

Titulo: Presentación de “Diabetes mellitus y la hipertensión arterial”.

Autor:

Dr. Vicente Giner.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es

***II Reunión Sociedad Vasca de Hipertensión Arterial.
Vitoria-Gasteiz, 9 de febrero de 2001.**

RESUMEN.

En esta II reunión de la Sociedad Vasca de Hipertensión (SOVASHTA), vamos a abordar el tema de la obesidad como factor de riesgo en la hipertensión arterial (HTA). Teniendo en cuenta los últimos estudios epidemiológicos y en el Congreso celebrado en Milán, se dictó la declaración de Milán, donde insta a las autoridades sanitarias a que reconozcan que el sobrepeso y la obesidad se encuentran entre las principales causas de muerte por enfermedad, por lo que representan una enorme carga económica y social. En esta reunión de SOVASHTA, vamos a abordar el tema de la diabetes y la HTA. Su coexistencia es altamente prevalente. Los últimos años han sido el de los grandes ensayos terapéuticos en el campo de la hipertensión, y de ellos derivan evidencias que han ayudado a delimitar las premisas del tratamiento del paciente diabético como mayor novedad terapéutica, si bien queda por establecer la evidencia de beneficio obtenido con los antihipertensivos de más reciente introducción.

Palabras claves:

Diabetes. Hipertensión arterial. Presentación. Visual.

