

## Dr. Gabriel D. Waisman

Profesor Asociado de Medicina  
Instituto Universitario del  
Hospital Italiano de Buenos Aires  
Director de la Carrera de Especialistas de Medicina Interna,  
Universidad de Buenos Aires  
Jefe de Servicio de Clínica Médica y Jefe de  
Sección Hipertensión Arterial Hospital Italiano de Buenos Aires



### VIÑETA CLÍNICA

Atendimos a un paciente diabético de 68 años que recibe tratamiento antihipertensivo con 2 fármacos. Su presión arterial está en rango “normal alto” (135/85 mm Hg).

### PREGUNTA AL EXPERTO

¿Deberíamos intensificar el tratamiento o esos valores son aceptables?

### RESPUESTA

Casi todas las guías nacionales e internacionales recomiendan una meta de presión arterial (PA) < 140/90 mm Hg en pacientes con diabetes mellitus (DM). Esto cambió a partir de 2009 ya que las directrices anteriores recomendaban, sin evidencia robusta, objetivos de tratamiento de la PA menores de 130/80 mm Hg en pacientes con DM. Reducir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular tratando de alcanzar las metas recomendadas de factores de riesgo como la PA elevada, la hiperglucemia y la hipercolesterolemia en pacientes con DM es primordial. Los datos de múltiples ensayos demuestran que el tratamiento temprano de la hipertensión arterial (HTA) en personas con DM evita claramente tanto las complicaciones macrovasculares como las microvasculares. Ha cambiado el paradigma de “cuanto más bajo mejor” por el de “cuanto antes mejor”. La DM tipo 2 es una de las principales causas de ceguera, enfermedad renal crónica terminal y amputaciones no traumáticas en adultos, con una alta probabilidad (75-80%) de muerte prematura por causas cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Por su parte, la HTA es una comorbilidad muy común en los diabéticos, que afecta a la mayoría de estos pacientes, con una prevalencia que depende de la edad, el tipo de DM, la etnia y la presencia o no de sobrepeso/obesidad.

La coexistencia de HTA y DM representa una asociación devastadora para la salud cardiovascular. Por lo tanto, la PA y el control de la glucemia son objetivos terapéuticos esenciales para reducir el riesgo cardiovascular y otros factores de riesgo relacionados con la DM en estos pacientes. El principal beneficio de la disminución de la PA en la DM proviene de una marcada reducción de los efectos cardiovasculares y renales.

En las últimas décadas, importantes ensayos clínicos aleatorizados que incluyeron gran número de diabéticos como el UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*), HOT (*Hypertension Optimal Treatment*), SHEP (*Systolic Hypertension in the Elderly Program*), Syst-Eur (*Systolic Hypertension in Europe*), HOPE (*Heart Outcomes Prevention Evaluation*), LIFE (*Losartan Intervention For Endpoint*) y ALLHAT (*Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial*) han dado la pauta de que la reducción de la PA en estos pacientes disminuye la incidencia de eventos cardiovasculares, especialmente del accidente cerebrovascular.

La gran mayoría de los estudios que demostraron beneficio a favor de un control más exigente de la PA, como Syst-Eur, MicroHOPE, UKPDS y HOT alcanzaron metas de PA sistólica de 143-153 mm Hg.

La mayoría de las sociedades científicas y organismos internacionales coinciden en que la meta de PA sistólica en diabéticos debería ser < 140 mm Hg, basándose no solo en la falta de evidencia contundente respecto del beneficio de objetivos de PA más estrictos, sino también en los resultados emanados del estudio ACCORD-BP (*Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes*), en el cual se comparó un grupo de control intensivo de la PA (< 120 mm Hg de PA sistólica) vs. un grupo de control estándar (< 140 mm Hg de PA sistólica), sin encontrar diferencias significativas para el punto final combinado (infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal y muerte de causa cardiovascular).

