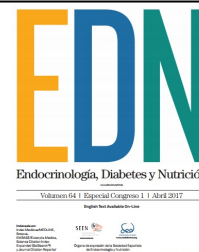




Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-149 - EFECTOS DIFERENCIALES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) CON DAPAGLIFLOZINA SEGÚN LOS NIVELES DE FUNCIÓN RENAL

U. Aranda^a, H.J.I. Heerspink^b, R. Kurlyandskaya^a, J. Xu y C.D. Sjöström^a

^aAstraZeneca, Madrid. ^bUniversity Medical Center Groningen, Groninga, Países Bajos.

Resumen

La inhibición del co-transportador SGLT-2 con dapagliflozina (DAPA) disminuye la HbA1c, el peso corporal, la presión arterial (PA) y la albuminuria (UACR). Estudios previos sugieren que los efectos sobre la disminución de HbA1c con DAPA se atenúan con una menor tasa de filtración glomerular estimada (TFGe). Sin embargo, los efectos sobre otros FRCV con diferentes niveles de TFGe no se conocen completamente. Este análisis agrupado de 11 ensayos clínicos de fase III evaluó los cambios en HbA1c, peso corporal, PA sistólica y UACR con placebo (N = 2.178) o DAPA 10 mg (N = 2.226) durante 24 semanas en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) según la TFGe basal (TFGe \geq 45 años 60; TFGe \geq 60 a 90; TFGe \geq 90 mL/min/1,73 m²). Los efectos en disminución de HbA1c de DAPA fueron inferiores cuanto menor eran los niveles basales de TFGe (tabla). Sin embargo, los efectos de DAPA sobre el peso corporal y la PA sistólica fueron similares independientemente de la TFGe inicial. Por otro lado, entre los individuos con UACR basal \geq 30 mg/g, la mayor reducción en UACR se observó en pacientes con un eGFR \geq 45 años 60 mL/min/1,73 m². Los eventos adversos ocurrieron con mayor frecuencia en el subgrupo de TFGe más bajo, tanto en los pacientes tratados con DAPA como los tratados con placebo. En conclusión, el efecto de DAPA sobre la HbA1c disminuye a medida que disminuye la función renal. Sin embargo, DAPA disminuye consistentemente el peso corporal, la PA sistólica y UACR independientemente de la TFGe basal. Estos efectos sugieren que DAPA podría conferir protección renal y cardiovascular en sujetos con DM2 y TFGe reducida.

Efectos producidos por DAPA 10 frente a PBO en los distintos FRCV a las 24 semanas según TFGe basal

Diferencia vs PBO (IC95%)

TFGe \geq 45 a 60 mL/min/1,73 m ²	TFGe \geq 60 a 90 mL/min/1,73 m ²	TFGe \geq 90 mL/min/1,73 m ²
(N = 274 [PBO], 252 [DAPA])	(N = 1.233 [PBO], 1251 [DAPA])	(N = 671 [PBO], 723 [DAPA])

HbA1c,%*	¿0,27 (¿0,43, ¿0,11)	¿0,47 (¿0,54, ¿0,40)	¿0,57 (¿0,66, ¿0,47)
Peso corporal, kg*	¿2,1 (¿2,6, ¿1,5)	¿1,8 (¿2,0, ¿1,5)	¿2,3 (¿2,7, ¿2,0)
PA sistólica, mmHg*	¿4,3 (¿6,8, ¿1,8)	¿2,6 (¿3,6, ¿1,6)	¿3,4 (¿4,7, ¿2,1)
UACR,%¿¿	¿38,3 (¿54,4, ¿16,6)	¿23,3 (¿35,5, ¿8,7)	¿16,1 (¿32,3, 3,8)

*Los datos muestran diferencias significativas versus placebo (IC95%) a la semana 24; ¿Pacientes con UACR basal ? 30 mg/g, los datos muestran diferencias porcentuales versus placebo (IC95%) a la semana 24; ¿N (PBO/DAPA) = 110/97, 316/322 y 186/179 para el subgrupo con TFGe ? 45 a 60, ? 60 a 90 y ? 90 mL/min/1,73 m², respectivamente. Los valores excluyen los datos después de la terapia de rescate. PA, presión arterial; IC, intervalo de confianza; DAPA, dapagliflozina; TFGe, tasa de filtración glomerular estimada; PBO, placebo; UACR, relación de albúmina/creatinina de orina.

