

PREGUNTA CLÍNICA N° 30

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE ELECCIÓN EN EL HIPERTENSO QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR?

Fecha de actualización: Julio 2014

RESUMEN

1. Introducción.

La GPC anterior recomienda tratar con antihipertensivos a todos los pacientes hipertensos que han sufrido un ACV y establece la combinación de indapamida con perindopril como terapia adecuada de tratamiento (Grado de recomendación A).

2. Resumen respuesta en GPCs base.

No hay coincidencia entre las guías en cuanto a que NICE no hace distinciones en el tratamiento de la HTA con o sin enfermedad cardiovascular. La guía canadiense, sí recomienda un IECA/diurético en los pacientes que tienen ictus previo.

3. Resumen de la evidencia.

Tras la publicación de la guía anterior se publica un ensayo grande (PROFESS)(1), con más de 20.000 pacientes con ictus previo, en el que se compara telmisartan frente a placebo además de algunas revisiones sistemáticas(2, 3) de calidad moderada que incluyen este nuevo ensayo y que se han seleccionado para esta actualización. Para algunas comparaciones y debido a la ausencia de nuevos datos, se utiliza la misma RS utilizada en la Guía anterior (4).

En general, los estudios incluidos en las RS incluyen un elevado porcentaje de población hipertensa aunque no son específicas de hipertensos con ictus previo. Se considera que los beneficios encontrados en estos estudios se puedan aplicar en general a los hipertensos con ictus previo. Así, una RS no han encontrado heterogeneidad al considerar por subgrupos los ensayos en los que la HTA era criterio de inclusión y los que no (3).

Hay *evidencia de calidad moderada*(2) de que en pacientes que han sufrido un ictus previo los fármacos antihipertensivos en comparación con placebo o no tratamiento son beneficiosos para disminuir la incidencia de ictus y eventos cardiovasculares (muerte cardiovascular, ictus o IAM), sin diferencias estadísticamente significativas para mortalidad total. En cuanto a la selección de qué antihipertensivos usar, existe *evidencia de calidad moderada*

de que los diuréticos (4) son beneficiosos frente a placebo para disminuir la incidencia de nuevo ictus y los eventos cardiovasculares. Los IECA se muestran beneficiosos en disminuir el riesgo de sufrir un IAM sin que haya diferencias en otras variables (*calidad de la evidencia baja*). Para los ARA II, en el ensayo PROFESS(1), no hubo diferencias significativas en ninguna variable de resultado (*evidencia de calidad moderada*), aunque se especula si esta ausencia de beneficio se pueda deber a las menores diferencias en la PA conseguida entre ambas ramas frente a otros estudios o a que los pacientes pudieran estar mejor tratados de base que en estudios previos (con estatinas, antiagregantes, otros antihipertensivos...) Para los betabloqueantes no se dan diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable de resultado (*evidencia de calidad baja*). No se encuentra ningún ensayo en pacientes con ictus previo que compare calcioantagonistas frente a placebo.

Las evidencias de mayor calidad (*evidencia de calidad alta*) en cuanto a efectos beneficiosos se dan para la combinación IECA+ diurético frente a placebo (recomendada en la Guía 2007). En base a los resultados del ensayo PROGRESS (1), son beneficiosos para disminuir el ictus, el IAM y los eventos cardiovasculares.

En cuanto a comparaciones entre distintos grupos de antihipertensivos, sólo se dispone de la comparación de ARA II vs calcioantagonistas (DHP) (3). No se hallan diferencias entre ambos tratamientos en el riesgo de ictus recurrente ni en el de eventos cardiovasculares mayores (*calidad de la evidencia baja*).

4. De la Evidencia a la Recomendación.

Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:

El tratamiento antihipertensivo frente a placebo disminuye el riesgo de un nuevo ictus y de eventos cardiovasculares. Este beneficio se ha constatado para diuréticos (ictus y eventos cardiovasculares), para IECA (IAM), y la combinación de IECA con diuréticos (ictus, IAM y eventos cardiovasculares).