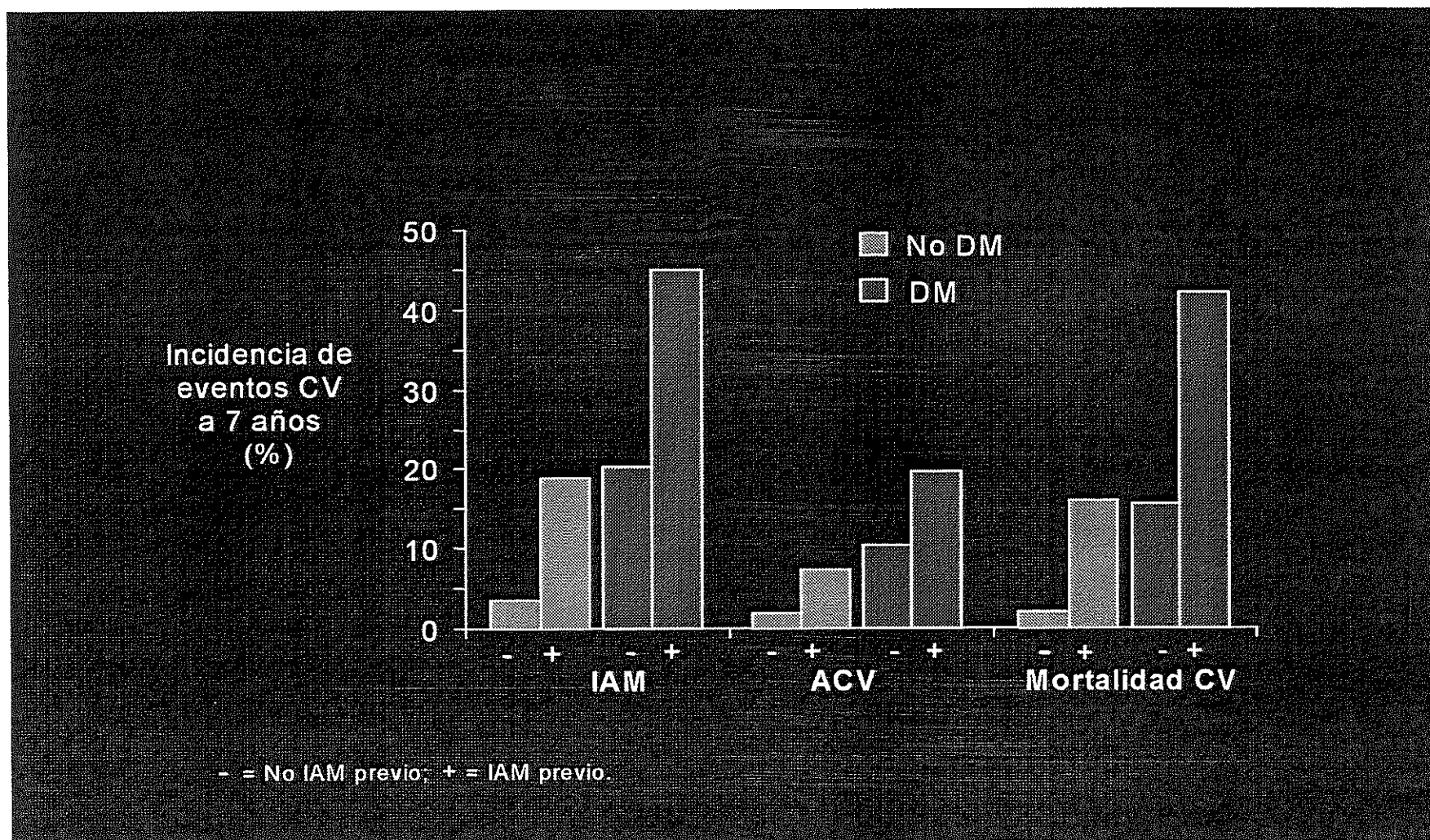


Figura 1.- Efecto cardiovascular de la Diabetes Mellitus. IAM: Infarto Agudo de miocardio. ACV: Accidente cerebral vascular (2).

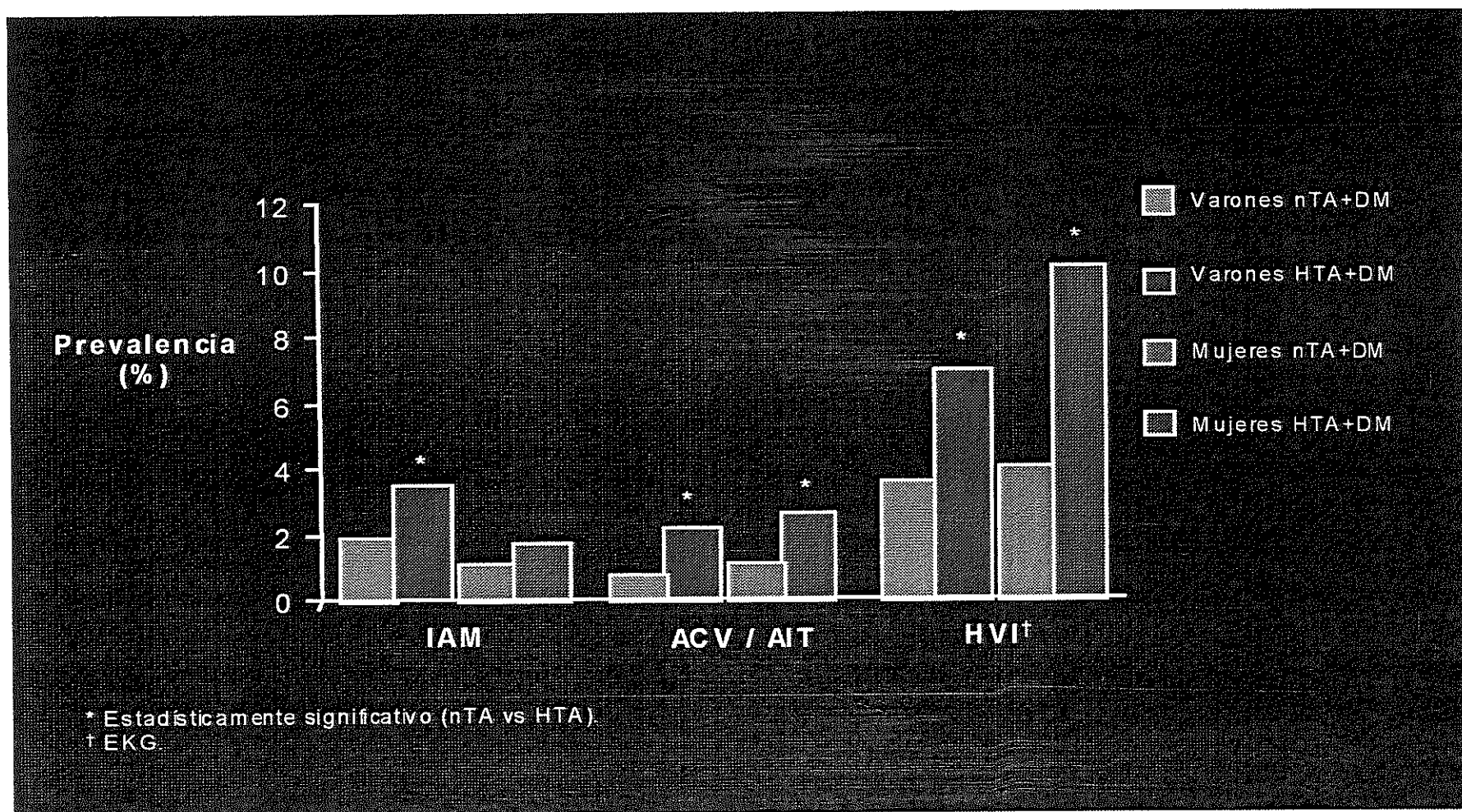


Figura 5.- Efecto cardiovascular sinérgico entre HTA y DM (21). nTA: Normotensos. HTA: Hipertensos. DM: Diabéticos tipo 2. IAM: Infarto agudo de miocardio. ACV/AIT: Accidente cerebral vascular / Accidente isquémico transitorio. HVI: Hipertrofia ventricular izquierda.

