SAHTA 27 RIESGO VASCULAR

Noticias y Novedades

Año 5 - nº48

Efecto del control intensivo de la presión arterial sobre la velocidad de marcha y la limitación de la movilidad en adultos de 75 años o más. Un ensayo clínico aleatorizado.

JAMA Intern Med 2017

Pregunta: ¿El objetivo de una presión arterial sistólica de menos de 120 mm Hg afecta la velocidad de la marcha entre los adultos mayores de 75 años con hipertensión?.

Recomendaciones. En este ensayo clínico aleatorizado de 2636 individuos, no se encontraron diferencias entre los grupos de tratamiento intensivo y estándar sobre los cambios en la velocidad de la marcha o la limitación de la movilidad durante 3 años de seguimiento.

Sentido. El control intensivo de la presión arterial no parece tener un efecto importante en la disminución de la velocidad de la marcha a corto plazo entre los adultos mayores.

Abstract:

Importancia: El control de la presión arterial (PA) intensivo confiere un beneficio a la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Si se afecta a los resultados de la función física se desconoce.

Objetivo. Examinar el efecto del control intensivo de la PA sobre los cambios en la velocidad de la marcha y la movilidad.

Diseño, Configuración y Participantes. Este ensayo clínico aleatorizado incluyó 2636 individuos de 75 años de edad o más con hipertensión y sin antecedentes de diabetes tipo 2 o accidente cerebrovascular que participaron en el ensayo de intervención de presión arterial sistólica (SPRINT). Los datos se recogieron del 8 de noviembre de 2010 al 1 de diciembre de 2015. El análisis se basó en la intención de tratar.

Intervenciones. Los participantes fueron asignados al azar a un tratamiento intensivo con un objetivo de PA de menos de 120 mm Hg (n = 1319) o a uno estándar (n = 1317) versus un tratamiento estándar con un objetivo de PA de menos de 140 mm Hg (n = 1317).

Principales Resultados y Medidas. La velocidad de la marcha se midió usando un test de caminata de 4 metros. La información auto reportada sobre movilidad se obtuvo en los items de la escala de salud de 12 ítems de Veteranos RAND y la EQ-5D. La limitación de la movilidad se definió como una velocidad de la marcha inferior a 0,6 metros por segundo (m / s) o las limitaciones auto-reportadas en caminar y subir escaleras.

Resultados. Entre los 2629 participantes en los que se pudo definir la movilidad (596 mujeres [37,9%], 1633 hombres [62,1%], edad media (SD), 79,9 [4,0] años), seguimiento medianamente completado (2,8 [IQR, 2,6-3,0] a). Los cambios en la velocidad de la marcha no difirieron en la velocidad de la marcha entre los grupos de tratamiento intensivo y estándar (diferencia media, 0,0004 m / s al año, IC del 95%, -0,005 a 0,005, P = 0,88). No se encontraron evidencias de diferencias de grupos de tratamiento en subgrupos definidos por edad, sexo, raza / etnia, PA sistólica basal, enfermedad renal crónica o antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se observaron 2 eventos adversos graves relacionados con la movilidad (caídas con fractura de cadera) Salud de 12 miembros de Veteranos RAND, aunque el efecto no alcanzó significación estadística en ninguno de los subgrupos, con diferencias de 0,004 (IC del 95%, -0,002 a 0,010) m / s por Año entre aquellos con puntuaciones de al menos 40 y -0,008 (IC 95%, -0,016 a 0,000) m / s por año entre aquellos con puntuaciones menores de 40 (P = .03 para la interacción). Los cambios en la movilidad auto-reportada no dependieron del grupo de tratamiento, aunque el efecto del tratamiento intensivo sobre las transiciones a la limitación de la movilidad (hazard ratio, 1.06; IC del 95%, 0.92-1.22).

