

Tratamiento global del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso

Pilar Mazón-Ramos, Vicente Bertomeu-Martínez, José L. Palma-Gámiz, Juan Quiles-Granado, José Guindo-Soldevilla y José R. González-Juanatey

Sección de Hipertensión Arterial y Grupo de Trabajo de Diabetes y Corazón. Santiago de Compostela. España.

A lo largo del año 2006 han aparecido nuevas evidencias sobre la necesidad del tratamiento global del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso. Cada vez es mayor la certeza de que no basta con buscar un óptimo control de las cifras de presión arterial, lo que además no es fácil lograr, sino que es imprescindible tratar todos los factores de riesgo cardiovascular mediante la utilización de los fármacos de demostrado beneficio, incluso más allá de sus efectos principales, y evitando, o dejando para último recurso, los que puedan resultar perjudiciales o, simplemente, menos beneficiosos, como parece ser el caso de atenolol (extensivo a los bloqueadores beta en general), que ya ha sido retirado de la primera línea de tratamiento en las recomendaciones de algunas sociedades científicas.

En la reducción del riesgo es fundamental la prevención de algunas enfermedades como la diabetes, que sabemos ensombrece de forma alarmante el pronóstico de nuestros pacientes. Recientemente hemos conocido los resultados del estudio DREAM, que se analizarán con detalle en este artículo y que pueden suponer un cambio en la estrategia terapéutica de los pacientes en los que es previsible la aparición de diabetes.

También a lo largo del presente año hemos recibido amplia información sobre un nuevo fármaco antihipertensivo, aliskiren, primer inhibidor de la renina disponible por vía oral. Pendiente de aprobación por las agencias internacionales de medicamentos (Food and Drug Administration [FDA] y Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos [EMA]), es una herramienta muy prometedora en el difícil control de la hipertensión arterial.

A pesar de todos los avances en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, persiste un escaso control de las cifras tensionales, sobre todo en los pacientes de mayor edad, en los que la prevalencia es más elevada. En estos pacientes influyen también factores sociales y la dificultad en el cumplimiento terapéutico, que precisan medidas sociosanitarias dirigidas a mejorar su control.

Palabras clave: *Tratamiento global del riesgo. Prevención de diabetes. Inhibidores de renina: aliskiren. Cumplimiento terapéutico.*

Global Treatment of Cardiovascular Risk in the Hypertensive Patient

During 2006, new evidence supporting the need to adopt a global approach to the treatment of cardiovascular risk in hypertensive patients has been reported. It is increasingly clear that it is not sufficient to aim for optimum blood pressure control, which in any case is not easy to achieve, and that it is essential to treat all cardiovascular risk factors by using drugs with proven benefits, even when those benefits are supplementary to the drug's principal effects. In addition, drugs that could have a detrimental effect or that are, merely, less beneficial should be avoided or kept as a last resort. This appears to have happened with atenolol, and with beta-blockers in general, which have been withdrawn as first-line treatment in the recommendations of some professional societies.

To lower cardiovascular risk, it is essential to prevent the development of conditions like diabetes, which are known to have drastic effect on the patient's prognosis. Recently, the results of the DREAM study, which are discussed in detail in this article, have been reported. They could lead to a change in therapeutic strategy in patients who are expected to develop diabetes.

In addition, this year has seen the publication of substantial data on a new antihypertensive agent, aliskiren, the first oral renin inhibitor. It is awaiting approval by the international medicine agencies (i.e., the FDA and the EMA), but should provide a very promising tool in the difficult area of high blood pressure management.

Despite numerous advances in the pharmacologic treatment of high blood pressure, control is very difficult to achieve, principally in the elderly, in whom the prevalence of hypertension is high. In these patients, social factors and difficulties with treatment compliance also have an influence and must be dealt with by public health measures aimed at improving blood pressure control.

Key words: *Global risk treatment. Diabetes prevention. Renin inhibitor: aliskiren. Treatment compliance.*

Full English text available at: www.revespcardiol.org

Correspondencia: Dra. P. Mazón Ramos.
Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria. Hospital Clínico Universitario.
Travesía A Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela. España.
Correo electrónico: pilarmazon@yahoo.es

