

Esquina Científica

Decage News - 002 (Maio/2018)

- Impacto do Risco Cardiovascular no Benefício do Tratamento Intensivo da Hipertensão Arterial.

Artigo comentado por:

- Mariana Bellaguarda Sepulveda
- Roberto Dischinger Miranda

-Serviço de Cardiologia da Disciplina da Geriatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Impact of Cardiovascular Risk on the Relative Benefit and Harm of Intensive Treatment of Hypertension

Phillips RA, Xu J, Peterson LE, Arnold RM, Diamond JA, Schussheim AE. Impact of Cardiovascular Risk on the Relative Benefit and Harm of Intensive Treatment of Hypertension. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(15):1601-1610. doi: 10.1016/j.jacc.2018.01.074.

No tratamento da hipertensão, a meta de pressão arterial (PA) está em foco há vários anos. Em 2016, o SPRINT (*Systolic Pressure Intervention Trial*) demonstrou que indivíduos de alto risco cardiovascular e não diabéticos têm benefício com o tratamento intensivo da PAS (meta < 120 mm Hg). Desde então, vários estudos, além de subanálises do SPRINT vêm avaliando os prós e contras desta abordagem.

De forma geral, meta pressórica mais rígida proporciona menores taxas de desfechos cardiovasculares, mas foi associada ao aumento de eventos adversos graves e clinicamente significativos (EAGs). Ainda assim, a American Heart Association (AHA) e a American College of Cardiology (ACC) se posicionaram favoráveis ao tratamento intensivo e as novas diretrizes de Hipertensão Arterial (HAS) de 2017 já consideraram seus resultados na recomendação de valores de meta pressórica a partir do risco cardiovascular (RCV).

Este estudo, publicado em abril de 2018 no Journal of the American College of Cardiology (JACC), avaliou, na população do Estudo SPRINT, o real benefício da meta rígida levando em consideração o RCV e a incidência de EAGs.

Desta forma, os participantes do SPRINT foram divididos em quartis baseados na Escala de Estratificação de RCV em 10 anos proposta em 2013 pela AHA e ACC, sendo que o primeiro quartil era composto pelos de menor RCV. A partir daí, identificaram a incidência de desfechos primários e de EAGs por todas as causas naqueles em tratamento intensivo ou padrão (meta PAS <140 mm Hg).

Como era esperado, todos os quartis demonstraram uma taxa mais baixa de desfechos primários naqueles em tratamento intensivo, sem diferença na incidência de EAGs por todas as causas quando comparada ao tratamento padrão.

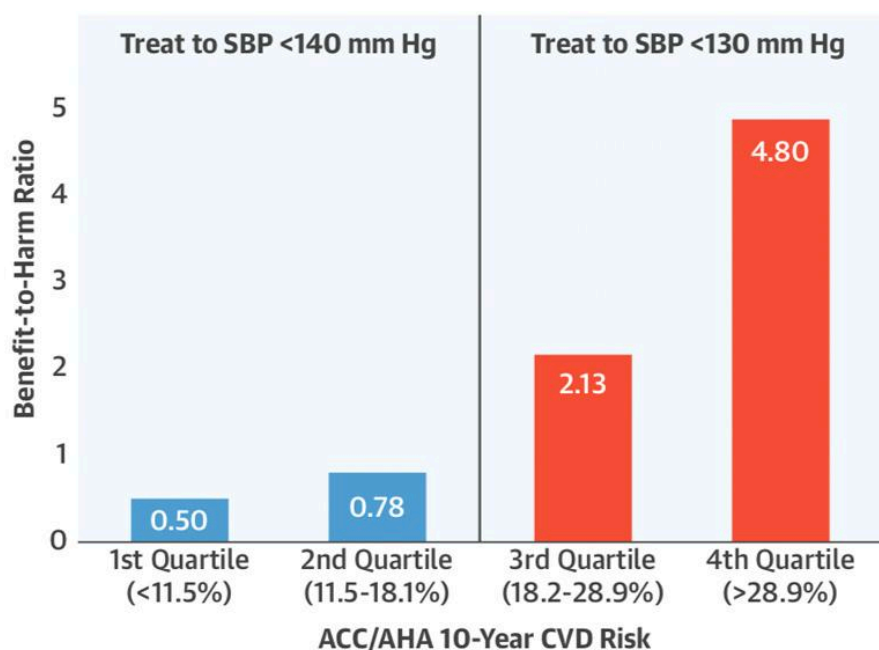
TABLE 2 Primary Outcome Events and All-Cause Mortality Events, Hazard Ratio, Absolute Risk Reduction, and NNT by 10-Year CVD Risk Quartile					
	Intensive	Standard	Hazard Ratio (95% CI)	Absolute Risk Reduction (95% CI)	NNT
Primary outcome events					
1st quartile (<11.5%)	33/1,178 (2.8)	45/1,153 (3.9)	0.64 (0.41 to 1.02)	1.1 (–0.4 to 2.6)	91
2nd quartile (11.5%–18.1%)	44/1,152 (3.8)	59/1,179 (5.0)	0.75 (0.51 to 1.12)	1.2 (–0.5 to 2.9)	83
3rd quartile (18.2%–28.9%)	64/1,172 (5.5)	81/1,159 (7.0)	0.78 (0.56 to 1.10)	1.5 (–0.4 to 3.5)	67
4th quartile (>28.9%)	102/1,160 (8.8)	133/1,170 (11.4)	0.73 (0.56 to 0.95)	2.6 (0.1 to 5.0)	38
All-cause mortality					
1st quartile (<11.5%)	19/1,178 (1.6)	22/1,153 (1.9)	0.81 (0.43 to 1.50)	0.3 (–0.8 to 1.4)	333
2nd quartile (11.5%–18.1%)	26/1,152 (2.3)	36/1,179 (3.1)	0.79 (0.47 to 1.33)	0.8 (–0.5 to 2.1)	125
3rd quartile (18.2%–28.9%)	35/1,172 (3.0)	50/1,159 (4.3)	0.71 (0.46 to 1.10)	1.3 (–0.2 to 2.9)	77
4th quartile (>28.9%)	74/1,160 (6.4)	101/1,170 (8.6)	0.75 (0.55 to 1.03)	2.2 (0.1 to 4.4)	45
Values are n/N (%) unless otherwise indicated. CI = confidence interval; NNT = number needed to treat.					

