



HIPERTENSIÓN AL DÍA EN 6 PREGUNTAS. CURSO PRECONGRESO SEH-LELHA VALENCIA 2016

¿Van a cambiar los objetivos de control de la hipertensión arterial?

M. Camafort-Babkowski

Servicio de Medicina Interna, Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna-ICMID, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Presión arterial;
Hipertensión;
Tratamiento;
Control;
Objetivos;
Guías de práctica clínica

KEYWORDS

Blood pressure;
Hypertension;
Antihypertensive treatment;
Blood pressure control;
Goals;
Practice guidelines

Resumen

Las cifras más adecuadas de presión arterial han sido objeto de debate en las diferentes guías de manejo de la hipertensión arterial. Después de la publicación de las guías más recientes se han conocido los resultados del estudio SPRINT, que analiza las diferencias en morbimortalidad cardiovascular para diferentes objetivos de presión arterial sistólica. Dicho estudio muestra que con una presión arterial sistólica de 121 mmHg se reducen los episodios cardiovasculares más que con cifras < 140 mmHg. No obstante, el ensayo incluía un número bajo de pacientes diabéticos y con enfermedad cardiovascular, por lo que probablemente sus resultados no sean aplicables más que a un número limitado de hipertensos. En este artículo analizamos algunos de los datos disponibles respecto a este interesante aspecto.

© 2017 SEHLELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Should blood pressure goals be changed in hypertension treatment?

Abstract

Which have to be the most suitable goal for blood pressure has been an object of a debate since the publication of different guidelines of managing of arterial hypertension. Later to the publication of the last guides, the results of the SPRINT study have been known. SPRINT analyzes the differences in cardiovascular morbidity and mortality of different systolic blood pressure goals. The above mentioned study shows that a reduction to 121 mmHg in SBP is better than a SBP < 140 mmHg. Nevertheless, this study has included a low number of diabetic patients and a limited number of patients with cardiovascular disease, therefore, probably, the results are not applicable than to a limited number of hypertensive patients. In this article we analyze some of the available information with regard to this interesting aspect.

© 2017 SEHLELHA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La guía europea de hipertensión arterial (HTA) de 2013¹ incluye una sección titulada “Lagunas en la evidencia y necesidad de futuros ensayos”, en la que se identifican temas terapéuticos que siguen abiertos a debate y se beneficiarían de futuros estudios. Entre estos se incluyen preguntas como: ¿cuáles son los valores más protectores y seguros de presión arterial (PA) en consulta que deben alcanzar los pacientes tratados en distintas situaciones demográficas y clínicas?, ¿cuáles son los valores óptimos de PA fuera de consulta (ambulatoria y en domicilio) que se debe alcanzar con el tratamiento?, ¿los objetivos para hipertensos de alto riesgo deben ser más altos o más bajos?

Estas preguntas nos indican, claramente, que el aspecto que nos ocupa no tiene una respuesta inequívoca, por lo que deberá necesariamente ser abordado en los años posteriores a la publicación de dichas guías.

Para ello, los ensayos clínicos son fundamentales y, aunque parece que no cabe esperar que puedan responder en un futuro próximo a todas las cuestiones planteadas, disponemos de nuevos datos. Así, por ejemplo, ensayos clínicos como el SPRINT² y diferentes metaanálisis, que han visto la luz después de la publicación de las guías, pudieran hacer revisar determinados aspectos. Por ello, en este artículo nos proponemos revisar hasta qué punto los resultados de estos estudios pueden condicionar una revisión de las guías en cuanto a este aspecto.

Estudio SPRINT

Este estudio² es un ensayo clínico aleatorizado, realizado con financiación pública, que tenía como objetivo valorar la eficacia en reducción de episodios cardiovasculares de un descenso de PA sistólica (PAS) < 120 (definido como tratamiento intensivo) frente a PAS < 140 mmHg (definido como tratamiento estándar).

