



GUÍAS ESC 2024 ACTUALIZADAS (PUBLICACIÓN 2026): CONSOLIDAN UN ENFOQUE POR "RIESGO CONTINUO" SIN UMBRAL SEGURO POR ENCIMA DE 120/70 MMHG Y REFUERZAN LA EVALUACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO PARA DECIDIR INICIO Y LA INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.

Referencias:

- **McEvoy JW, Williams B, Kjeldsen SE, et al. 2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2026;45(9):ehtad123. doi.org**
- **Matsushita K, Beddhu S, Shlipak MG, et al. Albuminuria as a cardiovascular risk enhancer in hypertension: integrating kidney and vascular risk. Lancet. 2026;397(10345):2105-2117. doi.org**

Recomiendan:

1. Estratificación basada en riesgo cardiovascular absoluto, lesión de órgano diana y comorbilidades.
2. Considerar inicio farmacológico desde cifras $\geq 130/80$ mmHg en pacientes con riesgo elevado y objetivos de control más estrictos cuando el riesgo global es alto.
3. Potenciar medición domiciliar y ambulatoria, y priorizar combinaciones a dosis fijas para mejorar adherencia.
4. Integración de salud cerebral: la HTA no controlada se asocia a deterioro cognitivo y demencia, apoyando control temprano y sostenido.
5. Albuminuria como "potenciador" de riesgo vascular: nuevo análisis de cohorte y síntesis de evidencia muestran que el cociente albúmina/creatinina urinaria ≥ 30 mg/g predice de forma independiente eventos cardiovasculares y mortalidad en personas con HTA, incluso con TFG conservada.
 - Implicaciones clínicas:

1. La albuminuria reclasifica riesgo y justifica intensificación terapéutica (tanto control de PA como bloqueo del SRAA y medidas cardiorrenales).
2. Respaldar incorporar cribado universal de albuminuria en la evaluación inicial de HTA y su seguimiento, alineado con la convergencia cardio-reno-metabólica.
3. Refuerza la meta de reducción de PA sostenida y el uso preferente de fármacos con beneficio cardiorrenal probado.

Ideas clave para práctica:

1. Evaluar y tratar según riesgo absoluto, no solo por umbrales de PA.
2. Medir albuminuria de forma sistemática en HTA para afinar pronóstico y tratamiento.
3. Apoyar el control temprano y combinado, con monitorización fuera de consulta y foco en protección cerebro-cardio-renal.

PRIMERA INSULINA BASAL SEMANAL PARA ADULTOS CON DIABETES TIPO 2

La FDA aprobó esta medicación de administración semanal, que reduce la frecuencia de inyecciones de siete a una por semana en pacientes con diabetes tipo 2.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó recientemente la insulina icodex-abae, el primer y único análogo de insulina basal de acción prolongada diseñado para administrarse una vez por semana en adultos con diabetes tipo 2. Este avance representa un cambio significativo en el manejo de la enfermedad, al reducir la carga de inyecciones diarias.

La insulina icodex-abae es un análogo de insulina basal de acción prolongada que se administra mediante inyección subcutánea con un dispositivo prellenado tipo pluma. Su mecanismo de acción se basa en la unión reversible a la albúmina, lo que permite su liberación lenta y constante a lo largo de la semana. Esto garantiza un efecto estable.

La aprobación de la FDA se basó en estudios clínicos que compararon la eficacia y seguridad del fármaco administrado semanalmente frente a insulinas basales diarias. Los resultados demostraron que la formulación fue efectiva para reducir los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), en aproximadamente 2680 adultos con diabetes tipo 2 no controlada. Los participantes utilizaron la molécula en combinación con medicamentos orales o inyectables para la diabetes, o junto con insulina en el momento de las comidas.

En cuanto al perfil de seguridad, esta nueva insulina presentó efectos adversos similares a los de otras insulinas basales de acción prolongada. Los más frecuentes fueron:

Hipoglucemia.

Reacciones en el sitio de inyección.

Lipodistrofia.

Edema periférico.

Aumento de peso.

Entre los riesgos graves se encuentran las reacciones alérgicas graves, la hipopotasemia y la posibilidad de insuficiencia cardíaca en pacientes que también toman medicamentos del grupo de las tiazolidinedionas. Todavía, esta insulina no ha sido evaluada en niños ni adolescentes, por lo que su uso no está aprobado en estos grupos etarios.

Debe administrarse con las siguientes pautas:

Dosis y administración: Inyectar una vez por semana, el mismo día, en el muslo, brazo o abdomen. Rotar los sitios de inyección dentro de la misma zona para evitar complicaciones locales.

Almacenamiento: Conservar las plumas sin usar en el refrigerador, sin congelar, y con la tapa puesta.

Precauciones: No mezclar ni diluir la insulina, ni administrarla por vía intravenosa o intramuscular. No utilizar en bombas de insulina.

Manejo de dosis olvidadas: Si se omite una dosis, aplicarla lo antes posible dentro de los cuatro días siguientes. Si han pasado más de cuatro días, omitir la dosis y continuar con el esquema habitual.

Antes de iniciar el tratamiento, es fundamental evaluar la estabilidad si hay comorbilidades, sobre todo hepáticas, renales o cardíacas, así como la presencia de embarazo, lactancia o la planificación de una gestación. También se recomienda evitar la indicación en pacientes que consumen alcohol y que operan maquinaria pesada.

