

Revisando las metas de la tensión arterial

Reviewing the goals of blood pressure

María Victoria Salgado*

Salgado MV. Revisando las metas de la tensión arterial. Evid Act Pract Ambul. 2015;18(4):123. Oct-Dic.

En los últimos años, varias guías de práctica clínica cambiaron los objetivos buscados de tensión arterial (TA)¹⁻⁴. De acuerdo a estas modificaciones, se propusieron: a) metas más laxas en adultos mayores, a saber, 150/90 mmHg, por el mayor riesgo de sufrir efectos adversos debidos a la medicación; b) metas en diabéticos similares a las de la población general, es decir, 140/90 mmHg.

El estudio ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Trial), que asignó pacientes diabéticos a tratamiento intensivo de la TA (objetivo de TAS < 120 mmHg) vs. estándar (objetivo de TAS < 140 mmHg), no encontró diferencias en la mortalidad por cualquier causa, ni en un resultado compuesto que incluyó infarto agudo de miocardio (IAM) no fatal, accidente cerebrovascular (ACV) no fatal y muertes cardiovasculares⁵.

Asimismo, se flexibilizó el momento de inicio del tratamiento farmacológico en hipertensos grado I sin daño de órgano blanco y con bajo riesgo cardiovascular (CV), planteándose incluso que estos pacientes podrían no requerir tratamiento farmacológico en tanto su riesgo CV no aumentase². En una revisión Cochrane que comparó tratamiento farmacológico vs placebo en hipertensos grado 1 sin enfermedad cardiovascular, el tratamiento no redujo la mortalidad ni los eventos cardiovasculares⁶. Sin embargo, en los últimos meses se conocieron resultados de estudios que obligan a replantearse al menos algunas de estas modificaciones.

El primero es un metaanálisis publicado a principios de noviembre en la revista The Lancet. El mismo comparó ensayos clínicos donde pacientes hipertensos (incluyendo pacientes con y sin enfermedad vascular o diabetes) fueron asignados a tratamiento intensivo de la TA vs tratamiento habitual o estándar. El estudio halló que el grupo de tratamiento intensivo tenía una disminución del 14% en el riesgo de tener eventos cardiovasculares mayores (esto es, IAM, ACV, falla cardíaca, o muerte cardiovascular). Por año, los efectos adversos serios fueron observados en 0,9% de los pacientes asignados a tratamiento habitual y en 1,2% de los pacientes en la rama de tratamiento intensivo. El mismo estudio encontró que el número necesario a tratar (NNT) para evitar un evento cardiovascular mayor fue 94 personas entre pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes o insuficiencia renal crónica, y 186 entre pacientes sin estos antecedentes⁷.

Sin embargo, la gran noticia del año en relación a este tema fue la detención temprana de la intervención del estudio SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) anunciada en septiembre⁸. SPRINT es un ensayo clínico financiado por el National Institutes of Health (NIH) de EE.UU. que aleatorizó más de 9.300 pacientes hipertensos no diabéticos mayores de 50 años con alto riesgo cardiovascular a dos ramas de tratamiento: estándar (objetivo de TAS < 140 mmHg) vs intensivo (objetivo de TAS < 120 mmHg)⁹. La media de TAS en el grupo estándar fue de 134,6 mmHg vs 121,5 mmHg en el grupo intensivo. Durante el seguimiento, se encontró que en el grupo de tratamiento estándar el 2,19% de los participantes presentaba un evento cardiovascular mayor por año, mientras que en el grupo intensivo este porcentaje se reducía a 1,65%. A lo largo

de todo el seguimiento, por cada 1.000 pacientes tratados, el tratamiento intensivo previno aproximadamente 16 eventos cardiovasculares mayores, 6 muertes por causa cardiovascular, y 11 muertes por cualquier causa. Es importante recordar que estos números no son comparando contra placebo, sino contra el tratamiento habitualmente ofrecido a este tipo de pacientes. Los beneficios encontrados se mantuvieron al realizar un subanálisis entre los pacientes mayores de 75 años, y entre los pacientes sin enfermedad cardiovascular previa⁹.

