



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

2010: ¿Qué ha habido de nuevo en riesgo vascular?

L.A. Álvarez-Sala Walther^{a,*}, C. Suárez Fernández^b y M. Camafort Babkowski^c,
en nombre de Grupo de Trabajo de Riesgo Vascular de la SEMI

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital de La Princesa, Madrid, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínic, Barcelona, España

Recibido el 15 de mayo de 2011; aceptado el 24 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Diabetes tipo 2;
Actualización clínica;
2010

KEYWORDS

Type 2 diabetes
mellitus;
Clinical update;
2010

Resumen Este artículo recoge las novedades que se han producido en riesgo vascular en el año 2010. Resume cinco ponencias, en el orden que se expusieron, en la reunión anual del grupo de trabajo de riesgo vascular de la Sociedad Española de Medicina Interna (Valencia, 5 y 6 mayo 2010): hipertensión arterial antitrombosis, lípidos, diabetes mellitus y estratificación del riesgo vascular. Los autores han revisado en profundidad las investigaciones más relevantes publicadas en 2010 con algunos datos del año 2011.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

2010. What novelties are there in vascular risk?

Abstract This paper gathers the news concerning vascular risk in 2010. It summarizes five lectures, according to the order of presentation, at the annual meeting of the vascular risk working group of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI, Valencia 5th and 6th May 2011): arterial hypertension, antithrombosis, lipid disorders, diabetes mellitus and vascular risk stratification. The authors have made a depth revision of the more relevant research been published in 2010 with some data of 2011.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

¿Qué ha habido de nuevo en HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 2010? Alex Roca Cusachs Coll

Es difícil hacer una selección de las novedades aparecidas durante un año en una patología con un volumen de publicaciones tan considerable como es la hipertensión arterial (HTA). Hemos efectuado una selección en función de su interés práctico y de su importancia conceptual.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lalvarezsalaw@medynet.com
(L.A. Álvarez-Sala Walther).

Metaanálisis de Staessen et al.¹

En este estudio se analizaron los seis ensayos clínicos prospectivos y aleatorizados más recientes, no incluidos en metaanálisis previos. Entre estos estudios (total: 74.524 pacientes) se encontraban los siguientes: ACCOMPLISH, ADVANCE, HYVET, ONTARGET-TRANSCEND, y PROGRESS, todos ellos de gran trascendencia y elevado impacto. Quizá el aspecto más destacado de las conclusiones de los autores es que los beneficios clínicos (reducción de eventos cardiovasculares) independientes de la mera reducción de la presión arterial (PA) son mínimos. Los riesgos observados en estos ensayos y los previstos (en función de lo esperable por el descenso de la PA conseguido según los datos registrados en metaanálisis previos) no diferían significativamente, indicando que los gradientes de PA eran suficientes para explicar los resultados en eventos.

Estudios que demuestran diferencias relevantes entre las distintas familias de antihipertensivos en protección orgánica

Fagard et al.² efectuaron un metaanálisis de estudios que se ocuparon de la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) con medicación antihipertensiva. Seleccionaron un total de 75 publicaciones. Sus conclusiones fueron que los betabloqueantes demostraban una menor regresión de la HVI, en comparación con las otras cuatro familias de antihipertensivos combinados (diuréticos, calcioantagonistas, IECAS y ARaII [$p < 0,01$]). La regresión de la HVI era más pronunciada con los ARaII en comparación con el resto ($p < 0,01$). También una serie de estudios publicados en Lancet describen diferencias en la variabilidad de la PA: Webb et al.³ analizaron la variabilidad tensional en 1.372 ensayos; en un 28% existían datos (desviación estándar promedio $-SD-$ de PA sistólica $-PAS-$) durante el seguimiento. En comparación con otros grupos farmacológicos, la variación de la PAS se redujo significativamente con los calcioantagonistas (tasa de variabilidad interindividual: 0,81; CI 95%: 0,76-0,86; $p < 0,0001$) y con los diuréticos (excluyendo los diuréticos de asa: tasa de 0,87; CI 95%: 0,79-0,96; $p = 0,007$), y en cambio se incrementaba con los otros grupos: IECA (1,08; CI 95%: 1,02-1,15; $p = 0,008$), ARaII (1,16; CI 95%: 1,07-1,25; $p = 0,0002$), y β bloqueantes (1,17; CI 95%: 1,07-1,28; $p = 0,0007$). Comparados con placebo otra vez los calcioantagonistas eran los que más reducían esta tasa (0,76; CI 95%: 0,67-0,85; $p < 0,0001$). Además, este efecto sobre la variabilidad de la PA justificaba los beneficios observados en el riesgo de ictus. En cambio no se observaron diferencias entre esta variabilidad y otros eventos CV (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o mortalidad CV). Estos datos sugieren, según los autores, que las diferencias en riesgo cerebrovascular (que diversos metaanálisis señalan que es significativamente menor con el uso de calcioantagonistas) son debidos a los efectos sobre la variabilidad tensional descritos más arriba.