Conclusiones y Relevancia. Entre los adultos mayores de 75 años en el estudio SPRINT, el tratamiento con un objetivo de presión sistólica inferior a 120 mm Hg en comparación con un objetivo de menos de 140 mm Hg no tuvo efecto sobre los cambios en la velocidad de la marcha y no estuvo asociado con cambios en la limitación de la movilidad.

Las guías establecen metas de tratamiento antihipertensivo moderadas para los adultos mayores.

Annals of Internal Medicine 2017.

El Colegio American de Médicos y la Academia American de Médicos de Familia recomendan objetivos de presión arterial moderada para adultos mayores de 60 años.

Las directrices, publicadas en los Anales de Medicina Interna, recomiendan lo siguiente para los adultos mayores:

Los pacientes con una presión arterial sistólica igual a 150 mmHg o superior deben iniciar el tratamiento y asignar a una PA sistólica inferior a 150 mmHg.

Los pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio y algunos de ellos con alto riesgo cardiovascular (por ejemplo, los pacientes ancianos con diabetes, enfermedad renal crónica, síndrome metabólico) deben considerar iniciar o intensificar la terapia con fármacos antihipertensivos y apuntar a una PA sistólica de 140 mm Hg.

Un editorialista, Harlan M. Krumholz, comentó: "Las pautas reflejan una crisis de incertidumbre sobre qué es lo mejor para los pacientes. Los ensayos aleatorizados controlados no incluyen a 60 años o más, un problema que afecta a muchos. No tienen ningún duda de que muchos pacientes y sus médicos están inquietos por la incertidumbre acerca de qué objetivos y qué drogas son mejores.

La hipertensión de bata blanca

Journal of Nephrology 2017

Múltiples estudios epidemiológicos han demostrado claramente los riesgos macrovasculares asociados con la Hipertensión de bata blanca (HBB) o la Hipertensión sostenida. En los pacientes con HBB, no hay datos disponibles sobre los cambios histopatológicos renales y qué patrón de daño renal es más probable que ocurra en estos pacientes. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las variables de la presión arterial y las características patológicas de las biopsias de riñón en los donantes renales vivos con HBB.

MÉTODOS: En este estudio transversal se incluyeron donantes renales vivos con HBB (n = 10) y SH (n = 10), y 20 donantes renales sanos con características demográficas similares (grupo control). Se obtuvieron muestras de biopsia de alrededor del polo inferior del trasplante y los cortes glomerulares, vasculares y tubulointersticiales crónicos se puntuaron semicuantitativamente de acuerdo con el sistema Banff.

RESULTADOS: La edad media de los 20 sujetos hipertensos (Grupo 1) y controles (Grupo 2) fue de 59,3 ± 8,5 frente a 59,6 ± 7,6 años y casi la mitad eran mujeres. No hubo diferencias en los parámetros de la función renal entre los grupos. Sin embargo, la hipertrofia ventricular renal en el grupo 1 fue peor que el grupo 2 con un índice de crocidad de 2,80 ± 1,67 frente a 1,75 ± 1,16 (p = 0,04). Los cambios vasculares crónicos fueron significativamente más graves en el grupo 1 con Hipertensión sostenida (Índice de crocidad: 2,68 ± 1,43 vs. 2,19 ± 1,26, p = 0,88). La proporción de la presión arterial media (PAM) de día a día se asoció significativamente con el índice de crocidad en pacientes con HBB. Además, los pacientes con HBB con patrón hipertensivo nocturno dipper tenían un índice de crocidad peor.

Conclusiones: Se observaron alteraciones histopatológicas significativas en el riñón en pacientes con HBB y con Hipertensión sostenida y se acentuaron en pacientes con HBB con patrón de presión arterial no dipper.

Predictores de eventos cardiovasculares en hipercolesterolemia familiar: Registro Safeheart.

