

No hay diferencia en la pérdida de peso entre dietas bajas en grasa y bajas en carbohidratos

Thomas L. Schwenk, MD revisando Gardner CD et al. JAMA 2018 20 de febrero.

Ninguno de los tres loci genéticos analizados ni la sensibilidad a la insulina se asociaron con la cantidad de peso perdido en estos dos tipos de dieta.

Los estudios sugieren que diferentes pacientes podrían responder de manera bastante diferente a las dietas bajas en grasa (LF) versus bajas en carbohidratos (LC). En este estudio, los investigadores exploraron si los perfiles genéticos o la sensibilidad a la insulina están asociados con la variabilidad en el metabolismo de las grasas y los carbohidratos. Un total de 609 adultos con sobrepeso y obesos (edad media, 40, índice de masa corporal media, 33 kg/ m²) se analizaron para detectar tres polimorfismos de un solo nucleótido que se cree que están asociados con la respuesta a la dieta LF o LC, así como a la línea de base sensibilidad a la insulina. Los participantes fueron asignados al azar a dietas saludables de LF o LC, ambos enfatizando en vegetales con un mínimo de azúcar agregado, alimentos procesados y harina refinada. La dieta LF estaba compuesta de 29% de calorías de grasa y 48% de carbohidratos; la composición de la dieta LC se revirtió (45% y 30% de las calorías de grasa y carbohidratos, respectivamente). Todos los participantes fueron programados para 22 sesiones educativas con dietistas durante 12 meses.

A los 12 meses, no se observaron diferencias significativas en la pérdida de peso entre los grupos LF y LC (5,3 kg frente a 6,0 kg, respectivamente). El análisis de subgrupos por perfil genético o sensibilidad a la insulina no reveló diferencias en la pérdida de peso relacionada con ninguna dieta.

COMENTARIO: La pérdida media de peso en este ensayo fue modesta, aproximadamente del 6% al 7% del peso corporal basal, pero la pérdida de peso no difirió según la dieta, en contraste con algunos estudios anteriores. Los resultados no respaldan el uso de pruebas genéticas o análisis de sensibilidad a la insulina para predecir la respuesta a una dieta específica.

Un estudio ofrece más apoyo para la automonitorización de la presión arterial

Amy Orclari Herman, Editado por Susan Sadoughi, MD, y Richard Saitz, MD, MPH, FACP, DFASAM

El autocontrol de la presión arterial, con o sin telemonitorización, puede conducir a reducciones significativas en la presión arterial (PA) sistólica, según se deduce de un estudio publicado en Lancet.

Cerca de 1.200 adultos hipertensos con presión arterial no controlada por debajo de 140/90 mmHg a pesar de los medicamentos antihipertensivos se asignaron al azar a uno de tres grupos: medición clínica de la PA sola (atención habitual), autocontrol solo o autocontrol con telemonitorización. Con la automonitorización, los participantes midieron su PA con un esfigmomanómetro electrónico automático en casa, dos veces por la mañana y por la noche, durante la primera semana de cada mes, y sus médicos realizaron ajustes al tratamiento basados en estas medidas. El grupo de autosupervisión solo envió por correo sus medidas a sus médicos, mientras que el grupo de telemonitorización envió sus lecturas a través de un servicio basado en texto.

A los 12 meses, la PA sistólica media fue significativamente menor con autocontrol solo (137 mmHg) y autocontrol más telemonitorización (136 mmHg) que con la atención habitual; la diferencia entre los dos grupos de autocontrol no fue significativa. Los grupos de autocontrol recibieron levemente, aunque significativamente, más medicamentos de BP que el grupo de atención habitual.

Los investigadores señalan que las reducciones de la TA con autocontrol "se espera que den como resultado una reducción de alrededor del 20% en el riesgo de ACV y una reducción del 10% en el riesgo de enfermedad coronaria". Los editorialistas escriben: "Sin duda, es hora de que los proveedores de atención sanitaria reconsideren la cadena de toma de decisiones médicas en el manejo de la hipertensión. ¿No debería el asiento del conductor ser copresidido por pacientes con conocimientos de salud y profesionales dedicados de campos afines?"

Ciertos medicamentos para la diabetes se relacionan con un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal

Por Amy Orclari Herman, Editado por Susan Sadoughi, MD, y Richard Saitz, MD, MPH, FACP, DFASAM

El uso de inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) para la diabetes tipo 2 se asocia con un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), según un estudio observacional en The BMJ.

Usando una base de datos de atención primaria en el Reino Unido, los investigadores estudiaron a más de 140.000 adultos que comenzaron el tratamiento con un medicamento para la diabetes que no es insulina en 2007 o posterior. Durante el seguimiento, la incidencia de EII fue de 53 por 100,000 años-persona con inhibidores de DPP-4, frente a 35 por 100,000 con otros medicamentos para la diabetes. El riesgo pareció alcanzar su punto máximo a los 3 o 4 años de uso, y el aumento del riesgo parecía limitado a la colitis ulcerosa (y no a la enfermedad de Crohn).

