

Control de la presión arterial nocturna como objetivo terapéutico

Rafael Marín-Iranzo

Unidad de Nefrología e Hipertensión. Centro Médico de Asturias. Oviedo

NefroPlus 2011;4(3):58

doi:10.3265/NefroPlus.pre2011.Oct.11200

RESUMEN

Dos estudios prospectivos recientes analizan, como objetivo principal, si la reducción del riesgo cardiovascular (CV) tiene una mayor relación con el descenso de la presión arterial (PA) nocturna o con la disminución de la PA diurna.

El trabajo más importante (*JACC* 2011) incluyó a 3.344 sujetos con una edad media de 52 años. Tras una monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) basal de 48 horas se comprobó que 2.610 eran hipertensos y 734, normotensos. Los hipertensos fueron aleatorizados a recibir o bien todos los fármacos antihipertensivos por la mañana, o bien a recibir uno o más por la noche.

Durante un tiempo de seguimiento de 5,6 años se realizó anualmente una MAPA de 48 horas y se analizó evolutivamente la relación entre los patrones del ritmo circadiano de la PA y la frecuencia de eventos CV ($n = 331$). Entre los sujetos con y sin eventos CV las diferencias más importantes se observaron con los valores de la PA sistólica (PAS) nocturnas (135 frente a 117 mmHg, respectivamente). El descenso de la PA durante el sueño era significativamente más bajo ($p < 0,001$) y la prevalencia de *no-dipper* significativamente más alta (73 frente a 46%) entre los individuos con eventos ($p < 0,001$). Cuando la PA nocturna y la diurna fueron incluidas conjuntamente en un modelo de regresión de Cox sólo la PA nocturna fue un marcador de morbimortalidad.

Evolutivamente, se comprobó que por cada 5 mmHg de reducción en la media de la PAS nocturna se conseguía una disminución de un 17% en la presencia de patología CV y esto era independiente de los cambios en cualquier otro parámetro de la PA medida por MAPA. Los autores concluyen que el valor medio de la PA nocturna es el mejor marcador pronóstico de la morbimortalidad CV, así como que la reducción progresiva de dicha PA podría constituir un nuevo objetivo terapéutico.

El segundo trabajo (*Diabetes Care* 2011) tuvo un diseño similar. En este caso se incluyeron 448 pacientes hipertensos con diabetes tipo 2, con una edad media de 62 años. Los pacientes adscritos a tomar al menos un fármaco por la noche tuvieron un riesgo de morbimortalidad CV más bajo que los que tomaron todos los fármacos por la mañana (*hazard ratio* [HR] 0,33; intervalo de confianza [IC] 95% 0,21-0,54; $p < 0,001$). Durante el seguimiento (5,4 años) por cada 5 mmHg de descenso en la PA nocturna se redujo un 12% el riesgo CV. Los autores concluyen que en los hi-

perensos diabéticos la administración de al menos un agente antihipertensivo por la noche disminuye el riesgo de enfermedad CV.

COMENTARIOS

En la última década se ha demostrado una asociación independiente entre el descenso de la PA nocturna y la disminución en la incidencia de eventos CV mortales y no mortales. En los dos trabajos aquí comentados se demuestra que este hecho se mantiene tras un seguimiento longitudinal de más de cinco años de duración. Quizá ésta sea la aportación más original y valiosa de los autores. Y abre las puertas para considerar a la PA nocturna como un objetivo terapéutico independiente.

Algunas limitaciones parecen claras. El número de casos analizados fue relativamente pequeño y la población muy heterogénea con inclusión de sujetos que no eran hipertensos. Parece que los esquemas de tratamiento fueron muy variados en cuanto al tipo de agentes utilizado. No se citan los escalones terapéuticos, ni el número de fármacos por paciente.

La cuestión es si en el futuro será necesario realizar MAPA de 24-48 horas evolutivas a todos los hipertensos. Quizás esta actitud no sea coste-efectiva, aunque su periodicidad sea anual. También queda por establecer la seguridad de la administración nocturna en todos los casos.

A partir de ahora, los ensayos de intervención terapéutica podrían incluir en su estrategia la administración de fármacos por la noche frente a por la mañana. Si se confirman los hallazgos aquí descritos podría aceptarse la toma nocturna preferente, aunque para comprobar su eficacia quizá no sería necesario repetir la MAPA en todos los casos.

Nota: Muy recientemente, estos mismos autores obtienen resultados similares en 661 pacientes con ERC definida por un FGe < 60 ml/min/1,73 m², EUA de ≥ 30 mg/24 h o ambos (*JASN* 2011;22:2313-21).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Citas originales:

- Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Fernández JR. Decreasing sleep-time blood pressure determined by ambulatory monitoring reduces cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58:1165-73.
- Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Fernández JR. Influence of time of day of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular risk in hypertensive patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34:1270-6.

Correspondencia: Rafael Marín Iranzo
Unidad de Nefrología e Hipertensión.
Centro Médico de Asturias. Oviedo
rmarini@senefro.org