

EL IMPACTO DEL AYUNO INTERMITENTE DURANTE LA REDUCCIÓN DE PESO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Rostamian S, Kaura A, Ariti C, Gupta A, Whitely W, Poulter NR, Sever P. The impact of blood pressure variability on cardiovascular and renal outcomes in patients with and without diabetes: insights from the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. J Hypertens. 2025 Dec 1;43(12):2033–2041. doi:10.1097/HJH.0000000000004153.

Resumen

El impacto de la variabilidad de la presión arterial sobre los resultados cardiovasculares y renales en pacientes con y sin diabetes: conclusiones del ensayo Anglo-Escandinavo de Resultados Cardiovasculares

Este ensayo clínico publicado en la revista Journal of Hypertension investigó cómo la variabilidad de la presión arterial (VPA) —es decir, las fluctuaciones entre visitas clínicas— se relaciona con resultados cardiovasculares y renales en una cohorte amplia de participantes, incluidos pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Los autores usaron datos del Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT), un estudio multicéntrico con seguimiento de cinco años, que permitió evaluar asociaciones longitudinales de la VPA con riesgo de eventos adversos cardiovasculares mayores, daño renal y mortalidad.

El diseño incluyó 18 528 participantes con mediciones repetidas de presión arterial sistólica (PAS), de los cuales 4910 tenían diabetes y 13 618 no la tenían. Los participantes fueron estratificados según niveles de VPA y valor medio de PAS, y se emplearon modelos de riesgo proporcional de Cox ajustados por factores de confusión relevantes (edad, sexo, hábito tabáquico, índice de masa corporal, perfil lipídico y función renal).

Hallazgos principales:

- Relación entre VPA y eventos cardiovasculares:
- En individuos con diabetes, una mayor VPA se asoció con un aumento sustancial de eventos cardiovasculares adversos (como infarto de miocardio no fatal, muerte coronaria, accidente cerebrovascular y eventos coronarios totales), con hazard ratios que variaron entre 1.76 y 2.41 según el tipo de evento.

Esta asociación fue independiente del nivel medio de PAS, lo que sugiere que la variabilidad de la presión arterial puede ser un predictor adicional de riesgo más allá del valor medio de presión arterial.

- Resultados renales y mortalidad:

Pacientes con mayor VPA presentaron mayor riesgo de deterioro renal significativo y mayor mortalidad general, especialmente entre quienes tenían diabetes, indicando que una presión arterial menos estable podría dañar también la función renal.

- Comparación con participantes sin diabetes:

Aunque se observó una asociación entre VPA elevada y peores resultados también en pacientes sin diabetes, el efecto fue más marcado en el subgrupo diabético, lo que sugiere que la interacción entre la hiperglucemia crónica y la inestabilidad hemodinámica intensifica el riesgo.

- Interpretación clínica:

Este artículo apoya la idea emergente de que no solo los niveles absolutos de presión arterial, sino también su variabilidad, son determinantes importantes del riesgo cardiovascular y renal, especialmente en personas con diabetes. El hallazgo tiene implicaciones importantes: la monitorización clínica convencional que se centra únicamente en medias de presión arterial puede subestimar el riesgo real en pacientes con fluctuaciones marcadas. La estabilización de la presión arterial mediante terapias óptimas (medicación antihipertensiva, adherencia terapéutica, modificación del estilo de vida) podría reducir eventos adversos además de controlar los valores medios de presión. Además, esta evidencia sugiere la importancia de evaluaciones de VPA en la estratificación de riesgo para guiar decisiones terapéuticas personalizadas.

En resumen, la variabilidad de la presión arterial emerge como un predictor independiente y clínicamente relevante de resultados cardiovasculares y renales, particularmente en individuos con diabetes mellitus tipo 2.

EL IMPACTO DEL AYUNO INTERMITENTE DURANTE LA REDUCCIÓN DE PESO EN PERSONAS QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

Abdel Fattah SM, Abbassi MM, Abd Elshafy S, Hegazy MA, Farid SF, et al. The impact of intermittent fasting during weight reduction in people living with type 2 diabetes mellitus: a randomized clinical trial. Eur J Clin Nutr. 2026 Jan 7. doi:10.1038/s41430-025-01693-z.

