

Estrategias terapéuticas de la hipertensión arterial en la persona con diabetes mellitus tipo 2

Antoni Dalfó Baqué

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico asistencial. Centro de Atención Primaria Gòtic. Barcelona

Las estrategias terapéuticas en el abordaje de la hipertensión arterial (HTA) en el paciente diabético deben comprender tanto las pertinentes modificaciones del estilo de vida (MEV) como el posible tratamiento farmacológico, con la finalidad de conseguir una adecuada reducción de las cifras de presión arterial (PA).

Está claro que el objetivo primario en el manejo de la HTA es maximizar la reducción de la morbimortalidad y no empeorar la calidad de vida del paciente. La indicación de unas cifras objetivo de PA se recomiendan y se han recomendado como herramientas operativas útiles y de referencia en distintas guías de práctica clínica.

La guía de la European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology¹ aconsejaba valores inferiores a 140/85 mmHg. La revisión Cochrane², también de 2013, indica que la mejor evidencia disponible a partir de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) señala que las cifras óptimas deben ser inferiores a 140/90 mmHg. Esta revisión analizó tanto la PA sistólica como la PA diastólica, con hallazgos similares para ambas variables. Así, la pequeña reducción aislada en el accidente cerebrovascular que se asociaba a unos objetivos más bajos de PA sistólica debía sopesarse frente a una mayor presencia de adversos graves. Concluían los autores manifestando: «Por tanto, metas más bajas de PA que se recomiendan para diabéticos con HTA en muchas guías clínicas no son compatibles con la evidencia de los ECA».

Por último, en el año 2015, la American Diabetes Association (ADA) enfatizó que el objetivo terapéutico para la PA diastólica cambió hace pocos años de 80 a 90 mmHg para la mayoría de pacientes diabéticos ya que refleja mejor la evidencia disponible de los resultados de los ECA, si bien en determinadas situaciones podrían ser adecuadas unas cifras ligeramente inferiores³.

MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA

Son de vital importancia y no deben olvidarse. Han demostrado su beneficio tanto en el descenso de la PA como en la necesidad de administrar menos fármacos antihipertensivos o menores dosis de estos.

Las principales incluyen:

- Moderación de la ingesta de sal.
- El aumento de la actividad física.
- La pérdida de peso, en caso de sobrepeso u obesidad.
- Moderación de la ingesta de alcohol.

Sal

La reducción de la ingesta de sal no deja de ser un tratamiento dietético para prevenir la HTA o bien conseguir en el paciente hipertenso la reducción de la PA.

En Estados Unidos se ha popularizado la dieta Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)⁴, que incluye la reducción de sodio y un ligero aumento de la ingesta de potasio.

Más práctico en nuestro medio es, sobre la base del tratamiento dietético del diabético, proceder a una reducción adicional de sodio que siempre deberá individualizarse. Grado de recomendación (GR) B.

La American Heart Association recomienda 1500 mg/día para las personas afroamericanas, hipertensas, diabéticas, afectas de enfermedad renal crónica y para los mayores de 51 años.

No obstante, algunos estudios^{5,6}, han justificado la precaución respecto a la restricción de sodio universal a 1500 mg en esta población. Para las personas diabéticas e hipertensas,

establecer un objetivo de la ingesta de sodio de 2300 mg/día debe considerarse más factible y siempre con una valoración individual del paciente.

En cualquier caso, si queremos lograr que el paciente se adhiera a esta recomendación, deberemos tener en cuenta la satisfacción respecto a no perder el sabor de los alimentos (y, por tanto, ofrecer alternativas a la sal aconsejando el uso de otras especias: orégano, perejil, limón, ajo, vinagre, etc.), la disponibilidad, el coste de los productos bajos en sodio (cabe recordar que muchos de ellos son productos elaborados y preparados) y, lógicamente, conseguir una nutrición adecuada⁷.

Actividad física

La evidencia apoya que a todos los individuos, incluyendo a aquellos con diabetes, se les debe animar a reducir el tiempo de sedentarismo, que no sea más de 90 minutos seguidos (GR B), y al mismo tiempo y en ausencia de contraindicaciones, a los adultos con diabetes mellitus tipo 2 se les debe animar a realizar ejercicio físico (preferiblemente aeróbico) al menos cuatro veces por semana (GR A) y de una duración aproximada de 45 minutos cada sesión.

