

Grupo del corazón actualiza las directrices sobre la hipertensión resistente

Hypertension. 13 Sept2018; 72: e53 – e90

La American Heart Association ha actualizado sus directrices de 2008 sobre detección y tratamiento de la hipertensión resistente, definida como presión arterial por encima del objetivo ($\geq 130 / 80$ mm Hg) a pesar del uso de tres medicamentos antihipertensivos o la PA controlada en un régimen de cuatro medicamentos.

Las pautas, publicadas en Hypertension, contienen numerosos consejos prácticos de diagnóstico y manejo clínico. Entre los más notables:

Los proveedores de atención médica deben preguntar regularmente a los pacientes con hipertensión resistente sobre sus patrones de sueño. La mala duración y calidad del sueño desencadenan los sistemas simpático y renina-angiotensina y, por lo tanto, pueden interferir con el control de la PA.

El papel del estilo de vida se enfatiza como parte del manejo de primera línea de la hipertensión resistente. Los médicos deben recomendar a los pacientes que sigan una dieta baja en sodio (< 2400 mg / día), pierdan el exceso de peso, hagan ejercicio y obtengan al menos 6 horas de sueño ininterrumpido cada noche.

Si la PA está por encima del objetivo a pesar de un estilo de vida óptimo y la adhesión a un régimen de tres medicamentos, los proveedores deben considerar cambiar de hidroclorotiazida a clortalidona o indapamida. Si la presión arterial sigue siendo alta después de eso, la espironolactona puede considerarse como un cuarto medicamento.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y riesgo de cáncer de pulmón: estudio de cohorte basado en la población

BMJ 2018 ; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4209> (publicado el 24 de octubre de 2018)

El objetivo fue determinar si el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), en comparación con el uso de bloqueadores de los receptores de angiotensina, se asocia con un mayor riesgo de cáncer de pulmón. Diseño poblacional basado en estudio de cohorte.

Una cohorte de 992.061 pacientes recién tratados con medicamentos antihipertensivos entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2015 se identificó y siguió hasta el 31 de diciembre de 2016.

Se utilizaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para estimar los cocientes de riesgo ajustados con intervalos de confianza del 95% del cáncer de pulmón incidente asociado con el uso variable de los IECA, en comparación con el uso de bloqueadores del receptor de angiotensina, en general, por la duración acumulada del uso, y por Tiempo transcurrido desde la iniciación.

Se realizó un seguimiento de la cohorte durante una media de 6,4 (DE 4,7) años, generando 7952 eventos incidentes de cáncer de pulmón [incidencia bruta 1,3 (intervalo de confianza del 95%: 1,2 a 1,3) por 1000 personas años]. En general, el uso de IECA se asoció con un mayor riesgo de cáncer de pulmón (tasa de incidencia 1,6 v 1,2 por 1000 personas años; índice de riesgo 1,14, intervalo de confianza del 95% 1,01 a 1,29), en comparación con el uso de bloqueadores del receptor de angiotensina. Los índices de riesgo aumentaron gradualmente con duraciones de uso más largas, con una asociación evidente después de cinco años de uso (índice de riesgo 1,22, 1,06 a 1,40) y un máximo después de más de 10 años de uso (1,31, 1,08 a 1,59). Se observaron hallazgos similares con el tiempo desde el inicio.

En este estudio de cohorte basado en la población, el uso de IECA se asoció con un mayor riesgo de cáncer de pulmón. La asociación fue particularmente elevada entre las personas que utilizaron IECA durante más de cinco años. Se necesitan estudios adicionales, con seguimiento a largo plazo, para investigar los efectos de estos fármacos en la incidencia del cáncer de pulmón.

Un estudio cuestiona si el tratamiento de la hipertensión leve beneficia a los pacientes

JAMA 2018

De acuerdo con un estudio publicado en JAMA, para los pacientes de bajo riesgo con hipertensión leve, comenzar el tratamiento con medicamentos antihipertensivos podría no reducir la mortalidad El Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón actualmente recomiendan que todos los pacientes con presión arterial sistólica en o por encima de 140 mm Hg o presión arterial diastólica en o por encima de 90 mm Hg reciban terapia antihipertensiva.

