O.J.D.: 23773
E.G.M.: No hay datos
Tarifa (€): 255

CORREO FARMACÉUTICO

Fecha: 22/03/2010
Sección: MEDICINA
Páginas: 16

Ser más exigentes con la HTA en diabéticos tipo 2 no aportaría beneficios

En pacientes de alto riesgo sería suficiente con 140 mm Hg de PAS

N. B. C. Plantearse objetivos terapéuticos más estrictos en presión arterial (PA) de lo habitual en diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) con alto riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) no reduciría los eventos fatales y no fatales. Tampoco tratar la dislipemia con estatinas y fibratos sería más eficaz que sólo con las estatinas.

Así concluye el ensayo clínico *Accord,* patrocinado por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, que ha contado con la participación de 77 centros médicos de Estados Unidos y Canadá y 10.251 pacientes de entre 40 y 79 años que sufrían DM 2 desde hacía una media de diez años.

El *Accord* evaluó tres posibles estrategias en la reducción del riesgo: el control intensivo de la glucemia, de la PA y el tratamiento de múltiples desórdenes lipídicos.

La primera de ellas, lejos de ser beneficiosa, mostró una mayor incidencia de eventos macrovasculares según los resultados que se publicaron hace dos años (ver F&I de julio de 2008).

Los nuevos resultados sobre PA y lípidos se presentaron la semana pasada en la sesión científica del Colegio Americano de Cardiología celebrada en Atlanta (Estados Unidos) y se publicaron *on line* en *The New England Journal of Medicine*.

Las actuales guías de práctica clínica recomiendan en DM 2 una PA sistólica (PAS) por debajo de 130 mm Hg. Ensayos clínicos sólo han demostrado beneficios por debajo de 140 mm Hg (límite establecido para población general). Sin embargo, estudios observacionales han asociado una PAS de 120 mm Hg o inferior con menos ECV.

Los investigadores dividieron a 4.733 participantes con hipertensión arterial (HTA) para alcanzar una PAS por debajo de 120 mm Hg (grupo intensivo) o inferior a 140 mm Hg (grupo estándar) con farmacoterapia. Después de un seguimiento de 5 años, no hallaron diferencias significativas en ambos grupos, salvo en el riesgo de ictus, que se redujo un 40 por ciento en el grupo intensivo (con 36 eventos cerebrovasculares), frente a los 62 del estándar, si bien la tasa de eventos adversos también fue mayor (niveles anormalmente bajos de PA, alto índice de potasio en sangre y peor función renal).

INDIVIDUALIZACIÓN

Los endocrinólogos Ricardo García Mayor, del Hospital de Vigo, y Alfonso López Alba, de la Fundación Hospital de Jove (Gijón), destacan la importancia de individualizar. "Las guías son orientaciones buenas pero tienen que ser filtradas cuando se aplican a los pacientes", señala García Mayor, expresidente de la Federación Española de Diabetes. Explica que la edad y la presencia de comorbilidades pueden hacer que ya el objetivo de 140/90 mm Hg sea inasumible.

En cuanto al control lipídico, analizado en 5.518 participantes, combinar simvastatina y fenofibrato demostró ser seguro, pero no más eficaz que la monoterapia excepto en el subgrupo de pacientes con los niveles más bajos de HDL y más altos de triglicéridos.

Más conservadores.

La importancia de controlar factores de riesgo para evitar las ECV ha provocado que en los últimos tiempos se haya hablado de la necesidad de ser más agresivos con la farmacoterapia y combatir la inercia terapéutica. "Hay que ser agresivo cuando el paciente es joven y tiene todos sus órganos diana indemnes", afirma el endocrinólogo Alfonso López Alba, de la Fundación Hospital de Jove (Gijón). Expone que estudios como el *Accord* demuestran que en pacientes de alto riesgo "hay que ser más conservador, por la ausencia de beneficio clínico".