



AVANCES EN MEDICINA

Presión arterial e incidencia de 12 enfermedades cardiovasculares: riesgo a lo largo de la vida, años de vida perdidos y asociación en diferentes grupos de edad en 1.25 millones de personas



Blood pressure and incidence of 12 cardiovascular diseases: Risks throughout life, life years lost and relationship between different age groups in 1.25 million people

J.A. Divisón Garrote^{a,d,*}, C. Escobar Cervantes^b y M. Seguí Díaz^c

^a Atención Primaria, Centro de Salud Casas Ibáñez, Albacete, España

^b Unidad de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid, España

^c Unidad de Medicina de Familia y Comunitaria, UBS Es Castell, Menorca, Islas Baleares, España

^d Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), Murcia, España

Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodríguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: Lifetime risks, healthy life-years lost and age specific associations in 1.25 million people. *Lancet*. 2014;383:1899-1911.

Resumen

Introducción: Es un tema de debate actual, los objetivos de control de presión arterial (PA) a alcanzar con el tratamiento. Recientemente, la Sociedad Europea ha propuesto como objetivo valores inferiores a 140/90 mmHg en todos

los pacientes (140/85 mmHg en diabéticos) basándose en la falta de evidencia de beneficios con objetivos más estrictos, incluso en pacientes de riesgo elevado. También hay dudas sobre si los objetivos deben ser diferentes para prevenir las diferentes enfermedades cardiovasculares (CV). Este estudio recientemente publicado, analiza en una amplia muestra, la relación de diferentes valores de PA con diferentes enfermedades CV.

Métodos: Se utilizaron datos electrónicos desde 1997 hasta 2010 de una cohorte de 1.25 millones de sujetos, mayores de 30 años, libres de eventos al inicio de la recogida de datos y procedentes de 225 centros de atención primaria. Un 20% de ellos eran hipertensos. Se estudió la asociación de los valores de PA con 12 tipos de enfermedades CV y se estimó el riesgo a lo largo de la vida (hasta los 95 años) a los 30, 60 y 80 años y los años de vida perdidos. Se estudia la asociación en 3 grupos de edad (30-59, 60-79 y \geq de 80 años). Se ajustó el modelo teniendo en cuenta otros factores de riesgo.

Resultados: Durante un periodo medio de seguimiento de 5,2 años se informaron 83.098 eventos CV. En cada grupo de edad el riesgo más bajo se observó en los sujetos con

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jadivison@telefonica.net

(J.A. Divisón Garrote).

valores de PA sistólica de 90-114 mmHg y de PA diastólica de 60-74 mmHg. No se observó una curva en *J* con valores más bajos de PA. Se observó una fuerte asociación de la PA sistólica con la hemorragia cerebral (HR: 1,44; IC 95%: 1,32-1,58) y el angor estable (HR: 1,41; IC 95%: 1,36-1,46). Comparado con la PA diastólica, la elevación de PA sistólica tuvo un mayor valor pronóstico en el angor, el infarto y la enfermedad arterial periférica. Comparado con la PA sistólica, la elevación de PA diastólica tuvo un mayor valor pronóstico para la aparición de aneurisma de aorta abdominal. Los pacientes hipertensos tuvieron un riesgo de enfermedad CV a lo largo de la vida de un 63,3% (IC 95%: 62,9-63,8) a los 30 años y los normotensos de un 46,1% (IC 95%: 45,5-46,8), estos, comparados con los hipertensos desarrollaban la enfermedad CV 5 años más tarde.

Conclusiones: Se observa una fuerte evidencia de la asociación de la presión arterial con la enfermedad CV a lo largo de la vida, tanto para la PA sistólica como para la PA diastólica. A pesar de los modernos tratamientos, la carga de la hipertensión a lo largo de la vida es importante. Los datos de este estudio enfatizan la necesidad de buscar nuevas estrategias para alcanzar objetivos de control y nuevos estudios que valoren objetivos de control más estrictos.