Circulation 2017

Antecedentes. Aunque se han descrito factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) en la hipercolesterolemia familiar (HF), no se han descrito modelos para predecir el ASCVD incidente. Nuestro objetivo era utilizar el registro SAFEHEART para definir los principales factores de riesgo para la predicción de ASCVD incidente en pacientes con HF. Métodos y Resultados. Se ha seguido a una cohorte prospectiva de pacientes con HF con seguimiento a largo plazo de una población mono-cuantificada definida con HF, con o sin ASCVD previo. Análisis. Para definir los factores de riesgo y construir una ecuación de predicción de riesgo fueron desarrollados y probados por su capacidad para discriminar a los pacientes que experimentaban ASCVD incidente de aquellos que no lo hicieron a lo largo del tiempo. Resultados: Se incluyó a 2404 pacientes con HF (edad media 47 años, 54% mujeres, colesterol LDL 5,4 ± 1,9 mmol / dL [SD 2,2], durante los cuales 12 (0,5%) y 122 (5,1%) sufrieron incidentes ASCVD mortales y no mortales, respectivamente. La edad, el sexo masculino, la historia de ASCVD previo, la presión arterial alta, el aumento del índice de masa corporal, el tabaquismo activo y niveles de LDL-C y Lp (a) fueron predictores independientes del ASCVD incidente a partir del cual una ecuación de riesgo fue derivada y validada. La ecuación de riesgo tuvo una buena discriminación (100 muestras aleatorizadas) del conjunto original para la validación interna mostró un grado de superoptimismo de 0,003. El riesgo individual se estimó para cada persona sin un diagnóstico establecido de ASCVD antes de inscribirse en el registro utilizando el SAFEHEART-RS y la ecuación de riesgo de Framingham modificada y el ACC / AHA ASCVD Pooled Cohort Risk Equations. Los C-stats para estas ecuaciones de riesgo fueron 0.75, 0.74 y 0.72 respectivamente (no diferencias entre el SAFEHEART-RS y los otros dos fueron significativas (p = 0.023 y p = 0.045). Conclusiones. El riesgo de incidencia de ASCVD puede estimarse en pacientes con HF utilizando simples predictores clínicos. Este hallazgo puede mejorar la estratificación del riesgo y ayudar a orientar para guiar la terapia en pacientes con HF. Registro de ensayos clínicos -https://clinicaltrials.gov. Identificador único: NCT02093548.

Las catastras y los eventos neurocognitivos adversos podrían ser más comunes con niveles muy bajos de colesterol LDL.

Kirsten E. Fleischmann, MD, MPH Reviewing Erratum BM, J Am Coll Cardiol 2017 Feb 7; 69:483

Los inhibidores de la proprotein convertase subtilisina-kexina tipo 9 (PCSK-9) son potentes agentes hipolipemiantes que pueden resultar en niveles muy bajos de colesterol LDL. ¿Pero puede ocasionar acontecimientos adversos un colesterol LDL tan bajo?

En dos meta-análisis, los investigadores exploran esta posibilidad.

En un análisis patrocinado por la industria, se agruparon los datos de 14 ensayos en los que se añadió alirocumab a la terapia hipolipemiante de fondo. La duración del tratamiento varió de 8 a 104 semanas. Entre los 3340 pacientes con alirocumab, el 25% tuvo dos mediciones consecutivas de colesterol LDL <25 mg / dL y el 9% alcanzó niveles <15 mg / dL. Las tasas de cualquier evento adverso neurocognitivo fueron ligeramente más bajas en pacientes con LDL <25 mg / dL (2,6 mg / dL vs 4,25 mg / dL. En los análisis de tendencia ajustados, las tasas de eventos adversos específicos, como la diabetes y sus complicaciones o efectos neurológicos y neurocognitivos, no fueron significativamente diferentes en aquellos con niveles de colesterol LDL muy bajos y en aquellos con niveles más altos. Las tasas de cataratas incidentes fueron significativamente mayores en aquellos con niveles de colesterol LDL <25 mg / dL que en aquellos con niveles más altos (2,6% vs. 0,8%), pero la incidencia general de cataratas fue similar en los grupos de alirocumab y placebo.