Este ensayo clínico aleatorizado, publicado en European Journal of Clinical Nutrition, investigó los efectos del ayuno intermitente (AI) frente a la restricción calórica continua (RC) sobre parámetros metabólicos y de riesgo cardiovascular en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que también emprendían un proceso de reducción de peso. El estudio fue diseñado para responder una cuestión clínica de gran relevancia: si AI aporta beneficios adicionales sobre la salud metabólica más allá de la simple reducción calórica, especialmente en una población con DM2, en la que el control de glucosa y la prevención de riesgo cardiovascular son prioritarios.

Diseño y población:

Participaron adultos con DM2 que necesitaban perder peso como parte de la gestión integral de su enfermedad. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a un régimen de ayuno intermitente o a un plan de restricción calórica convencional. El régimen de AI utilizado se centró en ventanas de alimentación restringidas, si bien el artículo completo detalla la duración y patrones específicos de los periodos de ayuno y alimentación.

Resultados principales:

- Reducción de peso: Ambos grupos experimentaron pérdida de peso significativa, pero el grupo de AI mostró tendencias más marcadas en la magnitud de la reducción ponderal. Este efecto no solo mejora el perfil metabólico general, sino que está directamente relacionado con un menor riesgo cardiovascular, especialmente en personas con DM2.
- Control glucémico: Los participantes bajo AI exhibieron mejoras más pronunciadas en niveles de glucosa en ayunas y posiblemente en hemoglobina glicosilada (HbA1c), sugiriendo que la restricción temporal de ingesta no solo reduce calorías totales, sino que también influye positivamente en la regulación de la glucosa.
- Marcadores cardiometabólicos: Además de glucosa, hubo mejoras en otros indicadores del riesgo cardiovascular —como presión arterial, perfil lipídico (triglicéridos, colesterol total) y medidas de adiposidad— al compararse con la restricción calórica estándar. Estos cambios son críticos, porque los pacientes con DM2 presentan un riesgo muy elevado de eventos coronarios, accidentes cerebrovasculares y enfermedad renal.
- Interpretación clínica: Los resultados sugieren que el AI no solo es eficaz para inducir pérdida de peso en pacientes con DM2, sino que también puede ofrecer beneficios metabólicos adicionales comparados con enfoques tradicionales de restricción calórica. La mejora en la glucosa en ayunas y en los parámetros lipídicos puede traducirse en reducciones de riesgo cardiovascular a largo plazo si estas prácticas se mantienen.
- Limitaciones:

El estudio, aunque bien diseñado, enfrenta limitaciones inherentes como la duración relativamente corta (vinculada al proceso de reducción de peso) y la necesidad de evaluar adherencia a largo plazo y sostenibilidad del ayuno. Además, los resultados podrían variar según el tipo de diabetes, tratamientos concomitantes y patrones de alimentación culturalmente específicos.
- Conclusión:

Este ensayo aporta evidencia clínica importante de que el ayuno intermitente puede ser una estrategia válida y potencialmente superior a la restricción calórica tradicional para mejorar el control glucémico y reducir factores de riesgo cardiovascular en personas con diabetes tipo 2, siempre que se implemente con supervisión clínica adecuada.

ENFOQUE PRÁCTICO PARA EVALUAR Y CONTROLAR LA HIPERTENSIÓN EN JÓVENES: DOCUMENTO DE POSICIÓN DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE HIPERTENSIÓN.

José T. Flynn^a, Ruan Kruger^a, de Cristo, Tammy M. Brady^d, Rahul Chanchlanimi, Janis Dionne^f, Adriana Iturza-Gomara^e, Tazeen H. Jafar^h, Erika SW Jonesⁱ, Hidehiro Kanekoyo, Anastasios Kolias^k, Nicolás Larkins^y, Jonathan Mynard^{m,n}, oParque Peong G.pag, Manish D. Sinha^g, Stella Staboulou, Andrew Trans, Marina Vaccari^l, y George Stergiou^t.

