

DÉCIMA REUNIÓN DE LA SOCIEDAD VASCA DE HIPERTENSION Y RIESGO CARDIOVASCULAR (SOVASHTA)

TENTH MEETING OF THE BASQUE HYPERTENSION AND CARDIOVASCULAR RISK SOCIETY (SOVASHTA)

HIPERTENTSION ARTERIAL ETA ARRISKU KARDIOBASKULARREKO EUSKAL ELKARTEAREN (SOVASHTA)

HAMARGARREN BILKURA

Dra. Izaskun Ocharan-San-Miguel.

SOVASHTA (www.sovashta.org).

Figura 1. Entrega del nombramiento de honor a los Profesores Alberto Zanchetti y Antonio Coca con las Autoridades Sanitarias.

La Décima Reunión de la Sociedad Vasca de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular (SOVASHTA), en el Palacio de Congresos Europa de Vitoria-Gasteiz, el viernes, día 1 de febrero de 2008, se ha realizado con un programa y ponentes de primera línea. Se entregó el nombramiento de socio de honor de la sociedad a los Profs. Drs. Alberto Zanchetti y Antonio Coca. **Figura 1.**

Se inicia con una revisión completa del tratamiento de la Diabetes Mellitus (DM), a cargo el Dr. Carlos Martínez (Vitoria-Gasteiz) Es bien conocido que dicha enfermedad debe abordarse desde un punto de vista multifactorial; esto es, un abordaje múltiple de todos los factores de riesgo cardiovascular. Las bases para el tratamiento y consecución de los objetivos son los cambios en el estilo de

vida, la educación sanitaria, el autocontrol y los tratamientos farmacológicos. El reconocimiento que un estricto control de las glucemias puede reducir la morbilidad, ha provocado que se considere prioritario el control de la hiperglucemia en la DM. El tratamiento intensivo y precoz aportó una significativa reducción de complicaciones microvasculares y neuropáticas. Su beneficio en la reducción de complicaciones cardiovasculares no obstante es controvertido, ya que no existen ensayos clínicos randomizados al respecto. Además el tratamiento debe individualizarse según las características del paciente y reevaluarse cada 3-4 meses para valorar la efectividad del tratamiento ya que periodos prolongados de mal control glucémico favorecen la glucotoxicidad y la lipotoxicidad

Correspondencia:
Dra. Izaskun Ocharan San Miguel
SOVASHTA (www.sovashta.org).
Calle Lersundi, 9-5º.
48009. BILBAO. BIZKAIA. ESPAÑA. UE.

Figura 2. Fotografía de grupo de la Décima Reunión de SOVASHTA. Palacio de Europa. Vitoria-Gasteiz.

que deterioran la función de la células beta. Es importante considerar también que la pérdida del control glucémico conduce a la necesidad de terapia combinada. La aparición de nuevos fármacos hipoglucemiantes (gliinidas, incretinas, glitazonas y análogos de insulina) diferentes a las terapias antiguas (insulina, sulfonilureas, metformina...) ha incrementado las opciones del tratamiento, sin embargo actualmente existen controversias en su utilización, faltan datos sobre efectos en morbi-mortalidad, complicaciones tardías, resultados..., por tanto es lógico usar un algoritmo nuevo (ADA y EASD) basado en fármacos "antiguos", pues los nuevos fármacos para la diabetes se utilizan en un ambiente de "optimismo no-crítico". La Diabetes Mellitus tipo 2 y sus acompañantes/predecesores frecuentemente, como son la glucemia basal alterada, intolerancia a hidratos de carbono, obesidad y Síndrome metabólico junto con su progresivo aumento en todas las sociedades, ocuparon la segunda ponencia de la Jornada, realizada por la Dra. Ana De Santiago (Madrid). Es conocido que el 80% de los diabéticos tipo 2 son obe-