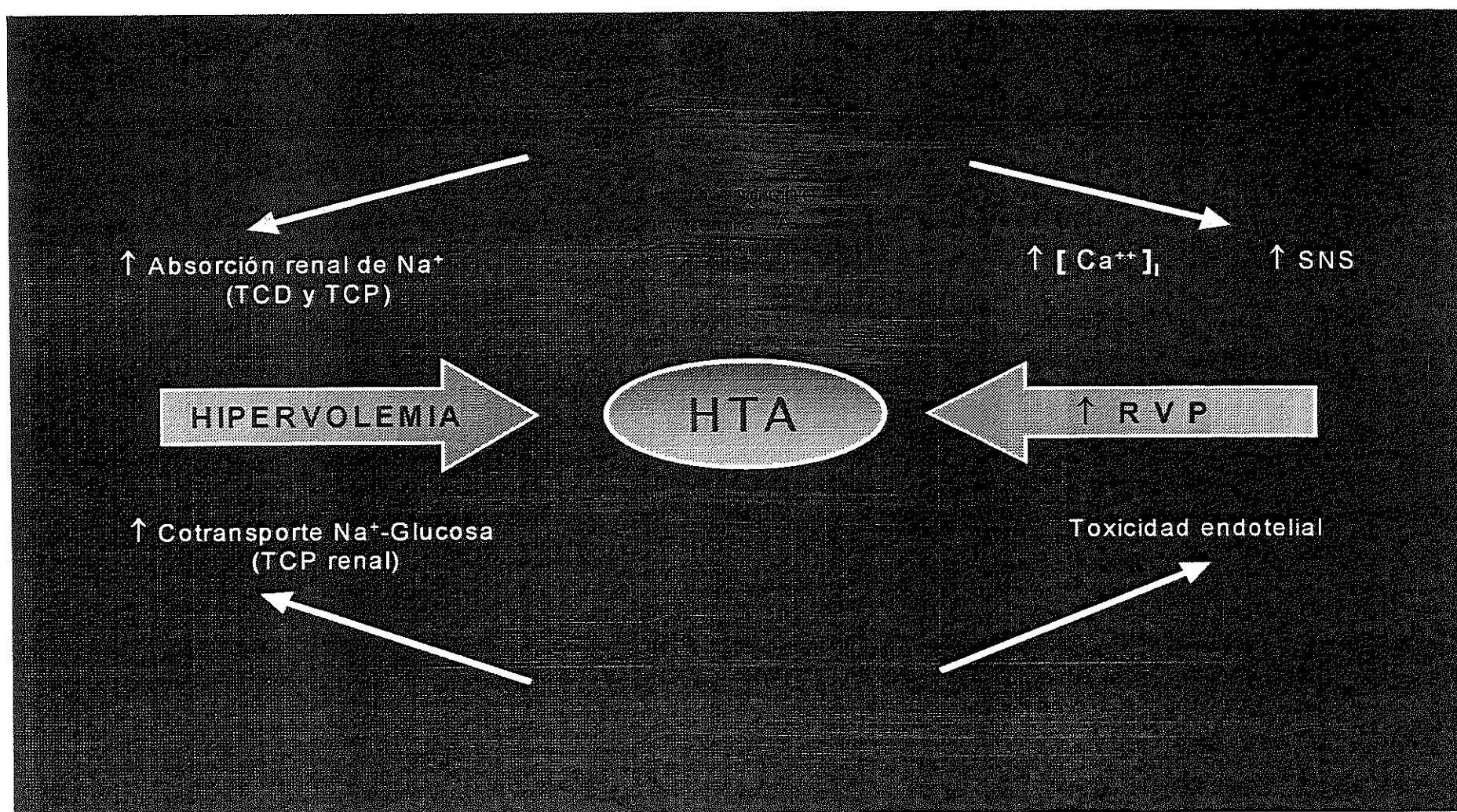


Figura 3.- Fisiopatología de la asociación entre diabetes mellitus e HTA.