Usando los registros médicos electrónicos de Reino Unido, los investigadores compararon a 19.000 adultos con hipertensión leve (140/90-159/99 mmHg) y bajo riesgo cardiovascular que recibieron medicamentos antihipertensivos con otros 19.000 que no recibieron tratamiento. Durante una mediana de seguimiento de 6 años, las tasas de mortalidad y enfermedad cardiovascular fueron similares entre los grupos. Sin embargo, el tratamiento antihipertensivo se asoció con un mayor riesgo de hipotensión, síncope, anomalías electrolíticas y lesión renal aguda.

Medicamentos de primera línea para la hipertensión.

Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2018 18 de abril, 4: CD001841

ANTECEDENTES: Esta es la primera actualización de una revisión publicada en 2009. El aumento sostenido de moderado a severo en la presión arterial en reposo conduce a una pregunta clínica de importancia crítica: ¿Qué clase de medicamento usar en primera línea?. Esta revisión intentó responder a esa pregunta.

Objetivos: cuantificar los efectos de la mortalidad y la morbilidad de diferentes clases de fármacos antihipertensivos de primera línea: tiazidas (dosis baja y dosis alta), bloqueadores beta, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la ECA, bloqueadores del receptor de la angiotensina II (ARB) y alfa bloqueadores, en comparación con placebo o ningún tratamiento. **Objetivos secundarios:** cuando se utilizan diferentes clases de fármacos antihipertensivos como fármaco de primera línea, para cuantificar el efecto de disminución de la presión arterial y la tasa de abstinencia debido a los efectos adversos del fármaco, en comparación con placebo o no tratamiento.

MÉTODOS DE BÚSQUEDA: ensayos aleatorizados controlados en las siguientes bases de datos hasta noviembre de 2017: el Registro Especializado de Hipertensión Cochrane, el Registro Central de Ensayos Controlados Cochrane (CENTRAL), MEDLINE (desde 1946), Embase (desde 1974), la plataforma internacional de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud y ClinicalTrials.gov.

Criterios de selección: Ensayos aleatorios (ECA) de al menos un año de duración, que comparen una de las seis clases principales de fármacos con un placebo o ningún tratamiento, en pacientes adultos con presión arterial superior a 140/90 mmHg al inicio del estudio. La mayoría (más del 70%) de los pacientes en el grupo de tratamiento estaban tomando el fármaco después de un año. En esta revisión, se incluyeron ensayos con pacientes hipertensos y normotensos si la mayoría (más del 70%) de los pacientes tenían presión arterial elevada, o el ensayo informó por separado los datos de resultados en pacientes con presión arterial elevada.

Recopilación y análisis de datos: Los resultados evaluados fueron mortalidad, accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria (cardiopatía coronaria), eventos cardiovasculares totales (CVS), disminución de la presión arterial sistólica y diastólica y pérdidas debido a efectos adversos de los medicamentos. Se utilizó un modelo de efectos fijos para combinar los resultados dicotómicos en los ensayos y calcular el índice de riesgo (RR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Presentamos los datos de presión arterial como diferencia de medias (DM) con un 99% de IC.