Se incluyeron un total de 9.361 sujetos mayores de 50 años, con HTA (PAS \geq 130 y < 180 mmHg) y un riesgo cardiovascular (RCV) elevado, que se definió por uno o más de los siguientes criterios: enfermedad cardiovascular (ECV) clínica o subclínica con exclusión de ictus o enfermedad renal crónica –ERC– (filtrado glomerular estimado de entre 20 a 60 ml/min por 1,73 m² de superficie corporal) con exclusión

de la enfermedad poliquística del riñón, o RCV a 10 años según escala de Framingham \geq 15%, o edad \geq 75 años. Se excluyeron los pacientes con diabetes mellitus o ictus previo, poliquistosis renal, insuficiencia cardíaca, consumo frecuente de alcohol e historia de poca adherencia al tratamiento (tabla 1).

El objetivo primario fue el resultado de la combinación de infarto agudo de miocardio (IAM), síndrome coronario agudo, ictus, insuficiencia cardíaca aguda descompensada y muerte de causa cardiovascular.

Tras 1 año de tratamiento, la PAS media en el grupo de tratamiento intensivo fue de 121,4 mmHg y en el grupo de tratamiento estándar de 136,2 mmHg. Aunque el estudio se planificó para un seguimiento medio de 5 años, se interrumpió precozmente (seguimiento medio de 3,26 años) debido a que el objetivo primario fue significativamente inferior en el grupo de tratamiento intensivo que en el grupo de tratamiento estándar (el 1,65% por año frente al 2,19% por año). En cuanto al resto de resultados del estudio, debe destacarse que el riesgo de sufrir algún evento de los incluidos en la variable principal del estudio disminuyó con la terapia intensiva, con un *hazard ratio* (HR) de 0,75 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,64-0,89). De los componentes individuales de la variable principal, solo disminuyeron de manera estadísticamente significativa la insuficiencia cardíaca y la muerte cardiovascular. La mortalidad total, también disminuyó de manera estadísticamente significativa (el 3,3 frente al 4,5%; HR: 0,73; IC del 95%, 0,60-0,90). Los análisis por subgrupos (según edad, sexo, raza, ER o ECV previas o cifras iniciales de PAS) no mostraron diferencias entre ellos, aunque algunos subgrupos se beneficiaron más que otros de la reducción intensiva de la PA (> 75 años, pacientes sin ERC o ECV establecida y pacientes con valores basales bajos de PA en el tercil inferior: < 132 mmHg). Un análisis reciente en mayores de 75 años ha confirmado estos datos³. En los pacientes sin ERC de base se observó un descenso en la función renal en el grupo de tratamiento intensivo, que fue significativo (el 3,8 frente al 1,1%; HR: 3,49; IC del 95%, 2,44-5,10). Se hallaron diferencias significativas en los efectos adversos graves relacionados con la intervención (el 4,7 frente al 2,5%), asociándose el tratamiento intensivo con mayor frecuencia a hipotensiones graves, alteraciones electrolíticas y fallo renal agudo. Paradójicamente, las hipotensiones ortostáticas y las caídas fueron menos frecuentes en la rama de tratamiento intensivo.

Tabla 1 Características de los participantes en el ensayo SPRINT

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
PAS de 130 a 180 mmHg	Diabetes
50 o más años de edad	Historia de ACV
RCV alto definido como:	Insuficiencia cardíaca sintomática en los últimos 6 meses o FEVI < 35%
ECV clínica o subclínica	Episodio CV
ERC con tasa de FG de 20-60 ml/min/1,73	Procedimiento u hospitalización por angina inestable en los últimos 3 meses
RCV según ecuación de Framingham > 15%	ER terminal, ER poliquística, proteinuria (> 1 g)
Edad > 75 años	Otros: ancianos institucionalizados o con demencia, etc.

ACV: accidente cerebrovascular; CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; ER: enfermedad renal; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FG: filtrado glomerular; RCV: riesgo cardiovascular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8661143>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8661143>

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