El profesional sanitario evaluará a los pacientes y verá si hay contraindicación para determinados tipos de ejercicio o una predisposición para otras lesiones. Así, deberíamos tener extrema precaución o contraindicarlo en HTA no controlada, neuropatía autonómica y neuropatía periférica grave, historia de lesiones en el pie y en la retinopatía proliferativa inestable.

Si no existe contraindicación, se animará para la realización individual o colectiva. En este apartado de la educación sanitaria es fundamental, al ser protagonista, el papel de enfermería⁸.

Peso

La pérdida de peso en caso de sobrepeso u obesidad es una tarea que, asimismo, redundará en un mejor control metabólico y una mayor reducción de la PA del paciente. Se recomienda la pérdida de, al menos, 4 kg de peso en los pacientes con un índice de masa corporal ≥ 27 kg/m², ya que podría ser la medida más efectiva en estas condiciones (GR A).

Es aconsejable en nuestro medio recomendar, junto con la realización de ejercicio, una dieta mediterránea (en este

caso hipocalórica), ya que su cumplimiento se relaciona claramente con una reducción de la mortalidad total y de la mortalidad cardiovascular⁹, una menor incidencia de HTA y un mayor control de la PA en los hipertensos¹⁰.

Aparte del peso, la medición del perímetro abdominal, correlacionado también con el pronóstico cardiovascular, puede ser de utilidad y estímulo para el paciente que debe perder peso.

Alcohol

La moderación en el consumo de alcohol debe aconsejarse entre los bebedores, ya que está bien documentada la relación entre HTA no controlada y el abuso de esta sustancia.

No puede aconsejarse sobrepasar las 2 unidades al día en el caso de los hombres, y 1 unidad al día en el caso de las mujeres (GR A).

Y, por supuesto, no existe ningún argumento que permita promover el consumo de alcohol en población no bebedora^{11,12}.

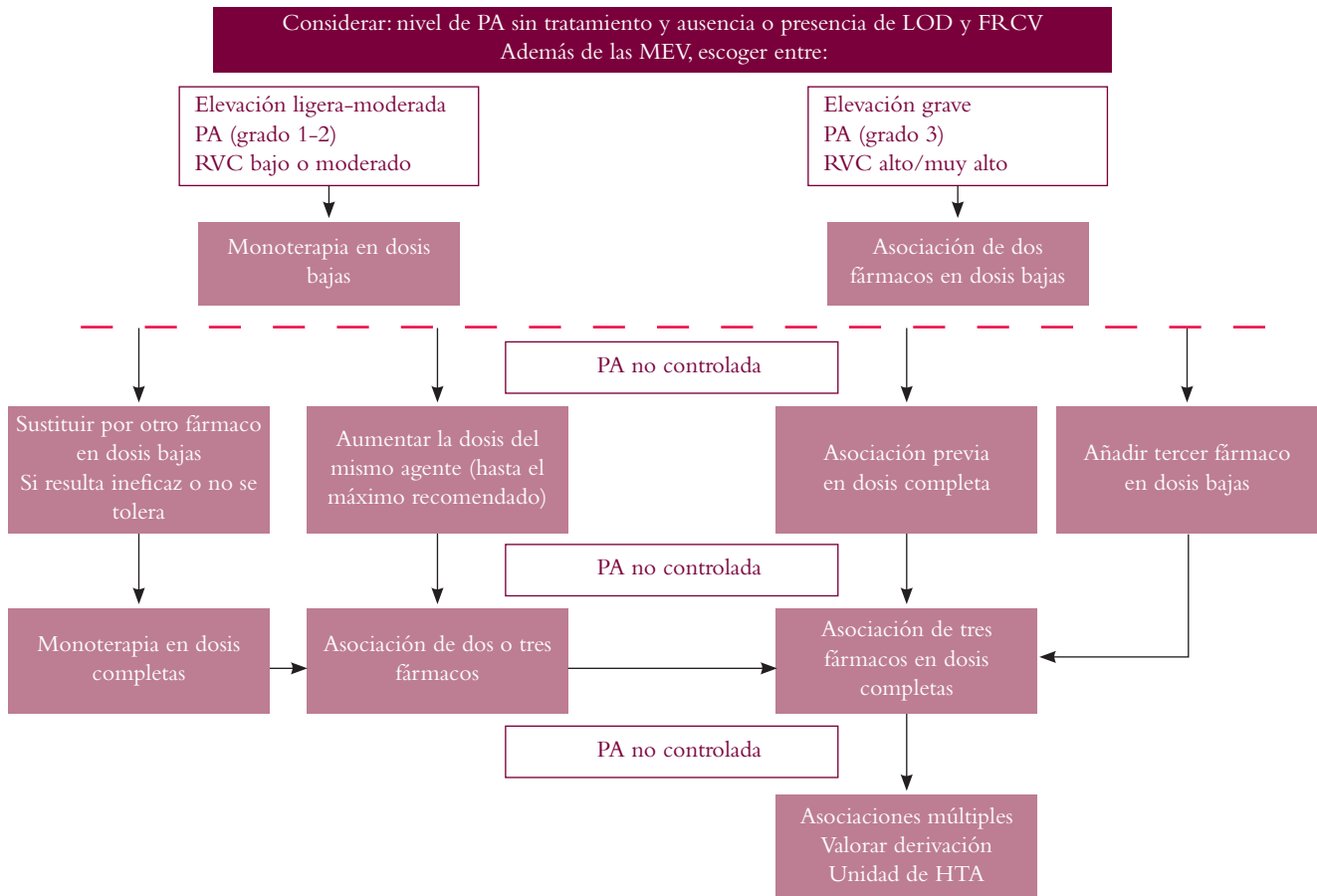
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ante la falta de reducción óptima de las cifras de PA, o en ocasiones ya de forma inicial, se deberá proceder al tratamiento farmacológico.

