Conferencias y Simposios

SEIS VOCES EN 10 MINUTOS

A) Estrategias para reducir el riesgo cardiovascular del paciente con diabetes mellitus

Coordinador: Dr. Isaac Sinay

¿Cuándo elegimos un iSGLT-2 o un arGLP-1?

Dra. Cristina Faingold

Unidad Asistencial Dr. César Milstein, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

En los últimos años hubo un cambio en el paradigma de los objetivos del tratamiento de la diabetes pasando de la glucocentricidad a la evaluación de la reducción de mortalidad y riesgo cardiovascular (RCV)

Tres diferentes clases de fármacos para la diabetes se sometieron a estudios para evaluar resultados CV; la mayoría de ellos se focalizó en poblaciones de alto riesgo CV y todos demostraron NO aumento de riesgo con la utilización de los mismos y notablemente algunos incluso demostraron beneficios y también se encontraron algunos beneficios inesperados como por ejemplo protección renal.

Todo esto motivó un cambio en las guías que sugieren considerar independientemente del valor de HbA1c, si el paciente tiene ECV predominante, elegir un arGLP-1 con beneficio CV comprobado, y si predominan insuficiencia cardíaca y/o enfermedad renal crónica elegir preferentemente un iSGLT2.

En el último consenso del *American College of Cardiology* avalado por la *American Diabetes Association*, publicado este año, se recomienda considerar utilizar un iSGLT-2 primero cuando las prioridades del paciente y del clínico incluyan: reducción del MACE y la muerte CV, prevención de la hospitalización por insuficiencia cardíaca, reducción de la presión arterial y que exista preferencia por terapias administradas por vía oral. Por el otro lado recomiendan utilizar un arGLP-1 primero cuando las prioridades del paciente y del clínico incluyan: reducción del MACE y la muerte CV, descenso de peso sustancial, dosificación semanal (subcutánea) y cuando el eGFR sea <45 ml/min/1,73 m². Sugieren cuidado con los iSGLT-2 ante enfermedad renal crónica avanzada, antecedentes de amputación previa, enfermedad arterial periférica grave, neuropatía o úlceras del pie diabético (evitar canagliflozina), historia de candidiasis genital recurrente, historia de cetoacidosis diabética e historia de osteoporosis (evitar canagliflozina). Por el otro lado, recomiendan evitar arGLP-1 si existen náuseas persistentes incluso en dosis bajas, historia de pancreatitis, historia de gastroparesia, historia de MEN2 o cáncer medular de tiroides e historia de retinopatía proliferativa (semaglutida).

Como conclusión podríamos decir que tanto los arGLP-1 como los iSGLT-2 efectivamente previenen eventos CV, tanto en pacientes con antecedentes CV como con factores de riesgo CV. Si pudiéramos tratar más pacientes con alguno de estos agentes, seguramente se evitarían un gran número de eventos.

Palabras clave: diabetes; riesgo cardiovascular; fármacos.

SIX VOICES IN 10 MINUTES

A) Strategies to reduce cardiovascular risk in patients with diabetes mellitus

Coordinator: Dr. Isaac Sinay

When do we choose SGLT2i or GLP1ag?

Dra. Cristina Faingold

Dr. César Milstein Healthcare Unit, Cardiovascular Institute of Buenos Aires, Faculty of Medicine of the University of Buenos Aires (UBA), Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

In recent years, there has been a paradigm shift in diabetes' aims of treatment, going from glycocentricity to assessment of mortality reduction and cardiovascular risk (CVR).

Three different types of diabetes drugs have been subjected to tests for assessing CV results. Most of them were focused on high-risk CV populations and all drugs demonstrated NO risk increase by using them. Some drugs even showed significant benefits and also some unexpected benefits were found, such as renal protection.

All this has encouraged a change in the guidelines suggesting to considerate the following regardless of HbA1c value: for patients suffering mainly from CVD, GLP1ag with verified CV benefit is to be chosen. If cardiac insufficiency and/or chronic kidney disease prevail in the patient, SGLT2i may suit him better.

According to the last American College of Cardiology consensus, guaranteed by American Diabetes Association, published this year, it is recommended to first consider the use of SGLT2i when patient and doctor priorities include: MACE reduction and CV death, hospitalization for cardiac insufficiency prevention, arterial pressure reduction and a preference for orally administered therapies. Additionally, the use of GLP1ag is first recommended when patient and doctor priorities include: MACE reduction and CV death, significant weight loss, weekly dosing (subcutaneous) and when eGFR is of <45 ml/min/1.73 m². SGLT2i application during advanced chronic kidney disease, previous amputation antecedents, severe arterial peripheral disease, neuropathy or diabetic foot ulcer (avoid canagliflozin), recurring history of genital candidiasis, diabetic ketoacidosis history or osteoporosis history (avoid canagliflozin) is warned against. Additionally, GLP1ag avoidance in case of persistent nausea, even in small dosage, pancreatitis history, gastroparesis history, MEN2 or medullary thyroid cancer history or proliferative retinopathy history (semaglutide) is advised.

To conclude, it might be claimed that both GLP1ag and SGLT2i effectively prevent patients from CV events, whether they have CV antecedents as well as CV risk factors. If an increasing number of patients could undergo treatment with these agents, a great number of CV events would likely be avoided.

Key words: diabetes; cardiovascular risk; drugs.