



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento de la hipertensión en la enfermedad vascular periférica (Revisión)

Lane DA, Lip GYH

Lane DA, Lip GYH.
Treatment of hypertension in peripheral arterial disease
(Tratamiento de la hipertensión en la enfermedad vascular periférica).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD003075.
DOI: [10.1002/14651858.CD003075.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003075.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamiento de la hipertensión en la enfermedad vascular periférica

Deirdre A Lane¹, Gregory YH Lip¹

¹University of Birmingham Centre for Cardiovascular Sciences, City Hospital, Birmingham, UK

Contacto: Gregory YH Lip, University of Birmingham Centre for Cardiovascular Sciences, City Hospital, Dudley Road, Birmingham, B18 7QH, UK. g.y.h.lip@bham.ac.uk.

Grupo Editorial: Grupo Vascular.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 12, 2013.

Referencia: Lane DA, Lip GYH. Treatment of hypertension in peripheral arterial disease (Tratamiento de la hipertensión en la enfermedad vascular periférica). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD003075. DOI: [10.1002/14651858.CD003075.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003075.pub3).

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La enfermedad vascular periférica (EVP) es la causante de una considerable morbilidad y mortalidad. La hipertensión es un factor de riesgo para la EVP. El tratamiento de la hipertensión debe ser compatible con los síntomas de la EVP. La polémica en torno a los efectos de los betabloqueantes para la hipertensión en pacientes con EVP ha determinado que muchos médicos suspendieran la prescripción de estos fármacos. Se cuenta con escasa información sobre los efectos de otras clases de fármacos antihipertensivos ante la presencia de EVP. Ésta es una segunda actualización de una revisión Cochrane publicada por primera vez en 2003.

Objetivos

Determinar los efectos de los fármacos antihipertensivos en pacientes que presentan tanto presión arterial elevada como EVP sintomática en cuanto a la tasa de eventos cardiovasculares y la muerte, los síntomas de claudicación y la isquemia crítica de la pierna, y la progresión de la EVP aterosclerótica según lo medido por los cambios en el índice braquial del tobillo (IBT) y la necesidad de revascularización (cirugía reconstructiva o angioplastia) o amputación.

Métodos de búsqueda

Para esta actualización, el coordinador de búsquedas de ensayos del Grupo Cochrane de Enfermedades Vasculares Periféricas (Cochrane Peripheral Vascular Diseases Group) realizó búsquedas en el registro especializado de este grupo (última búsqueda marzo 2013) y en CENTRAL (2013, número 2).

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios (ECA) de por lo menos un tratamiento antihipertensivo versus placebo, o dos fármacos antihipertensivos entre sí, con intervenciones de una duración mínima de un mes. Los ensayos debían incluir pacientes con EVP sintomática.

Obtención y análisis de los datos

Un autor (DAL) extrajo los datos y el otro (GYHL) los verificó. Se excluyeron los estudios elegibles cuando la presentación de resultados no permitió la extracción adecuada de datos y la información solicitada a los autores de los estudios no aportó los datos sin procesar.

Resultados principales

Se incluyeron ocho ECA con un total de 3610 pacientes con EVP. Cuatro estudios compararon una clase reconocida de tratamiento antihipertensivo con placebo y cuatro estudios compararon dos tratamientos antihipertensivos entre sí. No se agruparon los estudios debido a la variación de las comparaciones y los resultados presentados. En general, la calidad de las pruebas disponibles fue incierta, principalmente como resultado de una falta de detalles en los informes de los estudios sobre la asignación al azar y el cegamiento de los

