

Resumen de ponencias

XXX

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

VIII Congreso de la Sociedad
de Medicina Interna
de la Comunidad Valenciana

MESA REDONDA:
Riesgo vascular en los Servicios
de Medicina Interna. Estudios recientes

ESTHEN 1 y 2

Dr. Javier Sobrino Martínez

Valencia 18 - 21 Noviembre 2009

**XXX Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
Medicina Interna**

RESUMEN DE PONENCIAS

© De los textos: los autores, 2010



Coordinación editorial:

JARPYO EDITORES, S.A.

Av. de Concha Espina, nº 9, 1º dcha. 28016 Madrid Tel. 91 314 43 38 Fax 91 314 44 99

Plaza Eguilaz nº 8 bis, 3º, 3. 08017 Barcelona Tel. 93 203 04 46 Fax 93 203 02 62

e - mail: editorial@jarpyo.es • www.jarpyo.es

Patrocinado por Laboratorios Menarini

Reservados todos los derechos de edición. Se prohíbe la reproducción total o parcial de los artículos, material fotográfico, dibujos o cuadros contenidos en el presente libro, ya sea por medio mecánico, de fotocopia o sistema de grabación, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

Riesgo vascular en los servicios de Medicina Interna. Estudios recientes

Moderador:

Dr. Xavier Pintó i Sala

Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis.
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Dr. José Ignacio Cuende Melero

Servicio de Medicina Interna
Complejo Hospitalario de Palencia.
Palencia



ESTHEN 1 y 2

Resumen de la ponencia presentada por:

Dr. Javier Sobrino Martínez

Unidad de HTA.

Fundacio Hospital de l'Esperit Sant.
Santa Coloma de Gramenet.

El Dr. Sobrino comenzó su intervención comentando que el objetivo de su presentación era exponer el fundamento y las actividades realizadas en el proyecto ESTHEN (Proyecto de la Hipertensión Arterial [HTA] Enmascarada).

La HTA enmascarada es un concepto reciente, que podemos observar en aquellos sujetos con presión arterial (PA) clínica normal y PA ambulatoria elevada.

En el estudio de Tomiyama realizado en 332 pacientes hipertensos tratados se observa una prevalencia del 22% de HTA enmascarada, y aunque realmente se trata de pacientes con "control clínico aislado", presentan mayor lesión

de órgano diana, tanto a nivel cardiaco, vascular como renal, que los pacientes con buen control de la PA ambulatoria.

Asimismo en el metaanálisis de Fagard y cols., que incluye 7 estudios con 11.502 sujetos, 53% varones, edad media 63 años, seguimiento medio 8 años con 912 episodios cardiovasculares primarios, se observa, para la HTA enmascarada, un RR de eventos cardiovasculares de 2 frente a 1,12 para la HTA clínica aislada y de 2,28 para la HTA, estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

El proyecto ESTHEN (Proyecto de la Hipertensión Arterial Enmascarada) tiene tres vertientes:

1. Docente: pretendiendo divulgar el concepto de la Hipertensión Arterial Enmascarada.
2. Investigadora: conocer su prevalencia en nuestro país.
3. Asistencial: protocolizar actitudes diagnósticas y terapéuticas para dicha entidad.

Se han realizado hasta el momento tres proyectos de investigación, dos ya completados (ESTHEN 1 y 2) y uno en marcha (ESTHEN 3).

El Proyecto ESTHEN 1 fue el primero de ellos y se realizó entre junio de 2007 y marzo de 2008. Este estudio se dirigió a pacientes hipertensos.

El estudio ESTHEN 1 responde a las características de un estudio observacional, sin intervención de ningún tipo. Fue un estudio prospectivo de una cohorte de 750 pacientes hipertensos controlados en unidades de HTA de todo el territorio español. Se trataba de pacientes tratados y controlados (PA clínica < 140/90 y < 130/80 en diabéticos) a los que se les practicó una toma ambulatoria de la presión arterial (MAPA) sin modificar su tratamiento habitual.

Se recogieron sus datos antropométricos, antecedentes cardiovasculares previos, presencia concomitante de otros factores de riesgo cardiovascular (RCV), tipo de tratamiento antihipertensivo y analítica básica.

Se definió como HTAE la presencia en la MAPA de una PA media del período de actividad 135/85 mmHg (130/80 en pacientes diabéticos o con IR).

Los criterios de inclusión pretendían asegurar tener pacientes hipertensos pero aparentemente bien controlados. Los de exclusión, evitar todos aquellos factores que pudieran dificultar las determinaciones necesarias.

En cuanto al tratamiento antihipertensivo, un 39% estaba en monoterapia o con dos tratamientos (un 36%) y un 28% tomaban 3 o más fármacos. Los tratamientos más prescritos fue-

ron los ARA II (58,9%) seguidos por los bloqueantes de canales de calcio (32,5%). La PA clínica media fue inferior a la determinada por la MAPA en período de actividad. Si definimos la HTA Enmascarada como la presencia en la MAPA de una PA media en el período de actividad 135/85 mmHg o 130/80 en pacientes diabéticos la prevalencia observada de HTA enmascarada era del 48%.

No se ha observado asociación entre la HTAE y el sexo, la edad, el IMC, la historia familiar de ECV prematura, la obesidad abdominal, el tabaquismo, el enolismo, la diabetes, la insuficiencia renal, la hipertrofia ventricular izquierda, ni con el perfil lipídico, pero sí con la distancia entre la PA clínica medida y los límites de control. La utilización de aparatos validados de MAPA, y la presencia de enfermedad cardiovascular previa.

