

Estudio comparativo entre un tratamiento antihipertensivo basado en ramipril en comparación con otro basado en diuréticos en pacientes con pre-diabetes. Estudio (ADAPT).

Walter Zidek et al Cardiovasc Diabetol. 2012;11(1).

Antecedentes previos: los ensayos controlados aleatorizados demostraron un efecto protector de los bloqueadores del sistema renina angiotensina para el desarrollo de diabetes tipo 2 en pacientes con pre-diabetes. Sin embargo, no hay datos del mundo real disponibles para ilustrar la relevancia de este bloqueo en la práctica clínica.

Métodos: estudio abierto, prospectivo, de grupos paralelos comparando a los pacientes con un inhibidor de la ECA en comparación con un tratamiento con diuréticos basados. El principal objetivo fue documentar la primera manifestación de la diabetes tipo 2 en ambos grupos.

Resultados: Un total de 2.011 pacientes se siguieron (edad media 69,1 ± 10,3 años; 51,6% mujeres). 1.507 pacientes estuvieron disponibles para el análisis por protocolo (1029 ramipril, 478 grupo de diuréticos). La Diabetes de nueva aparición fue menos frecuente en el grupo de ramipril que en el grupo de diuréticos a más de 4 años. Las diferencias fueron estadísticamente diferentes en una mediana de duración de 3 años (24,4% vs 29,5%, p < 0,05). Ambos tratamientos fueron igualmente efectivos en la reducción de la PA (14,7 ± 8,2 mmHg ± 18.0/8.5 y 12,7 ± 8,3 mmHg ± 18.1/7.0) en el año 4 de seguimiento (p < 0.001 vs basal, p = ns entre grupos).

En el 38,6% y 39,7% de los pacientes, la TA estaba por debajo de 130/80 mmHg (Mediana 3 meses). HUBO UNA REDUCCIÓN significativa de morbilidad y Mortalidad cardiovascular en favor de ramipril (p = 0,033). No se encontraron diferencias para un cambio en la HbA1c, así como para los niveles de glucosa en ayunas durante el seguimiento. La tasa tributaria de eventos adversos fue mayor en los pacientes tratados con diuréticos (SAE 15,4 vs 12,4%, p < 0,05; AE 26,6 vs 25,6%, p = ns).

Conclusiones: El tratamiento con ramipril es preferible a los regímenes de tratamiento basados en diuréticos para el tratamiento de la hipertensión en pacientes pre-diabéticos, debido a que la diabetes de nueva aparición se retrasa.

Antagonistas de Receptores de la Angiotensina y riesgo de cáncer. Estudio de Cohorte Entre las personas que reciben fármacos antihipertensivos en el Reino Unido. General Practice Research Database.

Krishnan Bhaskaran; Ian Douglas; Stephen Evans; Tjeerd van Staa; Liam Smeeth. BMJ 2012

Objetivos: Investigar si existe una asociación entre el uso de bloqueadores del receptor de la angiotensina y riesgo de cáncer.

Estudio de cohorte de riesgo de cáncer en las personas tratadas con bloqueadores de los receptores de angiotensina en comparación con la enzima convertidora de angiotensina (IECA). Los efectos se exploraron con covariables de tiempo actualizadas en los modelos de Cox ajustados para la edad, el uso del sexo, índice de masa corporal (IMC), la diabetes y la metformina / insulina, año hipertensión, insuficiencia cardíaca, el uso de estatinas, el estatus socioeconómico, el alcohol, el tabaquismo y el calendario. Los cambios absolutos en el riesgo se predijeron a partir de un modelo de Poisson y la incorporación de los determinantes más fuertes de riesgo a partir del análisis principal.

Contexto: práctica de atención primaria del Reino Unido que contribuyen a la General Practice Research Database.

Los participantes 377,649 nuevos usuarios de los bloqueadores de los receptores de angiotensina o inhibidores de la ECA con al menos un año de tratamiento inicial.

Principales medidas: resultado ajustado a cocientes de riesgo para todos los cánceres y los cánceres de los principales sitios específicos (mama, pulmón, colon, próstata) por la exposición a los bloqueadores de receptores de la angiotensina y por tiempo acumulado de uso.

Resultados: el seguimiento se puso fin a una mediana de 4,6 años después del inicio del tratamiento; 20,203 tipos de cáncer se han observado. No hubo evidencia de un aumento en el riesgo global de cáncer entre los que alguna vez expuesto a los bloqueadores de los receptores de angiotensina (hazard ratio 1,03, IC del 95% intervalo de confianza 0,99 a 1,06, P = 0,10). Por tipos específicos de cáncer, hubo cierta evidencia de un aumento del riesgo de cáncer de mama y cáncer de próstata (1,11, 1,01 a 1,21, P = 0,02 y 1,10, 1,00 a 1,20, P = 0,04, respectivamente), que en términos absolutos correspondió a un estimado de 0,5 y 1,1 casos adicionales, respectivamente, por 1000 persona-años de seguimiento entre las de mayor riesgo basal. La mayor duración del tratamiento no parece estar asociada con un riesgo más alto (P > 0.15 en cada caso). Hubo una disminución del riesgo de cáncer de pulmón (0,84, 0,75 a 0,94), pero ningún efecto sobre el cáncer de colon (1,02, 0,91 a 1,16).