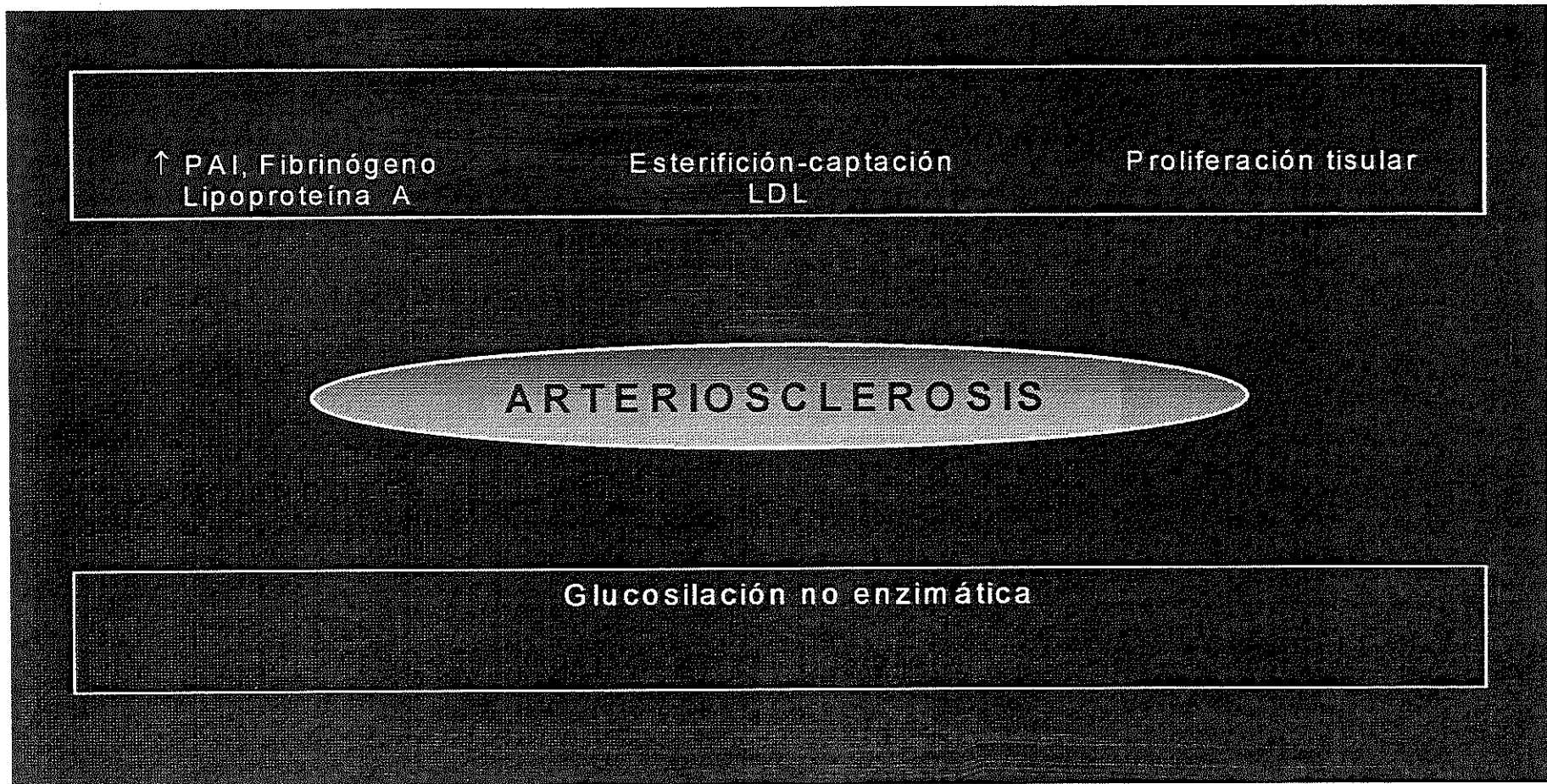


Figura 4.- Riesgo cardiovascular aumentado en la población diabética. Base fisiopatológica.

: Reducir morbi-mortalidad CV y total mediante control individualizado de los valores de PA.

La existencia de DM o nefropatía sitúa al paciente en el grupo de muy alto riesgo CV.

Valores tensionales a alcanzar:

Población general:	<140/90 mm Hg
Diabetes Mellitus:	<130/85 mm Hg
Insuficiencia renal	
+ proteinuria ≤ 1 g/día:	<130/85 mm Hg
+ proteinuria >1 g/día:	<125/75 mm Hg

Tabla 1.- Recomendaciones para el tratamiento del hipertenso diabético (23).

