

Novedades en los *Standards of Care in Diabetes 2023*

Carlos Hernández Teixidó

Médico de familia del Centro de Salud Alconchel, Badajoz

RESUMEN

Desde el año 1989 la American Diabetes Association (ADA) publica de manera anual sus *Standards of Medical Care in Diabetes*, pudiendo así ofrecer al equipo asistencial las recomendaciones más actuales basadas en la evidencia para diagnosticar y tratar personas con alguna de las múltiples formas de diabetes mellitus (DM) existentes.

Este año, y con motivo de ampliar la importancia del lenguaje en diabetes (*Language matters*) el Comité Editorial de la ADA ha decidido cambiar el habitual nombre del documento de *Standards of Medical Care in Diabetes* por *Standards of Care in Diabetes (SCD)*¹, reiterando así la importancia del cuidado de la DM por parte de sanitarios, investigadores, legisladores y otras personas implicadas en los componentes de la atención al paciente.

En el presente editorial se hará referencia solo a algunas de las novedades más interesantes y que abarcan desde el manejo clínico y medidas no farmacológicas hasta novedades terapéuticas e implicaciones clínicas.

Palabras clave: estándares de cuidado, guías clínicas, diabetes mellitus.

Keywords: standard of care, guidelines, diabetes.

La principal novedad en las recomendaciones de este año llega de la mano de su nuevo algoritmo² de tratamiento que presentaron en el Congreso de la European Association for the Study of Diabetes (EASD) por ser un consenso de ambas sociedades³. Este se basa en el manejo holístico y centrado en el paciente, dividiéndose en tres apartados dentro del mismo: manejo glucémico, manejo del peso y manejo del riesgo cardiorenal. Además de ello, aunque no incluido dentro del algoritmo, inciden en la importancia del control de la presión arterial, el control de lípidos, la antiagregación si fuera preciso y el cese del hábito tabáquico.

Se mantienen el apartado de control glucémico y minimización de hipoglucemias, el control de peso y los condicionantes; y desaparece de forma evidente la evaluación de costes dentro del algoritmo. No lo hace así en las repetidas tablas de presentaciones farmacológicas y precio en Estados Unidos.²

Aunque el uso de metformina sigue siendo recomendado como primera opción en el apartado de objetivo glucémico (“metformina o su combinación con otros fármacos”), su uso queda relegado a la ausencia de enfermedad renal crónica (ERC), de insuficiencia cardíaca (IC), de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) de alto riesgo cardiovascular (CV) o

a la intensificación por el incumplimiento del objetivo glucémico. Se incluye, además, un apartado sobre la eficacia para alcanzar dicho objetivo. Los fármacos con mayor eficacia son: dulaglutida (altas dosis), semaglutida y tirzepatida, seguidos de la insulina y de las combinaciones de agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) con insulina. Tras ellos se encuentran el resto de arGLP-1, la metformina, los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2), las sulfonilureas y la pioglitazona. Por último, con una eficacia intermedia, los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP-4).²

Dentro del algoritmo, en su apartado de obesidad, mantiene la importancia de los objetivos individualizados. Para ello proponen el uso de programas estructurados y basados en la evidencia para la pérdida de peso y la modificación de estilos de vida. Además, se debe considerar la cirugía metabólica y el uso de medicación para perder peso. Del mismo modo que en el anterior apartado, añaden un listado de los fármacos según su eficacia para hacer perder peso. Semaglutida y tirzepatida son los que aportan un mayor beneficio. Le siguen dulaglutida y liraglutida con una eficacia alta. Como eficacia intermedia, incluyen el resto de arGLP-1 y los iSGLT-2; y destacan la metformina y los iDPP-4 como neutros en cuanto al peso.²

Mantienen el uso de iSGLT-2 o arGLP-1 como primera opción para pacientes con ERC, IC o ECVA priorizando cada grupo según la evidencia demostrada y proponiendo el uso combinado de ambos como segunda opción en personas con ERC, ECVA o alto riesgo CV. Estos últimos serán aquellos que, teniendo más de 55 años, presenten al menos dos factores de riesgo entre: obesidad, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, tabaquismo o albuminuria.²

Extrapolando estos condicionantes a series de nuestro medio, podemos observar que más de un 90 % de los pacientes tienen más de 55 años, que la HTA está presente en el 71,9 %, la dislipemia en el 60 %, la obesidad en el 44,9 %, la albuminuria en el 14,2 % y que el 14,3 % son fumadores⁴. Por tanto, y en consecuencia con los altos porcentajes de prevalencia de comorbilidades, los iSGLT-2 y arGLP-1 son posicionados como primer escalón pragmático para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) dentro de estas nuevas recomendaciones, relegando la metformina a la intensificación para consecución del objetivo glucémico.