Los investigadores calculan que 2.291 pacientes necesitarían seguimiento durante 2 años, o 1.177 durante 4 años, para que ocurra un caso de EII.

Los investigadores concluyen que los médicos deberían "quizás abstenerse de prescribir inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 para personas en alto riesgo", por ejemplo, pacientes con enfermedades autoinmunes.

El inhibidor de SGLT2 reduce la muerte CV y la hospitalización por insuficiencia cardíaca, especialmente en aquellos con insuficiencia cardíaca al inicio del estudio. Canagliflozina para la prevención de la insuficiencia cardíaca en la diabetes tipo 2: resultados del programa CANVAS

Presentado en Orlando, American College of Cardiology 2018

Introducción y métodos

El estudio aleatorizado CANVAS evaluó el inhibidor de SGLT2 canagliflozina 300 mg y 100 mg en comparación con placebo, en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2, HbA1c entre 7,0% y 10,5%, eGFR \geq 30 ml / min / 1,73 m² y al menos 30 años de edad, con un historial de eventos CV, o al menos 50 años de edad con al menos 2 factores de riesgo CV). De 10.142 pacientes inscritos, 1461 (14.4%) tenían un diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca (IC) y 85.6% no.

Los efectos de la canagliflozina sobre el riesgo CV y los resultados renales se han publicado previamente, incluida una reducción del 14% en la variable compuesta de muerte CV, infarto de miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal, menor progresión de albuminuria (-27%) y un riesgo 40% menor de insuficiencia renal. Los objetivos de este análisis fueron explorar con mayor detalle los efectos de la canagliflozina en la insuficiencia cardíaca, y determinar la eficacia y la seguridad en pacientes con y sin antecedentes de insuficiencia cardíaca al inicio del estudio.

Resultados principales

- El resultado primario de muerte CV o hospitalización por insuficiencia cardíaca (HIC) se redujo significativamente en pacientes tratados con canagliflozina en comparación con placebo (16,3 frente a 20,8 por 1000 pacientes años (PA), HR: 0,78, IC 95%: 0,67-0,91).
- Un objetivo secundario fue IC o IC fatal, que mostró una reducción significativa con canagliflozina (6,4 vs. 9,7 por 1000 PA, HR: 0,70, 95%CI: 0,55-0,89), que fue principalmente impulsado por una disminución de HIC (5,5 vs. 8,7, HR: 0,67, IC del 95%: 0,52, 0,87).
- Los análisis de subgrupos mostraron una interacción significativa ($P = 0,03$) del IMC con el efecto de la canagliflozina, de forma que se observó un efecto del tratamiento sobre la muerte por ECV o HIC en aquellos con ≥ 30 kg / m² (CRI: 0,68; IC del 95% : 0,56-0,82), pero no en aquellos con IMC <30 kg / m².
- Se observó otra interacción significativa para la HbA1c basal, con un efecto de tratamiento significativo en aquellos con $\geq 8\%$, pero no en aquellos con HbA1c $<8\%$. Además, los pacientes que no tomaron metformina al inicio del estudio mostraron un beneficio del tratamiento, mientras que los que tomaron metformina no lo hicieron. Los pacientes con diuréticos al inicio del estudio mostraron un beneficio del tratamiento, mientras que los que no recibieron diuréticos no lo hicieron.
- Cuando los datos se estratificaron según el historial de insuficiencia cardíaca, no se observaron beneficios significativos en la muerte CV y HIC de canagliflozina en aquellos sin antecedentes de insuficiencia cardíaca, en comparación con placebo (13,6 frente a 15,2 por 1000 PY, HR: 0,87, 95% CI: 0,72-1,06). En aquellos con antecedentes de insuficiencia cardíaca, la canagliflozina mostró un beneficio del tratamiento sobre el placebo (35,4 frente a 56,8 por 1000 PY, HR: 0,61; IC del 95%: 0,46-0,80).
- El historial de IC no mostró interacciones significativas con las asociaciones entre el tratamiento y riesgo CV y los resultados renales.
- Los eventos de seguridad no difirieron significativamente entre aquellos con y sin IC al inicio del estudio.

Conclusión

Este análisis del estudio CANVAS muestra que entre los pacientes con DM2 y un riesgo elevado de ECV, la canagliflozina redujo el riesgo de muerte CV o HIC en una amplia gama de grupos de pacientes. Este análisis mostró que los pacientes con antecedentes de insuficiencia cardíaca al inicio del estudio se benefician más del tratamiento con canagliflozina. No hubo evidencia de una diferencia en el perfil de seguridad basado en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca al inicio del estudio.

El beneficio CV del inhibidor PCSK9 es constante e independiente del nivel de inflamación. Evaluación del riesgo inflamatorio y de colesterol en el ensayo FOURIER (investigación adicional de resultados cardiovasculares con inhibición de PCSK9 en pacientes con riesgo elevado).