Conclusiones: El uso de bloqueadores de los receptores de angiotensina no se asoció con un mayor riesgo de cáncer en general. Los observados mayor riesgo para la mama y el cáncer de próstata eran pequeños en términos absolutos, y la falta de asociación con la duración del tratamiento significa que las explicaciones no causales no se puede excluir.

Asociación del tratamiento con losartán versus candesartán y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Svanström H, et al.

JAMA 2012;307:1506-1512.

Algunos estudios observacionales sugieren que el losartán podría aumentar la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca en comparación con otros antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II). El objetivo de este estudio fue comparar en pacientes con insuficiencia cardíaca la mortalidad de los tratados con losartán comparados con los tratados con candesartán. Los datos proceden de un registro danés. Se seleccionaron los pacientes mayores de 45 años con una primera hospitalización por insuficiencia cardíaca entre 1998-2008. En los 4397 tratados con losartán ocurrieron 1212 muertes, mientras que en los 2082 tratados con candesartán hubo 330 muertes. Al comparar el losartán con el candesartán no se asoció con un aumento de la mortalidad total o cardiovascular. Dosis bajas o media de losartán (12,5-50 mg), pero no dosis altas (100 mg) incrementaban significativamente la mortalidad al compararse con dosis altas de candesartán (16 o 32 mg). Los autores concluyen que el tratamiento con losartán en insuficiencia cardíaca no se asocia con un incremento de la mortalidad comparado con el candesartán, si bien, dosis bajas de losartán podrían incrementarla.

Effect of antidiabetic agents added to metformin on glycaemic control, hypoglycaemia and weight change in patients with type 2 diabetes: a network meta-analysis.

S.-C. Liu, Y.-K. Tu, M.-N. Chien and K.-L. Chien. Diabetes, Obesity and Metabolism. 29 APR, 2012

Sung-Chen Liu, MD, del Hospital Conmemorativo Mackay, de la División de Endocrinología y Metabolismo, Departamento de Medicina Interna, Taipei, Taiwán, y colaboradores, publicaron un meta-análisis sobre los diferentes tratamientos para la diabetes. El meta-análisis examinó el uso de agentes antidiabéticos para el tratamiento de la diabetes tipo 2 que no estaba suficientemente controlado por la metformina.

Los autores realizaron búsquedas en PubMed y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados de ensayos controlados aleatorios escritos en Inglés a través de diciembre de 2011. La búsqueda identificó 819 artículos, 70 de los cuales fueron revisados los artículos de texto completo. Los autores incluyeron 39 ensayos controlados aleatorios que incluían 17,860 pacientes. En informes anteriores se indicó que las reducciones de HbA1C varió de -0,64% para los inhibidores de la glucosidasa α -a -0,97% para los análogos de GLP-1. Los resultados de este estudio son consistentes con los de anteriores meta-análisis.

La media de edad de los participantes del estudio variaron entre 51 y 62 años, y la duración de la diabetes fue de 4,6 a 9,5 años. Los valores promedio basal de A1C eran del 7,3% al 9,9%. La reducción media en los niveles de A1C en comparación con el placebo fue como sigue:

- Bifásica de insulina: -1,07% (IC del 95%, -1,46 a -0,69%)
- Análogos de GLP-1: -1,02% (IC del 95%, -1,17 a -0,86%)
- Insulina basal: -0,88% (IC del 95%, -1,21 a -0,56%)
- Sulfonilureas: -0,82% (IC del 95%, -0,95 a -0,70%)
- Glinidas: -0,71% (IC del 95%, -1,01 a -0,43%)
- Inhibidores DPP-4: -0,69% (IC del 95%, -0,79 a -0,61)
- Glucosidasa α -inhibidores: -0,66% (IC del 95%, -0,90 a -0,42%)

El riesgo de hipoglucemia se elevó de forma significativa con las sulfonilureas, insulina, y glinidas, con odds ratio de 4,77 a 17,78 frente a placebo. Los otros agentes no aumentó significativamente el riesgo de hipoglucemia en el grupo placebo. El tratamiento con sulfonilureas, glinidas, tiazolidinedionas, insulina basal e insulina bifásica se asoció con un aumento significativo frente a placebo en el peso corporal. Los valores de peso promedio de ganancia asociados con estos medicamentos fueron 2.17 kg, 1.40, 2.46 kg y 1.38 kg y 3.41 kg, respectivamente.

