

## Consumo habitual de cafeína y riesgo de hipertensión en mujeres

**Introducción.** La cafeína tiene un conocido efecto presor agudo, pero la asociación entre su consumo habitual y la incidencia de hipertensión es incierta.

**Objetivo.** Evaluar la asociación entre ingesta de cafeína e incidencia de hipertensión en mujeres.

**Diseño, ámbito y participantes.** Cohortes prospectivas (*Nurses' Health Studies*, NHS I y NHS II) de 155.594 mujeres estadounidenses no hipertensas seguidas unos 12 años (entre 1990-1991 y 2002-2003). El consumo de cafeína y sus posibles variables confusoras se determinaron a partir de cuestionarios. También se estudiaron las asociaciones con las distintas bebidas con cafeína.

**Variable principal de medida.** Incidencia de hipertensión diagnosticada por su médico.

**Resultados.** Durante el seguimiento hubo 19.541 casos incidentes de hipertensión en la cohorte NHS I y 13.536 en la NHS II. En ambas cohortes no se detectó una asociación lineal entre el consumo de cafeína y el riesgo de incidencia de hipertensión tras un análisis multivariante (NHS I,  $p=0,29$ ; NHS II,  $p=0,53$ ). Había una asociación en U invertida entre el consumo de cafeína y la incidencia de hipertensión. Comparados con los pacientes en el quintil más bajo de consumo de cafeína, los que estaban en el tercer quintil presentaban un 13% (IC 95%: 8%-18%) y un 12% (IC 95%: 6%-18%) de incremento de riesgo de hipertensión para las cohortes NHS I y NHS II, respectivamente. Al estudiar los tipos de bebida con cafeína se halló que el consumo habitual de café no estaba asociado con el incremento de riesgo de hipertensión. En cambio, el consumo de bebidas de cola se asoció a un mayor riesgo de hipertensión, independientemente de si contenían azúcar o era cola *light* ( $p<0,001$ ).

**Conclusiones.** No se encontró una asociación lineal entre consumo de cafeína e incidencia de hipertensión. Aunque el consumo habitual de café no se asoció a un incremento de riesgo de hipertensión, sí se encontró asociación entre el consumo de bebidas de cola (fueran con azúcar o *light*) e incidencia de hipertensión. Se precisa más investigación para evaluar el papel de las bebidas de cola en la hipertensión.

Winkelmayer WC, Stampfer MJ, Willett WC, Curhan GC. Habitual caffeine intake and the risk of hypertension in women. *JAMA*. 2005;294:2330-5.

## Comentario

Desde hace tiempo se viene evaluando el papel de la cafeína como agente presor y su efecto sobre la incidencia de hipertensión. Por ejemplo, en una cohorte de 1.017 varones seguidos 33 años el consumo de café no tenía un papel relevante en el incremento de riesgo de hipertensión, aunque su consumo se asociaba a un ligero aumento tensional (Klag MJ, et al. *Arch Intern Med*. 2002;162:657-62). Otros estudios concluyen que consumos superiores a 5 tazas de café incrementan a largo plazo la presión arterial en una media de 2/1 mmHg para la sistólica y diastólica, respectivamente (Jee SH, et al. *Hypertension*. 1999;33:647-52). Y otros trabajos apuntan a que este ligero efecto presor se demuestra tan solo en hipertensos y no llegaría a alcanzar significación estadística en normotensos.

Sin embargo, el estudio que resumimos aporta nueva información que no deja de sorprender. Parece que el riesgo de hipertensión viene más ligado al tipo de bebida que a la cafeína en sí misma. Los autores encuentran que el consumo de bebidas refrescantes cafeinadas con cola, sean con azúcar o sean *light*, se asocia a una mayor incidencia de hipertensión, también tras ajustar el análisis por ingesta de sodio, magnesio, potasio, fósforo, calcio, analgésicos o peso. El consumo de bebidas de cola también se ha asociado a una mayor incidencia de diabetes (Schulze MB, et al. *JAMA*. 2004; 292:827-34). Aunque no se pueden descartar variables confusoras no detectadas, parece razonable investigar más sobre el papel que las bebidas de cola puedan tener en la incidencia de hipertensión dado su gran consumo a nivel mundial.

