

PREGUNTA CLÍNICA N° 33

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE ELECCIÓN EN EL PACIENTE CON HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA?

Fecha de actualización: Julio 2014

RESUMEN

1. Introducción.

La presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es una situación especial que no se trata de manera regular en las guías de HTA. En la versión anterior de la Guía, se recomendaba tratar según las recomendaciones generales (los betabloqueantes no se recomendaban de primera elección) en base al estudio LIFE y a un meta-análisis que analizaba los efectos de las distintas clases de antihipertensivos en la regresión de la masa del ventrículo izquierdo.

2. Resumen respuesta en GPCs base.

Mientras que la Guía NICE no hace recomendaciones en esta situación, la Guía canadiense considera que el tratamiento inicial puede ser cualquiera de las clases principales excepto betabloqueantes.

3. Resumen de la evidencia.

En la búsqueda realizada en 2013 no se encuentran nuevos estudios, realizados en población hipertensa con hipertrofia ventricular izquierda (HVI) que evalúe beneficios en eventos cardiovasculares.

Por otra parte, se plantea si la regresión de la HVI es un punto subrogado válido de morbimortalidad cardiovascular, es decir, si a mayor regresión de la HVI, mayores beneficios en disminuir los eventos cardiovasculares y posteriormente si existen diferencias entre los distintos antihipertensivos en cuanto a la regresión de la HVI obtenida tras el tratamiento antihipertensivo.

En la GPC 2007 se citaba un subestudio del LIFE en que se relacionó la regresión de la HVI con la disminución de la morbimortalidad cardiovascular y total. Un meta-análisis que incluye éste y otros cuatro estudios con ecocardiogramas de seguimiento en 1-5 años y un seguimiento de 3-9 años, muestra como en una población de 2.449 pacientes (78% con HVI de base y 51% con regresión de HVI) disminuyen los eventos cardiovasculares en la población que presenta una regresión de la HVI o mantiene la masa del VI normal frente a la población que tenía persistencia de HVI o la desarrollaba, aunque había heterogeneidad en los estudios. Sin embargo, otro MA con metarregresión realizado en 2013 de 14 ensayos (12.809 pacientes, seguimiento de 0,5-5 años) no halló una relación continua entre los cambios en la HVI y los eventos cardiovasculares (variable combinada de mortalidad,

IAM, ictus y nuevos diagnósticos de IC) en pacientes hipertensos, independientemente de la técnica usada o el fármaco utilizado.

Un nuevo meta-análisis que compara las principales clases de antihipertensivos en la regresión de la masa del ventrículo izquierdo, no encuentra diferencias significativas en las distintas comparaciones por pares de las clases de antihipertensivos, salvo para la comparación de ARA II vs betabloqueante, regresión del 12,5% vs 9,8% respectivamente, dato consistente con los resultados del meta-análisis utilizado en la GPC 2007.

En conclusión, no se han encontrado nuevas evidencias que modifiquen la recomendación de la GPC anterior.

4. De la Evidencia a la Recomendación.

Balance beneficios y riesgos

En un ECA bien diseñado losartán es superior a atenolol en la reducción del ictus, pero a la luz de las evidencias actuales (ver pregunta 24-25) atenolol no puede considerarse como un comparador adecuado. No hay ensayos comparativos que midan resultados de morbimortalidad en este tipo de población entre el resto de grupos de antihipertensivos. Las revisiones sistemáticas de ensayos con antihipertensivos que miden regresión de la HVI no hayan diferencias estadísticamente significativas entre IECA, calcioantagonistas, ARA II y diuréticos en la regresión de la HVI y sí muestran que los betabloqueantes pueden ser menos eficaces que el resto de familias de antihipertensivos en la regresión de la HVI. Por otra parte, las evidencias son contradictorias en cuanto a si la regresión de la HVI puede considerarse una variable intermedia válida de eventos cardiovasculares.

Opinión de los pacientes

Es dudoso el valor que puedan otorgar los pacientes a la regresión de la HVI (a pesar de ser una lesión en órgano diana asintomática) frente a otros factores que también pudieran influir en sus preferencias como efectos secundarios, comodidad posológica o coste.

Recursos

No se han tenido en cuenta estudios sobre coste-efectividad. En general los fármacos de comercialización más recientes son los más caros y también, como grupo, los ARA II son más caros que IECA o calcioantagonistas o diuréticos.

Balance de las consecuencias

El balance de las consecuencias es negativo para betabloqueantes respecto a ARA II y probablemente también respecto a IECA, calcioantagonistas y diuréticos.

El balance de las consecuencias es incierto para la comparación entre sí del resto de principales grupos de antihipertensivos.

Razonamiento justificación de la recomendación:

En un ECA bien diseñado losartán es superior a atenolol en la reducción del ictus, pero a la luz de las evidencias actuales (ver pregunta 24-25) atenolol no puede considerarse como un comparador adecuado. Los betabloqueantes pueden ser además menos eficaces que el resto de familias de antihipertensivos en la regresión de la HVI. Ante la ausencia de ensayos específicos con variables críticas entre otros grupos de antihipertensivos, así como la evidencia de que no hay diferencias estadísticamente significativas entre IECA, calcioantagonistas, ARA II y diuréticos en la regresión de la HVI, se sugiere seguir las recomendaciones generales en esta población.

Recomendación:

Se sugiere tratar a los pacientes hipertensos con HVI según las recomendaciones generales.

Consideraciones para la implementación:

Nada reseñable.

Factibilidad:

Es factible en nuestro medio.

Evaluación y prioridades para la investigación:

Comparaciones directas entre distintos grupos de fármacos con resultados de morbimortalidad. Estudios diseñados específicamente para confirmar o refutar la teoría de si una mayor regresión de la HVI se traduce en mejoras en eventos clínicos en distintos tipos de pacientes.

5. Bibliografía.