admission)	**GROUP A** **A bronchodilator**	**GROUP B** **LABA + LAMA***
	mMRC 0-1, CAT < 10	mMRC ≥ 2, CAT ≥ 10

*single inhaler therapy may be more convenient and effective than multiple inhalers
Exacerbations refers to the number of exacerbations per year

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

2023 REPORT



Pere Almagro et al. ***Eur Respir J 201***5;46:850-853

Grupo de Diabetes,
Obesidad y Nutrición

FRAIL

Frail	CRITERIOS	CUESTIONARIO
F	FATIGUE	¿Se siente fatigado, cansado?
R	RESISTANCE	¿Se siente incapaz de subir un piso?
A	AEROBIC	¿Le costaría caminar una manzana completa?
I	Illeness	¿Tiene más de 5 enfermedades?
L	LOST OF WEIGHT	¿Ha perdido más del 5% de peso en los últimos 6 meses?
FRAGILIDAD >3		
Pre frágil 1-2		

FATIGUE	**¿Se siente fatigado, cansado?** **1 Todo el tiempo** **2 La mayor parte del tiempo** **3 Algo de tiempo** **4 Muy poco tiempo** **5 Nada de tiempo.** **1 y 2 =1** **3-5=0**
RESISTANCE	¿incapaz de subir un piso? 1=si 0= No
AEROBIC	¿Le costaría caminar una manzana ? 1= Si 0:=No
Illeness	¿Tiene más de 5 enfermedades? HTA, DM, Cancer, EPOC, Cisq. IC, Angor, Asma, Artritis, Enf. Vascular cerebral, I renal cr. 0-4=0 5-11=1
LOST OF WEIGHT	¿Ha perdido más del 5% de peso en los últimos 6 meses? >5%= 1 <4%= 0

Dimensiones	Puntuación
Demografía ->85 años.	3
Caract. Clínicas: -Neoplasia activa -Demencia -CF III-NYHA -Delirium último ingreso	6 3 3 3
Analítica: HB< 10 g/dl	3
Carácter. Funcionales-sociofamiliares: -Barthel <60 -Ausencia cuidador o cuidador no cónyuge.	4 2
Carácter. Asistenciales: >4 ingresos hospitalarios últimos 12 meses.	3
Total	0-30 puntos

PROFUND

Grupo	Profund	Probabilidad fallecimiento a 12 meses alta.	Probablidad fallecimiento 4 años alta	Probabilidad fallecimiento a 2 años en AP.
Bajo riesgo	0-2	12,1%-14,6%	52%	8,5-11%
Riesgo bajo-intermedio	3-6	21,5%-31,5%	73,5%	18-21,6%
Riesgo Intermedio alto.	7-10	45-50%	85%	26,8-29,5%
Riesgo alto	>11	61,3-68%	92%	41,8-43,7%.

¿Podemos intervenir antes y evitar la evolución clínica que ha tenido nuestra paciente?

María tiene 72 años (2020)

María tiene 72 años, estamos en el 2020

Ingreso Cardiología un mes antes:

IAMSEST. Enfermedad multivaso con revascularización parcial. Ecocardiografía: HVI, AI dilatada y FEVI=50%. Ritmo sinusal.

Clínica actual

Disnea progresiva hasta ser grado III. Cuadros catarrales de repetición y pitos

Exploración:

TA 156/92 Peso 80 talla 160 IMC 31 Kg/m^2

ACP: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado crepitantes bilaterales

Ecografía clínica con líneas B en algunas áreas exploradas

Extremidades: no edemas.

Datos complementarios

Hb 11,5 mg/dl ; HbA1c 8 %; Colesterol 198 mg/dl; LDL 73 mg/dl

Creatinina 1,19 mg/dl Filtrado glomerular 46 ml/min/1,73 m^2.

Ratio Alb/Creat: 330 mg/g (albuminuria). Péptido C normal. PCR 14 Ecocardiografía sin cambios.

