

Revista Mexicana de Cardiología

Volumen
Volume 15

Número
Number 1

Enero-Marzo
January-March 2004

Artículo:

Editorial

¿Están ahora indicados los calcioantagonistas
en el hipertenso con diabetes?

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Nacional de Cardiólogos de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 **Índice de este número**
- 👉 **Más revistas**
- 👉 **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

- 👉 ***Contents of this number***
- 👉 ***More journals***
- 👉 ***Search***



Medigraphic.com

¿Están ahora indicados los calcioantagonistas en el hipertenso con diabetes?

Héctor Hernández y Hernández*

La alta prevalencia de hipertensión y diabetes mellitus en nuestro país, 30.05 y 10.9% respectivamente,¹ la frecuente asociación de diabetes en el hipertenso, 16.4% en población abierta y 18.8% en la consulta privada,^{1,2} así como la alta morbilidad y mortalidad que ocasionan, nos obligan a estar siempre actualizando nuestra información.

Antes de los estudios clásicos del Reino Unido, The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) y HOT,^{3,4} se consideraba no recomendable el uso de betabloqueador para la atención del hipertenso con diabetes; a partir de sus resultados, se demostró que lo más importante es el control de la presión arterial, ya que en el UKPDS con una media de 144/82 mmHg, se disminuye la mortalidad en un 30%, el riesgo de caer en insuficiencia cardíaca en un 55%, de presentar enfermedad vascular cerebral en un 45% e infarto del miocardio en un 20%, sin encontrar diferencias entre los tratados con betabloqueador o inhibidores de la ECA, y en el HOT, las mayores reducciones de la presión arterial se asociaron a una mayor reducción de eventos cardiovasculares.

Analizando específicamente la indicación de los calcioantagonistas, se han aceptado siempre útiles en la atención del hipertenso diabético, considerando sus efectos neutros sobre el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, sólo haciendo la recomendación de no emplear calcioantagonistas de acción corta ya que pueden incrementar la mortalidad.⁵

Algunos estudios han señalado riesgoso el uso de calcioantagonistas dihidropiridínicos en hipertensos diabéticos. En un seguimiento por cinco años con nifedipino, la presencia de infarto del miocardio fue cin-

co veces más frecuente que con enalapril.⁶ En el reporte inicial del estudio FACET, se señaló que los pacientes tratados con amlodipino, presentaron más hospitalizaciones por enfermedad vascular cerebral o cuadros isquémicos agudos, que los que tomaron fosinopril;⁷ sin embargo, después de múltiples críticas los autores reconocieron que no habían seguido un correcto manejo aleatorio en la investigación, por ejemplo, al inicio del estudio había más pacientes con microalbuminuria en el grupo con amlodipino que en el de fosinopril y éste es un factor predictivo importante en la morbilidad y mortalidad cardiovascular.⁸ En un estudio doble ciego, aleatorio, con seguimiento por tres años, se encontró que el nifedipino de acción prolongada es tan efectivo como el lisinopril en disminuir la progresión de micro a macroalbuminuria en diabéticos tipo 1.⁹

El estudio INSIGHT (Intervention as a Goal in Hypertension Treatment),¹⁰ que comparó la formulación de liberación prolongada, nifedipino GITS, con la formulación combinada de hidroclorotiazida y amilorida, reclutó 6,321 pacientes, entre los que hubo 1,302 diabéticos, distribuidos aleatoriamente a cada grupo, con características clínicas prácticamente iguales, sin encontrar diferencias en la mayor parte de los resultados, sólo el nifedipino tuvo una reducción más eficaz de la presión diastólica y por lo tanto en la presión media, lo que se ha relacionado estadísticamente con una ventaja en prevenir la enfermedad vascular cerebral,¹¹ mientras que los diuréticos tuvieron un mejor resultado sobre la presión sistólica y por lo tanto en la presión del pulso.

Uno de los resultados más interesantes en el estudio INSIGHT, es la diferencia en la presentación de la incidencia de diabetes, ya que con los diuréticos fue del 5.6%, mientras que con el calcioantagonista fue del 4.3%, los dos fármacos estudiados fueron igual de eficaces para reducir las complicaciones cardiovasculares

* Cardiólogo. Director General de la Clínica de Prevención del Riesgo Coronario.

en los hipertensos diabéticos.¹² El estudio ALLHAT¹³ también reportó más nuevos casos de diabetes en los pacientes tratados con el diurético clortalidona que con el calcioantagonista amlodipino (11.6% contra 9.8%); una explicación de este hecho, es que los diuréticos al igual que los betabloqueadores disminuyen la presión arterial al reducir el gasto cardíaco y por lo mismo la perfusión periférica; mientras que los calcioantagonistas lo hacen por medio de vasodilatación, aumentando la perfusión de los lechos musculares.¹⁴