¿Diuréticos como familia farmacológica de primera elección?

Messerli et al.⁴ publican este mismo año 2011 un metaanálisis que cuestiona el uso de la hidroclorotiazida como fármaco de primera elección. Efectuaron una revisión sistemática de todos los estudios aleatorizados en los que se efectuó una comparación de los efectos de la hidroclorotiazida (usada en monoterapia) sobre la PA de 24 horas (registrada mediante MAPA) en comparación con otras familias de fármacos antihipertensivos. Se pudieron seleccionar 14 estudios con dosis de HCTZ de 12,5 a 25 mg, y 5 estudios con una dosis de 50 mg. La reducción de la PA de 24 horas con la dosis de 12,5 a 25 mg fue de 6,5 mm Hg para la PAS (CI 95%: 5,3 a 7,7 mmHg) y de 4,5 mmHg para la PAD (CI 95%: 3,1 a 6,0 mmHg) y fue inferior a la reducción de la PA conseguida con IECAS (reducción media de 12,9/7,7 mmHg; $p < 0,003$), ARaII (13,3/7,8 mmHg; $p < 0,001$), beta-bloqueantes (reducción media de 11,2/8,5 mmHg; $p < 0,00001$), y calcioantagonistas (reducción media de 11,0/8,1 mmHg; $p < 0,05$). No se observaron diferencias entre las dosis de HCTZ de 12,5 mg (5,7/3,3 mmHg) y de HCTZ 25 mg (7,6/5,4 mmHg), pero en cambio sí hubo diferencias significativas con HCTZ 50 mg, ya que la reducción de la PA de 24 horas fue significativamente mayor (12,0/5,4 mmHg), comparable a la de los otros agentes antihipertensivos. La conclusión de los autores es que no es adecuado utilizar la hidroclorotiazida como un antihipertensivo de primera elección al menos en las dosis usualmente preconizadas para evitar sus efectos metabólicos negativos.

Influencia de distintas estrategias cronoterapéuticas sobre la incidencia de eventos CV

El grupo de Hermida⁵, ha publicado un estudio prospectivo y aleatorizado en el que se distribuyeron más de 2.000 pacientes en dos grupos, uno que recibió todo el tratamiento antihipertensivo por la mañana y otro en el que al menos uno de los fármacos era administrado por la noche. Tras una mediana de seguimiento de 5,6 años, el grupo «nocturno» presentó una incidencia significativamente menor de eventos que el grupo de administración matutina. Así, el total de eventos CV fue respectivamente de 68 vs. 187 (riesgo relativo de 0,39 [0,29-0,51]; $p < 0,001$). La diferencia entre grupos en eventos CV mayores (muerte CV, IAM, AVC isquémico y hemorrágico) fue también significativa (18 vs. 55, riesgo relativo de 0,33 [0,19-0,55]; $p < 0,001$) (fig. 1). A pesar de que no hubo diferencias entre ambos grupos con respecto a la PA ambulatoria basal (medida con MAPA de 48 horas), los pacientes que recibieron algún fármaco por la noche tenían una menor PA nocturna, mayor prevalencia de *non dippers* (34 versus 62%; $p < 0,001$) y mayor prevalencia de PA ambulatoria controlada (62 versus 53%; $p < 0,001$). Todo ello apunta a que podamos reducir el riesgo en función de la hora de administración de la medicación ya que la PA más relacionada con el riesgo cardiovascular es la PA de la franja horaria nocturna.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827451>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827451>

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