



ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE RIESGO DE GLUCEMIA (GRI) Y LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN LA DIABETES TIPO 2: UN ESTUDIO DE COHORTE

Wang Y, Lu J, Ni J, Wang M, Shen Y, Lu W, Zhu W, Bao Y, Rodbard D, Vigersky RA, Jia W, Zhou J. *Diabetes Obes Metab.* 2023 Jun 23. doi: 10.1111/dom.15068. Epub ahead of print. PMID: 37353345.

La inclusión de los sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) han supuesto un avance significativo en el manejo de los pacientes con diabetes mellitus. Diferentes métricas de la MCG, incluido el tiempo en el rango (TIR), el tiempo por debajo del rango (TBR) y el tiempo por encima del rango (TAR), han sido recomendadas por varios consensos internacionales, y deben ser reflejadas en todos los informes estandarizados de MCG.

La interpretación adecuada de la información aportada, así como, la implementación de los cambios terapéuticos oportunos en base a ésta es un reto que debemos afrontar en la práctica clínica diaria. La simplificación de los datos derivados de la MCG puede ayudar a solventar este reto. Así, estudios previos han puesto de manifiesto que el uso de dos métricas esenciales para cuantificar el riesgo de hiperglucemia e hipoglucemia puede ser suficientes para explicar aproximadamente el 90% del total variación en los datos de MCG. En este sentido, recientemente, un grupo de expertos internacionales han propuesto una nueva métrica, el índice de riesgo de glucemia (glycaemia risk Index-GRI) que se calcula con una ecuación simple que pondera las métricas estándar de la MCG incluyendo TAR y TBR. GRI se presenta como un solo valor de 0 a 100 que refleja tanto el riesgo de hiperglucemia como de hipoglucemia (a > puntuación, mayor riesgo). A pesar de la posible ventaja del GRI en la evaluación del control glucémico, la relación entre GRI y las complicaciones de la diabetes sigue siendo desconocida. A este respecto, el objetivo de este estudio observacional fue investigar la relación entre el GRI y la incidencia de retinopatía diabética (RD) en 1204 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (686 varones y 518 mujeres, edad media: 58 años y duración media de la diabetes: 8 años) atendidos en el departamento de endocrinología y metabolismo del sexto hospital popular de Shanghai entre los años 2005 y 2019. Los pacientes debían disponer basalmente de MCG (CGMS GOLD, Medtronic Inc, Northridge, California) y no presentar RD.

La media de GRI fue superior en pacientes con RD incidente con respecto aquellos que no la presentaron (33 vs 26, p = 0.001). A su vez, los sujetos con mayor tiempo de evolución de la enfermedad, IMC y los que recibían tratamiento con insulina presentaron mayores GRI. Durante un período medio de seguimiento de 8,4 años, 301 pacientes presentaron RD (30,0 por 1000 personas-año). Tras el ajuste multivariante (edad, sexo, tabaquismo, duración de la diabetes, IMC, PA sistólica, niveles lipídicos) los cocientes de riesgos instantáneos (HR) para la presencia de RD y tomando como referencia el cuartil más bajo de GRI (≤ 14) fueron 1,00, 1,05 (intervalo de confianza 95% [IC] 0,74-1,48), 1,33 (IC 95% 0,96-1,84) y 1,53 (IC 95% 1,11-2,11; P de tendencia = 0,003), para segundo (15-28), tercer (29-47) y cuarto cuartil (> 47), respectivamente. Por cada aumento de 1 DE en GRI, el riesgo de RD aumentó en un 20 % (HR 1,20, IC del 95 % 1.07-1.33). Como era lógico de esperar, el GRI se correlacionó adecuadamente con el TIR (0,96) y el TAR (0,86), sin embargo, su correlación con la HbA1c fue modesta (0,47).

Los autores concluyen que en pacientes con DM2, un GRI más elevado se asocia con mayor riesgo de RD y que por tanto la simplificación de los datos de MCG mediante este parámetro puede tener una importante aplicación clínica que debe ser refrendada en estudios sucesivos.

CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN RECOMENDADA POR LAS GUÍAS PARA LA HIPERTENSIÓN DE INICIO TARDÍO EN MUJERES FRENTE A HOMBRES: ESTUDIO DE COHORTES DE BASE POBLACIONAL

Bugeja A, Girard C, Sood MM, et al. *J Intern Med.* 2024 Sep; 296(3): 280-290.

Las disparidades entre sexos en los resultados cardiovasculares pueden mejorarse con un tratamiento adecuado de la hipertensión. El propósito de este estudio retrospectivo fue comparar la evaluación y el tratamiento basados en la evidencia de las mujeres con hipertensión de inicio tardío en comparación con los hombres en la era contemporánea. En Ontario, Canadá, se incluyeron residentes de ≥ 66 años con hipertensión recién diagnosticada entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2017. Se utilizó la regresión de Poisson y logística para estimar las diferencias atribuibles al sexo ajustadas en la realización de las pruebas de laboratorio recomendadas por las guías. Se estimaron las diferencias ajustadas en el tiempo transcurrido hasta la prescripción de, y el tipo de, primera medicación antihipertensiva entre mujeres y varones.