Un segundo metanálisis, que se limitó a estudios con al menos 6 meses de seguimiento, también mostró diferencias significativas en los eventos adversos graves; Sin embargo, el análisis de subgrupos, sugirió incidencia excesiva de eventos adversos neurocognitivos en el grupo de colesterol muy bajo (odds ratio, 2,85), aunque la incidencia general fue baja (<1%).

Comentario: En el primer análisis, los niveles muy bajos de colesterol LDL no se asociaron con exceso de eventos adversos, a excepción de una mayor incidencia de cataratas. (Este hallazgo puede ser fortuito, pero también puede reflejar un efecto de clase de los inhibidores de la isoforma2 para la estructura y claridad.) El segundo análisis sugiere exceso de eventos adversos neurocognitivos en el análisis de subgrupos solamente, pero una incidencia baja en general, y los autores señalan que el tipo y la gravedad de estos eventos adversos son desconocidos. Aunque estos resultados son generalmente tranquilizadores, se necesitará un monitoreo a largo plazo y conclusión avanzada de eventos adversos neurocognitivos, antes de que se pueda recomendar completamente la seguridad de niveles muy bajos de colesterol-LDL con los inhibidores de PCSK-9.

La terapia cuádruple con fármacos de dosis muy baja para la hipertensión, es efectiva

Karel a. Walzer, md, phd, fscc reviewing gradman ah., lancet 2017 feb 9:

En todo el mundo, las tasas de control de la hipertensión son pobres. La mayoría de los pacientes son tratados con monoterapia, aunque la terapia de combinación es más eficaz. Estos autores mantienen evaluar si el tratamiento de pacientes con terapia de combinación de dosis adecuadas reduce el riesgo de ECV.

El ensayo controlado con placebo, doble ciego, aleatorizado y cruzado (#actrn12614000107673) probó la eficacia de una "cuadripíldora", una sola cápsula que contenía cuatro fármacos, cada uno a dosis de un cuarto de dosis (ribesartán, 37,5 mg, amlodipina, 1,25 mg; hidroclorotiazida, 6,25 mg, atenolol, 12,5 mg). Los 21 pacientes hipertensos fueron tratados con placebo por un lado de 2 semanas, y el otro tratamiento durante otras 4 semanas. La edad media fue de 58 años, la presión arterial media de referencia: 154/90 mmHg y la presión arterial de 24 horas: 148/87 mmHg.

La reducción media corregida con placebo en la presión sanguínea sistólica de 24 horas, con la "cuadripíldora" fue de 19 mmHg. La presión arterial ambulatoria con la "cuadripíldora" también significativamente en una media de 22/13 mmHg. Aunque no se produjeron eventos adversos graves, la "cuadripíldora" se asoció con una discreta elevación de creatinina, urato y glucosa, pero significativo de más alta. Los 18 pacientes incluidos en el estudio informaron que la "cuadripíldora" era aceptable.

Comentario: Este pequeño estudio sugiere que el tratamiento combinado de dosis bajas de cuatro fármacos antihipertensivos, puede conducir a reducciones clínicamente importantes de la presión arterial. La terapia parece segura y bien tolerada, pero se observaron algunos cambios adversos en los hallazgos de laboratorio. Para proporcionar generales adicionales de seguridad, se necesitan ensayos más grandes y más prolongados. Los ensayos de morbilidad/mortalidad basada y no encontraron ganancia en los eventos adversos. Aunque estos hallazgos son prometedores, estos estudio es muy pequeño y tiene un seguimiento muy corto. La seguridad y la eficacia de esta estrategia deben ser validadas con un ensayo mucho más amplio, aleatorizado y controlado, utilizando un seguimiento mucho más largo.

Tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos mayores

Jamafuidlin mdoo, MD, MPH revisor, Pignone M y viera AJ., ann intern med 2017, 17 de enero.

Para los pacientes mayores con edad igual o superior a 60, seguir una nueva guía que recomienda iniciar el tratamiento cuando la presión arterial sistólica es ≥ 150 mmHg.

Organizaciones patrocinadoras: American college of physicians (ACP); Academia americana de médicos de familia (AAFP)

Esta guía conjunta presenta evidencia sobre los beneficios y los daños del tratamiento de los objetivos de presión arterial sistólica más alta versus baja en adultos mayores (edad ≥60) con hipertensión arterial. Las recomendaciones se basan en una revisión sistemática de los ensayos controlados aleatorios (para los resultados primarios) y los estudios observacionales (para los daños).

Resultados clave: Todos los estudios mostraron beneficios para el tratamiento de la hipertensión en adultos mayores, la mayoría de los cuales tenían presiones arteriales sistólicas (PAS) basales > 160 mmHg.

Con las reducciones del riesgo absoluto (ARR) expresadas en puntos porcentuales y ajustadas a intervalos de tiempo de 5 años, la más alta evidencia mostró menor mortalidad por todas las causas (ARR: 1.64), la incidencia de accidente cerebrovascular (ARR: 1.13) y eventos cardiacos graves (ARR: 1.75) en los pacientes con PAS basales ≥ 160 mmHg y que fueron tratados para alcanzar PAS <150 mmHg.

En los estudios con objetivos más bajos de la PAS (<140 mmHg) en comparación con los objetivos más altos, con menor evidencia no se mostraron reducciones relativas significativas en la mortalidad por todas las causas o eventos cardiacos adversos, mientras que se mostró una evidencia intermedia para el menor riesgo de accidente cerebrovascular. Sin embargo, los efectos estudios no lograron presiones arteriales objetivo y no mostraron diferencias significativas en los resultados entre los grupos de tratamiento. Los estudios de mayor duración, por lo que podrían haber sido incapaces de mostrar una diferencia en los resultados clínicos.

En pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (AIT), una evidencia intermedia sugirió que el tratamiento a la PAS de 130 mmHg versus 140 mmHg disminuyó el riesgo de recidiva del accidente cerebrovascular y de causar la muerte (ARR: 3.02). La evidencia fue insuficiente para evaluar el beneficio del tratamiento de pacientes que tienen hipertensión diastólica aislada. Con respecto a los daños, un evidencia baja sugirió que el tratamiento a los objetivos de presión arterial (rango alcanzado de PAS 121-143 mmHg) aumentó el riesgo de síncope.

Recomendaciones:

1. Se debe iniciar el tratamiento en adultos mayores con PAS de forma persistente ≥ 150 mmHg para lograr una PAS objetivo de <150 mmHg (recomendación fuerte y alta evidencia).

2. En los adultos mayores con accidente cerebrovascular o accidentes cerebrovasculares previos, considerar tratar a <140 mmHg para reducir el riesgo de recurrencia (recomendación débil y evidencia moderada).

3. En los adultos mayores con alto riesgo cardiovascular (CV), considerar tratar a <140 mmHg para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular o eventos cardiacos adversos (recomendación débil y baja evidencia). Los pacientes con alto riesgo cardiovascular incluyen aquellos con enfermedad cardiovascular (ECV) previa, diabetes, enfermedad renal crónica (ERC), pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), pacientes con síndrome metabólico o riesgo de ECV a 10 años ≥15% y pacientes ancianos (edad ≥75).