Por el contrario, los análogos de GLP-1 se asocia con una pérdida media de peso de 1,66 kg, y α -glucosidasa inhibidores de la reducción del peso en una media de 1,01 kg frente a placebo.

Los autores reconocen que su análisis estaba limitado por el hecho de que la duración del tratamiento fue de sólo 12 a 52 semanas.

Nuevos marcadores de riesgo cardíaco para la Escala de riesgo Framingham (FRS)

Jamaluddin Moloo, MD, MPH. Journal Watch General Medicine. April 24, 2012.

Los investigadores utilizaron los datos que se recogieron de forma prospectiva desde el Estudio de Rotterdam de 6000 casi asintomáticos que viven en la comunidad (edad media, 69), sin conocer las enfermedades cardíacas previas. Al inicio del estudio, los participantes fueron sometidos a evaluación de factores de riesgo. También se evaluaron los niveles de pro-hormona péptido natrurético de tipo cerebral (NT-proBNP), antígeno del factor von Willebrand, el fibrinógeno, proteína C-reactiva (PCR), la homocisteína y el ácido úrico y de la tasa de filtración glomerular, el recuento de leucocitos, es score de calcio (CAC) para las arterias coronarias, el grosor de la íntima-media carotídea, la presencia de la enfermedad arterial periférica, y la velocidad de la onda de pulso. Sólo la mitad de los participantes fueron evaluados para el CAC y la PCR.

Después de controlar por FRS, los únicos marcadores con cocientes de riesgo superior a 2 para la cardiopatía coronaria incidente de 10 años fueron de NT-proBNP (HR, 2,5) y CAC (HR = 6,2). Cuando cada marcador fue introducido en el FRS, el índice de reclasificación neto (IRN) - el porcentaje de personas cuyo riesgo de clase cambiado a través de categorías estándar de bajo, intermedio y de alto riesgo - fue la más alta puntuación para el CAC (NRI, el 19%) y para la NT-proBNP (NRI, el 8%). Los marcadores de todos los demás tenían puntuaciones de <3%. Entre los pacientes con riesgo intermedio de Framingham, el NRI para el CAC fue del 39% y para el NT-proBNP fue de 33%.

Comentario: En este estudio de una mayor población europea blanca, la mejora más clínicamente significativo en la predicción del riesgo llegó con la obtención de resultados del CAC. Pero, como señaló un editorialista, la mejora de la predicción del riesgo no es suficiente, los investigadores deben determinar si los resultados adversos pueden ser prevenidos.

Comparación entre tratamiento con metformina e insulina vs insulina sola en pacientes con diabetes tipo 2

Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP. Journal Watch General Medicine April 26, 2012

Muchos pacientes con diabetes tipo 2 que reciben tratamiento con metformina a la larga requieren insulina. Aunque la metformina a menudo se continúa en estos pacientes, si la combinación de los fármacos se obtiene beneficio no está claro. En este meta-análisis de 23 ensayos aleatorios que involucraron a más de 2100 participantes (duración del ensayo, 3-24 meses), los investigadores compararon metformina e insulina con la insulina sola.

Los pacientes asignados al tratamiento con metformina e insulina se requiere menos insulina (diferencia media: -19 unidades por día), experimentó un mejor control glucémico (media de hemoglobina glucosilada [HbA1c] diferencia, -0,6%) y pesaba menos (diferencia media: -1,7 kg) que los los pacientes asignados al azar a la insulina sola. La hipoglucemia es más frecuente en el grupo tratado con metformina e insulina. La mortalidad por todas las causas y por causas cardiovasculares, así como las complicaciones microvasculares y macrovasculares y la calidad de vida no fueron diferente entre los dos grupos.

Comentario: Estos resultados apoyan la práctica de continuar con la metformina en pacientes con diabetes tipo 2 que requieren insulina, en lugar de cambiar a insulina sola. Sin embargo, a pesar de los efectos saludables de la terapia de combinación en la dosis de insulina, el control glucémico y el peso, la terapia combinada no fue superior a la insulina sola para los resultados duros, como por todas las causas o la mortalidad cardiovascular relacionada. La mayoría de los ensayos incluidos en el meta-análisis, sin embargo, fueron de corta duración (<1 año). Son necesarios más estudios de más larga duración, para determinar si continuar con la metformina en pacientes con diabetes tipo 2 que requieren insulina, evitaría una muerte prematura.



Zona de Descarga

Descarguese documentos relacionados con el 22º Congreso SAHTA.....

Descargar Avance de Programa

Inscripción al Congreso

Normativa de Envío de Comunicaciones