María tiene 72 años, estamos en el 2020

Diabetes Gestacional a los 32 años

FRCV:

- Diabetes Tipo 2 de 13 años de evolución.
- HTA de 17 años de evolución.
- Hipercolesterolemia
- Tabaquismo

Gonartrosis de rodilla derecha

Ictus derecho en 2019 sin secuelas

Enfermedad Renal diabética G3a A2

¿Podemos revertir la evolución clínica de María?

- Diabetes 14 años de evolución. Control subóptimo
- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia
- Obesidad tipo 1
- Enfermedad Renal Diabética estadio G3aA3

- Enfermedad Coronaria revascularizada
- Insuficiencia cardiaca con FEVI preservada

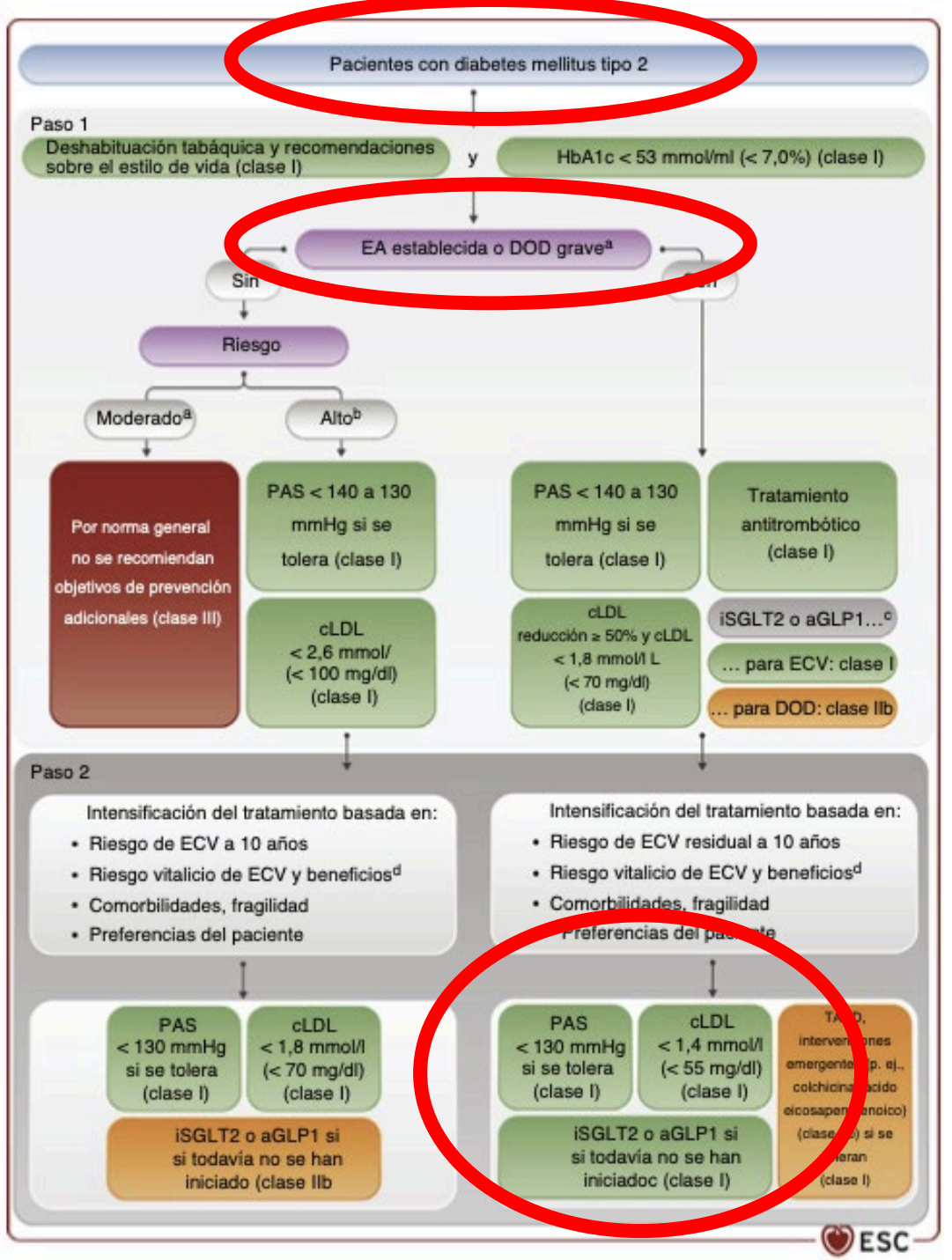
- ¿Nos falta alguna valoración? ¿EPOC?