La comparación con el estudio ACCORD, que no reportó estos beneficios, resulta casi inevitable. Sin embargo, tal como los autores del SPRINT hacen notar, ambos estudios no sólo difieren en la presencia o no de diabéticos entre sus participantes; el estudio ACCORD además contó con una cohorte de pacientes más jóvenes y de aproximadamente la mitad del tamaño que la del SPRINT^{5,9}. El estudio SPRINT encontró que los efectos adversos serios fueron más comunes en el grupo de tratamiento intensivo. Por ejemplo, a lo largo de todo el seguimiento, cada 1.000 pacientes, el tratamiento intensivo provocó un síncope en 6 pacientes más que en el grupo estándar (número necesario a dañar: 167), y 16 pacientes "extra" sufrieron insuficiencia renal aguda o lesión renal (número necesario a dañar: 63). También se encontraron diferencias en la incidencia de hipotensión, bradicardia, y anomalías hidroelectrolíticas, pero no en la de caídas⁹.

Ante estos resultados preliminares, se evaluó que los beneficios hallados en el grupo de tratamiento intensivo compensaban y superaban la mayor incidencia de efectos adversos, por lo cual la intervención fue detenida antes de lo planeado luego de una mediana de seguimiento de 3,26 años, para poder diseminar los resultados hallados⁸.

Impresiona entonces que, en pacientes con alto riesgo cardiovascular, un objetivo de TAS menor a 120 mmHg reporta beneficios en comparación con las metas actuales (TAS < 140 mmHg), y que este beneficio podría aplicar también a los adultos mayores. Este beneficio, sin embargo, no es en principio claro entre los pacientes diabéticos. Es de esperar que en los próximos años las distintas sociedades médicas revisen sus actuales recomendaciones sobre metas de TA y probablemente las modifiquen en base a estos nuevos hallazgos. Por ejemplo, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido anunció que en 2016 revisará su guía de hipertensión para evaluar si necesita ser actualizada². Si bien estos resultados resultan contundentes y, como se mencionó, posiblemente cambien "las reglas del juego", no deben llevar a minimizar el concepto de que el tratamiento de la TA resulta más amplio que el indicar drogas antihipertensivas, habiendo también otras medidas que redundan en claros beneficios de los pacientes hipertensos (y de la mayoría de las personas) como, por ejemplo, el dejar de fumar. No menos importante, y considerando que es el propio paciente quien en última instancia correrá mayor o menor riesgo de eventos vasculares y adversos, la decisión de optar por una forma de tratamiento u otra debería realizarse en forma conjunta, especialmente ante el caso de alternativas terapéuticas novedosas pero aún poco evaluadas a largo plazo.

Recibido el 21/12/2015 y aceptado el 23/12/2015.

Referencias

1. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial y Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Hipertensión Arterial. Revista Argentina de Cardiología. 2013; 81(2).
2. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Hypertension in adults: diagnosis and management. 2011. Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG127> (último acceso diciembre 2015).
3. James PA, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-20.
4. Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Blood Press 2014;23(1):3-16.
5. Cushman WC, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. 2010;362(17):1575-85.
6. Diao D, et al. Pharmacotherapy for mild hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8: Cd006742.
7. Xie X, et al. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. Lancet. 2015 Nov 7. pii: S0140-6736(15)00805-3. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00805-3.
8. National Institutes of Health and National Heart Lung and Blood Institute. Landmark NIH study shows intensive blood pressure management may save lives. 2015. Disponible en URL: <http://www.nih.gov/news/press-releases/2015/landmark-nih-study-shows-intensive-blood-pressure-management-may-save-lives> (último acceso diciembre 2015).
9. Wright JT, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med. 2015;373(22):2103-16.

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. victoria.salgado@hospitalitaliano.org.ar