Los antihipertensivos, en general, raramente provocan reacciones adversas graves si se inician y monitorizan adecuadamente.

Evidencia indirecta (5) sugiere que la mayoría de pacientes aceptan el tratamiento antihipertensivo en el escenario de resultados de prevención de IAM, insuficiencia cardíaca, ictus o muerte.

No se han tenido en cuenta estudios sobre coste-efectividad ; en general , los fármacos de comercialización más recientes son los más caros.

Las consecuencias deseadas claramente superan las consecuencias no deseadas para la comparación antihipertensivos (en general) vs placebo o no tratar. Para los grupos de fármacos individuales esto es así claramente para los diuréticos o la combinación de IECA+diurético. Las consecuencias deseadas de tratar con IECAs vs placebo probablemente también superan las consecuencias no deseadas, mientras que para ARA II o betabloqueantes el balance es incierto. También es incierto el balance de consecuencias para la comparación ARA II vs calcioantagonistas.

Razonamiento justificación de la recomendación:

Existe evidencia de calidad moderada de que el uso de tratamiento antihipertensivo disminuye la incidencia de ictus recurrente y eventos cardiovasculares mayores en pacientes hipertensos con ictus previo. No existen evidencias de buena calidad que señalen que unos antihipertensivos frente a otros sean más beneficiosos en disminuir el riesgo de un nuevo ictus u otros eventos cardiovasculares. Se considera que existe evidencia de calidad alta de que la combinación de un IECA y un diurético (perindopril+indapamida) se asocia a una disminución del riesgo de sufrir un ictus recurrente, IAM o la combinación de eventos cardiovasculares mayores. Asimismo, hay evidencias de calidad moderada que el tratamiento con diurético se asocia a una disminución del riesgo de nuevo ictus y eventos cardiovasculares. A falta de comparaciones directas, estas dos opciones pueden ser consideradas como adecuadas.

Recomendación:

En pacientes hipertensos con ictus previo, se recomienda el tratamiento antihipertensivo. Se recomienda el tratamiento con un diurético tipo tiazida o con la asociación de un diurético tipo tiazida con un IECA.

Consideraciones para la implementación:

El equipo redactor considera que una actitud prudente podría ser comenzar con diurético tipo tiazida y asociar un IECA en caso de que éste sea bien tolerado. Entre los diuréticos, indapamida es el más estudiado.

Factibilidad:

Es factible en nuestro medio.

Evaluación y prioridades para la investigación:

Existen poco ensayos en pacientes con ictus previo que utilicen los calcioantagonistas, que en prevención primaria podrían tener efectos beneficiosos sobre la variable de resultado de ictus en comparación con otros grupos de antihipertensivos, así como de la combinación de inhibidores del SRA (IECA o ARAII) +calcioantagonista frente a la de IECA + diurético.

5. Bibliografía.

1. Yusuf S, Diener HC, Sacco RL, Cotton D, Ounpuu S, Lawton WA, et al. Telmisartan to prevent recurrent stroke and cardiovascular events. *N Engl J Med.* 2008;359(12):1225-37.
2. Lakhan SE, Sapko MT. Blood pressure lowering treatment for preventing stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Med.* 2009;2(1):30.
3. Lee M, Saver JL, Hong KS, Hao Q, Chow J, Ovbiagele B. Renin-Angiotensin system modulators modestly reduce vascular risk in persons with prior stroke. *Stroke.* 2012;43(1):113-9.
4. Rashid P, Leonardi-Bee J, Bath P. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. *Stroke.* 2003;34(11):2741-8.
5. Perret-Guillaume C, Genet C, Herrmann FR, Benetos A, Hurst SA, Vischer UM. Attitudes and approaches to decision making about antihypertensive treatment in elderly patients. *J Am Med Dir Assoc.* 2011;12(2):121-8.