

## **Conferencias y Simposios**

### **6 VOCES EN 10 MINUTOS: Reducción de riesgo cardiovascular en diabetes mellitus**

Coordinadora: Dra. Judith Bendahan

#### **3) Objetivos de PA sistólica en diabetes mellitus ¿<130 o <140?**

Silvana Milrad

Médica Diabetóloga, Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en adultos con diabetes mellitus (DM) es aproximadamente del 80%, y es al menos el doble de frecuente en personas con DM2 comparado con personas de la misma edad sin DM2. La coexistencia de HTA y DM aumenta notablemente el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular (ACV) y mortalidad por enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA). Adicionalmente, puede aumentar el riesgo de enfermedad microvascular, como nefropatía o retinopatía.

Un objetivo de presión arterial (PA) sistólica <130 mmHg sería recomendado si puede lograrse con seguridad CV en personas con DM y elevado riesgo cardiovascular definido como:

- Enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida: síndrome coronario agudo (SCA), ACV, accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica (EVP).
  - O ateromatosis subclínica asociada (detectada por cualquier método).
  - O riesgo cardiovascular elevado  $\geq 15\%$  definido por la presencia de daño de órgano blanco (proteinuria, *clearance* de creatinina <30 ml/min, retinopatía, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), o lesiones tróficas en mmii).
  - O tres o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV): edad, HTA, dislipidemia, obesidad, tabaquismo.
  - O debut temprano de DM1 con más de 20 años de evolución.

Un objetivo <140 mmHg en personas con DM e HTA con bajo riesgo de ECV (riesgo a 10 años de ECVA  $\leq 15\%$ ) es el recomendado. En adultos mayores (>65 años) el objetivo se encuentra en el rango 130-139 mmHg.

Una PAS <130 mmHg podría considerarse en personas con elevado riesgo de ACV, como aquellas con historia de eventos previos.

En las personas con DM e HTA, los objetivos de PA deben individualizarse mediante la toma de decisiones consensuadas que consideren el riesgo cardiovascular, los potenciales efectos adversos de los fármacos antihipertensivos, el costo y las preferencias de los pacientes.

#### **Bibliografía**

1. Kannel WB, Wilson PW, Zhang TJ. The epidemiology of impaired glucose tolerance and hypertension. *Am Heart J* 1991 Apr;121(4 Pt 2):1268-73.
2. Adler AI, Stratton IM, Neil HA, Yudkin JS, Matthews DR, Cull CA, et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *BMJ* 2000 Aug 12;321(7258):412-9.
3. Do DV, Wang X, Vedula SS, Marrone M, Sleilati G, Hawkins BS, et al. Blood pressure control for diabetic retinopathy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jan 31;1:CD006127. *Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes 2021 Diabetes Care* 2021;44(Suppl. 1): S125–S150.
4. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA), 2019. Buenos Aires, Argentina. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica>.

Palabras clave: diabetes mellitus; hipertensión arterial.

## **6 VOICES IN 10 MINUTES: cardiovascular risk reduction in diabetes mellitus**

Coordinator: Dr. Judith Bendahan

### **3) Systolic BP goals in diabetes mellitus <130 or <140?**

Dr. Silvana Milrad

Diabetologist, Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, Government of the City of Buenos Aires (GCBA), Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

The prevalence of hypertension in adults with diabetes is approximately 80%, and it is at least twice as frequent in people with type 2 diabetes (DM2), compared to people of the same age without DM2. The coexistence of hypertension and diabetes notably increases the risk of developing coronary heart disease, heart failure, stroke and mortality from atherosclerotic cardiovascular disease. Additionally, it can increase the risk of microvascular disease, such as nephropathy or retinopathy.

A goal of systolic BP <130 mmHg would be recommended if it can be achieved with CV safety, in people with DM and high cardiovascular risk defined as:

- established atherosclerotic cardiovascular disease (acute coronary syndrome (ACS), cerebrovascular accident (CVA), transient ischemic attack (TIA), peripheral vascular disease (PVD),
- or associated subclinical atheromatosis (detected by any method),
- or elevated cardiovascular risk  $\geq 15\%$  defined by the presence of target organ damage (proteinuria, creatinine clearance < 30 ml/min, retinopathy, left ventricular hypertrophy (LVH), or trophic lesions in mmii),
- or 3 or more cardiovascular risk factors (CVRF): age, hypertension, dyslipidemia, obesity, smoking,
- Or early debut of DM1 with more than 20 years of evolution.

A BP target < 140 mmHg is recommended in people with DM and hypertension with low risk of CVD (10-year risk of CVD  $\leq 15\%$ ).

In older adults (> 65 years) the goal is in the range 130-139 mmHg.

A SBP < 130 mmHg could be considered in people with a high risk of stroke, such as those with a history of previous events.

In people with DM and hypertension, BP goals should be individualized through a consensus decision-making process that considers cardiovascular risk, potential adverse effects of antihypertensive drugs, cost, and patient preferences.

Key words: diabetes mellitus; hypertension.