

El control glucémico individualizado podría reducir los costos de forma segura en la diabetes tipo 2

Editado por David G. Fairchild, MD, MPH, y Jaye Elizabeth Hefner, MD

El control glucémico individualizado, en comparación con el control intensivo uniforme, reduce de forma segura los costos de atención médica en adultos con diabetes tipo 2, según un estudio de modelaje en *Annals of Internal Medicine*.

Los investigadores utilizaron datos de 570 adultos con diabetes autoinformada en la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición 2011-2012 para estimar la relación costo-efectividad del control intensivo uniforme (hemoglobina A1c <7%) versus control individualizado según la edad del paciente, las comorbilidades y complicaciones de la diabetes. En general, el control individualizado cuesta casi \$ 14,000 menos por paciente durante toda la vida en comparación con el control uniforme. Los ahorros provienen principalmente de menores costos de medicamentos con atención individualizada (aproximadamente \$ 35,000 vs. \$ 49,000).

La calidad de vida fue ligeramente mayor con el control individualizado, produciendo 36 días de vida ajustados a la calidad más en comparación con el control intensivo uniforme.

Los autores escriben: "La perspectiva de reducir costos mediante el uso de menos medicamentos... y no empeorar sustancialmente los resultados de los pacientes es atractiva, especialmente dado que muchos pacientes prefieren evitar los medicamentos contra la diabetes si pueden hacerlo de manera segura".

Tendencia de la presión sanguínea al final de la vida

Delgado J et al. *JAMA Intern Med* 2017 4 de diciembre.

La presión arterial disminuye hacia el final de la vida, pero ¿por qué?

Las tendencias típicas de la presión arterial (PA) en etapas posteriores de la vida no se han definido claramente, y los factores que median en los cambios de la PA de vida tardía siguen siendo inciertos. Para obtener más información, los investigadores evaluaron los cambios individuales de la PA del paciente en un estudio retrospectivo basado en la población utilizando las bases de datos de atención primaria y hospitalización de los Estados Unidos desde 2010 hasta 2014.

Las tendencias de BP se determinaron durante los 20 años previos a la muerte en 46.634 individuos que habían muerto a la edad ≥ 60 (edad media al morir, 82; 52% mujeres). Los valores sistólicos de presión arterial (PAS) y presión arterial diastólica alcanzaron su punto máximo de 18 a 14 años antes de la muerte y luego disminuyeron progresivamente. La PAS promedio disminuyó 8.5 mm Hg para aquellos que murieron entre las edades de 60 a 69 y 22.0 mm Hg para los que murieron a la edad ≥ 90 . SBP disminuyó linealmente de 10 años a 3 años antes de la muerte y luego disminuyó más abruptamente en los últimos 2 años de vida. Aunque la PAS disminuyó de 10 a 3 años antes de la muerte en individuos que no recetaron medicamentos antihipertensivos, las disminuciones anuales promedio fueron más pronunciadas en pacientes con hipertensión, demencia, insuficiencia cardíaca o pérdida de peso tardía. En un análisis por separado, la PAS disminuye de 10 a 3 años antes de la muerte y fue mayor en 20,207 individuos que habían muerto que en los participantes sobrevivientes emparejados por sexo y año.

Comentario: La disminución de la PA en los últimos años de vida no son únicamente atribuibles a la edad, el tratamiento de la hipertensión o una mayor supervivencia sin enfermedad hipertensiva. Los hallazgos no deberían ser una razón para evitar el tratamiento de la hipertensión. Sí, hacia el final de la vida, BP tiende a disminuir, pero al igual que la pérdida de peso involuntaria o las caídas inexplicables del colesterol LDL, las caídas involuntarias en la PA son marcadores probables de otras enfermedades. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen antecedentes de hipertensión, pero una vez que se desarrolla la insuficiencia cardíaca, la presión arterial baja.