Comentario: La guía del comité nacional conjunto (JNC) 8 causó controversia al recomendar un mayor umbral de tratamiento sistólico para los pacientes de más edad que para los pacientes más jóvenes y aquellos con diabetes o ERC (<150 frente a <140 mmHg [regla de gan inst el 15 de enero de 2014 y jama 2014; 311: 507]). Esta guía adopta un enfoque similar y acoraza una evidencia más fuerte para los beneficios del tratamiento a los objetivos de 140 mmHg, mostrando mos una reducción adicional de la PAS para pacientes con accidente cerebrovascular previo o para aquellos con alto riesgo CV. Los autores reconocen la influencia del ensayo sprint al hacer una última recomendación para pacientes con alto riesgo CV. Sin embargo, en sprint, los investigadores compararon objetivos de 120 mmHg y 140 mmHg (aunque las presiones arteriales medias alcanzadas fueron 121 versus 136 mmHg, respectivamente, lo que sugiere que no se siguió el protocolo sprint), y excluyó a pacientes con ACV o diabetes anterior (ningún ensayo de 15 2015 y n engl j med 2015; 373: 2103). Un tema recurrente dentro de la pauta fue la necesidad de individualizar los objetivos del tratamiento para cada paciente.

Resultados del CVD-REAL STUDY. Los inhibidores de los cotransportadores 2 de sodio y glucosa en el mundo real.

Mikhail Kosiborod, MD on behalf of the CVD-REAL Investigators and Study Team- LOWER RATES OF HOSPITALIZATION FOR HEART FAILURE AND ALL-CAUSE MORTALITY IN NEW USERS OF SGLT-2 INHIBITORS VERSUS OTHER GLUCOSE LOWERING DRUGS – REAL-WORLD EVIDENCE FROM SIX COUNTRIES AND MORE THAN 200,000 PATIENTS: THE CVD-REAL STUDY.

Toulis KA, Willis BH,Marshall T, Kumarendran B, Gokhale K et al. All-cause mortality in patients with diabetes under treatment with dapagliflozin a population-based cohort study-an-hort study in Thin database. J Clin Endocrinol Metab. 2017;doi:10.1210/jc.2016-3446.

El estudio EMPA-REG OUTCOME ha supuesto un antes y un después en la comercialización de los inhibidores de los cotransportadores 2 de sodio y glucosa (iSGLT2). Este ensayo demostró su capaz de reducir en un 38% la mortalidad cardiovascular (MCV), en un 32% en la reducción de la mortalidad por cualquier causa (MCC), y los ingresos por insuficiencia cardiaca (IC) en un 35% frente a placebo en pacientes con eventos cardiovasculares (ECV) previos (de alto riesgo cardiovascular -RCV). Su acción no del todo comprendida al mostrarse precisamente (a partir de los ensayos posteriores) debieran a ceritos mecanismos cardioprotectores y a efectos metabólicos no del todo conocidos.

En un post anterior mostramos como analizando los datos de un registro de base poblacional el Health Improvement Network database (THIN), que engloba los datos prospectivos de 640 consultas del primer nivel asistencial de UK (general practitioners), sobre 22.124 pacientes (4.444 expuestos a la dapagliflozina y 17.680 sin este ANO) los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) expuestos a la dapagliflozina tuvieron menos probabilidad de MCC con una razón de tasas de incidencia (RTI) de 0,61 (IC 95%: 0,37-0,99). Los datos del THIN se han comparado con los del EMPA-REG OUTCOME en pacientes con basal RCV la MCC estuvo significativamente más baja en el grupo de la dapagliflozina ARR 0,44 (IC 95% 0,25-0,78, p 0,002), lo que no hace más que avalar en nuestros consultas los resultados de la empagliflozina en un ECA (el EMPA-REG OUTCOME), e incluso aplicado a pacientes de bajo RCV.

Abundando en esto, leemos una comunicación de Mikhail Kosiborod en la última reunión del American College of Cardiology (ACC, 19 de Marzo en Washington) y nos hacemos eco de la difusión que ha tenido en los medios de comunicación. Se trata de un estudio observacional de 6 de los New Users of SGLT-2 Inhibitors), y realmente venían que la tendencia en este sentido no para de crecer.

