

NUEVOS ESTÁNDARES PARA LA PERSONA CON DM. ADA. 2023.

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 20/12/2022

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 4 minutos.



Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de CARPRIMARIA.

La **Asociación Americana de Diabetes (ADA)** ha publicado en **Diabetes Care** un nuevo [documento](#) actualizado con los estándares en la atención de la persona con diabetes mellitus (DM) y prediabetes.

La enfermedad cardiovascular (CV) de base aterosclerótica es la primera causa de morbimortalidad de las personas con DM. El riesgo CV se asocia a la propia enfermedad y también a las frecuentes comorbilidades, como la hipertensión arterial y la dislipemia. Se recomienda el control agresivo y simultáneo de los factores de riesgo CV en DM para prevenir o retrasar la enfermedad CV, tal y como avala la evidencia científica. Además, las personas con DM tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar IC, tanto en la forma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVi) reducida, como en la forma preservada.

El documento intensifica el tratamiento de los factores de riesgo, siendo más estricto en las recomendaciones de su control, con especial énfasis en la reducción/control de peso. Siempre deben incluirse recomendaciones de mejora del estilo de vida, buscando uno más cardiosaludable.

Entre las recomendaciones de atención en el ámbito cardiovascular del documento, remarcamos:

- La importancia de estimar el riesgo CV futuro del paciente si no presenta enfermedad CV establecida (*en caso de presentar enfermedad CV, su riesgo ya sería muy alto o extremo*).
- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA):**
 - la terapia se realizará en consenso con el paciente y de forma individualizada;
 - se recomienda medir la tensión arterial en cada visita, si las presiones se sitúan entre 120-129/< 80 mmHg se recomienda confirmar con múltiples mediciones en días separados para descartar HTA;
 - se considera HTA si la media de al menos dos mediciones obtenidas en al menos dos ocasiones distintas es $\geq 130/80$ mmHg; en caso de pacientes con DM que tengan enfermedad CV establecida, valdría con una única medición $\geq 180/100$ mmHg;
 - el objetivo tensional es, siempre que sea posible, $< 130/80$ mmHg;
 - recomiendan el inicio de terapia con dos fármacos simultáneos si la presión es $\geq 160/100$ mmHg;
 - recomiendan estudiar si existe albuminuria, en dicho caso, se recomienda iniciar la terapia con **IECAs/ARA II** y en caso de inicio con terapia combo, asociar los **IECAs/ARA II** a **calcioantagonistas** o **diuréticos** (*idéntica recomendación para pacientes con DM y enfermedad CV establecida*);
 - como siempre, la HTA resistente requiere de la adición de **antagonistas de receptor de mineralocorticoides**, tal y como comentamos en otro post de [CARPRIMARIA](#).
- **LÍPIDOS:**
 - se recomienda en prevención primaria de personas con DM sin factores de riesgo CV asociados, utilizando **estatinas** de moderada intensidad en población entre 40-75 años (*siendo razonable su uso, pero con menos fuerza de recomendación, en población de 20 a 39 años, al igual que en población de > 75 años, siempre dejando claro los riesgos y beneficios*);
 - se recuerda que en embarazadas las **estatinas** están contraindicadas;
 - respecto al objetivo de c-LDL, se recomienda una reducción del cLDL $\geq 50\%$ del valor basal buscando cifras < 70 mg/dl en pacientes con algún factor de riesgo CV asociado. En caso de enfermedad CV establecida se propone un objetivo más intenso, con valores de c-LDL < 55 mg/dl;
 - respecto a la terapia, en caso de no alcanzar objetivos, se recomienda intensificar **estatinas** y/o añadir **ezetimiba** o **inhibidores de PCSK9** (*manteniendo la recomendación de terapia por escalones, que otros expertos y documentos proponen eliminar y sustituir por terapias combo [desde el inicio en el ámbito de la prevención secundaria](#)*);
 - recomiendan que en pacientes con TG en ayunas ≥ 500 mg/dl se evalúen otras causas secundarias de hiperTG e iniciar terapia para reducir el riesgo

de pancreatitis, mientras que aquellos con cifras en ayunas de 175-499 mg/dl deben ser reevaluados para modificar estilos de vida, buscando causas secundarias y medicamentos que incrementen los niveles de TG, pudiendo añadir terapia con **etil icosapentanoico** si presentan enfermedad CV establecida o factores de riesgo CV y los niveles de cLDL están en objetivos. Igualmente recuerdan que la asociación de **estatina** con **fibratos** o **niacina** no ha demostrado beneficios CV y no está recomendada.

