

PREGUNTA CLÍNICA N° 32

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE ELECCIÓN EN EL PACIENTE CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE?

Fecha de actualización: Julio 2014

RESUMEN

1. Introducción.

En la guía anterior, en base a una RS Cochrane, no se hacían recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento de la HTA en la arteriopatía periférica (se deben seguir las recomendaciones generales (Grado B). Se tuvo en consideración el análisis del subgrupo de arteriopatía periférica del estudio HOPE, y se consideró que no proporcionaba suficiente evidencia para recomendar un IECA específicamente.

Por otra parte se establecía que los betabloqueantes cardioselectivos se pueden usar en arteriopatía periférica estable en fase leve o moderada si existe indicación firme de uso, recomendación que provenía de la GPC 2002.

2. Resumen respuesta en GPCs base.

Las GPC son consistentes en no hacer recomendaciones específicas de tratamiento de elección. La GPC canadiense no contempla recomendaciones específicas para los pacientes con arteriopatía periférica salvo para contraindicar los betabloqueantes en enfermedad severa.

3. Resumen de la evidencia.

Los datos provienen principalmente de una actualización de la RS Cochrane y un ensayo clínico. La RS Cochrane, (búsqueda hasta mayo 2009) valora la eficacia de los agentes antihipertensivos en pacientes hipertensos y arteriopatía periférica. Se incluyen 4 estudios, de los cuales sólo uno (estudio HOPE, con 50% de hipertensos entre los pacientes con arteriopatía periférica) incluye variables de resultado críticas. El resto valora variables de distancia máxima caminada, distancia de claudicación, consideradas importantes en esta entidad, así como el índice tobillo-brazo, pero en ensayos muy pequeños con muy bajo número de pacientes. El ensayo clínico, se realiza en 212 pacientes (muestra mayor que los ECA de la RS) y mide variables específicas de claudicación intermitente (tiempos máximos y sin dolor en cinta rodante), así como calidad de vida. Otra RS Cochrane estudia el posible perjuicio de los betabloqueantes; en septiembre de 2013 se ha publicado una actualización de esta revisión, no añade estudios nuevos y sus conclusiones son las mismas.

En comparación con placebo los IECA (ramipril), con una evidencia de calidad moderada, fueron mejores para

disminuir los eventos cardiovasculares (*muerte cardiovascular, ictus o IAM*), aumentar el tiempo máximo de caminata y mejorar la calidad de vida (SF 36, componente físico).

No hubo diferencias clínicamente significativas para las distancias máximas caminadas o de claudicación (*evidencia de calidad muy baja*), tiempo de claudicación (diferencia estadísticamente significativa pero no relevante clínicamente), índice tobillo-brazo o calidad de vida (componente mental), éstos últimos con evidencia de calidad moderada.

En la **comparación entre calcioantagonistas (verapamil)** frente a placebo no hubo diferencias significativas para el índice tobillo-brazo (*evidencia de calidad muy baja*).

En la **comparación entre betabloqueantes y placebo** no hubo diferencias significativas para la distancia máxima caminada o distancia de claudicación (*evidencia de calidad muy baja*).

En la **comparación entre betabloqueantes (nebibolol) y diuréticos** no hubo diferencias significativas para la distancia máxima caminada o distancia de claudicación (*evidencia de calidad muy baja*).

Otro ensayo clínico que compara metoprolol con nebibolol no encuentra diferencias entre ambos.

4. De la Evidencia a la Recomendación.

Balance beneficios y riesgos

- Los objetivos son dobles. Por un lado, reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (más elevado que en hipertensión sin comorbilidad) y por otro, aumentar la distancia caminada. Para disminución de eventos cardiovasculares sólo está disponible el subestudio del ensayo HOPE, realizado con ramipril. Sin embargo, no está claro que el beneficio no se deba a una disminución de la PA y que otros antihipertensivos no tengan la misma eficacia para este outcome. El tiempo máximo caminado también mejoró con ramipril. Los IECA, en general, raramente provocan reacciones adversas graves si se inician y monitorizan adecuadamente. La tos es un efecto adverso molesto que puede obligar a suspender el tratamiento.
- En cuanto a los betabloqueantes se han desaconsejado tradicionalmente en arteriopatía periférica, por lo que es importante saber si son perjudiciales realmente, ya que en pacientes con comorbilidades (post-IAM o ICC) tienen indicación firme de uso. No se dan efectos negativos en las distancias caminadas con los betabloqueantes, aunque la calidad de la evidencia es muy baja.

Opinión de los pacientes

- Evidencia indirecta sugiere que la mayoría de pacientes aceptan el tratamiento antihipertensivo en el escenario de resultados de prevención de IAM, insuficiencia cardiaca, ictus o muerte. En función de la situación basal de pacientes y sus comorbilidades mejorar la movilidad también puede ser un objetivo importante.

Recursos

No se han tenido en cuenta estudios sobre coste-efectividad . - En general los fármacos de comercialización más recientes son los más caros. Ramipril tiene un coste intermedio entre los IECA disponibles.

Balance de las consecuencias

El balance de las consecuencias es favorable a los IECA (ramipril) frente a placebo mientras que para el resto de grupos frente a placebo la evidencia es insuficiente. No hay comparaciones directas entre distintos grupos de antihipertensivos que hayan evaluado variables críticas o importantes o son de calidad muy baja.

En cuanto a los betabloqueantes, el balance de las consecuencias en pacientes con arteriopatía periférica es incierto, si bien en pacientes con indicación firme de uso, las consecuencias deseadas probablemente superan las consecuencias no deseadas.

Razonamiento justificación de la recomendación:

Existe evidencia de calidad moderada de que los IECA disminuyen los eventos cardiovasculares. No está claro que el efecto beneficioso sea independiente de su efecto como antihipertensivo. No hay comparaciones directas frente a otros antihipertensivos. Existe evidencia de calidad moderada proveniente de un solo ECA de que ramipril 10 mg aumenta el tiempo máximo caminado en la cinta rodante, por lo que a sus beneficios en disminución de eventos cardiovasculares se añadirían beneficios específicos en claudicación intermitente.

No existen evidencias de que los betabloqueantes sean perjudiciales en pacientes con arteriopatía periférica en cuanto a disminución de distancias caminadas.

Recomendación:

Se sugiere el tratamiento con IECAs en pacientes hipertensos con arteriopatía periférica.

Se sugiere utilizar betabloqueantes en pacientes con arteriopatía periférica en los que el betabloqueante tenga indicación firme de uso.

Consideraciones para la implementación:

Si un paciente con arteriopatía periférica necesita un nuevo antihipertensivo el IECA es una buena opción. No está claro que haya que añadirlo (o cambiarlo) si el paciente está controlado con otros antihipertensivos.

Factibilidad:

Es factible en nuestro medio.

Evaluación y prioridades para la investigación:

Comparaciones directas entre distintos grupos de fármacos.

Bibliografía.