P-150

DIFERENCIAS EN los NIVELES SÉRICOS DE 25-HIDROXIVITAMINA D₃ EN DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS TRAS BYPASS GASTRODUODENAL

C. Muñoz Jiménez, M.R. Alhambra Expósito, P. Moreno Moreno, G. Manzano, A. Calañas, M.J. Molina y M.A. Gálvez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El bypass gastroduodenal (BPGD), técnica de elección en las primeras etapas de la cirugía bariátrica para resolución de la diabetes (DM) y obesidad mórbida, produce déficit en la absorción de micronutrientes, vitaminas y oligoelementos. El déficit de vitamina D (25-OH D₃) es uno de los más frecuentes, a pesar de la correcta suplementación. Los estudios disponibles no ofrecen conclusiones en las posibles diferencias en los niveles plasmáticos de 25-OH D₃ entre diabéticos y no diabéticos y su acción sobre la paratohormona (PTH) tras la cirugía.

Objetivos: Establecer diferencias en los niveles séricos de 25-OHD₃ y PTH entre pacientes diabéticos y no diabéticos correctamente suplementados tras bypass gástrico.

Material y métodos: 98 pacientes con IMC > 40 Kg/m², 35 pacientes con diabetes (DM) y 63 no diabéticos (NDM) intervenidos con bypass gástrico en los que se midieron calcio, 25-OHD₃ y PTH a los 2 y 5 años de la cirugía. Recibieron suplementación con calcio + colecalciferol y/o calcidiol.

Resultados: La DM estaba presente en el 35,7% de la muestra antes de la cirugía. La edad de la cirugía fue de DM: 47,33 ± 9,05 y NDM: 46,73 ± 9,28 años (p = 0,7) con un IMC preoperatorio DM: 52,83 ± 8,86 y NDM 52,87 ± 7,69 Kg/m² (p = 0,98) y porcentaje de pérdida de exceso de peso DM: 52,62 ± 16,08 y NDM: 56,39 ± 20,01% (p = 0,37) sin diferencias entre DM y NDM. A los 2 años de la cirugía, los niveles séricos de 25-OHD₃ fueron de DM: 20,43 ± 5,87 y NDM: 24,24 ± 8,32 ng/ml (p = 0,27) y PTH DM: 26,15 ± 9,24 y NDM: 26,03 ± 8,23 pg/ml (p = 0,37). A los 5 años de la cirugía, los niveles séricos de 25-OHD₃ fueron de DM: 30,42 ± 13,76 y NDM: 31,39 ± 12,36 ng/ml (p = 0,74) y PTH DM: 60,08 ± 33,98 y NDM: 49,48 ± 16,41 pg/ml (p = 0,05). A los 5 años, el grupo de DM precirugía presentó niveles más altos de PTH estadísticamente significativa sin diferencias en los niveles de 25-OHD₃. El 20,7% de la muestra presentó

hiperparatiroidismo secundario al déficit de vitamina D (DM: 8 casos y NDM: 9 casos, sin diferencia estadísticas). No se encontraron casos de hipercalcemia.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en los niveles séricos de 25-OHD₃ entre diabéticos y no diabéticos tratados con la misma técnica quirúrgica, sin diferencias en: IMC prequirúrgico, porcentaje de pérdida de exceso de peso y edad a la que recibieron tratamiento, siendo correctamente suplementados. Sin embargo, niveles semejantes de 25-OHD₃ producen elevación de la PTH superior en el grupo de diabéticos (DM) frente a no diabéticos (NDM).