En 111.410 adultos (edad media 73 años, 53% mujeres, seguimiento medio 6,8 años), las mujeres se sometieron a un número similar de investigaciones recomendadas por las guías (razón de tasas de incidencia ajustada, 0,997 [IC 95% 0,99-1,002]) en comparación con los hombres. Las mujeres también tenían la misma probabilidad de completar todas las investigaciones (0,70% mujeres, 0,77% hombres; razón de probabilidades ajustada 0,96 [IC 95% 0,83-1,11]). Las mujeres tenían ligeramente menos probabilidades de que se les prescribiera medicación (Hazard ratio ajustada 0,98 [IC 95% 0,96-0,99]) o, entre las que se les prescribió, menos probabilidades de que se les prescribiera medicación de primera línea (HRa 0,995 [IC 95% 0,994-0,997]).

Así pues, en comparación con los varones, las mujeres con hipertensión de inicio tardío tenían las mismas probabilidades de completar las investigaciones iniciales con tasas de prescripción similares. Estos hallazgos sugieren que puede no haber diferencias clínicamente significativas basadas en el sexo en el tratamiento inicial de la hipertensión de inicio tardío que expliquen las disparidades en los resultados cardiovasculares entre hombres y mujeres.

UNA NUEVA PÍLDORA REDUCE CON ÉXITO LOS NIVELES DE LP(A)

Brian Owens. 19 de noviembre de 2024

Muvalaplín, un nuevo medicamento oral, reduce de forma segura y eficaz los niveles elevados de lipoproteína(a), o Lp(a), según muestran los resultados del ensayo de fase 2 KRAKEN.

Las concentraciones de colesterol Lp(a) están determinadas genéticamente y se mantienen estables durante toda la vida. Los niveles de 125 nmol/L o superiores promueven la coagulación y la inflamación, lo que aumenta significativamente el riesgo de sufrir un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular, estenosis aórtica y enfermedad arterial periférica. Esto afecta a alrededor del 20% de la población, en particular a las personas de ascendencia africana negra y del sur de Asia.

Actualmente no existen terapias aprobadas que reduzcan los niveles de Lp(a), afirmó el autor del estudio Stephen Nicholls, MBBS, PhD, director del Instituto Cardíaco Victoriano de la Universidad de Monash en Melbourne, Australia. Actualmente se están realizando ensayos clínicos con varias terapias inyectables, pero la muvalaplina es la única opción oral. El nuevo fármaco reduce los niveles de Lp(a) al interrumpir el enlace entre las dos partes de la partícula de Lp(a).

En el ensayo KRAKEN, 233 adultos de todo el mundo con niveles muy altos de Lp(a) (> 175 nmol/L) fueron asignados aleatoriamente a una de tres dosis diarias de muvalaplina (10, 60 o 240 mg) o a placebo durante 12 semanas.

Los investigadores midieron los niveles de Lp(a) con un análisis de sangre estándar y con una nueva prueba diseñada específicamente para medir los niveles de partículas de Lp(a) intactas en la sangre. Además de Lp(a), la prueba estándar detecta uno de sus componentes, las partículas de apolipoproteína A, que están unidas al fármaco, lo que puede llevar a una subestimación de las reducciones de Lp(a).

Los niveles de Lp(a) fueron hasta un 70,0% más bajos en el grupo de muvalaplina que en el grupo placebo cuando se midieron con el análisis de sangre tradicional y hasta un 85,5% más bajos cuando se midieron con el nuevo análisis. Aproximadamente el 82% de los participantes alcanzaron un nivel de Lp(a) inferior a 125 nmol/L cuando se midió con el análisis de sangre tradicional, y el 97% alcanzó ese nivel cuando se utilizó el nuevo análisis. Los pacientes que recibieron 60 o 240 mg de muvalaplina tuvieron reducciones similares en los niveles de Lp(a), que fueron mayores que las reducciones observadas en el grupo de 10 mg. El fármaco fue seguro y, en general, bien tolerado.

“Este es un resultado de fase 2 muy tranquilizador”, dijo Nicholls cuando presentó los hallazgos de KRAKEN en las Sesiones Científicas de la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) de 2024 en Chicago, que se publicaron simultáneamente en línea en JAMA. “Fomenta el desarrollo continuo de este agente”.

Los niveles de Lp(a) no se ven afectados por los cambios en el estilo de vida o la dieta ni por los tratamientos tradicionales para reducir los lípidos, como las estatinas, dijo Erin Michos, MD, cardióloga de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, que no participó en el estudio.

Además, los niveles elevados de Lp(a) conllevan un riesgo cardiovascular significativo, incluso cuando se reducen otros riesgos. Por lo tanto, la muvalaplina es “un enfoque muy prometedor para tratar un trastorno que antes no tenía tratamiento”.

Se necesitan estudios más amplios y de mayor duración, con poblaciones de pacientes más diversas, para confirmar los resultados y determinar si la reducción de Lp(a) también mejora los resultados cardiovasculares.

“Si bien la muvalaplina parece ser un método eficaz para reducir los niveles de Lp(a), aún necesitamos estudiar si la reducción de Lp(a) resultará en menos ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares”.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales



PLAN CUÍDATE+
-SAL = +SALUD

