

Reducción del Riesgo Cardiovascular en el Paciente Diabético: Importancia del Tratamiento Antihipertensivo

Reduction of Cardiovascular Risk in the Diabetic Patients: Importance of Antihypertensive Treatment

Hugo Rafael Corrales-Santander^{1,2,3},
Eison Zapata-Valencia³,
Fernando Manzur-Jattin^{3,4},
Huber S Padilla-Zambrano⁵
and Luis Moscote-Salazar⁶

Fecha de recepción: Apr 16, 2018, **Fecha de aceptación:** Apr 23, 2018, **Fecha de publicación:** Mar 28, 2018

Editorial

La intervención temprana y óptima de los factores de riesgo cardiovascular en el paciente diabético es fundamental para reducir la elevada morbimortalidad asociada a estos. Es necesario un tamizaje temprano de presión arterial, pues se estima una prevalencia ajustada por edad del 57,3% en esta población, comparada con un 28,6% en la población no diabética. Además, la sola presencia de una presión arterial elevada eleva el riesgo de las complicaciones micro y macrovasculares propias de la diabetes mellitus [1].

A pesar que la evidencia demuestra la importancia de vigilar y tratar la presión arterial elevada, se ha hecho difícil establecer un acuerdo general en cuanto a tiempo, método e intensidad a la hora de tratarla.

Producto de esto, hoy por hoy no existe un único consenso a nivel mundial sobre como y cuando tratar la presión arterial. En el paciente diabético, esto se intensifica, dado que las alteraciones metabólicas y vasculares intrínsecas a la enfermedad modifican y/o agravan el curso de la hipertensión. El ensayo clínico ABCD (Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes) de 1996 marcó una pauta al evaluar el interrogante de un tratamiento intensivo vs convencional en pacientes diabéticos con diagnóstico de hipertensión. Este ensayo fue terminado tempranamente por demostrar una reducción en las complicaciones cardiovasculares definidas como IAM no fatal, cualquier tipo de IAM, entre otros. Sin embargo, al momento de ser detenido, no pudo demostrarse un beneficio neto con la estrategia intensiva [2]. Es importante también señalar, que este estudio se llevó a cabo cuando los criterios diagnósticos para DM eran más conservadores que los actuales.

En este sentido, el primer paso es definir cuando tratar la hipertensión en el paciente diabético. Las guías más recientemente publicadas por la ACC/AHA, recomiendan como punto de corte iniciar tratamiento con cifras tensionales $\geq 130/80$ mmHg en

paciente con DMT2, la cual es un punto de corte más bajo que el propuesto por el JNC-8 (Eighth Joint National Committee) en 2014, de $\geq 140/90$ mmHg. Esto fundamentado en su enfoque de iniciar tratamiento guiado por riesgo cardiovascular estimado (recomendado cuando sea $>10\%$) y no por cifras como se venía haciendo a lo largo de los años [3].

Una vez definido cuando empezar a tratar, el siguiente paso es determinar con cual antihipertensivo se puede manejar al paciente diabético. Dentro de las opciones farmacológicas, se han establecido medicamentos “de primera clase”, al haber demostrado por encima de otros la reducción tanto de

- 1 Candidato a Magíster en Toxicología, Profesor Facultad de Medicina – Universidad de Cartagena, Colombia
- 2 Profesor Programa de Medicina, Corporación Universitaria Rafael Nuñez, Colombia
- 3 Centro de Investigaciones Biomédicas, Facultad de Medicina – Universidad de Cartagena, Colombia
- 4 Médico Cardiólogo, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia
- 5 Centro de Investigaciones Biomédicas (CIB), Línea de investigación Cartagena Neurotrauma Research Group. Facultad de Medicina – Universidad de Cartagena, Cartagena Colombia
- 6 Especialista en Neurocirugía-Cuidado crítico, Director de Cartagena Neurotrauma Research Group, Centro de Investigaciones Biomédicas (CIB), Facultad de Medicina – Universidad de Cartagena Cartagena de Indias, Bolívar, Colombia

*Correspondencia:

Huber S. Padilla-Zambrano

✉ huber_padilla20@hotmail.com

cifras tensionales como de desenlaces clínicos asociados a la hipertensión. Dentro de este grupo, para el paciente diabético ha demostrado seguridad y eficacia en su uso, los diuréticos tiazídicos, inhibidores de la ECA, ARA-II y calcioantagonistas [1,3].

Para la elección de cual fármaco usar, se recomienda evaluar al paciente de manera individual e integral, más que apegarse a una guía estrictamente. Es importante tener en cuenta no solo elementos clínicos, si no los demográficos y socioeconómicos, pues el éxito de la terapia depende de la posibilidad del paciente de tener adherencia al mismo.