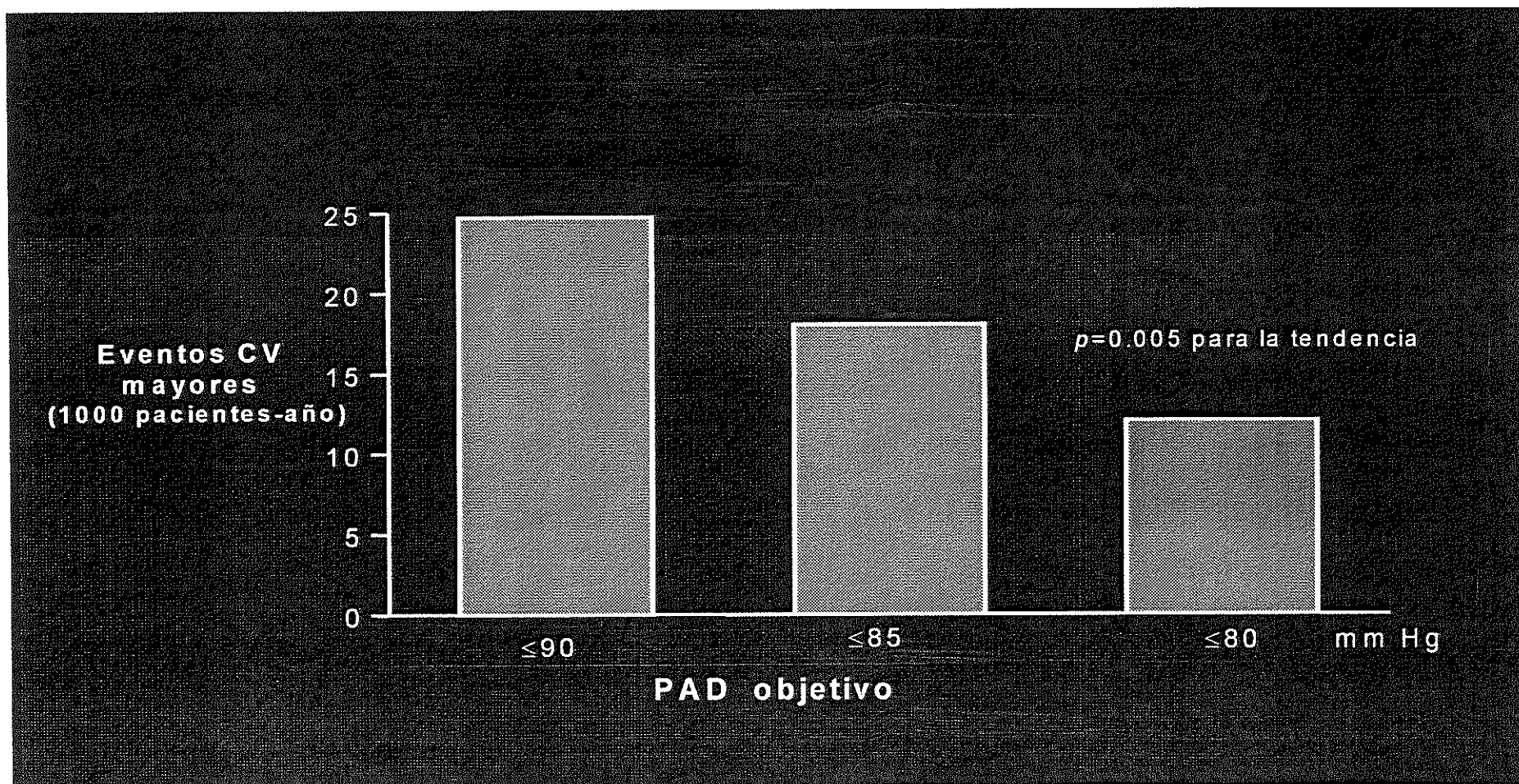


Figura 6.- Efecto de la reducción tensional en la población de hipertensos diabéticos del estudio HOT (27).

