

## **NOVEDADES EN LAS RECOMENDACIONES DE LA ADA 2020 PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 ASOCIADA A OBESIDAD**

La Asociación de Diabetes Americana (ADA) edita anualmente sus estándares de manejo clínico de la diabetes mellitus (DM), que constituyen la fuente de recomendaciones oficiales de la ADA consensuadas por expertos. Son publicadas en la revista Diabetes Care, encontrándose también disponibles en app y en la web. Para mantener la actualidad de los avances, la ADA incorpora las novedades importantes antes de la publicación anual, para su consulta on-line.

Las recomendaciones son clasificadas por un sistema desarrollado por la ADA en niveles A, B y C dependiendo de la calidad de la evidencia, y un nivel E que representa la opinión de expertos (ADA 2020, Introduction).

En general, no hay apenas cambios respecto a las recomendaciones sobre DM2 y obesidad publicadas el año pasado.

Realizamos un resumen de las recomendaciones más relevantes:

### 1. Evaluación médica:

**Como novedad**, se recomienda la **medición del IMC (kg/m<sup>2</sup>) anual** y no en cada visita para determinar la existencia de sobrepeso u obesidad en la historia clínica. Se indica su medición más frecuentemente si se requiere (**E**). Se recuerda que los cortes de IMC para americanos de origen asiático son menores (Tabla 8.1)

Ante un empeoramiento clínico del estado general asociado a ganancia de peso significativa o pérdida de peso, podría considerarse el ingreso para mejorar dieta, tratamiento farmacológico y control glucémico (E).

### 2. Medidas higiénico-dietéticas:

Se recomienda instaurar medidas higiénico-dietéticas como primera medida terapéutica para conseguir una reducción de al menos un 5% del peso. Podría conseguirse con un plan de ejercicio físico de  $\geq 16$  sesiones de alta intensidad en 6 meses con una reducción de 500-750 kcal/día en la ingesta habitual (1200-1500 kcal/día para mujeres y 1500-1800 kcal/día para hombres). El plan dietético debería ser individualizado con un equilibrio en la ingesta de hidratos, proteínas y grasas, adaptado a preferencias del paciente y otras circunstancias culturales. Estas medidas debieran mantenerse a largo plazo (más de 1 año) con revisiones al menos mensuales para mejorar el cumplimiento de dieta y aumentar el objetivo de actividad física hasta alcanzar 200-300 min/semana. El beneficio clínico es progresivo con mayor pérdida de peso.

Para obtener reducción ponderal de  $>5\%$  a corto plazo (3 meses) se pueden prescribir dietas muy bajas en calorías (VLCD) ( $\leq 800$  kcal/día) con suplementos en pacientes seleccionados y correctamente monitorizados. Esta medida tiene que ir acompañada de un plan para mantener peso perdido a largo plazo, ya que por sí sola se asocia a recuperación de peso al parar la VLCD.

### 3. Fármacos:

*Antidiabéticos:* Se recomienda elegir fármacos antidiabéticos con efecto favorable en el peso, evitando aquellos que favorecen el aumento de peso. Recomienda uso de metformina, inhibidores de  $\alpha$ -glucosidasa, inhibidores de SGLT2, agonistas receptor de GLP-1 y miméticos de amilina. Se señalan como fármacos que aumentan el peso a segretagogos de insulina, tiazolidindionas e insulina.

*Fármacos para tratamiento del peso:* su uso se recomienda a partir de un IMC  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> asociado a comorbilidades de la obesidad, siempre junto a las recomendaciones sobre ejercicio físico y dieta para obtener un mínimo de pérdida de peso de  $\geq 5\%$  en 3 meses. A los 3 meses se recomienda reevaluar efectos secundarios y pérdida de peso obtenida, si no supera el 5%, hay que suspenderlos. Se enumeran los fármacos aprobados por la FDA en dos apartados: 1) uso período corto ( $\leq 12$  semanas): fentermina. 2) uso prolongado: orlistat, lorcaserina, fentermina/topiramato, naltrexona/bupropion y liraglutide. Tabla resumen con dosis y efectos secundarios (Tabla 8.2).

*Otros tratamientos concomitantes:* intentar evitar fármacos que se asocian al aumento de peso como antipsicóticos (clozapina, risperidona, olanzapina), antidepresivos, glucocorticoides, progestágenos, antiepilépticos incluyendo gabapentina y antihistamínicos y anticolinérgicos.