Son distintas las consideraciones que deben efectuarse, y, de hecho, constituyen la base estratégica para conseguir el objetivo terapéutico:

- El inicio del tratamiento farmacológico no debe hacernos olvidar que las MEV deben proseguir, ya que potencian el efecto antihipertensivo y favorecen que podamos precisar menos fármacos¹³.
- La elección del tratamiento farmacológico deberá considerar las características del paciente, tanto respecto a la diabetes mellitus y la HTA como a la comorbilidad asociada y que pueda afectar a la evolución de los factores de riesgo (por ejemplo: obesidad).
- Dependiendo de las características farmacocinéticas o farmacodinámicas del tratamiento, no deberemos aguardar más de cuatro a ocho semanas para proceder a una reevaluación y modificación si procede, para no caer en la denominada inercia terapéutica.
- Así, en caso de no lograr una reducción de la PA, procederemos al aumento, sustitución o adición de otro fármaco (figura 1).

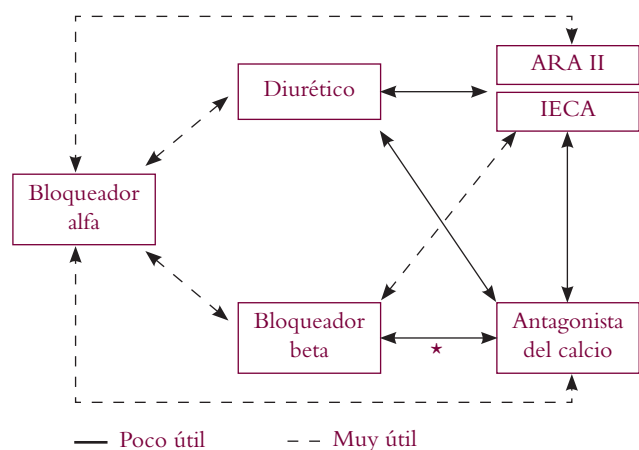
Figura 1. Actuación terapéutica en la hipertensión arterial (adaptada de la European Society of Hypertension/European Society of Cardiology)



FRCV: factor de riesgo cardiovascular; LOD: lesión de órgano diana; MEV: modificaciones del estilo de vida; PA: presión arterial; RCV: riesgo cardiovascular.

