

Patricia Morén. Barcelona

Fármacos clásicos contra la HTA inducen diabetes

El manejo antihipertensivo en situación de prediabetes no debe basarse en diuréticos y betabloqueantes clásicos para no inducir diabetes, según Luis Miguel Ruilope, uno de los expertos de Cardiovascular Best Topics.

Hay que identificar a los sujetos en situación de prediabetes y seleccionar el tipo de antihipertensivos que se les administran, ya que los diuréticos y los betabloqueantes clásicos -no los modernos- pueden precipitar la aparición de la diabetes, según Luis Miguel Ruilope, responsable de la Unidad de HTA del Hospital Doce de Octubre, de Madrid, y miembro del comité científico de la reunión Cardiovascular Best Topics.

Se trata de una de las principales citas internacionales sobre avances en cardiología que tienen lugar en Europa y Estados Unidos. En esta edición, el encuentro, que organiza anualmente AstraZéneca, se ha celebrado en Barcelona.

Ruilope señaló que la mayor parte de las veces es el médico de atención primaria el que diagnostica la diabetes, pero demasiado tarde. El cardiólogo reclamó la detección precoz de la diabetes, ya que una gran proporción de la población general se halla en esa situación de prediabetes. En los casos que requieren tratamiento de la HTA, los antagonistas receptores de la angiotensina (ARA) y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) son más eficaces y reducen las posibilidades de desarrollar diabetes, mientras que los diuréticos, los betabloqueantes clásicos (en particular el atenolol) y la combinación de ambos aumentarían este riesgo de alterar el metabolismo de la glucosa.



Los cardiólogos Jordi Soler Soler, Lina Badimón y Luis Miguel Ruilope.
FOTO: Jorge Botella

Otros de los avances comentados han sido los primeros resultados del estudio Trophy, comparativo y a doble ciego, dos años después de su inicio. Esta investigación ha revelado que candesartán logra controlar la HTA borderline (de 140 a 150 y de 90 a 95) frente a placebo. El objetivo es observar si es posible cambiar la evolución de la HTA en esta fase inicial y empezar a tratar a los pacientes en situación de riesgo, esto es, aquéllos que tienen diabetes, síndrome metabólico, antecedentes de HTA y factores de riesgo asociados como la proteína C reactiva. "Ahora estos sujetos en situación de riesgo no se tratan, y contemplamos cómo suben sus cifras de HTA. La idea es empezar a tratarlos en lugar de contemplarlos", apuntó. El siguiente paso del Trophy es suspender la medicación durante dos años y observar si vuelven a subir las cifras de presión arterial, con la intención de averiguar si la administración intermitente de un antihipertensivo permite prevenir la HTA.

ICC y ecocardiograma

Por otra parte, Jordi Soler Soler, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital del Valle de Hebrón, de Barcelona, recordó que la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) irá al alza por dos razones: porque la población vive más y porque, en general,

también hay más HTA. En referencia al estudio Charm, el más amplio realizado hasta ahora en estos pacientes, afirmó que, si bien no se logró reducir la mortalidad global, lo que sería "pedir peras al olmo", la adición de candesartán sí redujo las muertes por ICC -los enfermos murieron por otras razones- y el número de ingresos hospitalarios.

El cardiólogo destacó que la ICC "tiene peor pronóstico que la mayoría de cánceres, lo que se ha demostrado con estudios comparativos enfrentados", por lo que alertó sobre la necesidad de realizar un ecocardiograma a la población con riesgo de sufrir ICC, es decir, hipertensos, diabéticos, con angina de pecho o que han padecido un infarto de miocardio. Esta prueba diagnóstica es más barata que otras exploraciones, como las mamografías, que se realizan rutinariamente, y permitiría identificar la enfermedad en la fase subclínica.

No obstante, los estudios en terapia génica ofrecen un horizonte más optimista respecto a esta entidad, argumentó Lina Badimon, presidenta de la Sociedad Europea para la Investigación Clínica.

Control riguroso del ldl

"El control del colesterol ha de ser agresivo y riguroso", ha destacado Lina Badimón, directora del Centro de Investigación Cardiovascular CSIC-ICCC. Los hipolipemiantes son una de las áreas en que más se ha investigado a lo largo de 2004 y, según ha recordado esta experta, se ha demostrado el objetivo terapéutico de controlar el LDL al nivel de 100 mg/dl e incluso de reducirlo aún más, a 70 mg/dl, en pacientes que han sufrido algún evento cardiovascular. Este nuevo objetivo terapéutico consensuado en lípidos beneficia a estos pacientes, ha asegurado Badimón. Otro avance en este campo ha sido el nuevo marcador de riesgo asociado a sufrir futuros eventos cardiovasculares, la proteína C reactiva, que aconsejaría administrar estatinas para reducir los niveles de colesterol a rangos inferiores a los considerados hasta ahora. Al respecto, se ha visto que "las estatinas más potentes reducen los niveles de lípidos plasmáticos", pero también se investigan otros fármacos como los inhibidores ACAT, agonistas de PPAR alfa, fitosteroles e inhibidores de la CETP, ha informado.