

## Los post más interesantes del Blog de Mateu

Fátima Villafañe Sanz

Medica de Familia. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid

Joan Barrot de la Puente

Médico de familia del Centro de Salud Jordi Nadal, Salt (Girona)

Traemos a esta nueva sección los comentarios realizados en el Blog de la redGDPS a dos interesantes artículos:

El primero recuerda la importancia de la sarcopenia diabética. Recalca la importancia de su cribado y diagnóstico rápido, para evitar las consecuencias de no realizar un abordaje adecuado de la enfermedad.

El segundo es una actualización sobre la nomenclatura de la esteatosis hepática, enfermedad que está siendo revisada en el momento actual, y de la cual, oiremos hablar mucho en el futuro cercano.

**Palabras clave:** cribaje, fragilidad, sarcopenia.

**Keywords:** screening, frailty, sarcopenia

### **SARCOPENIA DIABÉTICA: UNA PROPUESTA DE PROTOCOLO DE CRIBADO MUSCULAR EN PERSONAS CON DIABETES**

La sarcopenia es una enfermedad probablemente poco difundida en la comunidad que comporta una gran relevancia en quienes la padecen por la comorbilidad que genera, pues se ha visto implicada en un mayor riesgo de caídas y fracturas óseas condicionando limitaciones en la movilidad y el deterioro de la calidad de vida. A pesar de esta importancia, muchos profesionales de la salud la ignoran y quienes tienen conocimiento de ella frecuentemente no están bien concienciados al respecto. Sería imprescindible cambiar esta realidad y para ello se podría considerar realizar guías de práctica clínica (GPC) y algoritmos simples y fáciles de aplicar que permitan detectar a las personas en riesgo de padecerla, instaurar el diagnóstico definitivo y realizar el abordaje más adecuado. Esta es la razón que condujo a los autores del trabajo al que hacemos referencia en este artículo publicado en la revista *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* a actuar.

Ahora bien, ¿qué es la sarcopenia? La sarcopenia es una enfermedad caracterizada por la disminución cuantitativa (masa) y cualitativa (función) del músculo que no solamente genera, como se ha hecho referencia previamente, una gran comorbilidad, sino que puede ser consecuencia de otras patologías

como la diabetes mellitus (DM). En caso de que esto ocurra, hablaremos de sarcopenia diabética (SD).

La SD puede desarrollarse en personas con DM especialmente tipo 2 (DM2) cuando el control glucémico es inadecuado, al ponerse en marcha mecanismos que bloquean el metabolismo anaeróbico o cuando se realizan dietas restrictivas inadecuadas que no atienden a la distribución adecuada de nutrientes, especialmente proteínas. La inactividad física aeróbica y anaeróbica también es inductora de SD igual que algunos fármacos antidiabéticos que, aunque ayudan a mantener un control metabólico correcto, pueden tener consecuencias negativas sobre la SD, especialmente los que promueven la disminución de insulina (INS) en sangre. Esto es así porque esta situación estimula la liberación de glucagón, hormona que favorece la proteólisis y liberación de aminoácidos al torrente sanguíneo. Evidentemente el tratamiento con INS no se relaciona con este efecto. Tampoco la metformina (MET). Los inhibidores del sistema de la dipeptidil dipeptidasa tipo 4 (iDPP-4) tendrían un efecto neutro sobre la SD.

El algoritmo propuesto por el grupo de trabajo que firma el artículo se realizó atendiendo a las publicaciones recogidas

de la base de datos PubMed Medline utilizando los términos “screening”, “criterios diagnósticos”, “pérdida de masa muscular”, “sarcopenia” o “diabetes”. Entre los trabajos recogidos se incluyeron los documentos publicados por la Sociedad Europea de Metabolismo y Nutrición (ESPEN) así como por la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO), entre otros.

En primer lugar se estableció la definición para detectar aquellas personas con riesgo de SD. Se tuvo en cuenta la polifarmacia (uso de más de 5 fármacos diferentes al día), si tenían antecedentes de caídas o movilidad limitada. Se utilizó la escala de fragilidad SARC-F (*Strength, Assistance Walking, Rise from Chair, Climb Stairs and Falls*) y se valoró el riesgo de malnutrición mediante la forma corta del test *Mini Nutritional Assessment* (MNA-SF) o el test de control del estado nutricional (CONUT) considerándose este diagnóstico cuando la puntuación en el primero era  $\leq 11$  o  $< 5$  en el segundo. También se tuvo en cuenta si la persona con DM estaba institucionalizada en un centro sociosanitario y si tenía algún síntoma compatible con sarcopenia (especificado en la Tabla 1 de la correspondiente publicación).