¿PROPUESTAS DE ABORDAJE CLINICO PARA EVITAR QUE MARIA LLEGUE AL ESCENARIO ANTERIOR?

Guías de Práctica Clínica

Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica

Con la contribución especial de la *European Association of Preventive Cardiology* (EAPC)

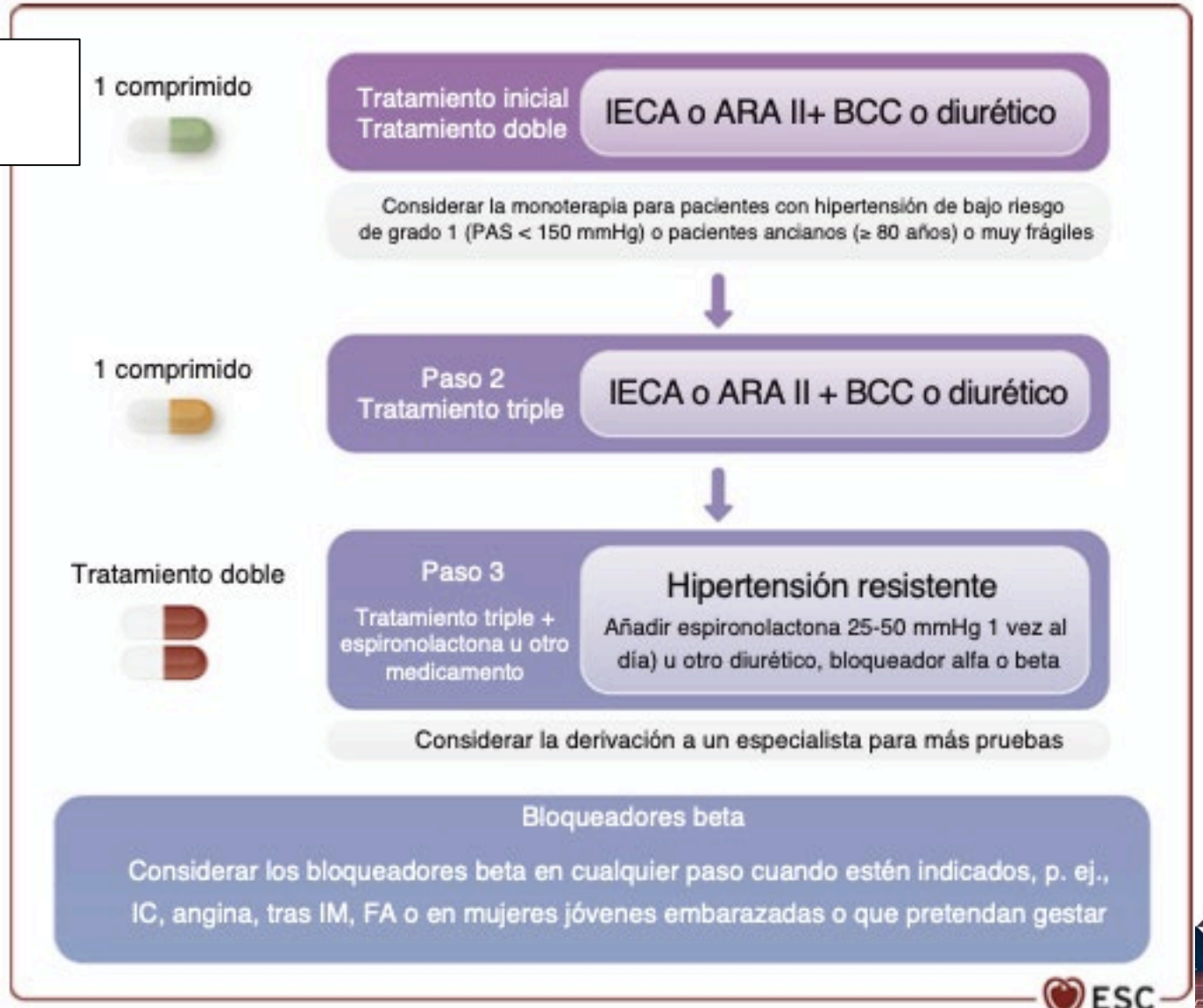


#25ICyFA

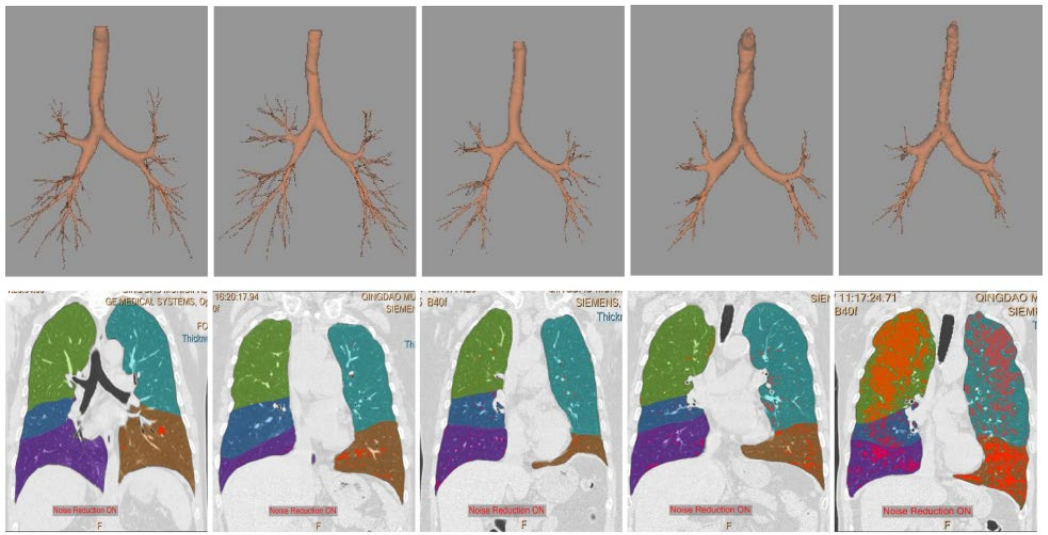
Guías de Práctica Clínica

Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica
Con la contribución especial de la *European Association of Preventive Cardiology* (EAPC)