sos en el momento del diagnóstico. También se sabe que la enfermedad cardiovascular precede al diagnóstico de la diabetes, además la resistencia a la insulina (presente ya antes del diagnóstico de diabetes) se asocia de forma directa con la cantidad de grasa abdominal. La obesidad abdominal aumenta el riesgo cardiovascular independientemente del índice de masa corporal (IMC). Todo esto nos tiene que llevar a intervenir de forma precoz y sistemática modificando el estilo de vida y con ello el perfil metabólico, sobre todo en los pacientes que tienen un riesgo cardiovascular aumentado debido a esta insulinorresistencia. En la tercera ponencia quedó claramente expuesto por el Prof. Dr. Antonio Coca (Barcelona) que el tratamiento del paciente hipertenso con diabetes mellitus tipo 2 debe de ser multifactorial y sistémico con el fin de retrasar la enfermedad macro y microvascular. Esto incluye cambios en el estilo de vida (control de peso, abandono del tabaco, estimular el ejercicio físico), control glucémico, tratamiento antihipertensivo con combinaciones farmacológicas para conseguir una PA < 130/80 mm de Hg y con

un bloqueo sistemático de SRAA. No hay duda que el primer objetivo del tratamiento antihipertensivo es el control estricto de la presión arterial, sin embargo existe sólida evidencia respecto al hecho de que el bloqueo del SRA previene muerte cardiovascular, episodios de insuficiencia cardiaca congestiva, progresión de insuficiencia renal, desarrollo de nuevos casos de diabetes mellitus tipo 2 y de complicaciones de diabéticos. Puede existir beneficio adicional al combinar IECAS y ARAll para potenciar el bloqueo del SRAA y como hemos comentado anteriormente, este bloqueo debe ser a cualquier PA. Otro aspecto a considerar es el tratamiento antiagregante con AAS a dosis de 100mg en todos los pacientes con HTA y diabetes tipo 2 en ausencia de contraindicaciones específicas ya que diversos estudios corroboran que en prevención primaria reduce el riesgo de ictus en mujeres. Y por último tratamiento de la hiperlipidemia con uso sistemático de estatinas, con el fin de conseguir un colesterol total <175 mg/dl y un LDL<100 mg/dl.

Para finalizar, se rindió un homenaje al Prof. Dr. D. Manuel Luque Otero recientemente fallecido en una conferencia que dictó el Prof. Dr. Alberto Zanchetti (Milano), que revisó la terapia antihipertensiva en los últimos 50 años y las necesidades actuales. Desde hace tiempo se conocía que el aumento de cifras de PA estaba asociado de forma proporcional a una mayor morbi-mortalidad y se utilizaban diversas terapias con el fin de reducir estas cifras, sin embargo es en los últimos años cuando se ha

llegado al consenso de la necesidad de reducir la PA por debajo de 140/90 mm de Hg en todo paciente hipertenso y a <130/80 en diabéticos con medidas cada vez más objetivas y eficaces. Respecto a la selección del medicamento antihipertensivo a utilizar para disminuir la PA se puede decir que los principales beneficios del tratamiento antihipertensivo se deben a la disminución de la presión arterial por sí misma y son en gran parte independientes de la droga empleada. Tiazidas, Betabloqueantes, calcio-antagonistas, IECAS y ARAll pueden reducir adecuadamente la PA (fácilmente objetivable y medible) y reducen los eventos cardiovasculares de forma significativa e importante. Todos estos medicamentos son recomendables para inicio y mantenimiento del tratamiento como monoterapia o en combinación, y sin olvidar la decisión del profesional de individualizar el tratamiento dependiendo de las características del paciente. La dificultad real de llevar la PA a las metas recomendadas puede deberse al hecho de que el tratamiento antihipertensivo es iniciado o intensificado demasiado tarde, cuando el daño al órgano diana se ha desarrollado hasta un punto en el cual no es fácil su regresión y cuando mucho su progreso puede ser sólo enlentecido. Hoy en día con la llegada de medicamentos accesibles dentro de todas las clases de agentes, permite un enfoque más intenso y factible al diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. Por último, se ha realizado una fotografía de grupo de ponentes, moderadores y asistentes. **Figura 2.**