- Debemos siempre valorar, en cada visita, el cumplimiento terapéutico. El incumplimiento, aunque ha descendido en nuestro país¹⁴, constituye la primera causa de fracaso terapéutico. Si este fuera el caso, deberíamos plantear al paciente esta posible situación, explicándole que es frecuente, así como el riesgo que este hecho conlleva. Debemos aplicar todas las tácticas de la entrevista motivacional y tratar de encontrar, conjuntamente con él, las soluciones más adecuadas.
- En el caso de que no haya respuesta hipotensora, hemos de valorar si los fármacos que utilizamos son de acción sinérgica (figura 2) y la no existencia de interacciones medicamentosas que puedan influir (sobre todo ingesta de antiinflamatorios no esteroideos).
- Si confirmamos el cumplimiento terapéutico (de las MEV y del tratamiento farmacológico, si es el caso), ante la adecuada sinergia de los fármacos (cuando estén con más de un antihipertensivo) y

Figura 2. Asociaciones racionales de antihipertensivos (adaptada de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària¹⁶)



* Dihidropiridinas, evitar verapamilo o diltiazem.

ARA II: antagonista del receptor de la angiotensina II; IECA: inhibidor de la enzima convertora de la angiotensina.

ante una falta de reducción de las cifras de PA en la consulta, deberemos confirmar que no nos encontremos ante un efecto de bata blanca. Estaría indicada entonces la medida ambulatoria de la PA, ya sea mediante automedida de la PA o monitorización ambulatoria de la PA, habitualmente durante 24 horas. La utilización de estas exploraciones complementarias puede favorecer, además, la sensibilización del paciente.

- En una parte importante de los hipertensos, y más en el caso de los diabéticos, es preciso administrar tres fármacos. Salvo contraindicación específica, deberemos considerar que se incluya un agente que actúe en el sistema renina-angiotensina, un bloqueante de los canales del calcio y un diurético tiazídico. Con el tratamiento antihipertensivo podremos alcanzar una PA por debajo de 140/90 mmHg en más del 80 % de los pacientes diabéticos e hipertensos¹⁵.

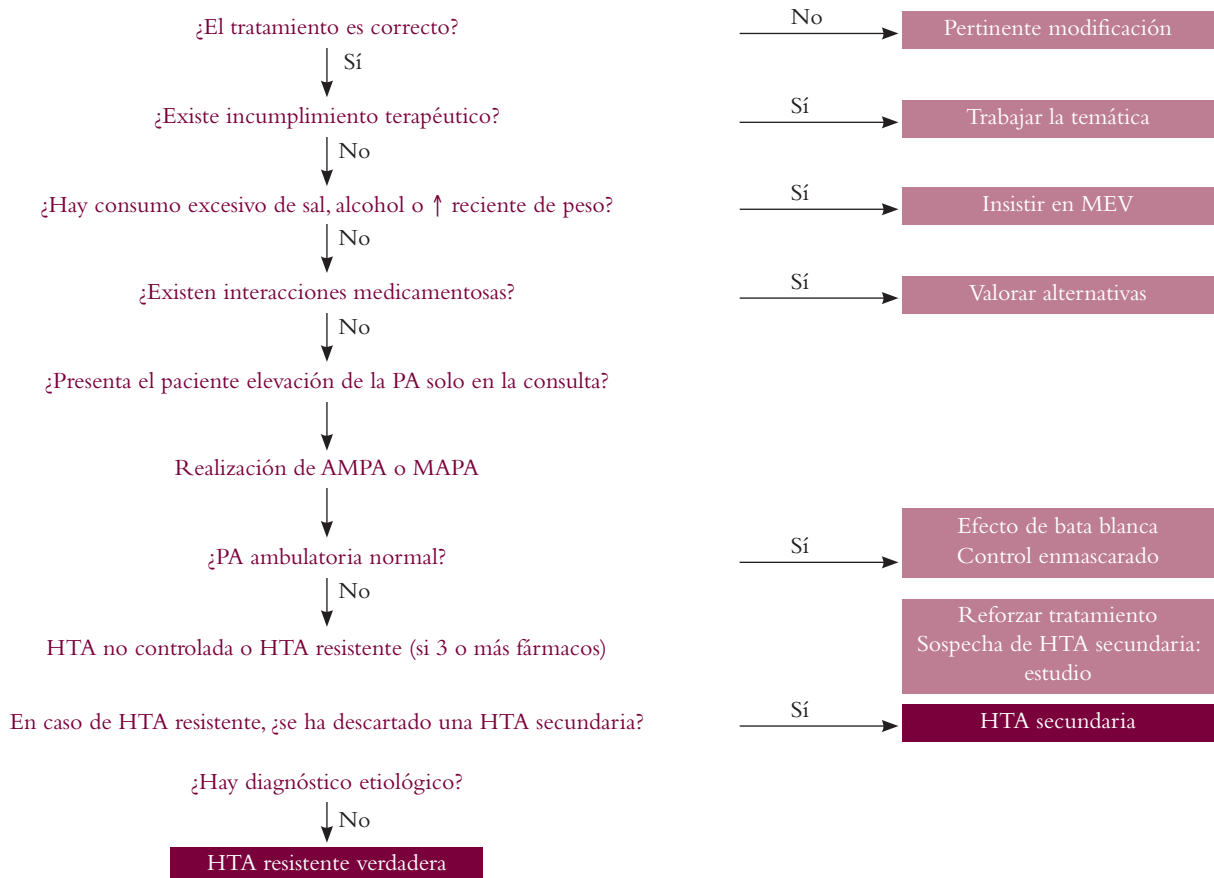
En la figura 3 se muestra un algoritmo de manejo ante la falta de control de la PA.