A la espera de su publicación, leemos que se trata de un gran estudio transversal realizado en 6 países sobre pacientes que habían empezado tratamiento con inhibidores de los co-transportadores de sodio y glucosa (inh SGLT2; fundamentalmente empagliflozina en EEUU y la dapagliflozina en el resto de países, frente a otros ADNI, y que tenía como objetivo valorar el riesgo de hospitalización por IC (HIC) y la MCC. Se incluyeron 202.000 DM2 en 6 bases de datos poblacionales secundarias se evaluó el riesgo de MCC entre ambos grupos y comparar el riesgo de ingreso por ICC o por MCC entre ambos. Los individuos introducidos provienen de diferentes bases de datos poblacionales de diversos países (UK, Alemania, Suecia, EEUU, Noruega, Dinamarca), en Clinical Practice Research Datalink (CPRD), el Health Improvement Network (THIN), el Diabetes Patienten Verlaufsdokumentation (DPV)....

Como criterios de inclusión se incluyeron a pacientes mayores de 18 años diagnosticados de DM2 que eran nuevos en ser tratados con inh SGLT2 o otros ADNI.

Se incluyeron a 202.000 pacientes (edad media 58 años, 54% hombres) aparejados 1:1 en inh SGLT2 u otros ADNI.

Al inicio el 3% presentaba IC, el 13% enfermedad cardiovascular (ECV) y el 27% enfermedad microvascular.

En el periodo analizado se encontraron 961 casos de IC, siendo la incidencia de la misma inferior en los pacientes que estaban tratados con inh SGLT-2, hazard ratio (HR) 0,61 (p inferior a 0,001). Los inh SGLT-2 también redujeron la incidencia de objetivo secundario de la MCC en cada uno de los ensayos (promedio) HR 0,49 (p inferior a 0,001) o de ICC o MCC 0,56 (p inferior a 0,001).

Los beneficios cardiovasculares fueron bastante homogéneos según los países (poca heterogeneidad), aun existiendo ligeras variaciones geográficas en los grupos de pacientes que recibieron los inh SGLT2, sugiriendo un efecto de clase de este tipo de fármacos. Señalar como limitación que aunque los factores confusores no fueron del todo excluidos los resultados fueron similares entre los países; que no se estudiaron los eventos cardiovasculares (ECV), tales como el infarto agudo de miocardio (IAM) o el ictus; que los ECV previos no estaban disponibles en todos los estudios es relativamente corto como para saber cuál será el comportamiento de estos fármacos a más largo plazo.

Concluyen, que la utilización de los inh SGLT-2 en pacientes con DM2 en el mundo real se traduce a hacerlo con otros ADNI supone una reducción del ingreso por ICC, de MCC y de ingreso por ICC o por MCC. Que los beneficios tendrían que ver con un efecto de clase de estos sustancias y que podrían aplicarse a los pacientes sin un RCV alto. Los resultados en ICC y MCC se aproximan a los encontrados en el EMPA REG OUTCOME.

Sobre la posible mopiquia relacionada con el uso de los inhibidores de los DPP-4

Lebel V, Arnaud M, Pariente-Khayat C, Salvo F, Miquel R, Pariente A, Rio-LP Moyen-Ouvrard C, Lamarque-Garnier D, Lamarque D. Cataract Surgery With Statins: A Disproportionality Analysis Using Data From the WHO and French Spontaneous Reporting Databases. Diabetes Care. 2017 Mar;40(3):e27-e29. doi: 10.2337/dc16-1822. Epub 2016 Dec 20.

Continuamos hablando de los efectos secundarios de los nuevos fármacos. Por ejemplo. Defecto secundario controvertido en las estatinas que también al parecer se da en los inhibidores de los dipeptil peptidasa -4 (inh DPP-4), dos fármacos que con frecuencia se encuentran prescritos al mismo tiempo en el paciente con diabetes tipo 2 (DM2).