Circulation 2018

Introducción y métodos

El valor pronóstico de LDL-c y la proteína C-reactiva de alta sensibilidad (hsCRP) se ha establecido, pero no en el contexto de niveles extremadamente bajos de c-LDL. En este análisis del ensayo FOURIER (Investigación de resultados cardiovasculares con inhibición de PCSK9 en pacientes con riesgo elevado), se evaluó la consistencia del beneficio del inhibidor de PCSK9 evolocumab para la prevención de eventos cardiovasculares (CV) por hsCRP basal. Además, se evaluó la importancia del riesgo de colesterol inflamatorio y residual definido por los niveles de LDL-c y hsCRP.

FOURIER fue un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo que inscribió a 27.564 pacientes de 40 a 85 años con enfermedad CV aterosclerótica estable clínicamente evidente y factores de riesgo adicionales. Los pacientes elegibles tenían LDL-c ≥ 70 mg / dL o sin HDL-c ≥ 100 mg / dL, mientras tomaban un régimen optimizado de terapia hipolipemiante (al menos atorvastatina 20 mg al día o su equivalente, con o sin ezetimiba).

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a evolocumab subcutáneo (ya sea 140 mg Q2W o 420 mg Q4W) o las inyecciones de placebo correspondientes, y fueron seguidos durante una mediana de 2,2 años (IQ: 1,3-2,5 años). La variable principal de eficacia fue un compuesto de muerte CV, infarto de miocardio (IM), accidente cerebrovascular, hospitalización por angina inestable o revascularización coronaria. El punto final secundario clave fue un compuesto de muerte CV, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.

Para este análisis, los puntos finales se compararon entre los estratos de hsCRP basal (<1 , 1-3 y >3 mg / dL) y se evaluaron los valores de hsCRP basal y LDL-c logrados en 1 mes en toda la población de estudio.

Resultados principales

- De los 27.495 pacientes, el 29% tenía un nivel bajo de hsCRP inicial (<1 mg / L), el 41% tenía un hsCRP intermedio (1-3 mg / L) y el 30% tenía un PCRh alto (> 3 mg / L)
- La mediana del nivel basal de hsCRP fue de 1,7 mg / L (IQR: 0,9-3,6) en el grupo de evolocumab y de 1,8 mg / L (IQR: 0,9-3,6) en el brazo de placebo.
- El cambio en hsCRP a las 48 semanas fue de -0,2 mg / L (IQR: -1,0 a 0,4) en ambos grupos de tratamiento sin diferencias significativas en los niveles alcanzados de hsCRP entre evolocumab y placebo (mediana del nivel de hsCRP de 48 semanas: 1,4 mg / L; IQR: 0,7-3,1 para ambos tratamientos)
- La reducción del riesgo relativo con evolocumab versus placebo para el criterio de valoración primario fue constante en los estratos de hsCRP basales (HR para hsCRP <1 mg / L: 0,82; IC del 95%: 0,70-0,95; HR para hsCRP 1-3 mg / L: 0,93; IC del 95%: 0,83-1,05; HR para hsCRP > 3 mg / L: 0,80; IC del 95%: 0,71-0,90; interacción $P = 0,17$).
- Las reducciones del riesgo absoluto (RA) para el punto final primario con evolocumab fue del 1,6% (IC 95%: -0,5 a 3,7), 1,8% (IC 95%: 0,0 - 3,5) y 2,6% (IC 95%: 0,4 - 4,9), respectivamente, en aquellos con niveles hsCRP basales de <1 , 1 a 3 y > 3 mg / L.
- Después del ajuste de los factores de confusión y los niveles de hsCRP, una concentración más alta de LDL-c alcanzada en 1 mes se asoció de forma independiente con mayores tasas de criterios de valoración primaria y secundaria clave, con un 9% (HR: 1,09; IC del 95%: 1,05-1,14; $P < 0,0001$) y 12% (HR: 1,12; IC del 95%: 1,06-1,18; $P < 0,0001$) aumentaron el riesgo relativo, respectivamente, por cada duplicación del c-LDL.

Conclusión

La reducción de LDL-c con evolocumab disminuye los eventos CV a través de los estratos hsCRP en FOURIER con mayores reducciones de riesgo absoluto en pacientes con hsCRP basal más alta. Las tasas de eventos CV adversos se asociaron independientemente con LDL-c y hsCRP, que fue un predictor de riesgo incluso en pacientes con niveles muy bajos de c-LDL. Estos resultados respaldan la importancia de la reducción del riesgo de colesterol "inflamatorio y residual".

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales. Sigue todas las actividades y novedades de la Sociedad en...

28º SAHTA
Congreso médico | 16ª JORNADAS DE ENFERMERÍA
13ª JORNADAS DE FARMACÉUTICOS