Document of the International Society of Hypertension (ISH). Volumen 44 - Número 0 - Mes 2026. J Hypertens 44:000–000 Derechos de autor©2026 Wolters Kluwer Health, Inc. DOI:10.1097/HJH.0000000000004238

Hipertensión en niños y adolescentes. Puntos clave prácticos para el consultorio.

Puntos clave clínicos para la práctica diaria basados en el documento de la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH):

1. Hipertensión en niños y adolescentes
 - A. Puntos clave prácticos para el consultorio:
 - II. Pensar en hipertensión más frecuentemente:
 - III. La HTA pediátrica no es rara (≈4% sostenida).
 - IV. Más frecuente en:
 1. Niños con obesidad
 2. Enfermedad renal
 3. Prematuridad
 4. Diabetes
 5. Antecedente familiar de HTA precoz
 6. Generalmente asintomática.
 2. Medir presión arterial de forma rutinaria
 - A. La técnica lo es todo. Errores frecuentes cambian el diagnóstico:
 - B. Usar manguito adecuado al perímetro del brazo
 - C. Paciente sentado, 5 min reposo
 - D. Espalda y brazo apoyados
 - E. No hablar durante la medición
 - F. Repetir y promediar
 - G. Un manguito pequeño puede sobreestimar hasta 10–20 mmHg.
 - H. Confirmar antes de etiquetar
 - I. No diagnosticar con una sola medición:
 - X. Confirmar en ≥3 visitas
 - XI. Considerar monitoreo ambulatorio (MAPA) si disponible
 - XII. Descartar:
 1. HTA de bata blanca
 2. HTA enmascarada
3. Diferenciar primaria vs secundaria
 - A. Más probable secundaria si:
 - I. <6 años
 - II. HTA estadio 2
 - III. No obeso
 - IV. Sin antecedentes familiares
 - V. Datos clínicos atípicos
 - VI. HTA severa o de difícil control
 - B. Siempre solicitar:
 - I. Urea, creatinina, electrolitos
 - II. ITira reactiva de orina
 - III. Perfil lipídico
 - IV. Glucosa/HbA1c
 4. Buscar daño de órgano diana. Especialmente si HTA confirmada:
 - A. Ecocardiografía si es HTA persistente.
 5. Se inicia tratamiento farmacológico en:
 - A. HTA estadio 2
 - B. Con Hipertrofia ventricular izquierda presente en ~20%.
 6. El tratamiento comienza con estilo de vida:
 - A. Intentar 6 meses si:
 - I. HTA estadio 1
 - II. Sin daño orgánico
 - III. Sin comorbilidades
 - B. Recomendaciones concretas:
 - I. Dieta tipo DASH
 - II. Sodio <2000 mg/día (adolescentes)
 - III. Eliminar bebidas azucaradas
 - IV. 60 min/día actividad física
 - V. Pantalón <2 h/día
 - VI. Sueño adecuado
 - VII. La reducción de peso puede bajar 7–10 mmHg.
 - C. Cuando iniciar fármacos. Indicado si:
 - I. HTA estadio 2 persistente
 - II. Daño de órgano diana
 - III. Diabetes o ERC
 - IV. Fracaso de cambios de estilo de vida
 - V. No retrasar innecesariamente si persiste elevación.
 - D. Otras medidas:
 - I. Restricción deportiva:
 1. Solo en HTA estadio 2 no controlada
 2. Una vez controlada → puede reiniciar actividad
 - II. No olvidar la transición a adultos:
 1. La HTA infantil progresa a la adultez
 2. Duplica riesgo cardiovascular en mediana edad
 3. Mayor riesgo de enfermedad renal crónica
 4. Planificar transición estructurada.
 - Mensajes prácticos finales:
 - Medir bien
 - Confirmar antes de diagnosticar
 - Buscar causas secundarias según edad y contexto
 - Evaluar daño orgánico
 - Priorizar estilo de vida
 - No retrasar tratamiento cuando esté indicado
 - Pensar a largo plazo

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



PLAN CUÍDATE +
-SAL = +SALUD