La población a la que se aplicaría el algoritmo serían personas con DM de más de 5 años de evolución con cifras de hemoglobina glicada (HbA1c)  $\geq 8\%$  en tratamiento con sulfonilureas (SU), glinidas e inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (iSGLT-2) que tuvieran una puntuación en el cuestionario SARC-F  $> 4$ . Además estas personas presentarían complicaciones crónicas de la DM o se sospecharía que tendrían síntomas relacionados con la sarcopenia. Cuando el *screening* era negativo, se realizaría un seguimiento anual, mientras que, si era positivo, se procedería a diagnosticar y clasificar de manera fehaciente la SD. Para ello se usaría la dinamometría, el test de bipedestación y el perímetro de la pantorrilla ajustado por IMC. La primera de las pruebas, la dinamometría,

se realizaría con el dinamómetro JammaR, validado para estas situaciones, y se aplicarían las tablas de Teruel. La prueba de la silla, que mide el tiempo que necesita una persona sentada para levantarse 5 veces sin usar los brazos, se consideraría anómala si fuera  $\geq 15$  segundos. Finalmente, se medirá el perímetro de la pantorrilla ajustado al índice de masa corporal (IMC). Esta prueba se realizará midiendo el perímetro de la pantorrilla y se restaría un valor numérico en función del IMC de manera que, en lo que al perímetro de pantorrilla se refiere, se consideró reducido cuando en varones era  $< 33$  cm y en mujeres  $< 32$  cm. Posteriormente, se realizaba el ajuste por IMC que consistiría en sumar, en personas con IMC  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup> 4 cm y restar 3 o 7 cm a aquellas con IMC entre 18,5 y 29,9 kg/m<sup>2</sup> y entre 30 y 39 kg/m<sup>2</sup> respectivamente.

Tras diagnosticar la SD, se debe clasificar. Se habla de 2 estadios, y el segundo se subclasifica en 3:

- Estadio I, sarcopenia sin otras complicaciones.
- Estadio II, sarcopenia asociada a otros problemas.
  - IIa, SD asociada a complicaciones relacionadas con la DM.
  - IIb, SD con afectación funcional
  - IIc, combinación de las dos anteriores.

Conocer la importancia de la sarcopenia y establecer un algoritmo de cribado y diagnóstico rápido y sencillo es fundamental para que pueda ser aplicado fácilmente en cualquier ámbito, y ayudar a realizar las intervenciones lo antes posible evitando las consecuencias que puede tener no detectarlo ni realizar un abordaje adecuado de la enfermedad.

Es importante concienciar que la SD es una comorbilidad de gran relevancia que debe de ser abordada al igual que otras complicaciones crónicas ya populares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Luis Román D, Carretero-Gómez J, García-Almeida JM, Vallo FG, Rolo GG, Gómez JLL, Tarazona-Santabalbina FJ, Sanz-Paris A. Diabetic Sarcopenia. A proposed muscle screening protocol in people with diabetes : Expert document. Rev Endocr Metab Disord. 2024 Feb 5. doi: 10.1007/s11154-023-09871-9.

## NUEVA NOMENCLATURA PARA LA ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO

Las palabras estigmatizantes son aquellas que pueden generar estigma o discriminación y suelen estar cargadas de prejuicios que contribuyen a crear un impacto significativo en la salud mental y emocional de las personas. En el ámbito médico es esencial utilizar un lenguaje respetuoso al tratar con pacientes.

Coinciden en el tiempo varias publicaciones acerca de palabras estigmatizantes. Las personas con diabetes a menudo se enfrentan a estigmas que pueden afectar negativamente a la salud emocional, mental y física. Un artículo de Speight *et al.* analiza un esfuerzo internacional con el objetivo de acabar con el estigma y la discriminación de la diabetes en un consenso Delphi. Merece la pena leerlo<sup>2</sup>.

El lenguaje y las imágenes sociales comunes utilizados para hablar sobre el peso corporal, la obesidad, la nutrición y la actividad física perpetúan el estigma del peso corporal. La publicación de Sarah Nutter *et al.* aborda este importante determinante social, que promueve un lenguaje centrado en la persona (describir lo que una persona “tiene” en lugar de afirmar lo que una persona “es”), para crear conciencia sobre el estigma del peso.