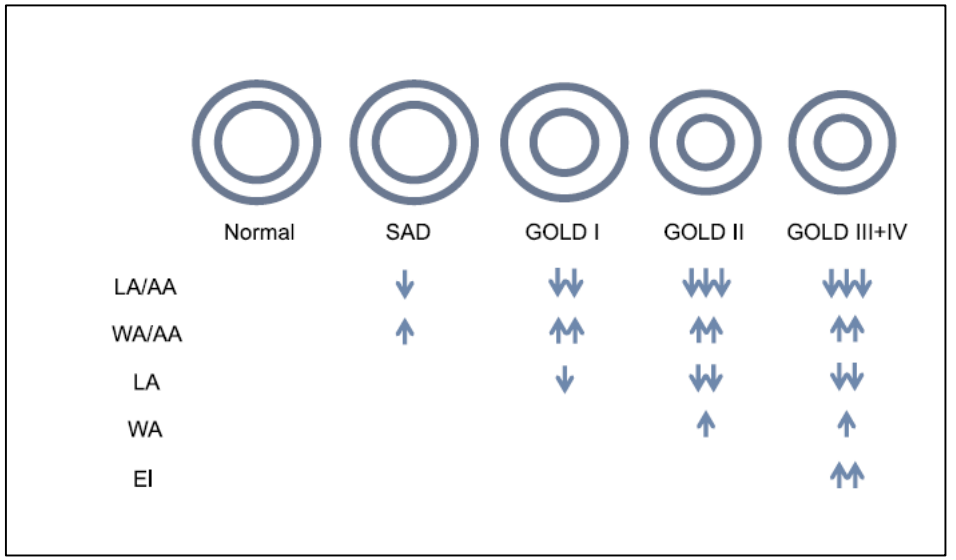
Estilo de vida: Dieta , ejercicio…

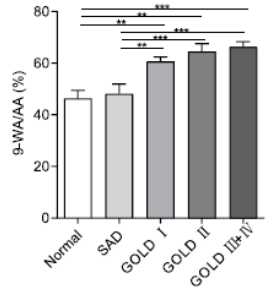


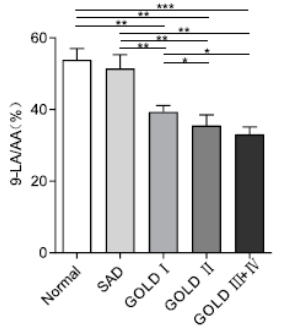
¿Podemos diagnosticar de EPOC a los pacientes “frágiles” de MI?



Qin S, et al. ***Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021***;16:535-544.







LA= lumen area
WA = wall area
AA = airway area
EI = emphysema index

Grupo de Diabetes,
Obesidad y Nutrición

Fármacos con efectos anticolinérgicos

Analgésicos
Antiarrítmicos
Antibióticos
Antidepresivos
Antieméticos
Antiespasmódicos
Antiepilépticos
Antihipertensivos
Antihistamínicos
Antiparkinsonianos
Antipsicóticos
Antiulcerosos
Benzodiacepinas
Broncodilatadores
Corticoides
Diuréticos
Relajantes musculares

CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGÍA

DEPRESCRIPCIÓN

Damos un paso mas

Ahora podríamos haber mejorado mucho el pronóstico …

María tiene 69 años (2017)

María tiene 69 años, podemos cambiar su pronóstico

Recordar: diabetes gestacional

FRCV: HTA en objetivo. Hipercolesterolemia. DM2 hace 10 años. Tabaquismo

Tiene disnea de esfuerzo y ocasionalmente catarros

Exploración: TA 136/75 Peso 75 talla 160 IMC 28,9 Kg/m^2

ACP: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos

Extremidades: no edemas.

ECG con datos de HVI

Complementarios

HbA1c 7,7%; Colesterol 184 mg/dl; LDL 68 mg/dl

Creatinina 0.97 mg/dl Filtrado glomerular 60 ml/min/1,73 m^2.

Ratio Alb/Creat: 200 mg/g (microalbuminuria)

Tratamiento: Metformina 1000 mg + sitagliptina 100 mg + Losartan 50 mg + simvastatina 20

