

multivariante, los factores predictivos para la HTg leve fueron la obesidad, la edad media y ser varón; para la HTg moderada fueron la diabetes mellitus, una edad igual o superior a 50 años y ser varón, y para la HTg severa fue la diabetes mellitus. Todo ello se correlaciona con conclusiones similares de estudios muy diversos, tanto en su diseño como en la población y el área geográfica diana a la que estaba destinada.

Debido a las coincidencias con el estudio que nos ocupa, habría que destacar un artículo de investigación<sup>2</sup> propuesto por el Centro de Investigaciones Médicas de la Universidad de Carabobo (Venezuela), en el que se estudió el perfil metabólico de riesgo cardiovascular y la resistencia a la insulina según índice de masa corporal, circunferencia de cintura y cintura hipertrigliceridémica, definiéndose esta última como circunferencia de cintura e HTg, donde se observa cómo aquellos pacientes con cintura hipertrigliceridémica presentaban un peor perfil cardiometabólico con un importante aumento de PAD, glucemia, colesterol total, triglicéridos y un descenso de cHDL.

Simplemente si en el ICARIA atendemos al progresivo ascenso en las distintas categorías de HTg, se ve una relación directamente proporcional con el aumento de la prevalencia de obesidad, hipertensión arterial, síndrome metabólico y hábito enólico. Otros puntos también muy interesantes son el aumento lineal con el BMI, el WC y el síndrome metabólico.

El proyecto alemán de riesgo cardiovascular y metabólico (GEMCAS)<sup>3</sup> estudió como objetivo la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en atención primaria de Alemania y describió su asociación con factores de riesgo cardiovascular y pronóstico. Como en muchos otros, se objetivó el aumento de riesgo en el grupo con un mayor WC y sobrepeso, donde además identificó a los pacientes con más factores de riesgo.

Tanto en este estudio como en el ICARIA se ve cómo independientemente del sexo un mayor WC se asocia con una prevalencia aumentada de HTg, diabetes mellitus y descenso de cHDL. En cambio, el ICARIA no se detiene en describir claramente la asociación con el WC, siendo una oportunidad desaprovechada, ya que en aquellos pacientes con sobrepeso se puede estar infraestimando su riesgo cardiovascular, ya que si se relaciona con el índice WC, podría aumentar este, obteniendo interesantes conclusiones no contempladas previamente.

A mayor HTg, mayor es el riesgo de enfermedad cardiovascular, independientemente del sexo, la edad, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el

cHDL y la ausencia de cHDL. Esta conclusión, y en concreto en nuestra población, conlleva importantes implicaciones en la práctica clínica. Tanto en el ámbito diagnóstico o terapéutico como en el probablemente más importante de todos ellos: la prevención.

Por lo obtenido con el ICARIA, habría que realizar un estricto control de la diabetes mellitus y de la obesidad (incluyendo como parámetros de definición el WC y el BMI). Aunque la incidencia de la HTg no está bien estudiada porque difiere mucho de unos estudios frente a otros, la severa probablemente sea la menos preocupante. Aunque tenga las puntuaciones más altas en los cálculos de riesgo, nuestros esfuerzos deberían dirigirse a la leve y a la moderada. Si controlamos los factores predictivos de éstas, obesidad y diabetes mellitus, tal vez evitemos y hagamos prácticamente excepcional la severa.

Este estudio ha aportado implicaciones muy novedosas en el campo de los triglicéridos, aunque su diseño ha impedido la obtención de relaciones causa-efecto. La comparativa realizada previamente con otros de distintas zonas geográficas tenía como objetivo demostrar la concordancia de los resultados del ICARIA. Probablemente este pueda ser el incentivo para futuras investigaciones que exploren más todo lo obtenido.