procedimientos y los datos de resultado incompletos. Dos estudios compararon inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) con placebo. En un estudio, hubo una reducción significativa del número de eventos cardiovasculares en los pacientes que recibieron ramipril (odds ratio [OR] 0,72; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,58 a 0,91; n = 1725). En el segundo ensayo que utilizó perindopril (n = 52), se produjo un aumento marginal de la distancia de claudicación, pero ningún cambio en el IBT y una reducción de la distancia máxima de caminata. Un ensayo que comparó el antagonista de calcio verapamilo versus placebo en pacientes sometidos a angioplastia (n = 96), sugirió que el verapamilo redujo la nueva estenosis (porcentaje del diámetro de la estenosis \pm DE) 48,0% \pm 11,5 versus 69,6% \pm 12,2; P < 0,01), aunque estos datos no se reflejaron en el mantenimiento de un IBT alto (0,76 \pm 0,10 versus 0,72 \pm 0,08 para el verapamilo versus placebo). Otro estudio (n = 80) no demostró diferencias significativas en el espesor arterial de la íntima-media en los pacientes hombres que recibieron el diurético de tiazida hidroclorotiazida (HCTZ), en comparación con los que recibieron el bloqueador de alfa-adrenorreceptores doxazosina (-0,12 mm \pm 0,14 mm y -0,08 mm \pm 0,13 mm, respectivamente; P = 0,66). Un estudio (n = 36) que comparó telmisartán con placebo encontró una mejoría significativa en la distancia máxima de caminata a los 12 meses con telmisartán (mediana [rango intercuartil (IQR)] 191 m [157 a 226] versus 103 m [76 a 164]; P < 0,001), pero ninguna diferencia en el IBT (mediana [IQR] 0,60 [0,60 a 0,77] versus 0,52 [0,48 a 0,67]) o en el espesor arterial de la íntima-media (mediana [IQR] 0,08 cm [0,07 a 0,09] versus 0,09 cm [0,08 a 0,10]). Dos estudios compararon el bloqueador de beta-adrenorreceptores nebivolol con el diurético de tiazida HCTZ o con metoprolol. Ninguno de los dos estudios encontró diferencias significativas en la distancia de claudicación intermitente o absoluta, el IBT, o la mortalidad por todas las causas entre los antihipertensivos. Un análisis de subgrupos de los pacientes con EVP (n = 2699) en un estudio que comparó una estrategia basada en el antagonista del calcio (verapamilo de liberación lenta [LL] \pm trandolapril) con una estrategia basada en el bloqueador de beta-adrenorreceptores (atenolol \pm hidroclorotiazida) no encontró ninguna diferencia significativa en las variables principales de evaluación compuestas de la muerte, el infarto de miocardio no mortal o el accidente cerebrovascular no mortal con o sin revascularización (OR 0,90; IC del 95%: 0,76 a 1,07 y OR 0,96; IC del 95%: 0,82 a 1,13; respectivamente).

Conclusiones de los autores

Las pruebas sobre el uso de diversos fármacos antihipertensivos en pacientes con EVP son deficientes, por lo cual, no se conoce si producen aumentos significativos de los beneficios o los riesgos. Sin embargo, la falta de datos que examinen específicamente los resultados en los pacientes con EVP no debe desmerecer las pruebas abrumadoras sobre el beneficio de tratar la hipertensión y disminuir la presión arterial.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento de la hipertensión en pacientes con enfermedad vascular periférica

Cuando la presión arterial regularmente es alta, puede dar lugar a complicaciones como ataques cardíacos (infarto de miocardio) o accidente cerebrovascular. Tanto la enfermedad vascular periférica (EVP), un trastorno que afecta los vasos sanguíneos (arterias) que llevan la sangre a las piernas, los brazos y el área del estómago, como la hipertensión se asocian con aterosclerosis. Esta afección es el endurecimiento de las arterias causado por los depósitos de grasa, colesterol y otras sustancias dentro de los vasos sanguíneos. La EVP se diagnostica al observar una restricción en el suministro de sangre a las piernas que causa dolor y calambres y limita la capacidad de caminar (claudicación intermitente). Se mide de acuerdo a la distancia de caminata (en una cinta deslizante) antes de la aparición de dolor (distancia de claudicación) o al índice braquial del tobillo (IBT), la razón de la presión arterial en los brazos en comparación con la presión arterial en las piernas. Una presión arterial inferior en las piernas en comparación con los brazos (IBT de menos de 1,0) indica un bloqueo en las arterias de las piernas (o EVP). La EVP puede progresar y presentar dolor en reposo e isquemia crítica del miembro (falta súbita de flujo de sangre a un miembro causada por un coágulo de sangre o por un bloqueo por un depósito de grasa), lo cual requiere la revascularización (restauración del flujo sanguíneo al abrir el vaso sanguíneo bloqueado) o la amputación. El tratamiento de la hipertensión para reducir los eventos cardiovasculares (ataque cardíaco o accidente cerebrovascular) y la muerte debe considerarse cuidadosamente en los pacientes con EVP. Los fármacos antihipertensivos pueden empeorar los síntomas de EVP reduciendo aún más el flujo sanguíneo y el suministro de oxígeno a los miembros, y pueden tener efectos a largo plazo sobre la progresión de la enfermedad. Se observa una falta de pruebas de ensayos controlados aleatorios (ECA) que examinen los riesgos y los beneficios de diversos fármacos antihipertensivos en las medidas de la EVP.