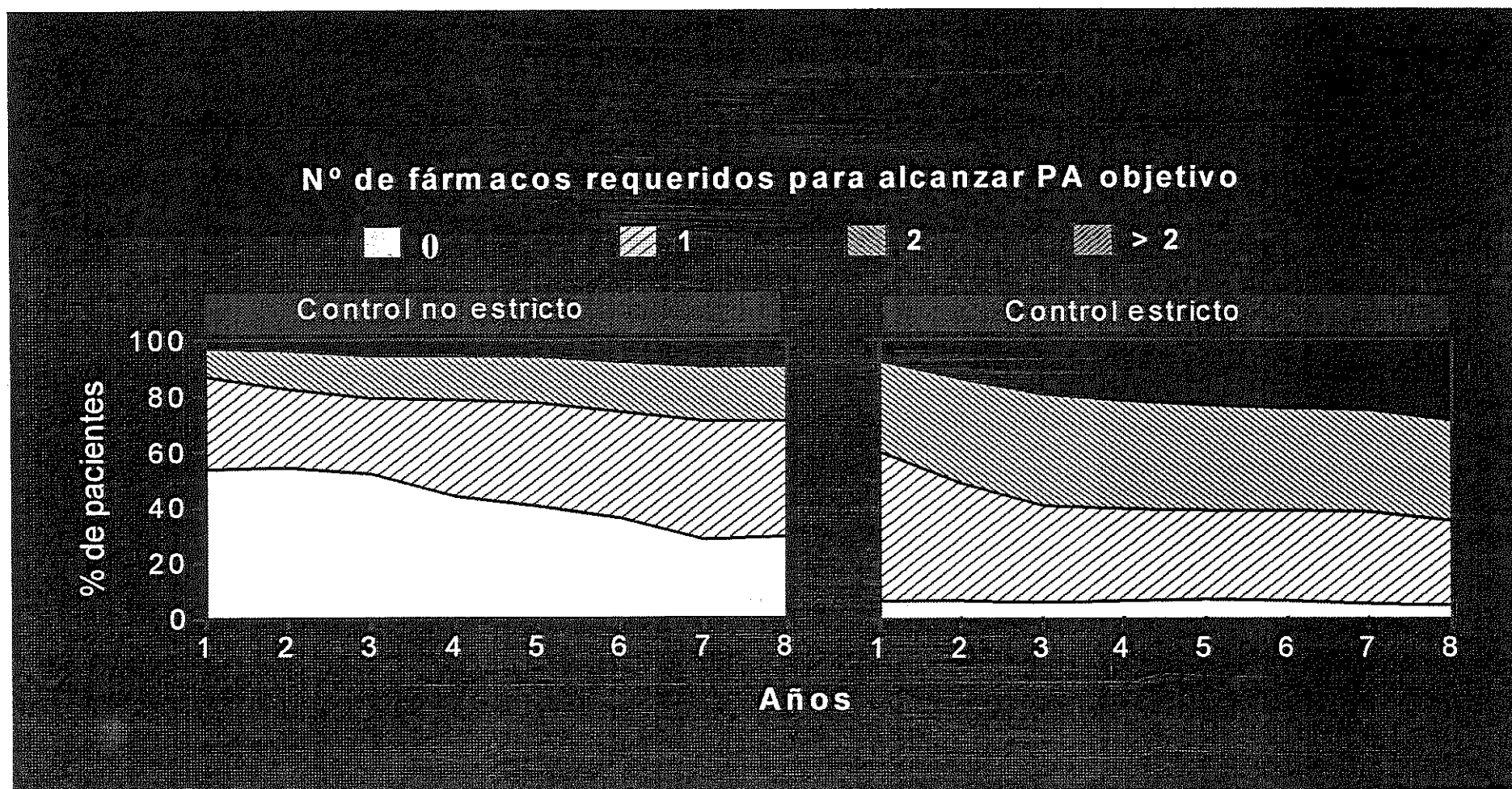


Figura 8.- Requerimientos farmacológicos para la cohorte de participantes en el *UKPDS-Blood Pressure Control Study* (26).

Control glucémico estricto (HbA1c 7.0 % vs 7.9 %) **Riesgo** **p**

Eventos relacionados con DM	- 12 %	0.029
Muertes por DM	- 10 %	0.340
Eventos microvasculares	- 25 %	0.010

Control tensional estricto (Captopril vs Atenolol: 144/82 vs 154/87 mmHg)

Eventos relacionados con DM	- 24 %	0.005
Mortalidad por DM	- 32 %	0.019
ACV	- 44 %	0.013
Eventos microvasculares	- 37 %	0.009

Tabla 2.- Estudio UKPDS. Efectos comparativos del control glucémico y tensional estrictos.

Reducción Riesgo (%)	No DM	DM
Mortalidad total	-15	-26
Morbilidad macrovascular†	-34*	-34*
Morbilidad coronaria‡	-19*	-56*
IAM	-23	-54*
ACV	-38*	-22

* : Efecto estadísticamente significativo.

† : IAM fatales y no fatales, muerte súbita cardíaca, muerte cardíaca precoz, by-pass coronario, angioplastia coronaria, ACV fatales y no fatales, AIT, aneurisma de Ao, endarterectomía.

‡ : IAM fatales y no fatales, muerte súbita cardíaca, muerte cardíaca precoz, by-pass coronario, angioplastia coronaria.

Tabla 3.- Efectos del control de la HTA sistólica aislada sobre eventos cardiovasculares en el estudio SHEP (29). Comparativo entre hipertensos diabéticos y no diabéticos.