Entre las novedades de los SCD de 2023, cabe destacar el uso de nuevos fármacos o las nuevas indicaciones para fármacos ya existentes. Se introduce la posibilidad de utilización de pioglitazona para reducir el riesgo de ACV o de IAM en personas con riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y evidencia de insulinorresistencia y prediabetes⁵. Igualmente, recomiendan el uso de pioglitazona o de arGLP-1 para el tratamiento de la esteatosis no alcohólica, así como la modificación de los estilos de vida y la cirugía bariátrica⁶. Añaden igualmente a sus recomendaciones el uso de finerenona (con un grado de evidencia A) para personas con DM2 y ERC con albuminuria tratados con dosis máximas de IECAS o ARA2, para mejorar los resultados CV y reducir el riesgo de progresión a ERC.⁷

Por último, como se avanzaba en el algoritmo, se introduce el uso de tirzepatida (un fármaco dual conformado por el polipéptido inhibidor gástrico, GIP, arGLP-1) como opción hipoglucemiante con gran potencial para la pérdida de peso. Cabe destacar que, en los estudios previos de esta molécula, con dosis de 15 mg, se consiguieron pérdidas de peso del 11 % en personas con DM2⁸ y del 22,5 % en personas sin DM2⁹. Y es que el manejo de la pérdida de peso es una de las principales actualizaciones de la publicación. Se enfatiza la importancia de plantear un objetivo de pérdida de peso más intensivo (hasta

el 15 %) mediante la modificación de los estilos de vida y la inclusión de fármacos. Además, se ha reforzado que tanto las pequeñas como las grandes pérdidas de peso deben considerarse objetivos en cada caso. En particular, una pérdida de peso mayor del 10 % puede tener efectos modificadores de la enfermedad, como es la remisión de la DM, y puede mejorar los resultados CV a largo plazo.¹⁰

Otra de las principales actualizaciones viene de la mano del apartado de *Enfermedad cardiovascular y gestión de riesgos*¹¹, donde este año se actualizan los objetivos de PA y de LDL bajo el aval de la American College of Cardiology (ACC). Modifican la definición de HTA como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 130 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 80 mmHg basadas en al menos dos mediciones obtenidas en más de dos ocasiones; todo ello en consonancia con la definición de HTA por la ACC y la American Heart Association (AHA)¹². Modifican igualmente el objetivo de tratamiento en personas con DM e HTA, siendo $<130/80$ mmHg el objetivo a alcanzar. La recomendación para apoyar este objetivo va acorde con las directrices del ACC/AHA¹² y la Sociedad Europea de HTA y Cardiología¹³.

Igualmente se actualiza el objetivo de LDL en personas con DM¹¹. Para personas entre 40 y 75 años con alto riesgo CV, se recomienda el uso de estatinas para conseguir una disminución del LDL mayor del 50 % inicial y alcanzar <70 mg/dL. Si presentaran un evento CV previo, se buscará un objetivo de LDL <55 mg/dL con una disminución de al menos el 50 % del LDL basal. Si no se lograra con estatinas, se recomienda la adición de ezetimiba o un inhibidor de la PCSK-9, incluso en prevención primaria.

Una guía de práctica clínica (GPC) debe ser un documento que recoja de manera ordenada y sistemática argumentos sostenidos en la medicina basada en la evidencia, de resultados de ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis. Por ello, cabe destacar que la bibliografía empleada en los SCD de este año para la modificación de los objetivos de HTA y de LDL, no está basada en ensayos y metaanálisis, sino en otras GPC¹²⁻¹⁵. Esta forma de valorar la evidencia reduce la calidad y la validez del propio documento y relega estos cambios a un calco de las recomendaciones de otras sociedades científicas. Esperemos que revisen esta forma de trabajar en futuras actualizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D; on behalf of the American Diabetes Association, Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S1-S4.
2. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D; on behalf of the American Diabetes Association, 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S140-S157.
3. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2022 Sep 23; dci220034.
4. Franch Nadal J, Mata Cases M, Mauricio Puente D. Epidemiology and clinical management of type 2 diabetes mellitus and associated comorbidities in Spain (e-Management study). *Med Clin (Barc)*. 2016 Nov;147 Suppl 1:1-7.
5. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D; on behalf of the American Diabetes Association, 3. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S41-S48.
6. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D; on behalf of the American Diabetes Association, 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S49-S67.
7. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D; on behalf of the American Diabetes Association, 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S191-S202.
8. Rosenstock J, Wysham C, Frías JP, Kaneko S, Lee CJ, Fernández-Landó L, et al; Efficacy and safety of a novel dual GIP and GLP-1 receptor agonist tirzepatide in patients with type 2 diabetes (SURPASS-1): a double-blind, randomised, phase 3 trial. *Lancet*. 2021 Jul 10;398(10295):143-155. Erratum in: *Lancet*. 2021 Jul 17;398(10296):212.
9. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al; Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*. 2022 Jul 21;387(3):205-216.
10. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D; on behalf of the American Diabetes Association, 8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S128-S139.
11. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D; on behalf of the American Diabetes Association, 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S158-S190.
12. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:e127-e248.
13. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-3104.
14. De Boer IH, Bangalore S, Benetos A, et al. Diabetes and hypertension: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2017;40:1273-1284.
15. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension* 2020;75:1334-1357.