La evidencia de años de estudios epidemiológicos a gran escala es incontrovertible que, a cada edad, el aumento de la PAS es un factor de riesgo de muerte y discapacidad. También sabemos por la enorme y sólida evidencia de ensayos clínicos que la disminución de la hipertensión previene la discapacidad y salva vidas.

Aterosclerosis sin riesgos cardiovasculares aparentes

Fernández-Friera L et al. *J Am Coll Cardiol* 2017 19 de diciembre.

La enfermedad subclínica se detectó en la mitad de los pacientes sin factores de riesgo cardiovascular importantes y en un tercio de aquellos con biomarcadores "óptimos".

Durante décadas, los médicos han utilizado la presencia o ausencia de factores de riesgo cardiovascular para identificar a aquellos con un riesgo alto o mínimo de futuros eventos cardíacos. Los investigadores actuales analizaron datos de estudios de imágenes no invasivas para evaluar prospectivamente la presencia y progresión de la aterosclerosis subclínica en 1779 personas de mediana edad sin factores de riesgo cardiovascular convencionales (edad media, 45,5% mujeres).

Los participantes eran no fumadores y no tenían dislipidemia, hipertensión o diabetes; El 95% tenía un riesgo cardiovascular bajo a 10 años. Sin embargo, se encontró que el 50% tenía niveles subclínicos de aterosclerosis. En general, las placas ateroscleróticas periféricas se observaron en el 47%: 30% en las arterias iliofemorales, 23% en las arterias carótidas y 17% en la aorta infrarrenal. La calcificación de la arteria coronaria se detectó en el 11%. En los modelos multivariados, el sexo masculino y la edad mostraron la asociación más fuerte con la presencia y el alcance de la aterosclerosis, seguidos por el colesterol LDL y luego la hemoglobina A1c.

En un subgrupo de 740 participantes con valores de biomarcadores "óptimos", el 38% tenía enfermedad aterosclerótica, que se asoció con la edad, el sexo masculino y el LDL. En un análisis multivariado de individuos con LDL <130 mg/dL, los mismos tres factores se asociaron con aterosclerosis. A medida que los niveles de LDL aumentaban tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia de la enfermedad aumentaba de forma lineal y significativa.

Comentario: Se encontró aterosclerosis subclínica en porciones sustanciales de estos individuos de mediana edad sin factores de riesgo cardiovascular importantes e incluso en aquellos con medidas cardiovasculares consideradas óptimas. Con los niveles de LDL "normales" asociados con la presencia y el alcance de la aterosclerosis, los médicos pueden necesitar reconsiderar qué nivel indica bajo o nulo riesgo de enfermedad cardiovascular. Se necesita investigación para identificar los factores de riesgo y los marcadores que definen mejor el riesgo cardiovascular bajo o nulo.

Un análisis del estudio WOSCOPS respalda la disminución del colesterol LDL para la prevención primaria de enfermedad CV en pacientes con niveles elevados de c-LDL sin evaluación de riesgo CV previo

La reducción del colesterol LDL para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) en hombres con elevaciones primarias de los niveles de colesterol LDL de 190 mg/dL o superior: análisis de un ensayo aleatorizado de 5 años de WOSCOPS y seguimiento observacional a 20 años.

CIRCULACIÓN 2017; 136: 1878-91

Justificación

Las elevaciones de c-LDL ≥ 190 mg/dL se asocian con un mayor riesgo de ECV aterosclerótica en individuos sin ECV [1,2]. Por lo tanto, se recomienda el inicio de la terapia hipolipemiente para individuos con elevaciones primarias de c-LDL ≥ 190 mg/dl sin la necesidad de una evaluación de riesgo, a pesar de la falta de pruebas de ensayos aleatorios publicados que respalden estas recomendaciones en prevención primaria. Además, las directrices clínicas han diferido en si recomendar reducciones porcentuales en c-LDL o niveles específicos de c-LDL entre dichos pacientes [3,4].