E. Vinyoles

## Metaanálisis con betabloqueantes. ¿Deberían seguir siendo antihipertensivos de primera elección?

**Introducción.** Los betabloqueantes se han utilizado ampliamente para tratar la hipertensión y las guías los han recomendado como fármacos antihipertensivos de primera línea. De todas formas, un análisis preliminar ha demostrado que el atenolol no es muy efectivo para el tratamiento de la

hipertensión. El presente estudio tiene por objetivo aportar información sobre atenolol y analizar el efecto de los distintos betabloqueantes.

**Métodos.** Búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Cochrane y PubMed sobre tratamiento con betabloqueantes en hipertensión esencial. Se incluyeron 13 ensayos clínicos aleatorizados y controlados ( $n=105.951$ ) que comparaban el tratamiento con betabloqueantes con otros tratamientos antihipertensivos. Se incluyeron también otros 7 estudios ( $n=27.433$ ) que comparaban betabloqueantes con placebo o con ningún tratamiento.

**Resultados.** El riesgo relativo de ictus fue un 16% superior con los betabloqueantes (IC 95%: 4%-30%) que con otros antihipertensivos. No se hallaron diferencias significativas entre betabloqueantes y otros fármacos en relación a infarto de miocardio. Cuando el efecto de los betabloqueantes se comparó con el placebo o con ningún tratamiento, el riesgo relativo de ictus se redujo un 19% para todos los betabloqueantes (IC 95%: 7%-29%), cerca de la mitad de lo esperado, según ensayos clínicos previos con antihipertensivos. No hubo diferencias en cuanto a infarto de miocardio o mortalidad.

**Conclusiones.** En comparación con otros fármacos antihipertensivos, el efecto de los betabloqueantes es subóptimo, con un incremento del riesgo de ictus. Por todo ello, los autores piensan que no se deben mantener como fármacos de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial, ni como comparadores de referencia en futuros ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O.  
Should  $\beta$ -blockers remain first choice in the  
treatment of primary hypertension?  
A meta-analysis. Lancet. 2005;366:1545-53.

## Comentario

Clásicamente, las guías de práctica clínica, los consensos y los indicadores de calidad de prescripción han considerado betabloqueantes y diuréticos como fármacos de primera línea en el tratamiento de la hipertensión. Sin embargo, hace tiempo que se sabe que ambas familias antihipertensivas no están a un mismo nivel de evidencia en relación a resultados de morbilidad cardiovascular. Mientras existe mucha evidencia a favor del uso de diuréticos en el tratamiento de la hipertensión, los beneficios sobre eventos cardiovasculares no son tan evidentes en el caso de los betabloqueantes, especialmente en el anciano. La presente revisión sistemática demuestra que el efecto protector de los betabloqueantes para la prevención de accidentes cerebrovasculares es deficiente. Si a ello añadimos la evidencia sobre el incremento de la incidencia de diabetes cuando se prescriben en asociación fija con diuréticos o su conocido efecto sobre la ganancia de peso, los betabloqueantes no merecerían aparecer como antihipertensivos de primera elección para buena parte de los hipertensos, especialmente en mayores de 55 años. La única excepción sería su indicación en patologías concomitantes con la hipertensión en las que, efectivamente, han demostrado máximo beneficio, como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca o en determinados trastornos del ritmo cardíaco.

No hay que olvidar, además, que los betabloqueantes también tienen un papel fundamental en la terapia de combinación múltiple con otros antihipertensivos para conseguir reducciones tensionales óptimas en los pacientes hipertensos de más riesgo, y ello incluye a los diabéticos.

E. Vinyoles