En definitiva, el abordaje integral del paciente diabético e hipertenso es la base para el adecuado control. De acuerdo con las necesidades, procederemos a las pertinentes MEV y tratamiento farmacológico.

PUNTOS CLAVE

- Una adecuada estrategia en las MEV debe tener en cuenta las características del paciente diabético e hipertenso, individualizarlas y marcar una priorización.
- Así, en personas con sobrepeso u obesidad, serían más indicadas las medidas dietéticas y el ejercicio, mientras que en personas de más de 51 años deberíamos hacer hincapié en la dieta hiposódica.
- Un adecuado seguimiento permitirá evaluar el cumplimiento, la obtención o no de resultados y la aplicación de las medidas correctoras más adecuadas.
- El trabajo en equipo es fundamental, así como hacer partícipe al paciente, en la medida de que sea posible, de las distintas decisiones.

Figura 3. Algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico del paciente hipertenso no controlado y de la hipertensión arterial resistente



AMPA: automedida de la presión arterial; HTA: hipertensión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; MEV: modificaciones del estilo de vida; PA: presión arterial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013;34:2159-219.
2. Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD008277.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1):S49-93.
4. Azadbakht L, Fard NRP, Karimi M, Baghaei MH, Surkan PJ, Rahimi M, et al. Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) eating plan on cardiovascular risks among type 2 diabetic patients: a randomized crossover clinical trial. *Diabetes Care* 2011;34:55-7.
5. Thomas MC, Moran J, Forsblom C, Harjutsalo V, Thorn L, Ahola A, et al.; FinnDiane Study Group. The association between dietary sodium intake, ESRD, and all-cause mortality in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:861-6.
6. Ekinçi EI, Clarke S, Thomas MC, Moran JL, Cheong K, MacIsaac RJ, et al. Dietary salt intake and mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:703-9.
7. Maillot M, Drewnowski A. A conflict between nutritionally adequate diets and meeting the 2010 dietary guidelines for sodium. *Am J PrevMed* 2012;42:174-9.
8. Dalfó A, Gibert E, Vila MA, Sabartés T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. ¿Es relevante el papel del personal de enfermería? *Aten Primaria* 2000;26:180-3.
9. Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med* 2003;348:2599-608.
10. Panagiotakos DB, Pitsavos CH, Chrysoshoou C, Skoumas J, Papadimitriou L, Stefanadis C, et al. Status and management of hypertension in Greece: role of the adoption of a Mediterranean diet: the Attica study. *J Hypertens* 2003;21:1483-9.
11. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Nota descriptiva n.º 349. Enero 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es (último acceso: 23 de febrero de 2016).
12. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Le Mont-sur-Lausanne, Switzerland: World Health Organization; 2011. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf (último acceso: 23 de febrero de 2016).
13. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998;279:839-46.
14. Espinosa García J, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés Gurrea D. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen* 2012;385:292-300.
15. Bakris JL. Treatment of hypertension in patients with diabetes mellitus. *UpToDate* (actualización 2015). Último acceso: 24 de enero de 2016.