## Bibliografía

1. Farin IIM, Abbast F, Reaven GM. Comparison of body mass index versus waist circumference with the metabolic changes that increase the risk of cardiovascular disease in insulin-resistant individuals. *Am J Cardiol*. 2006;98:1053-6.
2. Espinoza ZM, Ruiz FN, Barrios E, Reigosa A, Leal HU, González JC. Cardiovascular risk profile and insulin resistance according body mass index, waist circumference and hypertriglyceridemic waist in adult subjects. *Rev Med Chile*. 2009;137:1179-86.
3. Hauner H, Bramlage P, Losch C, Steinhagen-Thiessen E, Schunkert H, Wasem J, et al. Prevalence of obesity in primary care using different anthropometric measures—results of the German Metabolic and Cardiovascular Risk Project (GEMCAS). *BMC Public Health*. 2008;8:282.

Diana Salor Moral  
Medicina Interna, Hospital Universitario Gregorio Marañón,  
Madrid, España  
Correo electrónico: dianasalor@gmail.com

doi:10.1016/j.arteri.2010.02.001

## Obtención de los objetivos de presión arterial con un tratamiento basado en Olmesartán medoxomilo: análisis adicional del estudio de OLMEBEST

Barrios V, Escobar C, Calderon A, Böhm M. Blood pressure goal achievement with olmesartan medoxomil-based treatment: additional analysis of the OLMEBEST study. *Vasc Health Risk Manag*. 2009;5:723-9. Epub 2009 Sep 7

**Antecedentes:** Las guías clínicas recomiendan que la PA en pacientes hipertensos debe ser PAS <140 y PAD <90 mmHg. Este análisis evaluó la consecución de la cifra objetivo de PA en los pacientes hipertensos tratados con Olmesartán basado en el estudio.

**Métodos:** Los pacientes con hipertensión esencial (PAD  $\geq$  90 mmHg y <110 mmHg) recibieron Olmesartán medoxomilo de 20 mg/d (n = 2306). Después de 8 semanas, los pacientes con PAD  $\geq$  90 mmHg (n = 627) fueron asignados aleatoriamente a doble ciego a 4 semanas de tratamiento con Olmesartán 40 mg /d en monoterapia o a 4 semanas con Olmesartán 20 mg/d más hidroclorotiazida 12,5 mg/d. Para este análisis, se calculó el número y la proporción de pacientes que alcanzaron PAS <140 mmHg y/o PAD <90 mmHg al final de las 4 semanas.

**Resultados:** Los pacientes que alcanzaron la normalización de la PAD (<90 mmHg) en la semana 8 (n = 1546) continuaron con Olmesartán 20 mg/d, alcanzado el 66,7% de ellos PAS/PAD <140/90 mmHg en la semana 12. Los pacientes que no alcanzaron la normalización de la PAD en la semana 8, el 26,8% de los asignados a Olmesartán 40 mg/d y el 42,5% de los asignados a Olmesartán 20 mg/d más hidroclorotiazida 12,5 mg/d alcanzaron una PAD/PAS <140/90 mmHg en la semana 12.

**Conclusión:** El Olmesartán 40 mg/d y Olmesartán 20 mg/d más hidroclorotiazida 12,5 mg/d permiten alcanzar los objetivos de PA en una proporción importante de pacientes.

## Comentario

La HTA es la principal causa de enfermedad cardiovascular en el mundo. Debido al vínculo entre HTA y riesgo cardiovascular las guías nacionales e internacionales recomiendan que todos los pacientes hipertensos deben alcanzar las cifras de TAS <140 y TAD <90. En paciente diabético y con riesgo cardiovascular elevado el objetivo es 130/80<sup>3</sup>.