El artículo que nos ocupa<sup>3</sup> trata sobre el término enfermedad del hígado graso no alcohólico, si bien la nomenclatura se utiliza ampliamente, siempre se ha apreciado que el término “no alcohólico” no captaba con precisión cuál era la etiología de la enfermedad y, en particular, algunos han considerado que el término “graso” es estigmatizante.

Bajo los auspicios de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades del Hígado (AASLD) y la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL), en colaboración con la Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado (ALEH), lideraron un proceso Delphi con la participación de los expertos en contenido y los defensores de pacientes para resolver estas preocupaciones y desarrollar un consenso sobre un cambio en la nomenclatura y los criterios de diagnóstico para esta condición.

Un total de 236 panelistas de 56 países participaron en cuatro encuestas en línea, y se plantearon las siguientes preguntas: ¿cuáles son los problemas con la nomenclatura actual?, ¿cuál es la importancia de la esteatohepatitis en la definición y los criterios de valoración de la enfermedad?, ¿cómo debería considerarse el papel del alcohol?, ¿cómo podría afectar un cambio de nombre a la concienciación sobre la enfermedad en los ensayos clínicos?

Una gran mayoría de los encuestados (74 %) consideró que los nombres actuales NAFLD (*Non-alcoholic fatty liver disease*) y NASH (*Non-Alcoholic SteatoHepatitis*) eran lo suficientemente defectuosos como para considerar un cambio de nombre. Los términos “no alcohólico” y “graso” fueron considerados estigmatizantes por el 61 % y el 66 % de los encuestados, respectivamente. El nombre elegido para reemplazar a NAFLD fue enfermedad hepática esteatósica (SLD, por sus siglas en inglés, *Steatotic Liver Disease*) como término general para abarcar las diversas etiologías de la esteatosis.

Conceptualmente, aparece la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD, por sus siglas en inglés, *Metabolic Dysfunction Associated Steatotic Liver Disease*), como término de reemplazo para NAFLD. La nueva nomenclatura y criterios de diagnóstico pueden mejorar la concienciación, la identificación y la comprensión de la enfermedad, sin afectar negativamente al desarrollo de fármacos/biomarcadores (un análisis demostró que el 98 % de la cohorte de pacientes con NAFLD cumpliría con los nuevos criterios para MASLD).

Los factores de riesgo cardiometabólicos en adultos (al menos 1 de 5) y pediatría (CMRF, por sus siglas en inglés, *Cardiometabolic Risk Factor*), están destinados a identificar pacientes que probablemente tengan resistencia a la insulina como la principal causa de SLD. Los pacientes con esteatosis sin CMRF manifiestos, consumo de alcohol, ingesta de drogas u otras causas discernibles se etiquetan como criptogénicos.

La introducción de una subcategoría de la enfermedad hepática metabólica y relacionada/asociada con el alcohol (MetALD, por sus siglas en inglés (*MASLD and increased alcohol intake*)) para mujeres que consuman de 140 a 350 g/semana de alcohol, o 210 a 420 g/semana para hombres, define mejor la historia natural de dichos pacientes.

Se consideró que el término esteatohepatitis era un concepto fisiopatológico importante que debía conservarse y garantizar la retención y validez de los datos previos de ensayos clínicos y estudios de descubrimiento de biomarcadores.

En conclusión, parece que este cambio conceptual, que cuenta con el respaldo de múltiples partes interesadas, proporciona una plataforma sólida desde la cual podemos aumentar la conciencia sobre la enfermedad, reducir el estigma y acelerar el desarrollo de fármacos y biomarcadores en beneficio de los pacientes. Todo ello permite una explicación coherente y directa de la enfermedad, en lugar de un marco de diagnóstico de exclusión.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, Francque SM, Sanyal AJ, Kanwal F, et al. NAFLD Nomenclature consensus group. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *J Hepatol.* 2023 Dec;79(6):1542-1556. doi: 10.1016/j.jhep.2023.06.003.
2. Speight J, Holmes-Truscott E, Garza M, Scibilia R, Wagner S, Kato A, et al. Bringing an end to diabetes stigma and discrimination: an international consensus statement on evidence and recommendations. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2024 Jan;12(1):61-82. doi: 10.1016/S2213-8587(23)00347-9.
3. Nutter S, Eggerichs LA, Nagpal TS, Ramos Salas X, Chin Chea C, Saiful S, et al. Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2024 Jan;25(1):e13642. doi: 10.1111/obr.13642.