

Impacto de la glucosa durante la noche en el funcionamiento al día siguiente en adultos con diabetes tipo 1: un estudio longitudinal intensivo exploratorio.

Elizabeth A. Pyatak, Donna Spruijt-Metz, Stefan Schneider, Raymond Hernández, Loree T. Pham, Claire J. Hoogendoorn, Anne L. Peters, Jill Crandall, Haomiao Jin, Pey-Juan Lee, and Jeffrey S. González Diabetes Care 2023;46(0):1-9 | <https://doi.org/10.2337/dc22-2008>

La evidencia sugiere que la diabetes tipo 1 (DM1) puede afectar negativamente las actividades diarias. Así, se ha descrito que las personas con DM1 desarrollan con menor frecuencia tanto actividades deportivas como recreativas, y que experimentan una menor participación en actividades laborales que la población general. Sin embargo, el impacto de la DM1 en el funcionamiento diario, definida como la capacidad de realizar de forma adecuada las actividades cotidianas, no se ha evaluado de forma exhaustiva. Además, la interpretación de datos previos está dificultada por las diferentes definiciones empleadas al hablar de funcionamiento diario, incluyendo la dimensión física y cognitiva, la calidad de vida relacionada con la salud, y la participación en actividades diarias, así como por la inclusión de personas sin diabetes.

Se evalúa la relación entre el control glucémico nocturno (coeficiente de variación [CV] tiempo por debajo de 70 mg/dl, tiempo por encima de 250 mg/dl) y siete parámetros funcionales evaluados en el día posterior: tareas cognitivas móviles, acelerometría-actividad física derivada, participación en actividades auto reportada.

Se analizan datos de 166 personas con DM1. La correlación entre los diferentes parámetros de funcionalidad fue débil, lo que sugiere que evalúan aspectos amplios de la funcionalidad diaria. El CV durante la noche predijo de forma significativa el funcionamiento general al día siguiente ($P = 0,017$), al igual que el porcentaje de tiempo > 250 mg/dL ($P = 0,037$). Un mayor CV se asoció a una peor atención sostenida ($P = 0,028$) y a una menor participación en actividades ($P = 0,028$). El tiempo < 70 mg/dL se asocia con peores índices de mantenimiento de atención ($P = 0,007$), y el tiempo > 250 mg/dL se asoció con un mayor tiempo sedentario ($P = 0,024$). El impacto del CV en la atención sostenida está parcialmente mediado por la fragmentación del sueño. Algunas de las variables analizadas no se relacionaron (función auto reportada, carga de tareas). Un mayor CV se asoció con peor atención sostenida.

Este trabajo amplía el conocimiento del impacto del control glucémico, determinado por medidas de glucometría, sobre las capacidades funcionales de las personas con DM1, confirmando una afectación significativa. Los estudios previos se habían centrado en la repercusión en la funcionalidad a largo plazo, mientras que en este caso se evalúa como las fluctuaciones diarias de glucosa tienen una influencia a corto plazo. Los resultados indican que el control glucémico nocturno (hiperglucemia y CV) impacta en las funciones físicas, psíquicas, y auto reportadas, aunque la magnitud de esta relación es limitada. A pesar de esta magnitud limitada, el impacto potencial de este hecho de forma repetida a lo largo de la vida de la persona con diabetes puede tener relevancia.

En cuanto al efecto de la hipoglucemia nocturna, en este estudio se observa que afecta el bienestar subjetivo solo en aquellas personas con control glucémico fuera de objetivos, pero no en aquellos con glucemia media en objetivos. Una mayor adaptación al efecto de la hipoglucemia nocturna en personas con control glucémico estricto puede explicar este hecho.

Como conclusión, el uso de tecnologías aplicadas a la diabetes para mejorar el control glucémico durante la noche, con individualización para prevención de los episodios de hipoglucemia nocturna, puede mejorar la funcionalidad diaria y la calidad de vida en las personas con DM1.

Patrones de tratamiento y niveles de hemoglobina glicosilada durante 36 meses en individuos con diabetes tipo 2 que inician la terapia de segunda línea para reducir la glucosa: el estudio global DISCOVER.

Bernard H Charbonnel, Hungta Chen, Javier Cid-Ruzafa, Andrew Cooper, Peter Fenici, Mariña B Gomes, Gabriela L Saraiva, Jesús Medina, Antonio Nicolucci Marina V Shestakova, Ichiro Shimomura, Filip Surmont, Fengming Tang, Jiten Vora, Hirota Watada, Kamlesh Khuntj; DISCOVER Investigators: Diabetes Obes Metab.2023;25,46-55

Diferentes estudios observacionales realizados en distintos países y entornos sanitarios muestran una escasa consecución de objetivos de control glucémico y una baja tasa de intensificación del tratamiento antidiabético. Por otra parte, existe una evidencia limitada de los resultados glucémicos a largo plazo en vida real de las diferentes terapias de segunda línea.

El estudio DISCOVER es un estudio de 3 años de duración, prospectivo, observacional, en personas con diabetes tipo 2 (DM2) de seis regiones y 38 países, incluyendo 778 sitios. La HbA1c media con la que se inició la intensificación fue 7.6-8.3% según las regiones. Las terapias más frecuentemente utilizadas en segunda línea fueron metformina e iDPP-4 (23.5%), y metformina y sulfonilurea (20.9%). Al iniciar el segundo fármaco, $>50\%$ y $>30\%$ de los participantes tenían concentraciones de HbA1c 8.0% y 9.0%, respectivamente.

