



O.J.D.: 22681  
E.G.M.: No hay datos  
Tarifa: 1704 €  
Área: 600 cm2 - 80%

## IECA podría ser superior a ARA II en el diabético hipertenso

Un metaanálisis respalda la preeminencia del IECA sobre el ARA II para la HTA en diabetes. En segunda instancia, debería asociarse a un calcioantagonista. **[PÁG. 14]**



# El IECA podría ser superior al ARA II en el diabético hipertenso

Los resultados de un metaanálisis sugieren que sería más eficaz, aunque los datos no llegan a alcanzar significación estadística. El precio sería el determinante que ya sitúa a estos fármacos en primera línea

**NAIARA BROCAL CARRASCO**  
naiara.brocal@correofarmacologico.com

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) podrían ser superiores en eficacia a los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) en el paciente diabético con hipertensión arterial (HTA). Aunque los resultados de un metaanálisis, publicado el 24 de octubre en *British Medical Journal (BMJ)*, no serían estadísticamente significativos, aportan un aval más a la preeminencia del IECA frente al ARA II que, como confirman los expertos consultados por CF, ya se indica en primera instancia por su menor precio.

Además, en la terapia de combinación, el fármaco de elección junto con el IECA sería el calcioantagonista. Así concluye este trabajo realizado a partir de la información de 63 ensayos clínicos con 36.917 pacientes en el que se analizaba el tratamiento farmacológico sobre la mortalidad por todas las causas, la necesidad de diálisis y los niveles de creatinina sérica.

## LO QUE DICEN LAS GUÍAS

Las guías de diabetes y HTA sitúan al mismo nivel y en primera línea a IECA y ARA II. Los expertos señalan el interés de contar con información respecto a la superioridad de los

## TODAVÍA MUCHA DIABETES OCULTA

Datos globales de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en España, factores de riesgo y comorbilidades asociadas.

Enfermedad	% personas afectadas mayores de 18 años
Diabetes mellitus conocida	8,1
Diabetes mellitus no conocida	3,9
Diabetes mellitus total	12,0
Tolerancia anormal de la glucemia	7,9
Glucemia basal alterada	3,6
Obesidad (IMC>30)	2,2
PAS>140mmHg o PAD>90mmHg	26,2
Hipertensión arterial	41,2
Síndrome metabólico	20,8
Tabaquismo	27,8
Ingesta de bebidas alcohólicas a diario	22,6
Ingesta de aceite de oliva para freír	69,2
Sedentarismo	50,3

Fuente: Estudio *di@bet.es*, 2011.

## ¿? EN 4 RESPUESTAS

### ¿QUÉ FÁRMACOS OCUPAN LA PRIMERA LÍNEA?

Las guías sitúan al mismo nivel a IECA y ARA II. El posible mayor beneficio de los primeros, y su menor precio, los colocaría en una posición de superioridad.

### ¿EN QUÉ ASPECTOS SERÍAN SUPERIORES LOS IECA?

El metaanálisis sugiere que tendría un mayor efecto protector frente al deterioro renal.

### ¿CUÁNDO Y CÓMO PASAR A LAS COMBINACIONES?

Destaca la superioridad combinación de IECA y calcioantagonistas cuando el control con la monoterapia no es posible.

### ¿HABRÍA ALGÚN FÁRMACO CONTRAINDICADO?

Los betabloqueantes, que sin embargo sí se emplean en diabéticos con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.

IECA que, como indica Martín López de la Torre, coordinador del Grupo de Diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), "apoyaría el uso de medicamentos de menor coste". José Carlos Rodríguez Pérez, de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-Lelha), resalta la fortaleza del método bayesiano empleado que otorga mayor credibilidad a sus conclusiones.

Explica que la razón del estudio era aclarar la validez del posicionamiento de ciertos autores que destacan la superioridad del ARA II "en una nube en la que mezclaban todo: efectos adversos y eficacia". Este trabajo se ha centrado sólo en lo segundo para "determinar que los IECA son superiores, aunque sin clara significación estadística".

Su indicación en primera instancia es la práctica habitual en primaria en España, confirma Javier Gamarra, responsable del Grupo de HTA de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Pero, recuerdan los expertos, sus efectos adversos y especialmente la tos son un motivo frecuente para cambiar a un ARA II.

Por otra parte, López de la Torre no cree que el me-

taanálisis cierre el debate sobre qué fármaco seleccionar en la primera línea tanto por la escasa significación estadística como por carecer "de estudios de peso" comparativos.

## MEJOR MORTALIDAD

Otra conclusión de la investigación que firma Hon-Yen Wu en *BMJ* es que se debería asociar el IECA con calcioantagonista en las combinaciones duales. Aunque, de nuevo, los resultados no alcanzan significación estadística, los autores señalan que según su investigación, esta combinación presentaba las mayores probabilidades de ser el mejor tratamiento en la re-

► Frente a las recomendaciones generales, los expertos señalan la necesaria individualización

ducción de la mortalidad.

Sería esta recomendación la que cambiaría en mayor medida la práctica clínica, resalta Rodríguez Pérez, en la que compete con la asociación del IECA con un diurético: "Con este trabajo, ya quedan pocas dudas de que esto deba ser así".

Aun con todo, resaltan que frente a guías generales prevalece la individualización y la necesidad de alcanzar un control efectivo de la presión arterial. Y, en este objetivo, para Miguel Camafort-Babkowski, de la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular del Hospital Clínico de Barcelona, los aspectos más importantes y que se deberían tener en consideración serían la duración del efecto antihipertensivo, la posibilidad de conseguir objetivos terapéuticos, el perfil de efectos secundarios y, en última instancia, el precio.

## El cuánto se baje importaría más que el cómo se logre

**N. B. C.** Pese a los trabajos que tratan de aportar claves sobre qué medicamentos serían mejores a la hora de atajar la hipertensión arterial en el diabético, prevalece el objetivo de controlar la presión arterial sin importar tanto el cómo.

Por ello, el impacto de trabajos como el mencionado sería limitado, según señala a CF Miguel Camafort-

Babkowski, de la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular del Hospital Clínico de Barcelona. "Lo más importante sigue siendo disminuir las cifras de presión sin alterar el control glucémico de estos pacientes".

Desterrado queda el objetivo de antaño de cuánto más mejor: "Estudios recientes demuestran que la enfermedad coronaria del

paciente diabético guarda una curva en forma de U, según la cual tan perjudicial puede ser una presión arterial elevada como presiones excesivamente bajas", expone Martín López de la Torre, de la SEEN.

Javier Gamarra, de la SEMG, afirma que las guías de las diferentes sociedades europeas y americanas comienzan este año a conver-

ger en el objetivo terapéutico a alcanzar en el paciente diabético, que serían niveles de presión sistólica por debajo del general de 140, y de diastólica de entre 80 y 85. Resalta que lo importante es que el médico se convenza de la importancia de ser agresivo. "Probablemente con uno o dos fármacos no vamos a conseguir estos objetivos".