

Conferencias y Simposios

CONFERENCIA: Desde los grandes trials a la práctica clínica

Disertantes: León Litwak, Mabel Ferraro, Isaac Sinay y Víctor Commendatore

Evidencias clásicas vigentes para cardio-reno-protección en la actualidad

Isaac Sinay

Médico Endocrinólogo, Consultor del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Look AHEAD¹ (2001-2012) aleatorizó 5.145 pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) obesos a cambios de estilo de vida (I) vs. soporte y educación diabetológica (C). El objetivo primario compuesto (OP) (muerte cardiovascular, infarto de miocardio/*stroke* no fatales u hospitalización por angina) fue neutro a los 9.6 años (interrupción temprana por futilidad). I mejoró factores de riesgo (FR) para cardio-reno-protección (CRP) vs. C y el OP neutro podría asociarse a breve duración de la DM2, riesgo prospectivo moderado de la población aleatorizada y mayor empleo de estatinas y antihipertensivos con mejor perfil lipídico en C. Además, los pacientes que redujeron >10% de peso en el primer año del estudio² (53% de I), redujo significativamente el OP (HR 0.79 CI 95% 0.64-0.98) destacando el impacto de magnitud y velocidad en la reducción de peso.

Steno-2³ (1993-2001) aleatorizó 160 pacientes DM2 con microalbuminuria a tratamiento multifactorial intensivo (I) vs. intervención convencional (C) de acuerdo con las guías dinamarquesas para FR. OP: muerte cardiovascular, infarto de miocardio/*stroke* no fatales, revascularización o amputación y entre los objetivos secundarios/terciarios muerte por todas las causas y objetivos microvasculares. Se emplearon CEV, metformina, gliclazida, metformina/gliclazida, insulina, estatinas, fibratos, (i) ECA o BRAA, diuréticos, bloqueantes cálcicos, β -bloqueantes y aspirina. Finalizado (8 años) el estudio redujo significativamente el OP (0.47 CI 0.22-0.74; p=0,001) y microvasculopatía excepto neuropatía periférica vs. C. Luego comenzó un seguimiento con todos los pacientes recibiendo incluidas drogas actualmente disponibles para CRP en los 2/5 años previos a los 21 años de seguimiento⁴ momento en el que sin diferencias significativas en FR y pese a 13 años de optimización el OP ocurrió luego de 16.1 años en la rama previamente I vs 8.1 años antes en C (95% CI 4,0-12,6 años) y con eventos microvasculares también significativamente favorables para que tuvo una supervivencia 7,9 años mayor que C. Esto destaca que aun con medicación tradicional se puede acceder a CRP si se actúa intensiva y multifactorialmente.

Bibliografía

1. Look AHEAD Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2013;369(2):145-154.
2. Gregg EW, Look AHEAD Research Group. Association of the magnitude of weight loss and physical fitness change with long-term cardiovascular disease outcomes: the Look AHEAD Study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(11):913-921.
3. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2003;348(5):383-393.
4. Gaede P, Oellgaard J, Carstensen B, et al. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. Diabetologia. 2016;59(11):2298-2307.

Palabras clave: cario-reno-protección; diabetes.

CONFERENCE: From large trials to clinical practice

Speakers: León Litwak, Mabel Ferraro, Isaac Sinay, and Víctor Commendatore

Classic evidences for cardiorenal protection today

Isaac Sinay

Endocrinologist, Consultant at the Cardiovascular Institute of Buenos Aires, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Look AHEAD trial¹ (2001-2012), randomized 5145 obese T2DM patients to Intensive Lifestyle (I) vs diabetes support/education (C). The primary composite outcome (PO)-(cardiovascular death, non-fatal myocardial infarction, non-fatal stroke or hospitalization for angina) was neutral at 9.6 years and was halted early. I arm improved CRP risk factors vs C, and neutral results may reflect short duration of T2DM, moderate prospective risk and greater use of statins/ use antihypertensive with better lipid profile in C. Notably patients losing > 10% body weight in year one of intervention² (53% of I) significantly reduced the PO (HR 0.79, 95% CI 0.64-0.98), underscoring the impact of weight loss magnitude and speed.

Steno-2³ (1993-2001) randomized 160 T2DM with microalbuminuria intensive multifactorial treatment (I) vs conventional care (C) per Danish guidelines for risk factors. PO: CV death, nonfatal MI/stroke, revascularization, amputation, and among secondary/tertiary endpoints all-cause mortality and several microvascular events. Interventions included lifestyle, metformin, gliclazide, metformin/gliclazide, insulin, statins, fibrates, RASi/ARBs, diuretics, CCBs, BBs and aspirin. At study end I significantly reduced the PO (HR 0.47 CI 0.22-0.74 p = 0.001) and microvascular events except peripheral neuropathy. Then a follow-up began (all patients switched to I with pharmacological agents similar to current standards, with actual CRP drugs available in the preceding 2/5 years to the study after 21 years follow-up⁴. At that time without significant differences in risk factors and despite 13 years optimization in both arms, the PO occurred at 16.1 years in the original I arm vs 8.1 years earlier in C (95% CI 4.0 – 12.6 years) and microvascular events also favored I, with 7.9 years greater survival in this arm. This highlights that even traditional pharmacotherapy achieves CRP when applied intensively and multifactorially

Key words: cardio-reno-protection; diabetes.