TABLE 3 Serious Adverse Events, Hazard Ratio, Absolute Risk Reduction, and NNH by 10-Year CVD Risk Quartile					
	Intensive	Standard	Hazard Ratio (95% CI)	Absolute SAE Risk Increase (95% CI)	NNH
All-cause serious adverse events					
1st quartile (<11.5%)	337/1,178 (28.6)	311/1,153 (27.0)	1.1 (0.9 to 1.2)	1.6 (–2.0 to 5.3)	62
2nd quartile (11.5%–18.1%)	412/1,152 (35.8)	396/1,179 (33.6)	1.1 (1.0 to 1.3)	2.2 (–1.7 to 6.0)	45
3rd quartile (18.2%–28.9%)	458/1,172 (39.1)	444/1,159 (38.3)	1.0 (0.9 to 1.2)	0.8 (–3.2 to 4.7)	125
4th quartile (>28.9%)	582/1,160 (50.2)	582/1,170 (49.7)	1.0 (0.9 to 1.1)	0.4 (–3.6 to 4.5)	250
Hypotension					
1st quartile (<11.5%)	16/1,178 (1.4)	11/1,153 (1.0)	1.4 (0.6 to 3.0)	0.4 (–0.5 to 1.3)	250
4th quartile (>28.9%)	102/1,160 (8.8)	133/1,170 (11.4)	0.73 (0.56 to 0.95)	2.6 (0.1 to 5.0)	38
All-cause mortality					
1st quartile (<11.5%)	19/1,178 (1.6)	22/1,153 (1.9)	0.81 (0.43 to 1.50)	0.3 (–0.8 to 1.4)	333
2nd quartile (11.5%–18.1%)	26/1,152 (2.3)	36/1,179 (3.1)	0.79 (0.47 to 1.33)	0.8 (–0.5 to 2.1)	125
3rd quartile (18.2%–28.9%)	35/1,172 (3.0)	50/1,159 (4.3)	0.71 (0.46 to 1.10)	1.3 (–0.2 to 2.9)	77
4th quartile (>28.9%)	74/1,160 (6.4)	101/1,170 (8.6)	0.75 (0.55 to 1.03)	2.2 (0.1 to 4.4)	45
Values are n/N (%) unless otherwise indicated. CI = confidence interval; NNT = number needed to treat.					

Porém, do primeiro ao quarto quartil, o número necessário para tratar (NNT) e evitar desfechos primários diminuiu de 91 para 38, e o número necessário para causar danos (NNH), como EAGs de todas as causas, aumentou de 62 para 250. Desta maneira, a relação benefício-risco aumentou do primeiro ao quarto quartil.

Estes dados sugerem que indivíduos de menor RCV (Até 18,1% em 10 anos) tiveram mais danos do que benefícios com o tratamento intensivo da PA, enquanto aqueles de maior RCV foram mais beneficiados.

CENTRAL ILLUSTRATION Treatment Recommendations Based on Benefit and Harm Experienced in SPRINT by 10-Year CVD Risk



Phillips, R.A. et al. J Am Coll Cardiol. 2018;■(■):■-■.

With a benefit-to-harm ratio <1.00, the results suggest that for those in the first and second quartiles (<18.2%), intensive treatment would lead to greater harm of SAEs than benefit of reduced primary outcome events. By contrast, with a benefit-to-harm ratio >1.00, those in the third and fourth quartiles (≥18.2%) have greater benefit than harm from intensive treatment. While the 2017 ACC/AHA blood pressure

Vale ressaltar que a idade média de cada quartil de RCV aumentou progressivamente, sendo que a partir do 1º ao 4º quartil a idade média era de 59, 64, 70 e 79 anos, respectivamente. Da mesma forma o percentual de idosos com idade > 75 anos (subgrupo pré-especificado) em cada grupo também aumentou proporcionalmente, sendo de aproximadamente 0,2%, 2,6% 18% e 80%, respectivamente.

Em conclusão, este estudo sugere que a meta mais intensiva deve ser perseguida para aqueles indivíduos cujo RCV seja maior ou igual a 18,2% pela Estratificação de RCV em 10 anos da ACC/AHA, mantendo a meta padrão para os de menor RCV.