En el paciente diabético, los medicamentos que mayor beneficio han demostrado son los IECA y ARA-II, desde los ensayos ABCD y HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) [2]. Este último ensayo demostró una reducción hasta del 25% del riesgo relativo para el desenlace primario compuesto de infarto del miocardio, accidente cerebrovascular o cualquier muerte cardiovascular en el grupo de pacientes diabéticos, comparado con placebo [4].

Por otro lado, con el estudio LIFE (Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study), se comparó el efecto de Losartán vs Atenolol en 1,195 pacientes diabéticos. Aunque ambos grupos demostraron una reducción similar en cifras tensionales, en el grupo tratado con Losartán se observó una reducción del 24% del riesgo relativo de presentar eventos cardiovasculares (IAM fatal o no fatal y ACV) [5].

En lo concerniente a una estrategia simple vs dual, la dificultad de lograr metas en el paciente diabético hace necesaria la mayoría de las veces, un tratamiento combinado, recordando siempre principios farmacológicos de la terapéutica antihipertensiva, como por ejemplo no usar dos fármacos con el mismo mecanismo de acción, o que actúen en el mismo sistema (ej.: IECA+ARA-II) dado que no se ha demostrado beneficio, y por el contrario se ha evidenciado aumento en los efectos adversos. Dado que se han encontrado beneficios tanto en un grupo farmacológico como en el otro, las recomendaciones actuales sugieren usar alguno de los dos teniendo en cuenta las características del paciente, y que, de presentarse reacciones adversas, estos pueden ser intercambiables de no ser tolerados [1,3].

Teniendo ya elegido cuando tratar, y que medicamento usar, el siguiente paso es determinar las metas de tratamiento y el seguimiento al paciente para evaluar el éxito de la terapia. El paradigma de lograr cifras tensionales lo más bajas posibles ha sido evaluado en múltiples estudios. Si bien el estudio ABCD no pudo evaluar esta estrategia, con el estudio ACCORD-BP (Actions to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) en su rama de presión arterial, se estudió esta iniciativa. Este ensayo clínico aleatorizado tomo 4733 pacientes con DMT2 y los separó en el grupo convencional (meta de PAS <140 mmHg) vs intensivo (meta de PAS <120 mmHg) evaluando el desenlace primario compuesto de IAM no fatal, ACV no fatal o muerte cardiovascular de cualquier tipo. Luego de un seguimiento de [4] años, la conclusión de este ensayo fue que no había diferencia significativa en la reducción de eventos cardiovasculares entre ambos grupos [6].

El seguimiento del paciente debe basarse en la vigilancia de las complicaciones macro y microvasculares de la diabetes mellitus, pues la hipertensión ha sido demostrada como un factor precipitante para el desarrollo de estas. La ADA (American Diabetes Association) sostiene en sus guías que la vigilancia de la función renal a través de la tasa de filtración glomerular y la excreción urinaria de albúmina, siendo pues la nefropatía diabética otro marcador independiente que aumenta el riesgo cardiovascular [1].

Se retoma entonces el concepto de nefroprotección que han demostrado tener los IECA y ARA-II a la hora de prevenir la aparición de la nefropatía diabética, como controlar e incluso reducir los niveles de microalbuminuria como parámetro de evolución estando ya instaurada esta última.

Para el seguimiento de estos pacientes, se recomienda una evaluación mensual de las metas luego de instaurado el tratamiento. Si se logran las metas propuestas se recomienda una nueva evaluación en un rango de [3-6] meses. De no lograrse, se recomienda optimizar la adherencia al tratamiento y si se considera necesario, intensificar la terapia, recordando que esta debe ir de la mano de una evaluación global del riesgo cardiovascular junto a las otras medidas ya descritas [1,7].

Referencias

- 1 American Diabetes Association (2018) Cardiovascular disease and risk management: Standards of medical care in diabetes 2018. *Diabetes Care* 41: S86-S104.
- 2 Schrier RW, Estacio RO, Jeffers B (1996) Appropriate blood pressure control in NIDDM (ABCD) trial. *Diabetologia* 39: 1646-1654.
- 3 Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey Jr DE, Collins KJ, et al. (2017) ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *J Am Coll Cardiol* S0735-1097.
- 4 Sleight P (2000) The HOPE study (Heart Outcomes Prevention Evaluation). *J Renin Angiotensin Aldosterone* 1: 18-20.
- 5 Dahlöf B, Devereux R, de Faire U, Fyhrquist F, Hedner T, et al (1997) The losartan intervention for endpoint reduction (LIFE) in hypertension study: Rationale, design, and methods. *Am J Hypertens* 10: 705-713.
- 6 ACCORD study group (2010) Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 362: 1575-1585.
- 7 Low Wang CC, Hess CN, Hiatt WR, Goldfine AB (2016) Atherosclerotic cardiovascular disease and heart failure in type 2 diabetes – Mechanisms, management, and clinical considerations. *Circulation* 133: 2459-2502.