

Obesity and Cardiovascular Disease in Type 1 Diabetes

Disertante/s

Chair: Deborah J. Wexler, MD
Tina Costacou, PhD University of Pittsburgh
Yehuda Handelsman, MD Metabolic Institute of America
Vivian Fonseca, MD Tulane University

Highlights

- La obesidad en personas con diabetes tipo 1 (DM1) está aumentando y ello contribuye al desarrollo de complicaciones vasculares. Sin embargo, cómo contrarrestarla es desafiante dado que la insulino terapia intensificada ha demostrado beneficios pero se asocia con aumento de peso.
- La enfermedad cardiovascular (ECV) en DM1 ocurre tempranamente; 2,3 a 10 veces más común que en la población general, siendo la principal causa de muerte. Es necesaria la evaluación CVC de estos pacientes e individualizar objetivos de tensión arterial, lípidos, HbA1c así como considerar la obesidad y sus secuelas
- Los estudios sobre outcomes CVC y renales en DM2 con aGLP1 e iSGLT2 plantean si tienen un rol en personas con DM1. Se requieren estudios en esta población para su indicación.

Epidemiology of Obesity and Cardiovascular Comorbidities in Type 1 Diabetes

- La insulino terapia intensificada es el tratamiento de elección en DM1. Sin embargo, ésta y los cambios en el estilo de vida se asocian con sobrepeso y obesidad que generan alteraciones metabólicas que pueden impactar en el desarrollo de complicaciones renales y CVC. A su vez, la insulino resistencia es frecuente en DM1 (en obesos y delgados) y es un predictor CVC en esta población.

The Current Management of Cardiovascular Risk Factors in Type 1 Diabetes

- La edad, duración de la DM, HbA1c, tabaquismo, dislipemia, obesidad, hipo e hiperglucemia, la neuropatía autonómica, etc contribuyen al desarrollo de enfermedad CVC en DM1. El compromiso arterial es múltiple, con enfermedad distal, más lesiones obstructivas que en DM2 y con menos calcificaciones
- El control glucémico intensivo se asocia con menor riesgo cardiovascular a largo plazo (DCCT/EDIC).
- AACE/ADA: Individualizar objetivo de HbA1c; en mayoría $\leq 6,5\%$, excepto múltiples comorbilidades, labilidad, etc; Objetivo de TA 130/80 mmHg (en general); uso de IECA o ARA II
- Pérdida de peso: no ECCA en DM1; evitar dietas muy bajas calorías por riesgo de cetosis; manejo de insulino terapia (evitar hipoglucemias). Medicamentos para obesidad no estudiados en DM1. Estatinas: las guías hablan de “todas las personas con DM”, no se especifica DM1; solo en ESC/EAS según estratificación de riesgo CVC. AAS: en prevención secundaria (75-162 mg/dl); prevención primaria considerar si alto riesgo CVC según riesgo/beneficio discutido con el paciente.

Should Type 2 Diabetes Medications with Proven Cardiovascular Benefits Be Used in Type 1 Diabetes to Prevent Atherosclerotic Cardiovascular Disease?

- La enfermedad CVC en DM2 y DM1 son distintas, por lo que no pueden extrapolarse los resultados. Posibles beneficios según estudios con dapagliflozina (DEPICT1) y sotagliflozina (TANDEM) El Dr plantea probable rol en DM1 de larga duración, con enfermedad CVC establecida; en enfermedad renal? (eGFR<60ml/min?? Albuminuria >300??). Quizás evitar aGLP1 si retinopatía moderada/severa e isglit si amputaciones, cetoacidosis recurrente, o pobre adherencia a insulino terapia. Concluye que se necesitan más estudios en población con DM1 para su indicación

- DCCT/EDIC Researc Group. Diabetes. 2016.65(5)1370-9. Tolonen et al. Diabetes Care 2014.37(8):2374-2382
- Dandona P et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017;5(11)864-876.
- Garg et al. NEJM 2017;377:2337-2348.