Los ensayos clínicos realizados hasta ahora muestran que hay una reducción de la morbilidad en los pacientes hipertensos tratados que alcanzan objetivos terapéuticos. En varios trabajos se ha comparado el efecto de diferentes regímenes de tratamiento antihipertensivo y los resultados son bastante uniformes y reflejan que las diferencias entre distintos fármacos utilizados en la actualidad son pequeñas<sup>1,4</sup>. Algunos fármacos presentan efectos más específicos para diferentes enfermedades. Por lo que en la elección del régimen terapéutico inicial hay que tener en cuenta las características individuales de cada paciente, y se debe ir ajustando esta terapia según las cifras de tensión arterial, ya que el beneficio que produce el fármaco está derivado principalmente de su efecto en el descenso de la PA. Además, la mayoría de los pacientes con hipertensión no consiguen los objetivos con la terapia inicial por lo que se recomienda aumentar la dosis del tratamiento en monoterapia o iniciar un tratamiento combinado.

La finalidad de este trabajo fue evaluar el logro de las cifras de tensión arterial recomendadas (PAS <140 y PAD <90) en pacientes tratados con Olmesartán 20 mg,

Olmesartán 40 mg, o Olmesartán 20 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg. Los resultados fueron que de los pacientes tratados con Olmesartán 20 mg/d durante 8 semanas, un 70% consiguieron la cifra recomendada de PA <140/90. Sin embargo, el 30% de pacientes no logró los objetivos y pasaron a recibir aleatoriamente Olmesartán 40 mg o Olmesartán 20 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg. En la semana 12, el 42,5% de los tratados con tratamiento combinado y el 26,8% de los tratados con Olmesartán 40 mg consiguieron las cifras objetivas. En cuanto a la población total del estudio, la proporción de pacientes que alcanzaron la meta de 140/90 se acercó al 60% en la semana 12. También se evaluó la proporción de pacientes que alcanzaron una meta más rigurosa de TA <130/85 a la semana 12, que fue del 27,4% incluyendo la población total del estudio (596/2173) y el 10,4% en los grupos aleatorizados.

Este artículo es un análisis adicional del estudio OLMEBEST<sup>2</sup> el estudio OLMEBEST analizaba los cambios en la PA según el fármaco recibido. Lo que aporta diferente este artículo es la descripción del número de pacientes que alcanzan las cifras de PA recomendadas por las guías clínicas. Tanto para la población general del estudio como para los grupos aleatorizados. El planteamiento final del artículo es que en la mayoría de países los niveles de control de la PA en la población general son subóptimos y deberían mejorarse con el fin de reducir la tasa de eventos cardiovasculares. Para ello se recomienda aumentar la dosis del fármaco prescrito en monoterapia o combinar varios fármacos para conseguir óptimas cifras de PA. Este estudio no aporta datos sobre qué terapia es la más apropiada. Solo se refiere a la necesidad de aumentar dosis o combinar fármacos para conseguir controlar idóneamente la PA. Es más no fue posible determinar si existía una diferencia estadísticamente significativa entre los 2 grupos al azar porque el estudio no tiene el poder suficiente para detectar la no inferioridad. Tampoco nos ofrece la posibilidad de saber si en esos pacientes que alcanzan las cifras adecuadas del PA presentan menos incidencia de fenómenos cardiovasculares que el resto. Nos deja abierta la pregunta: ¿Es mejor aumentar la dosis en monoterapia o la combinación de fármacos en el tratamiento de los pacientes hipertensos?

## Bibliografía

1. Ball KJ, Williams PA, Stumpe KO. Relative efficacy of an angiotensin II antagonist compared with other antihypertensive agents. Olmesartán medoxomil versus antihypertensives. J Hypertens Suppl. 2001.
2. Barrios V, Boccanelli A, Ewald S, Girerd X, Heagerty A, Krzesinski JM, et al. Efficacy and tolerability of olmesartan medoxomil in patients with mild to moderate essential hypertension: the OLMEBEST study. Clinical Drug Investigation. 2007;27: 545-58.
3. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens. 2007;25:1751-62.

4. Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, et al. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2008;336:1121–3. Epub 2008 May 14.

doi:10.1016/j.arteri.2010.03.006

María Belén Martín Puig  
*Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina,*  
*Universidad Complutense, Madrid, España*  
*Correo electrónico: belenbmp@hotmail.com*