Comentario

Es un hecho conocido la relación lineal y continua de la presión arterial (PA) con la enfermedad cardiovascular (CV), desde valores de 115/75 mmHg de PA sistólica y diastólica respectivamente. Por otra parte, es difícil definir la hipertensión arterial porque no hay un punto de inflexión claro por debajo del cual no exista riesgo.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los sujetos con PA normal/normal-alta (prehipertensos) no están exentos de riesgo y tienen una mayor incidencia de enfermedad CV que los sujetos con una PA óptima (< 120/80 mmHg)¹. Sin embargo, existen dudas de los objetivos de PA a alcanzar con el tratamiento en los pacientes hipertensos, sobre todo en los hipertensos de riesgo elevado (prevención secundaria o con diabetes) en los que se proponían objetivos de control más estrictos (< 130/80 mmHg) que en los hipertensos de menor riesgo. Los expertos y sociedades que dudan de objetivos de control más estrictos, basan su opinión en la falta de evidencias (en la mayoría de los estudios no se alcanzaban al final del estudio cifras de PA inferiores a 130/80 mmHg) y en una posible curva *J*, como puso de manifiesto el estudio INVEST en pacientes con enfermedad coronaria. Por otra parte, es un hecho conocido que en los estudios en los que no se alcanzan objetivos estrictos

de PA en los pacientes de alto riesgo la tasa de eventos estaba en torno al 20-40% (riesgo residual muy elevado) a pesar del tratamiento².

En los últimos años, hay evidencias de que objetivos más estrictos pueden ser beneficiosos, por ejemplo, en el estudio ACCOMPLISH, realizado en pacientes de alto riesgo, en el que las presiones al final del estudio estaban entorno a 131-132/73-74 mmHg, en los 2 brazos del ensayo la tasa de eventos a los 4 años de seguimiento fue de un 10-12%. Por otra parte, también hay evidencias recientes que ponen de manifiesto una posible curva *J*, pero con cifras de PA inferiores a 110-120/70 mmHg, en algunos pacientes con enfermedad coronaria^{3,4}. No existe tal curva *J* en la prevención del ictus.

El estudio de Rapsomaniki E et al., en el que la mayoría de los sujetos estudiados no son hipertensos ni de riesgo elevado, se pone de manifiesto en todos los grupos etarios que niveles de PA óptimos son los que tienen una menor incidencia de todos los tipos de enfermedad CV y que no existe una curva *J* para ningún tipo de enfermedad.

Son necesarios más estudios que definan los objetivos de PA a alcanzar en los diferentes tipos de pacientes. De momento una actitud sensata sería individualizar el tratamiento en función del paciente que tengamos delante, evitar hipotensiones importantes con el tratamiento, para ello, sobre todo en los pacientes de riesgo (coronarios, ancianos, aterosclerosis evolucionadas...), sería muy recomendable la utilización de automedidas domiciliarias o monitorización ambulatoria para identificarlas, y cuanto menos alcanzar el control de PA (< 140/90 mmHg) en todos los pacientes. Hay que recordar que tenemos en torno a un 40-50% de pacientes mal controlados y que apenas un 5-10% de los pacientes tienen hipotensiones con el tratamiento, la mayoría no graves.

Bibliografía

1. Arima H, Murakami Y, Lam TH, Kim HC, Ueshima H, Woo J, et al. Effects of prehypertension and hypertension subtype on cardiovascular disease in the Asia-Pacific Region. *Hypertension*. 2012;59:1118-23.
2. Zanchetti A. Bottom blood pressure or bottom cardiovascular risk? How far can cardiovascular risk be reduced? *J Hypertens*. 2009;27:1509-20.
3. Volpe M, Tocci G. Redefining blood pressure targets in high-risk patients? Lessons from coronary endpoints in recent randomized clinical trials. *Am J Hypertens*. 2011;24:1060-8.
4. Epstein BJ, Gums JG. Angiotensin receptor blockers versus ACE inhibitors: Prevention of death and myocardial infarction in high-risk populations. *Ann Pharmacother*. 2005;39:470-80.