

## ESTUDIO ASCOT-BPLA: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm

Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al for the ASCOT investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 895–906.

Año: 2005

Duración: 5,5 años, detenido precozmente .

Diseño del estudio: Multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, doble ciego.

Características de los pacientes: Hipertensos de alto riesgo CV, no controlados, edad promedio: 40-79 años.

Nro de pacientes y Régimen estudiado: 19.257 pacientes, 9.639 recibieron la combinación de amlodipina 5-10 mg/perindopril 4-8 mg (régimen basado en amlodipina) y 9.618 atenolol 50-100 mg/bendroflumetiazida 1.25-2.5 mg (régimen basado en atenolol).

Objetivo del estudio: Comparar los efectos entre dos regímenes de tratamiento antihipertensivo (basado en amlodipina y basado en atenolol) sobre los puntos finales.

Presión arterial basal y alcanzada: Régimen basado en amlodipina: 164/95 y 136/77 mmHg. Régimen basado en atenolol: 164/95 y 138/79 mmHg.

Punto final primario buscado: Combinación de infarto de miocardio no fatal y de enfermedad coronaria fatal.

Punto final secundario: Combinación de mortalidad por todas las causas, ACV total, los objetivos primarios menos infarto de miocardio silente, eventos y procedimientos cardiovasculares totales, mortalidad cardiovascular e insuficiencia cardíaca fatal y no fatal.

### Resultados:

El estudio acumuló un total de 106.153 pacientes/años de observación. En el régimen basado en amlodipina hubo menos puntos finales primarios, aunque la diferencia no fue significativa (429 vs 479 pacientes, -10%,  $p=0.1052$ ). Sin embargo, en este grupo se produjeron menos ACV fatales y no fatales (327 vs 422, -23%,  $p=0.0003$ ), menos eventos y procedimientos cardiovasculares (1.362 vs 1.602, -16%,  $p<0.0001$ ) y menos mortalidad por cualquier causa (738 vs 820, -11%,  $p=0.025$ ). Además los nuevos casos de diabetes fueron menores en el grupo amlodipina (567 vs 799, -30%,  $p<0.0001$ ). Fue más frecuente la discontinuación por causas graves en el grupo atenolol.

#### Pacientes con eventos primarios (%)

Régimen basado en amlodipina



versus

Régimen basado en atenolol



Reducción de riesgo relativo: 10%  
(IC 95%: 0.79 - 1.02;  $p=0.1052$ )

#### Efectos adversos más frecuentes

En régimen amlodipina

En régimen atenolol

Tos

Bradicardia

Inflamación articular

Mareos

Edema periférico

Disnea - Fatiga

Extremidades frías

#### Razón de riesgo: eventos secundarios

A favor de régimen basado en amlodipina

IM no fatal (excl. silente) + EC fatal 0.87 (0.76–1.00)

Eventos coronarios totales 0.87 (0.79–0.96)

Eventos y proced. CV totales 0.84 (0.78–0.90)

Mortalidad por cualquier causa 0.89 (0.81–0.99)

Mortalidad CV 0.76 (0.65–0.90)

ACV fatal y no fatal 0.77 (0.66–0.89)

IC fatal y no fatal 0.84 (0.66–1.05)

#### Razón de riesgo: eventos terciarios

A favor de régimen basado en amlodipina

IM silente 1.27 (0.80–2.00)

Angina inestable 0.68 (0.51–0.92)

Angina crónica estable 0.98 (0.81–1.19)

Enfermedad arterial periférica 0.65 (0.52–0.81)

Arritmias graves 1.07 (0.62–1.85)

Nueva diabetes mellitus 0.70 (0.63–0.78)

Nueva insuficiencia renal 0.85 (0.75–0.97)

**Conclusiones:** En pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular, el régimen basado en amlodipina evitó más eventos cardiovasculares mayores e indujo menos casos de diabetes que el régimen basado en atenolol. Estos efectos podrían no explicarse totalmente por un mejor control de la presión arterial.