- **ANTIAGREGACIÓN:**

- recomiendan el **ácido acetil salicílico (AAS)** en dosis 75-162 mg/día en prevención secundaria, y en caso de alergia, **clopidogrel** 75 mg;
- en caso de evento coronario agudo recomiendan doble antiagregación durante un año y prorrogable según las características individuales del paciente, teniendo en cuenta el riesgo hemorrágico y el isquémico;
- en el ámbito de la prevención primaria se recomienda considerar el uso de AAS si el paciente tiene un riesgo CV significativo, después de consensuar con el paciente y comentar los riesgos y beneficios.

- **SCREENING DE ENFERMEDAD CORONARIA:**

- no se recomienda el screening rutinario en pacientes asintomáticos, puesto que lo que debe hacerse es un control adecuado de los factores de riesgo CV;
- en cambio, se puede considerar si el paciente tiene signos o síntomas de enfermedad arterial en otros territorios, alteraciones sospechosas de isquemia cardiaca en electrocardiograma o sintomatología atípica.

- **TERAPIAS PARA LA DIABETES:**

- para los pacientes con DM tipo 2 y enfermedad CV establecida o múltiples factores de riesgo CV asociado o enfermedad renal establecida, se recomienda el uso de **iSGLT2 (empagliflozina, dapagliflozina, canagliflozina)** con beneficios CV demostrados o un **análogo de GLP1 (aGLP1)** con beneficios cardiovasculares demostrados, para aportar beneficio CV más allá del correspondiente al efecto hipoglucemiante;
- se recuerda que los **aGLP1** han reducido el riesgo de eventos CV mayores, al igual que los **iSGLT2**, que también ha reducido el riesgo de hospitalización por IC. Igualmente, se recomienda el uso combinado de estos dos fármacos;
- en pacientes con IC, **los iSGLT2 (empagliflozina y dapagliflozina)** se recomiendan por su beneficio en IC, reduciendo el riesgo de empeoramiento de la propia IC, y la muerte CV;
- recomiendan la adición de **finerenona** en pacientes con DM tipo 2 y enfermedad renal establecida con albuminuria a tratamiento con dosis máximas toleradas de **ARA II o IECAs**, para reducir la enfermedad CV y el riesgo de progresión de la enfermedad renal;
- se recomienda el uso de **IECAs o ARA II** en pacientes con enfermedad CV establecida, principalmente coronaria, para reducir el riesgo de eventos CV;

- en paciente con infarto de miocardio, recomiendan mantener el tratamiento **betabloqueante** durante 3 años, a contar desde la fecha del infarto de miocardio;
- se insiste en la importancia del control de peso y uso de fármacos, haciendo referencia a **tirzepatide, fármaco** para la pérdida de peso y control de glucemia.
- **iSGLT2:** además de lo comentado en el epígrafe previo, se recomiendan en insuficiencia renal crónica, siempre que el filtrado glomerular estimado sea ≥ 20 ml/min/1.73m² y la albuminuria ≥ 200 mg/dl, bajando así el umbral del documento anterior. Comentan que podría usarse con albuminurias menores o incluso sin albuminuria, pero sin datos publicados que soporten esta afirmación.



Ilustración 1. Algunas de las recomendaciones del nuevo documento. Adaptado CARPRIMARIA.

REFERENCIAS

[Diabetes Care. Volumen 46, Supplement 1, January 2023.](#)