En este análisis, se evalúan los patrones de tratamiento antidiabético y las trayectorias de HbA1c desde el inicio del tratamiento de segunda línea hasta el final del seguimiento de 3 años. Las concentraciones medias basales de HbA1c fueron (8.3%, 7.9-8.7%), y 7.2% a los 6 meses de tratamiento (7.0-7.6%), con estabilidad del control en el seguimiento posterior. En la situación basal y a los 6 meses de seguimiento, un 17.4% y un 46.7% de los participantes tuvieron una HbA1c $< 7.0\%$, y un 26.7% y un 8.3% de los participantes tuvieron una HbA1c $> 9\%$.

Un 43% de los pacientes cambiaron el tratamiento antidiabético durante el seguimiento, con adición de otra terapia oral, con inicio de una terapia inyectable, o con sustitución de uno de los agentes orales. Las terapias utilizadas como primera línea con mayor frecuencia fueron: monoterapia con metformina (55.6%), monoterapia con sulfonilurea (7.7%), y metformina con sulfonilurea o iDPP-4 (1.4-14.4%). El uso de iSGLT2 fue bajo a nivel global, $< 10\%$.

En la situación basal y a los 36 meses, las tasas de uso de monoterapia fueron 12.1% y 12.4% ($P = 0.22$), las de terapia dual 63.4% y 47.6% ($P < 0.0001$), la tasa de uso de triple terapia fue 17.5% y 25.4% ($P < 0.0001$), y el porcentaje de uso de terapias inyectables fue 7 y 13.7% ($P < 0.0001$). El uso de terapias inyectables fue más frecuente en los participantes con una HbA1c $> 8\%$. De forma global, en un 42.9% de los casos se modificó el tratamiento antidiabético durante el seguimiento. Las concentraciones de HbA1c a los 6 meses, 7.2% permanecieron estables en el seguimiento posterior.

Como conclusión, aunque se observa un descenso sustancial y estable de las concentraciones de HbA1c en personas con DM2 después del inicio de terapia antidiabética de segunda línea, se alcanzan concentraciones de HbA1c $< 7\%$ a los 36 meses de seguimiento en menos de la mitad de los casos. En solo un 43% de los participantes se realizó al menos una modificación del tratamiento antidiabético. Según estos datos, es necesario un mayor seguimiento de las recomendaciones de tratamiento de la DM2 a nivel global. Para mejorar los resultados de control glucémico.

Seguridad cardiovascular en la diabetes tipo 2 con sulfonilureas como fármacos de segunda línea: un estudio de seguridad comparativo basado en la población a nivel nacional.

Wang H, Cordiner RLM, Huang Y, Donnelly L, Hapca S, et al. Diabetes Care 2023;46:967-977.

La revascularización coronaria híbrida (RCH) combina las ventajas de una anastomosis de la arteriaEl riesgo vascular y el de mortalidad por causas vasculares de aquellas personas que sufren diabetes tipo 2 duplica al de los no diabéticos. En la última década varios estudios han demostrado que los inhibidores de la dipeptidil peptidasa (IDPP4) no aumentan el riesgo vascular mientras que los inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (ISGLT2) y los antagonistas del GLP1 (GLP1I) reducen dicho riesgo vascular. Como resultado de esto, las guías nacionales e internacionales han favorecido fármacos hipoglucemiantes más caros que las sulfonilureas (SU) y tiazolidindionas (TZD).

Las sulfonilureas son fármacos baratos, usados durante más de 60 años en el control glucémico de la diabetes. Existe controversia en cuanto respecta a la seguridad de las SU, probablemente, y según los autores, por el diseño equivocado de los estudios de seguridad (sesgos de selección y factores de confusión)

El presente estudio es de tipo retrospectivo, sobre una cohorte escocesa de 31.460 individuos con diagnóstico de DM2 antes de 2017 que no alcanzaban el objetivo de HbA1C de 48 mmol/mol (6.5%) a pesar de recibir metformina (MET) e iniciaron tratamiento con un fármaco de segunda línea (SU, TZD o iDPP4) desde el 1 de enero de 2010.

El objetivo principal fue compuesto por la presentación de eventos mayores cardiovasculares, incluyendo hospitalización por infarto agudo de miocardio, ictus isquémico, insuficiencia cardiaca y muerte por causas cardiovasculares. Los objetivos secundarios fueron cada uno de los resultados de dichas componentes y la muerte por cualquier causa.

El análisis estadístico se realizó utilizando el método de regresión multivariante de Cox y una aproximación por medio de una variable instrumental a fin de evitar factores de confusión.

Al comparar al grupo que recibía SU con el grupo que era tratado con IDPP4 o TZD, la tasa de riesgo (HR) para eventos cardiovasculares mayores fue 1(IC: 0.91-1.09, 95%) obtenido por el método de regresión multivariante de Cox, mientras que usando dos variables instrumentales diferentes se obtuvo HR: 1.02 (IC: 0.91-1.13) y 1.03 (0.91-1.16). Para el objetivo de muerte por cualquier causa la HR obtenida por el método de Cox fue 1.03 (0.94-1.13), y usando dos variables instrumentales, HR 1.04 (0.93-1.17) y HR 1.03 (0.90-1.17).

Los resultados permiten concluir a los autores que el uso de SU, como fármaco de segunda línea para el tratamiento de la diabetes no aumenta el riesgo vascular. Es más, basándose en su potencia, beneficios microvasculares, costo efectividad y su amplio uso, las SU deben seguir formando parte del arsenal terapéutico de la diabetes mellitus.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales



PLAN CUÍDATE+
-SAL = +SALUD