Con respecto a la meta de PA diastólica, existe más controversia entre las distintas sociedades científicas, con recomendaciones que van desde < 80 a < 90 mm Hg. Estas diferencias se basan fundamentalmente en el peso otorgado por los diferentes organismos a cada uno de los ensayos clínicos que evaluaron este punto.

Además de la reducción de los puntos finales macrovasculares, la terapia de disminución de la PA en pacientes diabéticos también se ha discutido para mejorar las enfermedades microvasculares durante la DM, en particular la microalbuminuria o la retinopatía diabética. Sin embargo, la evidencia de los ensayos clínicos actuales es menos robusta que para la enfermedad macrovascular. Recientemente se han publicado nuevos datos del estudio ADVANCE-ON (*Action in Diabetes and Vascular Disease*)

se: *Preterax and Diamicon Modified Release Controlled Evaluation*) sobre el beneficio sostenido a largo plazo de la disminución de la PA en pacientes hipertensos diabéticos, demostrando el beneficio de descender la PA en esta población para prevención de la enfermedad renal crónica terminal.

En el paciente presentado también deberíamos sospechar HTA oculta antes de asumir que la PA está definitivamente controlada con 2 fármacos. Esta entidad es más prevalente en la población de diabéticos, y el médico tratante debería evaluar la medición de la PA fuera del consultorio, especialmente cuando se encuentran en un paciente diabético otros predictores de HTA oculta, como un índice de masa corporal elevado o valores de PA limítrofe (130-139/85-89 mm Hg) en consultorio tal como muestra nuestro paciente.

Por otra parte, es importante tomar y registrar la PA no solo sentado sino también en posición de pie. Se define como hipotensión arterial ortostática (OH) la disminución en la PAS  $\geq$  20 mm Hg y/o PAD  $\geq$  10 mm Hg dentro de los 3 minutos de adoptar la bipedestación. La HO se asocia con

HTA y DM. La prevalencia de HO en nuestra población hospitalaria llega al 16,7% de los pacientes > de 80 años, y es del 12,2% entre los de 65-79 años como nuestro paciente. En 4266 participantes en el ensayo ACCORD, la HO se asoció con un mayor riesgo de muerte total (RR 1,61; IC 95%, 1,11-2,36) y muerte/hospitalización por fallo cardíaco (RR, 1,85; IC 95%,1,17-2,93), a lo largo de un seguimiento medio de 46,9 meses.

Tanto la HTA como la DM son patologías prevalentes y su coexistencia es muy frecuente. Los hipertensos que además son diabéticos constituyen un particular desafío en el manejo de la HTA, dado que suele ser más difícil alcanzar las metas y es muy frecuente la necesidad de utilizar combinaciones de 2 a 4 fármacos para lograr los objetivos terapéuticos.

Por lo tanto, considero que el valor de PA de 135/85 mm Hg en consultorio de nuestro paciente de 68 años tratado con 2 drogas antihipertensivas es aceptable y deberíamos medir la PA fuera del ámbito del consultorio mediante una monitorización ambulatoria o domiciliaria de la PA para descartar HTA oculta.

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Barochiner J, Alfie J, Aparicio L, et al. Orthostatic hypotension in treated hypertensive patients. *Rom J Intern Med.* 2012;50(3):203-9.

- Barochiner J. Hipertensión arterial y diabetes. Hipertensión arterial de todos los días. Editores: Paula Cuffaro y Gabriel Waisman. Buenos Aires: delhospital ediciones; 2016. pp. 145-57.

- Emdin CA, Rahimi K, Neal B, et al. Blood pressure lowering in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;313(6):603-15.

- Fleg JL, Evans GW, Margolis KL, et al. Orthostatic Hypotension in the ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) Blood Pressure Trial: Prevalence,

Incidence, and Prognostic Significance. *Hypertension.* 2016;68(4):888-95.

- Kintscher U. Benefit of Blood Pressure Control in Diabetic Patients. *Curr Hypertens Rep.* 2015;17(7):50.

- Laffin LJ, Bakris GL. Update on blood pressure goals in diabetes mellitus. *Curr Cardiol Rep.* 2015;17(6):37.