Estos resultados pueden interpretarse del siguiente modo: la probabilidad de tener una HTA enmascarada es menor (aproximadamente un tercio) en pacientes con antecedentes de episodios cardiovasculares que en pacientes libres de tales antecedentes. La probabilidad de tener una HTA enmascarada es menor cuanto mayor es la distancia entre la PA clínica y los límites de control. Por cada mmHg entre PA clínica y los límites de control, la probabilidad de tener una HTA enmascarada disminuye en un 10%. La probabilidad de tener una HTA enmascarada es menor cuando se utiliza un aparato validado para la MAPA.

En resumen, las conclusiones del estudio ESTHEN 1 fueron:

La prevalencia de HTAE en pacientes hipertensos tratados en nuestra población es de casi la mitad de los pacientes estudiados.

Los factores predictivos de HTAE, determinados en el modelo de regresión logística, fueron:

- La mínima distancia de la PA clínica a los límites de control.

- La ausencia de antecedentes personales de ECV.

La utilización de la MAPA (o quizás por lo menos de la automedida domiciliar de la presión arterial) para el control y seguimiento de los pacientes hipertensos es probablemente una herramienta imprescindible en las unidades de HTA.

El estudio ESTHEN 2 se realizó sobre población voluntaria no hipertensa y durante el año 2008. Aunque, como se ha comentado anteriormente, el estudio ESTHEN 2, se dirigió a población voluntaria no hipertensa, los objetivos de ambos estudios fueron totalmente análogos, a excepción de la comparación de métodos de evaluación de riesgo cardiovascular, sólo en ESTHEN 1.

Estos objetivos fueron:

1. Objetivo Principal: Estimar la prevalencia de la HTAE en población voluntaria no hipertensa.
2. Objetivos Secundarios:
 - a. Caracterizar el perfil de población voluntaria no diagnosticada de HTA, pero que presenta HTAE.
 - b. Evaluar la influencia de diversos factores potencialmente predictivos de la aparición de HTAE en población voluntaria no hipertensa.

La población de estudio fue una muestra de 720 voluntarios no hipertensos, recogidos por 75 investigadores de Unidades de Hipertensión Arterial de toda España.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Edad entre 18 y 65 años, de ambos sexos.
2. Consentimiento informado.
3. No hipertensos conocidos y con PA en la consulta de PAS < 140 y PAD < 90.
4. Personal laboral del centro sanitario donde se halla ubicada la Unidad de HTA.

En cuanto a los criterios de exclusión:

1. Trabajadores nocturnos o personas con períodos de actividad (vigilia) variables.
2. Presencia de arritmias.
3. Perímetro braquial > 40 cm.
4. Pacientes con diabetes, enfermedad cardiovascular establecida o insuficiencia renal diagnosticada previamente.
5. Pacientes que tomen fármacos antihipertensivos por cualquier otra patología.

Otra diferencia relevante fue el uso de diferentes definiciones de HTAE, utilizándose además de la del proyecto ESTHEN 1, otras tres definiciones (referidas a los límites en período nocturno, de 24 h y las combinaciones de todas ellas).

La PAS clínica media fue ligeramente superior a la determinada por la MAPA en período de actividad, fenómeno que se invirtió en el caso de la PAD.

Los factores de riesgo cardiovascular más frecuente fueron los antecedentes familiares, de HTA con un 48,7%, seguidos muy de cerca por el sedentarismo (44,2%).

A fin de simplificar y poder comparar con los resultados de ESTHEN 1, con la definición de HTAE usada en ESTHEN 1 la prevalencia observada en la población PP es del 24%, la mitad de la observada en pacientes hipertensos. No obstante, utilizando las otras definiciones, los resultados fueron siempre superiores, llegando a un máximo del 50% para la definición combinada.

En conclusión, de los resultados del estudio ESTHEN 2 podemos concluir que:

1. La prevalencia de HTAE en sujetos normotensos es elevada, siendo mucho más frecuente en los varones, cuando existen antecedentes familiares de HTA y en las personas de mayor edad.

2. La monitorización ambulatoria de la presión arterial debería ser una prueba de rutina en las revisiones laborales del personal sanitario, sobre todo en los varones.

3. Uno de cada 3 sujetos normotensos presenta hipertensión arterial nocturna, siendo mucho más frecuente en los varones, y aumentando un 41% dicha probabilidad con cada incremento de edad de 10 años.

El Dr. Sobrino finalizó comentando que está en marcha el estudio ESTHEN 3, cuyos objetivos son:

Objetivo primario:

- Estimar la prevalencia de HTA enmascarada, determinada mediante MAPA, en familiares

de primer grado de pacientes hipertensos, que sean normotensos y nunca tratados .

Objetivos secundarios:

- Estimar la prevalencia de HTA enmascarada (HTAE), determinada mediante AMPA, en familiares de primer grado de pacientes hipertensos.
- Evaluar la concordancia entre el diagnóstico de HTAE determinado mediante MAPA o AMPA.
- Evaluar la asociación entre la HTAE, determinada mediante MAPA (MAPA diurna > 135 o 85), y los datos demográficos factores de riesgo cardiovascular y los marcadores de lesión de órgano diana.