

## Endocrinología

## Actualidad en hipertensión y diabetes

J.C. Aguirre Rodríguez

Grupo de Urgencias. SEMERGEN

No cabe ninguna duda de que la hipertensión arterial y la diabetes son dos de las enfermedades crónicas más prevalentes y las que más tiempo nos ocupan en las consultas de atención primaria. Por otra parte, la ingente cantidad de información que se publica y el elevado número de guías, documentos de consenso y otros que llegan a nuestras manos, hace muy difícil una correcta selección de ella para intentar mantenerse al día y ofrecer «novedades» a nuestros pacientes. Además, debe evitarse la excesiva variabilidad clínica y es imprescindible que todos los profesionales implicados en la asistencia de estos pacientes dispongan de directrices uniformes, contrastadas y actualizadas. Por tanto, es de agradecer el trabajo de revisión y actualización que nos ofrecen los firmantes del artículo que se comenta, publicado en la *Revista Española de Cardiología*.

El trabajo se puede dividir en tres partes fundamentales: a) revisión de las novedades más interesantes en hipertensión y diabetes durante 2007, donde destaca el comentario a las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología; b) revisión de la evidencia disponible respecto al papel de las glitazonas en la diabetes, tras la reciente polémica surgida respecto a su uso, y c) revisión de los datos del estudio ADVANCE, el último gran ensayo clínico sobre prevención de complicaciones vasculares en diabetes, mediante una estrategia antihipertensiva (más de 11.000 diabéticos tratados

con perindopril e indapamida en combinación fija).

En la parte dedicada a las novedades de 2007 destacan varias cosas. Primero, que las recomendaciones terapéuticas para el hipertenso no se realizan sobre la base de unas determinadas cifras, sino en función del riesgo cardiovascular que presente; dentro de este riesgo cardiovascular global se incluye por vez primera el

*Las guías de práctica clínica indican que las glitazonas son una adecuada alternativa terapéutica para el control metabólico de la diabetes, en particular asociadas con metformina*

síndrome metabólico, la presión del pulso, las cifras de glucemia basal alterada (100-125 mg/dL) o una prueba de sobrecarga oral de glucosa alterada y valores de colesterol total superiores a 190 mg/dL, entre otros. Asimismo, se introduce la recomendación de buscar de forma sistemática cualquier afectación de órganos diana: ECG (para valorar una posible hipertrofia ventricular izquierda o fibrilación auricular), microalbuminuria y depuración de creatinina, índice tobillo-brazo menor de 0,9 y velocidad de onda de pulso mayor de 12 m/s, para valorar afectación de otros territorios vasculares.

La elección del fármaco antihipertensivo se debe basar en su principal

efecto; es decir, en su capacidad para reducir la presión arterial (inferior a 140/90 en personas sanas e inferior a 130/80 en diabéticos o pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular). Conseguir los objetivos de presión arterial es realmente difícil, por lo que generalmente será necesario usar más de un fármaco en la mayoría de los pacientes, lo que hace que la discusión sobre la elección del fármaco inicial sea estéril en la mayoría de los casos. A pesar de ello, hay algunas indicaciones específicas: los bloqueadores del sistema renina-angiotensina están presentes en la mayoría de indicaciones; en cambio, los betabloqueadores quedan reducidos al contexto de la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca y la fibrilación auricular. Las estatinas son recomendables en todos los hipertensos con enfermedad cardiovascular asociada, diabetes o elevado riesgo cardiovas-

cular, y la antiagregación en hipertensión con enfermedad cardiovascular o en los hipertensos con más de 50 años de edad y unos niveles moderadamente elevados de creatinina sérica o con riesgo cardiovascular elevado, siempre tras alcanzar un adecuado control de la presión arterial.

En relación con el uso de glitazonas como tratamiento de la diabetes hay razones para la polémica, ya que publicaciones prestigiosas cuestionan su seguridad cardiovascular; pero también hay razones para la calma que los autores califican como «contrapolémica»: artículos en JAMA (metanálisis con 19 estudios) y el estudio RECORD, cuya conclusión final es que no hay pruebas científicas de que



el tratamiento con rosiglitazona incrementa el riesgo cardiovascular, con excepción de la insuficiencia cardíaca. Los datos disponibles son insuficientes para determinar si el tratamiento con glitazona se asocia a un incremento del riesgo de experimentar un infarto de miocardio. Tras un análisis pormenorizado de la evidencia, los autores concluyen que hasta ahora no se ha producido un cambio concluyente en la posición de las sociedades científicas, instituciones sanitarias o autoridades reguladoras sobre el empleo clínico de las glitazonas, por lo que, con la salvedad de su contraindicación en insuficiencia o disfunción cardíaca, y a la espera de los estudios en curso, se deberían seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica, según las cuales las glitazonas son una adecuada alternativa terapéutica para el control metabólico de la diabetes, en particular asociadas con metformina.

Por lo que respecta al estudio ADVANCE, concluye que el uso de perindopril asociado a indapamida en pacientes con diabetes reduce el riesgo de muerte y complicaciones mayores macro y microvasculares, con independencia del valor inicial de la presión arterial y de los demás tratamientos preventivos que en la actualidad reciben los diabéticos. Si los beneficios obtenidos en este estudio se aplicaran a la mitad de la población diabética, se podría evitar más de 1 millón de muertes cada 5 años.

En resumen, se trata de un artículo de obligada lectura para todos aquellos profesionales que de una u otra forma tengan relación con pacientes hipertensos o diabéticos. 🇪🇸

Mazón Ramos P, Bertomeu Martínez V, Quiles Granado J et al. Temas de actualidad 2007 en hipertensión arterial y diabetes. Rev Esp Cardiol. 2008; 61(1): 58-71.