En un estudio comparativo entre diltiazem 300 mg/día y losartan 50 mg/día, al azar durante 12 semanas, en 40 hipertensos diabéticos, con microalbuminuria y función renal normal, la efectividad antihipertensiva y la tolerabilidad fueron similares, no se encontraron efectos metabólicos, con reducción en la excreción de albúmina como respuesta al descenso de la presión arterial.¹⁵

Con el nifedipino formulación de acción prolongada, se ha encontrado además que evita el aumento del grosor de la íntima-media en la arteria carótida y retrasa la progresión de la calcificación coronaria en los pacientes de alto riesgo.¹⁶

El 7º Reporte Nacional Conjunto de los Estados Unidos,¹⁷ y las Guías Europeas¹⁸ recomiendan a los calcioantagonistas como una familia de antihipertensivos útil en el paciente diabético, sobre todo en asociación (la mayor parte de estos enfermos requieren tratamiento combinado). Todos los grupos médicos incluyendo a la Asociación Americana de Diabetes,¹⁹ la Organización Mundial de Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión²⁰ recomiendan una meta de control igual o menor a 130/80 mmHg.

Estas evidencias, colocan a los calcioantagonistas, como medicamentos iniciales junto con los inhibidores de la ECA y los antagonistas de los receptores AT1, para el tratamiento del hipertenso diabético.

BIBLIOGRAFÍA

- Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Grupo ENSA 2000; Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA). *Arch Cardiol Mex* 2000; 72: 71-84.
- Hernández HH, Brito O, Domínguez A, Luengas ME y cols. Prevalencia de factores de riesgo coronario en pacientes hipertensos. *Rev Mex Cardiol* 1999; 10(3): 112-117.
- UK Prospective Diabetes Study Group. High blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes UKPDS 38. *Br Med J* 1998; 317: 703-713.
- Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al. For the HOT Study Group: Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with Hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *Lancet* 1998; 351: 1755-1762.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. *Guías ALAD 2000. Para el diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, con medicina basada en evidencia*. Capítulo 14.
- Estacio RO, Jeffers BW, Hiatt WR, Biggerstaff SL, Gifford N, Schrier RW. The effect of nisoldipine as compared with enalapril on cardiovascular outcomes in patients with non-insulin-dependent diabetes and hypertension. *N Engl J Med* 1998; 338: 645-650.
- Tatti P, Pabor M, Byington RP, Di Mauro P, Guarisco R, Strollo G, Strollo F. Outcome results of the fosinopril versus amlodipine cardiovascular events randomized trial (FACET) in patients with hypertension and NIDDM. *Diabetes Care* 1998; 21: 597-601.
- Birkenhäger WH, Staessen JA. Treatment of Diabetic Patients with Hypertension. *Current Hypertension Reports* 1999; 3: 225-231.
- Crepaldi G, Carta Q, Deferrari G et al. Effects of lisinopril and nifedipine on the progression of overt albuminuria in IDDM patients with incipient nephropathy and normal blood pressure. *Diabetes Care* 1998; 21: 104-110.
- Brown MJ, Palmer CR, Castaigne A et al. Morbidity and mortality in patients randomized to double-blind treatment with once-daily calcium channel blockade or diuretic in the International Nifedipine GITS Study; Intervention as a Goal in Hypertension Treatment (INSIGHT). *Lancet* 2000; 356: 366-342.
- Verdecchia P, Schillaci G, Reboldi G, Franklin SS, Porcellati C. Different prognostic impact of 24-hour mean blood pressure and pulse pressure on stroke and coronary artery disease in essential hypertension. *Circulation* 2001; 103: 2579-2584.
- Mancia G, Brown M, Castaigne A, de Leeuw P, Palmer CR, Rosenthal T, Wagener G, Ruilope LM. Outcomes With Nifedipine GITS or Co-AMilozide in Hypertensive Diabetics and Nondiabetics in Intervention as a Goal in Hypertension (INSIGHT). *Hypertension* 2003; 41: 431-436.
- Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-2997.
- Brown MJ. Implications from hypertension outcome trials for the management of patients with hypertension and diabetes. *Br J Diabetes Vasc Dis* 2003; 3: 245-251.
- de Pablos VPL, Martínez MFJ. Effects of Losartan and Diltiazem on Blood Pressure, Insulin Sensitivity, Lipid Profile and Microalbuminuria in Hypertensive Type 2 Diabetic Patients. *Clin Drug Invest* 1998; 16(5): 361-370.
- Ruilope LM. Long-term Protection in At-risk Hypertensive Patients. A Role for Nifedipine GITS? *Blood Pressure* 2002; 11: 106-109.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-1252.
- 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011-1053.
- American Diabetes Association. Treatment of hypertension in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: S80-S82.
- World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1983-1992.