Los sistemas de farmacovigilancia dependientes de la European Medicines Agency (EMA) han advertido del posible riesgo de mopiquia y de radiosensibilis con la utilización de los inh DPP-4. Las advertencias ha surgido a partir de varios casos registrados de pacientes que utilizaban inh DPP-4 también tenían prescritas las estatinas. La interacción entre ambos fármacos podría ser la causa de la mopiquia.

La preocupación proviene de la futura comercialización en diversos países de presentaciones con dosis fijas de ambos fármacos, de un inh de DPP-4 y de una estatina.

Este estudio evalúa la asociación entre la utilización de los inh DPP-4, solos o en asociación con las estatinas según los registros de comunicaciones espontáneas aportados de dos bases de datos de farmacovigilancia.

Los datos fueron aportados por la base Francesa de farmacovigilancia "French Base Nationale Pharmacovigilance (BNPV)" y las comunicaciones aportadas por la base de farmacovigilancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los años 2009 y 2015. Se identificaron todas las comunicaciones de mopiquia relacionadas con el uso de los inh DPP-4 y de las estatinas según los términos estandarizados de RAF ("mopiquia/ radiosensibilis"). Lo que nos ofrecen fueron los RAF aparecidos en la asociación entre los inh DPP-4 y las estatinas con lo que investigar la posible interacción entre ambos tipos de fármacos.

Se hizo un análisis complementario considerando a otros antidiabéticos no insulínicos (ADNI) que no fueran los inh DPP-4 o los fibratos. Se hizo un abordaje estadístico en base a una regresión logística calculando el riesgo en forma de odds ratio ajustado por edad y sexo, confirontando "cases" versus "controls".

Según la base BNPV la utilización de inh de los DPP-4 son estatinas y sin fibratos se asoció significativamente con casos de mopiquia. En sentido contrario, no se registraron casos de mopiquia con otros ADNI en las mismas condiciones.

Sorprendentemente la evaluación de la utilización concomitante de inh DPP-4 y estatinas mostró un incremento en los casos de mopiquia, que mostraron menos casos que cuando se asociaban las estatinas únicamente, lo que no apoya la posible explicación de interacción entre ambos fármacos. En total se registraron 19 casos (edad media de 68 años y 57.9% mujeres) de RAF de mopiquia con el uso concomitante de ambos fármacos (12 fueron graves y 4 se asociaron con radiosensibilidad). Los inh de los DPP-4 implicados fueron la sitagliptina con alovriadata o con rosuvastatina.

En la base de farmacovigilancia de la OMS la utilización de inh DPP-4 también se asoció con el riesgo de mopiquia en comparación con la utilización de otros ADNI, lo que se encontraron pruebas de interacción entre ambas familias de fármacos.

Concluyen que según los datos provenientes de sistemas de farmacovigilancia (con todos sus sesgos y limitaciones por la comunicación espontánea de los casos) existiría un riesgo incrementado de mopiquia con la utilización de inh DPP-4 y de estatinas. Sin embargo, los autores no se encontró una posible interacción entre estos fármacos y las estatinas. La importancia de estos datos es que provienen de dos bases de datos distintas.

La explicación sobre la posible toxicidad muscular de los inh DPP-4 al tener efectos pleiotrópicos y en la síntesis de los lípidos parecisa a las estatinas y fibratos.

Hazte SOCI@ de la SAHTA
o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales

27º CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL y 2º CONGRESO DE FARMACOLOGÍA SAHTA
MÁLAGA
Palacio de Congresos Auditorio Miguel Delibes
2017
Hotel NH Malaga

Jornada actualización en diabetes y riesgo cardiovascular
La enfermedad desde una perspectiva global y nuevos avances terapéuticos
Hospital Campus de la Salud
Granada
24 y 25 de Marzo de 2017

PLAN CUÍDATE +
-SAL = +SALUD

PLAN AHORRO 5€ NO PIERDAS LA REFERENCIA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
AESAN