RESULTADOS PRINCIPALES: La revisión original identificó 24 ensayos con 28 brazos de tratamiento activo, incluidos 58,040 pacientes. No encontramos ECA para los BRA o bloqueadores alfa. Estos resultados son aplicables principalmente a pacientes adultos con hipertensión primaria moderada a grave. La edad media de los participantes fue de 56 años, y la duración media del seguimiento fue de tres a cinco años. La evidencia de alta calidad mostró que las tiazidas de primera línea en dosis bajas redujeron la mortalidad (11.0% con control versus 9.8% con tratamiento; RR 0.89 , IC del 95%: 0,82 a 0,97); CVS total (12.9% con control versus 9.0% con tratamiento; RR 0.70, IC 95% 0.64 a 0.76), accidente cerebrovascular (6.2% con control versus 4.2% con tratamiento; RR 0.68, IC 95% 0.60 a 0.77) y enfermedad coronaria (3,9% con control versus 2,8% con tratamiento; RR 0,72; IC del 95%: 0,61 a 0,84). Pruebas de calidad mostraron que las tiazidas en dosis altas como agente de primera línea redujeron el accidente cerebrovascular (1,9% con control versus 0,9% con tratamiento; RR 0,47; IC del 95%: 0,37 a 0,61) y CVS total (5,1% con control versus 3,7% con tratamiento; RR 0,72; IC del 95%: 0,63 a 0,82), pero no redujo la mortalidad (3,1% con control versus 2,8% con tratamiento; RR 0,90; IC del 95%: 0,76 a 1,05), o enfermedad coronaria (2,7% con control versus 2,7% con tratamiento; RR 1,01; IC del 95%: 0,85 a 1,20). Pruebas de calidad demostraron que los bloqueadores beta no redujeron la mortalidad (6,2% con control versus 6,0% con tratamiento; RR 0,96; IC del 95%: 0,86 a 1,07) o enfermedad coronaria (4,4% con control versus 3,9% con tratamiento; RR 0). 90, IC del 95%: 0,78 a 1,03), pero redujeron el accidente cerebrovascular (3,4% con control versus 2,8% con tratamiento; RR 0,83; IC del 95%: 0,72 a 0,97) y CVS total (7,6% con control versus 6,8% con tratamiento; RR 0,89; IC del 95%: 0,81 a 0,98). La evidencia de calidad baja a moderada mostró que los inhibidores de la ECA de primera línea redujeron mortalidad (13.6% con control versus 11.3% con tratamiento; RR 0.83, IC 95% 0.72 a 0.95), accidente cerebrovascular (6.0% con control versus 3.9% con tratamiento; RR 0.65, IC 95% 0.52 a 0.82), enfermedad coronaria (13,5% con control versus 11,0% con tratamiento; RR 0,81; IC del 95%: 0,70 a 0,94), y CVS total (20,1% con control versus 15,3% con tratamiento; RR 0,76; IC del 95%: 0,67 a 0,85). Con evidencia de baja calidad se demostró que los bloqueadores de los canales de calcio de primera línea redujeron el accidente cerebrovascular (3,4% con control versus 1,9% con tratamiento; RR 0,58; IC del 95%: 0,41 a 0,84) y CVS total (8,0% con control versus 5,7% con tratamiento; RR 0,71, 95% IC 0,57 a 0,87), pero no coronaria (3,1% con control versus 2,4% con tratamiento; RR 0,77, IC del 95%: 0,55 a 1,09), o mortalidad (6,0% con control versus 5,1% con tratamiento; RR 0,86, IC del 95%: 0,68 a 1,09). Pruebas de calidad de que las pérdidas debidas a efectos adversos aumentaron con las tiazidas de primera línea en dosis bajas (5,0% con el control versus 11,3% con tratamiento; RR 2,38; IC del 95%: 2,06 a 2,75), las tiazidas en dosis altas (2,2% con control versus 9,8% con tratamiento; RR 4,48; IC del 95%: 3,83 a 5,24), y bloqueadores beta (3,1% con control versus 14,4% con tratamiento; RR 4,59, IC del 95%: 4,11 a 5,13). No hubo datos disponibles sobre estos resultados para los inhibidores de la ECA de primera línea o los bloqueadores de los canales de calcio. Los datos de presión arterial no se utilizaron para evaluar el efecto de las diferentes clases de medicamentos, ya que los datos fueron heterogéneos y el número de medicamentos utilizados en los ensayos fue diferente.

Conclusiones de los revisores: Las tiazidas en dosis bajas de primera línea redujeron todos los resultados de morbilidad y mortalidad en pacientes adultos con hipertensión primaria de moderada a grave. Los inhibidores de la ECA de primera línea y los bloqueadores de los canales de calcio pueden ser igualmente efectivos, pero la evidencia fue de menor calidad. Las tiazidas de primera línea en dosis altas y los bloqueadores beta de primera línea fueron inferiores a las tiazidas de primera línea en dosis bajas.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos +

La SAHTA en las Redes Sociales
Sigue todas las actividades y novedades de la Sociedad en...

28° SAHTA
Congreso médico | 16ª JORNADAS DE ENFERMERÍA
13ª JORNADAS DE FARMACEUTICOS

SAHTA RIESGO VASCULAR **SEVILLA**

4, 9 y 10 de noviembre 2018
Hotel Sevilla Center