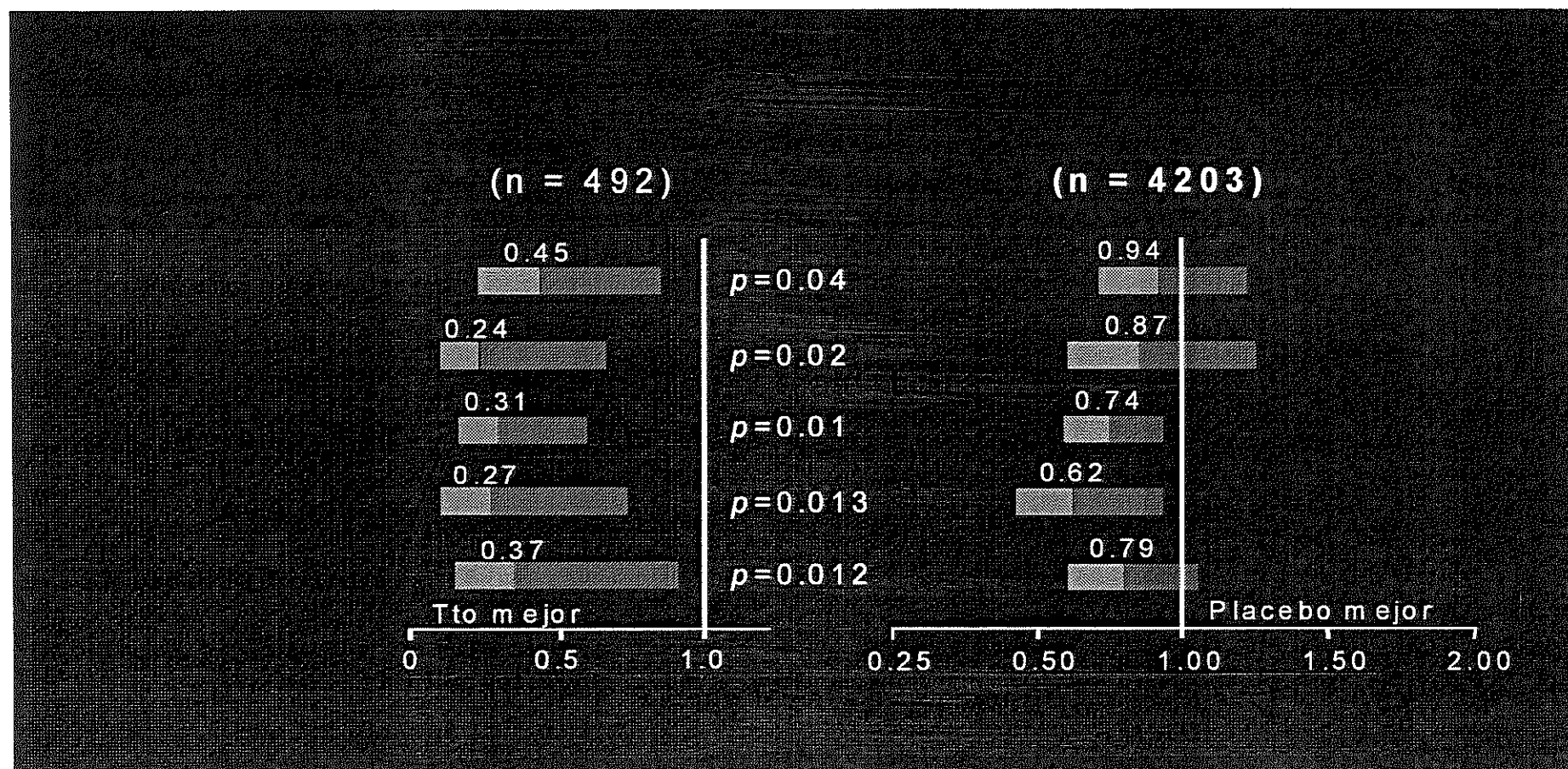


Figura 7.- Efecto del control tensional obtenido en el estudio Syst-EUR (31). Comparativo entre hipertensos diabéticos no diabéticos.

Efectos sobre Riesgo		
Mortalidad total	-25 %	*
Mortalidad CV	-37 %	*
Morbilidad macrovascular ‡	-25 %	*
IAM	-22 %	*
ACV	-33 %	*

* : Estadísticamente significativo.

‡ : IAM, AVC, mortalidad cardiovascular.

Tabla 4.- Efectos del tratamiento antihipertensivo en diabéticos tipo 1 y 2 incluidos en el estudio Micro-HOPE (33).