En el presente análisis del estudio WOSCOPS, los efectos CV de la disminución del c-LDL se informaron en 5529 individuos con elevación primaria de c-LDL ≥ 190 mg/dl sin evidencia de enfermedad vascular al inicio del estudio [5,6]. Además, se evaluó la relación entre las reducciones de c-LDL y los niveles de c-LDL en tratamiento con eventos clínicos posteriores.

En el WOSCOPS, 6595 hombres con una edad promedio de 55 años fueron aleatorizados a 40 mg de pravastatina una vez al día o placebo, para un seguimiento medio de 4,9 años. Los pacientes fueron estratificados por niveles de c-LDL al inicio del estudio.

Los criterios de valoración principales fueron los siguientes: CHD como el compuesto de IM no fatal definitivo o sospechado más muerte por CHD definitiva o sospechada y MACE (muerte CV, infarto de miocardio no mortal (definitivo o sospechado) y no mortal).

Resultados principales

En 4,9 años, en individuos con c-LDL ≥ 190 mg/dl, la pravastatina redujo significativamente el riesgo de CHD en un 27% (P = 0.033) con un riesgo 25% menor de MACE (P = 0.037) en comparación con el placebo.

Entre todos los sujetos inicialmente asignados a pravastatina, la muerte por ECC, la muerte por CV y la mortalidad por todas las causas se redujeron significativamente en un 22%, 17% y 12% respectivamente durante un total de 20 años de seguimiento.

El riesgo a largo plazo de muerte por EC, muerte CV y mortalidad por todas las causas se redujo significativamente en un 28%, 25% y 18%, respectivamente, entre aquellos con c-LDL ≥ 190 mg/dL originalmente asignados al azar a pravastatina.

La RRA de muerte a los 20 años de CHC, causas CV y por cualquier causa fue al menos dos veces mayor entre los pacientes con c-LDL ≥ 190 mg/dL (RRA: 2,34%, 3,25% y 5,39%, respectivamente) en comparación con aquellos con c-LDL <190 mg/dL.

Entre los individuos con c-LDL ≥ 190 mg/dL, una reducción en c-LDL superior a 30% o 39 mg/dL (1 mmol/L) en el grupo de pravastatina se asoció con un menor riesgo de CHD y MACE en comparación con placebo, mientras que aquellos individuos asignados a pravastatina cuya reducción de c-LDL fue menor del 30% o 39 mg/dL no fueron significativamente diferentes de los del placebo.

Para los participantes con un riesgo predicho de ECV aterosclerótica a 10 años inferior al 7,5% y sin DM, el MACE se redujo significativamente al 4,8% entre los asignados a pravastatina en contraste con una tasa del 7,5% entre placebo, lo que representa una reducción del 38% (0,62; IC del 95%: 0,42-0,92; P = 0,018) durante el período de prueba de 5 años. Durante el seguimiento ampliado a 20 años, las tasas correspondientes fueron del 18,76% frente al 24,18%, lo que representa una reducción del riesgo del 27% (HR: 0,73, IC 95%: 0,60 - 0,90, P = 0,003).

Conclusión

Los hombres con niveles de c-LDL ≥ 190 mg/dL sin ECV aterosclerótica tienen un riesgo 2 veces mayor de eventos CV mayores de lo que se predeciría con un calculador de riesgo. Estos resultados proporcionan evidencia de los beneficios de la disminución del c-LDL para la prevención primaria de individuos con elevaciones primarias de c-LDL ≥ 190 mg/dl, lo que puede ayudar a reforzar las recomendaciones actuales para este grupo de pacientes.

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.

28° SAHTA
Congreso médico | 16^{as} JORNADAS DE ENFERMERÍA
13^{as} JORNADAS DE FARMACÉUTICOS



European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

- Download Documents -

PLAN CUÍDATE+
-SAL = +SALUD

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

agencia española de seguridad alimentaria y nutrición