

vasomotores (SVM) de moderados a severos, tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas tempranas, IOP de cualquier etiología y tratamiento del síndrome genitourinario (SGU) para el que se sugiere tratamiento local². Si bien la TRM reduce la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de inicio reciente, no está aprobada para prevención primaria³. La TRM no está contraindicada en mujeres con DM preexistente con SVM de moderados a severos y/o SGU, y puede ser beneficiosa en términos de control glucémico pero, previo al inicio de la TRM, es fundamental realizar la evaluación de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (FRECV). La edad de la paciente, el tiempo de su menopausia y la presencia o no de FRECV determinarán su uso¹⁻². En caso que la mujer con DM presente FRECV y SVM moderados a severos lo que contraindica la TRM, se deberá pensar en una terapia no hormonal, ya que los SVM tienen un impacto negativo en el bienestar y la expectativa de salud⁴. Debido a la complejidad de la menopausia en una mujer con DM, es necesario pensar en un equipo transdisciplinario antes del inicio de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trémollieres FA, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, et al. Management of postmenopausal women: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) and Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement (GEMVi) Clinical Practice Guidelines. *Maturitas* 2022 Sep;163:62-81.
2. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2022 Jul 1;29(7):767-794.
3. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Caughey AB, et al; US Preventive Services Task Force. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal persons. US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2022 Nov 1;328(17):1740-1746.
4. The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2023 Jun 1;30(6):573-590.

SÁBADO 23

9:35 a 10:30 h

SALA PACÍFICO

5 VOCES EN 10 MINUTOS: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO: “EL DOCTOR COMO PACIENTE”

Coordinador: Dr. Edgardo Trinajstic

Impacto de los fármacos para el control glucémico en el riesgo de accidente cerebrovascular

Dr. Joaquín González

Médico especialista en Clínica Médica y en Diabetología, Hospital Universitario, Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo), Docente de Endocrinología Metabolismo y Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, UNCuyo, Mendoza, Argentina

El accidente cerebrovascular (ACV) es dos veces más frecuente en personas con diabetes mellitus (DM) que en la población sin DM. De allí la importancia de conocer el impacto de los fármacos utilizados para el control glucémico sobre el riesgo de ACV.

Con metformina, la evidencia es escasa y proviene del *UK Prospective Diabetes Study* (UKPDS) y de un metaanálisis donde se observa un efecto neutro sobre el riesgo de ACV. El grupo de las sulfonilureas plantea la dificultad de ser un grupo heterogéneo; en el estudio *Action in Diabetes and Vascular Disease* (ADVANCE) con gliclazida no se vio aumento del ACV, pero un metaanálisis que compara sulfonilureas con otros antidiabéticos demostró un aumento del riesgo de ACV con estas drogas. Con la pioglitazona, en el *Prospective Pioglitazone Clinical Trial in Macrovascular Events* (PROactive) en la población con DM2, se observó una reducción del riesgo de ACV, al igual que en el estudio *Insulin Resistance Intervention after Stroke* (IRIS) realizado en población sin DM2, pero con resistencia a la insulina y un evento cerebrovascular reciente donde pioglitazona tuvo un efecto protector. Nateglinida, en el estudio *Nateglinide and Valsartan in Impaired Glucose Tolerance Outcomes Research* (NAVIGATOR), demostró tener efecto neutral. Los

CVOTs y metaanálisis con inhibidores de DPP-4 muestran un efecto neutro sobre el riesgo de ACV. Con los SGLT-2 inhibidores, hay dos metaanálisis que señalan un efecto neutral sobre el ACV en general, sin embargo, uno de ellos muestra un efecto protector sobre el ACV hemorrágico. Los GLP-1 agonistas tienen un efecto protector en los metaanálisis, pero solo dulaglutida y semaglutida han demostrado en los CVOTs beneficio en ACV. Con insulina el efecto es neutro, los datos más recientes provienen de los estudios *Outcome Reduction with an Initial Glargine Intervention* (ORIGIN) y del *Trial Comparing Cardiovascular Safety of Insulin Degludec versus Insulin Glargine in Patients with Type 2 Diabetes at High Risk of Cardiovascular Events* (DEVOLE).

En conclusión, en prevención secundaria debiera priorizarse, por sus beneficios, el uso de pioglitazona, semaglutida o dulaglutida; hay alguna evidencia de un efecto negativo con el uso de sulfonilureas, mientras que los otros antidiabéticos no provocan aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares.

BIBLIOGRAFÍA

- Lee M, Ovbiagele B. Blood glucose, antidiabetic drugs and risk of stroke. *Precision and Future Medicine* 2021;5(1):13-20.
- Rathmann W, Kostev K. Association of glucose-lowering drugs with incident stroke and transient ischaemic attacks in primary care patients with type 2 diabetes: disease analyzer database. *Acta Diabetol* 2022 Nov;59(11):1443-1451.

Rehabilitación post-ACV

Dr. Hugo Sánchez

Lic. en Kinesiología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Coordinador del Servicio de Kinesiología, Departamento de Rehabilitación, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENII), sede Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Se calcula que al menos dos tercios de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) presentan secuelas que afectarán su independencia, su calidad de vida y requerirán rehabilitación, la cual incluirá: la atención de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapistas ocupacionales, nutricionistas, psicólogos, enfermeros, involucrando además al paciente y sus cuidadores en un programa de rehabilitación progresivo y dinámico.

El objetivo es intentar alcanzar el mayor grado posible de recuperación de su estado físico, cognitivo, emocional, social y funcional.

Dentro del equipo multidisciplinario, la Kinesiología o terapia física interviene en la atención de los déficits motores que se presenten, en sus diversos grados de complejidad.

La terapia física debe iniciarse lo antes posible en la medida en que el paciente se encuentre estable y reciba la indicación médica en la Unidad de ACV.

Para cada déficit existen una serie de test y de escalas que permiten evaluar de manera objetiva la situación del paciente y sus cambios evolutivos. Las escalas de valoración funcional son instrumentos que nos permiten expresar los resultados de un modo objetivo y cuantificable. Deben ser válidos, prácticos, sencillos y estandarizados.

En Kinesiología para los pacientes con ACV utilizamos diferentes evaluaciones como la *Berg Balance Scale*, *Mini Best Test*, goniometría, *Fugl Meyer*, *FAC*, *SOT*, test de 6 minutos y test de 10 metros, como ejemplos. Cada una evalúa diferentes déficits (motricidad, movilidad, funcionalidad, equilibrio, fuerza, marcha).

La evolución del paciente con ACV la dividimos en una etapa aguda (intrahospitalaria), en la cual la kinesioterapia se inicia una vez que se logra la estabilidad clínica (hemodinámica y sistémica) del paciente. En dicha etapa se realizan las primeras evaluaciones, y el tratamiento busca prevenir lesiones cutáneas y complicaciones respiratorias, prevenir actitudes viciosas y lesiones de miembro superior y miembro inferior, se realizan movilizaciones pasivas/asistidas, enseñanza de transferencias y automovilización, estimulación del equilibrio en posición sedente, siempre de acuerdo a la capacidad del paciente. Encontramos también déficits perceptivo sensoriales que determinan trastornos en el esquema corporal y la postura.

Además, en la etapa aguda, y por protocolo, todos los pacientes reciben una evaluación y/o *screening* para detectar disfagia y determinar si es posible iniciar dieta oral y bajo qué características y cuidados. En esta etapa una gran cantidad de pacientes presenta algún signo de disfagia que la mayoría recupera a corto y/o mediano plazo.