↓ Triglicéridos (*Tro*, *Ros*), ↑ HDL (*Tro*, *Ros*, *Pio*), LDL menos aterogénica (*Tro*, *Pio*).

↓ PA (*Tro*, *Ros*).

↑ VD dependiente de endotelio (*Tro*).

↓ Engrosamiento íntima vasculat (*Tro*).

↓ PAI 1 (*Tro*).

Tro: Troglitazona. *Ros*: Rosiglitazona. *Pio*: pioglitazona.

Tabla 5.- Efectos cardiovasculares beneficiosos descritos para las tiazolidinedinoas en humanos (43).

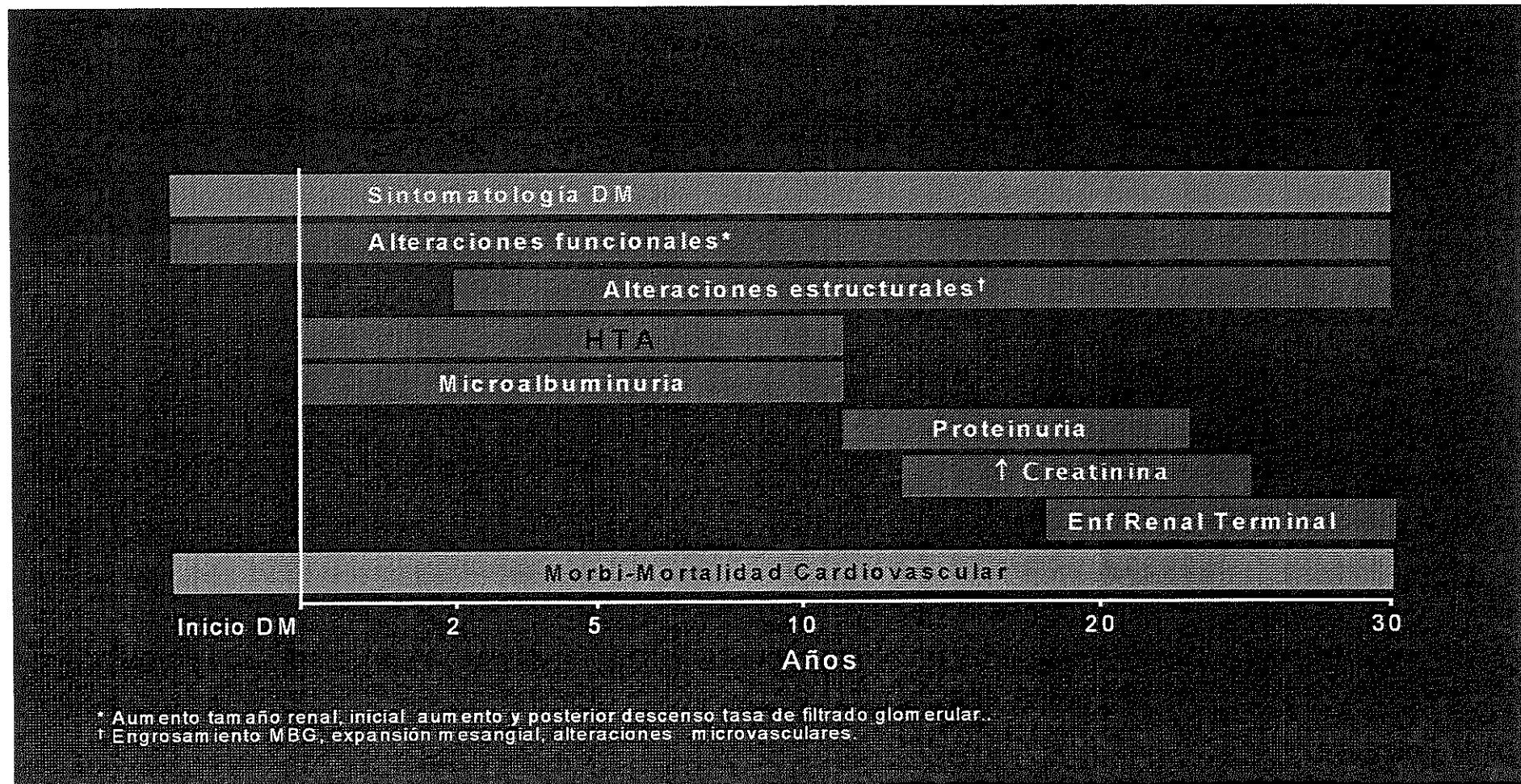


Figura 2.- Diabetes Mellitus, enfermedad renal y morbimortalidad cardiovascular asociadas. Curso evolutivo.