Se identificaron ocho ECA con un total de 3610 pacientes con EVP sintomática en los que los participantes habían sido asignados al azar para recibir un tratamiento antihipertensivo durante al menos un mes o placebo o ningún tratamiento. Cuatro estudios compararon un tratamiento antihipertensivo con placebo y cuatro estudios compararon dos tratamientos antihipertensivos entre sí. Los estudios no se combinaron debido a la variación de las comparaciones y los resultados presentados. Un ensayo con 1725 participantes indicó que el inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) ramipril fue efectivo para reducir el número de eventos cardiovasculares en un 28% en comparación con placebo. En otro estudio que utilizó un inhibidor de la ECA (n = 52), el grupo de perindopril mostró un aumento pequeño en la distancia de claudicación, pero ningún cambio en el IBT y una reducción de la distancia máxima de caminata (DMC). En los pacientes sometidos a angioplastia arterial periférica (un procedimiento para abrir los vasos sanguíneos reducidos o bloqueados), los resultados de un ensayo con 96 participantes indicaron que el bloqueante de los canales del calcio verapamilo redujo la nueva estenosis (nuevo bloqueo de la arteria) a los seis meses. En un estudio pequeño (n = 80), el espesor de la pared arterial periférica fue similar cuando los pacientes hombres recibieron el diurético de tiazida hidroclorotiazida (HCTZ) o el bloqueador del alfa-adrenorreceptor doxazosina. En otro estudio pequeño (n = 36), se observó una mejoría en la DMC a los 12 meses en el grupo del antagonista de receptores de angiotensina II telmisartán en comparación con el grupo de placebo, aunque no hubo diferencias significativas en el IBT o el espesor de la pared arterial. Otro estudio (n = 163) no encontró diferencias significativas en la distancia de claudicación intermitente o absoluta, el IBT, la mortalidad por todas las causas o los eventos cardiovasculares no mortales después de 24 semanas de tratamiento en el grupo del bloqueador de

beta-adrenorreceptores nebivolol y en el grupo de HCTZ. Un estudio que comparó dos bloqueadores de beta-adrenorreceptores, nebivolol y metoprolol, no encontró ninguna diferencia clara en la distancia de claudicación intermitente o absoluta, el IBT, la mortalidad por todas las causas o la revascularización después de 36 semanas de tratamiento. Un análisis de subgrupos de los pacientes con EVP (n = 2699) en el estudio final no reveló diferencias significativas en las variables principales de evaluación combinadas de la muerte, el infarto de miocardio no mortal o el accidente cerebrovascular no mortal con o sin revascularización entre la estrategia basada en el antagonista del calcio (verapamilo de liberación lenta [LL] con o sin trandolapril) en comparación con la estrategia con bloqueadores de beta-adrenorreceptores (atenolol con o sin HCTZ).

Las pruebas sobre el uso de diversos fármacos antihipertensivos en pacientes con EVP son deficientes, por lo cual no se conoce si producen aumentos significativos de los beneficios o los riesgos. Sin embargo, la falta de datos que examinen específicamente los resultados en pacientes hipertensos con EVP no debe desmerecer las pruebas abrumadoras sobre el beneficio de tratar la hipertensión y disminuir la presión arterial.