ABREVIATURAS

ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II.
 DM: diabetes mellitus.
 ECA: enzima de conversión de la angiotensina.
 HTA: hipertensión arterial.
 IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.
 IAM: infarto agudo de miocardio.
 PA: presión arterial.
 PAS: presión arterial sistólica.
 PAD: presión arterial diastólica.
 PRA: actividad renina plasmática.
 RGTZ: rosiglitazona.
 SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona.
 TZD: tiazolidinodionas.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes hipertenso, especialmente los que ya han desarrollado enfermedad cardiovascular, deben ser tratados con diversos fármacos con el objetivo de alcanzar un control global de los factores de riesgo y no sólo un adecuado control de las cifras de presión arterial (PA). En este sentido, los fármacos más utilizados son los que bloquean el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) para el control de la presión arterial, las estatinas para el control de las cifras elevadas de colesterol y los antidiabéticos y/o la insulina para controlar la glucemia de los pacientes diabéticos, junto con otros fármacos de probado beneficio en prevención primaria y secundaria. Conforme aumenta nuestro conocimiento de la enfermedad cardiovascular hemos descubierto que ciertos fármacos ejercen un efecto beneficioso más allá de su efecto principal. Éste es el caso de las estatinas, las cuales, además de reducir las cifras de colesterol, o precisamente por esto, ejercen una serie de efectos pleiotrópicos como la mejora de la función endotelial, la reducción de la progresión de la aterosclerosis coronaria o los efectos antiinflamatorios.

En este sentido, en el año 2006 nos encontramos con novedades muy interesantes que desafían los esquemas de tratamiento establecidos en pacientes con enfermedad coronaria. En estos pacientes se intentan reducir las concentraciones de colesterol (principalmente con estatinas) para disminuir la progresión de la enfermedad coronaria y se emplean fármacos antihipertensivos principalmente que bloquean el sistema renina-angiotensina, para el control de las cifras de PA en pacientes hipertenso o cuando hay disfunción ventricular. Pero, ¿son capaces los fármacos antihipertensivos de detener la progresión de la enfermedad coronaria?, ¿el tratamiento con estatinas reduce las cifras de PA? o ¿es suficiente con reducir las cifras de PA?

PRESIÓN ARTERIAL Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Los objetivos de control de la PA en pacientes con enfermedad coronaria están fijados por las actuales guías de actuación en cifras inferiores a 140/90 mmHg¹. Sin embargo, un subanálisis del estudio CAMELOT publicado recientemente cuestiona este objetivo.

El CAMELOT² estudió el efecto del tratamiento antihipertensivo con amlodipino (hasta 10 mg/día) o enalapril (hasta 20 mg/día) añadido al tratamiento de base del paciente con enfermedad coronaria documentada angiográficamente y cifras de PA diastólica (PAD) < 100 mmHg. En este estudio, el objetivo combinado de eventos cardiovasculares no alcanzó diferencias significativas entre ambos fármacos o placebo; sin embargo, el grupo tratado con amlodipino tuvo cifras menores de hospitalizaciones por angina y de necesidad de revascularización comparado con el de enalapril. En el subestudio publicado este año en el *Journal of the American College of Cardiology*³ se seleccionó a 247 pacientes con una o más lesiones coronarias angiográficamente superiores al 20%. Estas lesiones fueron analizadas mediante la técnica de IVUS (ecografía intracoronaria) al inicio del estudio y de nuevo la misma lesión tras 24 meses de tratamiento con enalapril, amlodipino o placebo. Al analizarlos por subgrupos, los pacientes tratados con placebo mostraron progresión de sus lesiones coronarias, los tratados con enalapril una tendencia a la progresión y los tratados con amlodipino una ausencia de progresión, con una relación continua entre el grado de progresión y el valor de PA alcanzado. Pero los datos más importantes de este estudio se obtienen cuando se divide a los pacientes en 3 grupos en función de sus cifras basales de PA: PA normal (< 120/80 mmHg; n = 76), prehipertenso (120-139/80-89 mmHg; n = 157) o hipertenso (≥ 140/90 mmHg; n = 41). En el momento basal no se encontraron diferencias en el volumen de ateroma entre los 3 grupos; sin embargo, se hallaron diferencias significativas en la tasa de progresión de la enfermedad coronaria. Los pacientes hipertenso experimentaron un incremento en el volumen de ateroma de 12 µl (p = 0,001 comparado con el valor basal), los prehipertenso no experimentaron cambios en el volumen de ateroma (0,9 µl; p = NS) y en los pacientes con tensión normal el volumen de la placa se redujo 4,6 µl (p < 0,08 comparado con el valor basal). Estos resultados no tienen relación con el tipo de tratamiento recibido por parte del paciente, sino que hay una relación continua entre la PA sistólica (PAS) y la progresión de la enfermedad coronaria (pero no de la PAD).

Los resultados de este estudio señalan que los beneficios de la reducción de la PA se extienden más allá de los límites actualmente establecidos para estos pacientes, y llegan incluso a valores < 115/75 mmHg.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015965>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015965>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)