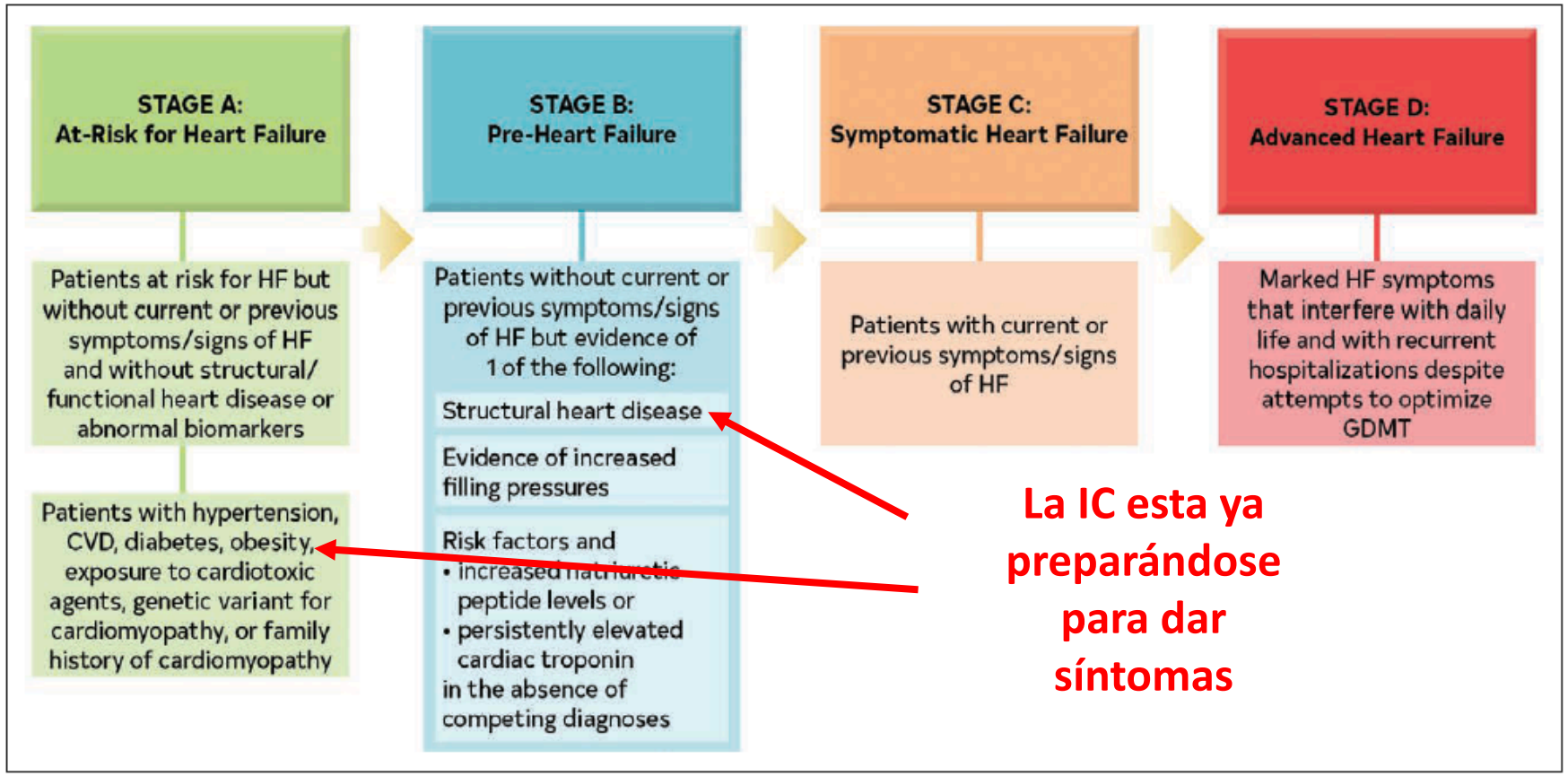


Figure 1. ACC/AHA Stages of HF.
The ACC/AHA stages of HF are shown. ACC indicates American College of Cardiology; AHA, American Heart Association; CVD, cardiovascular disease; GDMT, guideline-directed medical therapy; and HF, heart failure.

Circulation. 2022;145:00–00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001063

María es una paciente de muy alto riesgo cardiovascular

- DM2 con control subóptimo
- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia
- Sobrepeso
- Probable cardiopatía hipertensiva
- Estadio B de Insuficiencia cardiaca de la AHA
- Enfermedad renal diabética estadio G2A2
- ¿Faltan diagnósticos?

ACTUAR SOBRE EL ESTILO DE VIDA

ADECUAR TRATAMIENTO DE LA DM2
(METFORMINA + iSGLT2 +/- arGLP1)
SOBREPESO/OBESIDAD

LDL < 55

PA < 140/90 (135/85)

PREVENIR LA IC (DM2, HVI)
(iSGLT2)
NEFROPROTECCIÓN
(iSGLT2)
CRIBAJE DE EPOC (TABAQUISMO)