### 4. Aparatos médicos para pérdida de peso

Se hace referencia a la existencia de varios aparatos médicos aprobados por la FDA para obtener reducción de peso a corto plazo (procedimientos endoscópicos, hidrogel, etc). No se recomienda su uso por alto coste, no cobertura de los seguros médicos y poca evidencia científica en pacientes con diabetes.

### 5. Cirugía metabólica:

No hay cambios en este punto en las recomendaciones de cirugía bariátrica en diabetes y obesidad. Se resumen los beneficios que ha demostrado la cirugía metabólica cuando se compara con medidas dietéticas y de actividad física en el control glucémico y en la reducción de otros factores de riesgo cardiovascular presentes en los pacientes con DM, así como en complicaciones microvasculares, enfermedad cardiovascular y cáncer. En base a varios análisis retrospectivos, se considera que es una intervención coste-efectiva en el tratamiento de la DM2, pero se señala que resultados de los estudios asumen eficacia y seguridad a largo plazo.

Además, destaca que el bypass es la técnica que consigue más remisión de diabetes (30-63% de los pacientes) a largo plazo con una tasa de recurrencia entre 35-50% de los casos con remisión de DM inicial. Existe un periodo libre de diabetes aproximado de 8,3 años y en general un periodo de mejoría del control glucémico de entre 5 y 15 años. Resumen como factores predictores de remisión

de DM y/o con menor riesgo de recuperación ponderal: la edad joven, duración de diabetes (ejemplo, <8 años), no uso de insulina, mantenimiento de peso perdido y mejor control glucémico pre-cirugía. Para los americanos de origen asiático se describe un trabajo en el que la medición del área de grasa visceral es un factor predictor de peor evolución.

*Indicaciones:*

1. La cirugía metabólica **debiera ser recomendada** como tratamiento de DM2 en: a) pacientes adultos con IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup> (37,5 kg/m<sup>2</sup> para americanos asiáticos) y b) pacientes con IMC superior a 35-39,9 kg/m<sup>2</sup> (32,5-37,4 kg/m<sup>2</sup> en americanos asiáticos) con comorbilidades asociadas a la obesidad, que no alcanzan pérdida de peso sostenible o mejoría de comorbilidades (incluyendo hiperglucemia) con métodos no quirúrgicos. **(A)**
2. La cirugía metabólica **podría considerarse** como opción terapéutica para adultos DM2 con IMC 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> (27,5-32,4 kg/m<sup>2</sup> en americanos asiáticos) que no alcanzan pérdida de peso sostenible o mejoría de comorbilidades (incluyendo hiperglucemia) con métodos no quirúrgicos. **(A)**
3. **En cuanto a DM tipo 1, se requieren más estudios mayores y de mayor duración para establecer unas recomendaciones generales.**

*Seguimiento:*

1. Seguimiento de por vida con monitorización rutinaria de estado nutricional y de micronutrientes de acuerdo al manejo postoperatorio indicado en las guías nacionales e internacionales de sociedades científicas (C).
2. Todas las personas que van a ser sometidas a cirugía metabólica deberían ser evaluadas psicológicamente teniendo en cuenta factores sociales de su entorno que puedan afectar al beneficio de la cirugía (B).
3. Todas las personas operadas de cirugía metabólica deberían tener un seguimiento psicológico-psiquiátrico rutinario (C), sobre todo aquellos pacientes con psicopatología estable preoperatoria. Resumen trabajos que señalan un mayor consumo de sustancias tóxicas, así como reparación o inicio de trastornos psiquiátricos o ideación suicida.

*Efectos secundarios:*

1. Tasas de mortalidad descritas entre 0.1-0.5% con técnicas cada vez más mínimamente invasivas (cirugía laparoscópica) en equipos expertos.
2. **La cirugía metabólica** debiera realizarse en centros hospitalarios con equipos multidisciplinares y con **experiencia** en el manejo de la DM y la cirugía gastrointestinal **(E)**.

Otras novedades en obesidad en las recomendaciones ADA-2020:

1. En la sección de diagnóstico/ cribado de DM2 este año se incorpora como recomendación (sección 2.8) que se ha de **cribar para prediabetes y/o DM2 a mujeres con sobrepeso u obesidad y/o** otros factores de riesgo para diabetes **cuando planean gestación** (Section 2. Classification and Diagnosis of Diabetes (<https://doi.org/10.2337/dc20-S002>))

### **Bibliografía**

*Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. Diabetes Care 2020;43(Suppl. 1):S89–S97 | <https://doi.org/10.2337/dc20-S008>*