

Control de presión arterial intensivo versus estándar y resultados de enfermedad cardiovascular en adultos mayores de 75 años

Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years.

Williamson JD y col. JAMA. 2016;315(24):2673-2682.

Objetivos

Evaluar si el establecer una meta de presión arterial sistólica (PAS) inferior a la recomendada actualmente (menor a 120 versus 140 mmHg) en hipertensos añosos no diabéticos reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Diseño, lugar y participantes

Subanálisis del Estudio de Intervención de la Presión Arterial Sistólica (en inglés, Systolic Blood Pressure Intervention Trial, SPRINT), ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, llevado a cabo en EE.UU., entre 2010 y 2015. Se estudiaron 2.636 pacientes de 75 años o más, que fueron asignados al azar al grupo de tratamiento intensivo ($n = 1.317$) o al grupo de tratamiento estándar ($n = 1.319$). Se utilizó un tensiómetro Omron 907, programado para obtener tres mediciones luego de cinco minutos de retirado el observador.

Medición de resultados principales

El resultado final primario de enfermedad cardiovascular fue un compuesto de infarto de miocardio no fatal, síndrome coronario

agudo que no resultó en infarto de miocardio, accidente cerebrovascular no fatal, insuficiencia cardíaca descompensada aguda no fatal y muerte por causas cardiovasculares. La mortalidad por todas las causas fue un resultado secundario.

Resultados

El estudio fue interrumpido tempranamente a los 3,14 años de seguimiento debido a la menor tasa de eventos observados en el grupo intervención, tanto para el resultado final primario compuesto como para la mortalidad por todas las causas (ver tabla 1). La tasa global de eventos adversos graves no fue diferente entre ambos grupos de tratamiento (48,4% en el grupo intensivo versus 48,3% en el grupo estándar; HR 0,99; IC95% 0,89 a 1,11). Las tasas absolutas fueron, 2,4% en el grupo de tratamiento intensivo vs 1,4% en el grupo estándar para hipotensión (1,71; 0,97 a 3,09); 3,0% vs 2,4%, para síncope (1,23; 0,76 a 2,00); 4,0% vs 2,7% para alteraciones electrolíticas (1,51; 0,99 a 2,33); 5,5% vs 4,0% para falla renal aguda (1,41; 0,98 a 2,04); y 4,9% vs 5,5% para caídas con lesiones (0,91; 0,65 a 1,29).

Tabla 1. Incidencia de eventos cardiovasculares combinados y mortalidad por todas las causas según intervención.

	Tratamiento intensivo (nro. de eventos)	Tratamiento estándar (nro. de eventos)	HR (IC95%)
Primario compuesto*	102	148	0,66 (0,51 a 0,85)
Mortalidad por todas las causas	73	107	0,67 (0,49 a 0,91)

*Infarto de miocardio no fatal, síndrome coronario agudo que no resultó en infarto de miocardio, accidente cerebrovascular no fatal, insuficiencia cardíaca descompensada aguda no fatal y muerte por causas cardiovasculares. HR: hazard ratio.

Conclusiones

En adultos de 75 años o más, un objetivo de PAS menor de 120 mmHg, en comparación con un objetivo menor de 140 mmHg, resultó en tasas significativamente más bajas de eventos cardiovascu-

lares graves fatales y no fatales y muerte por cualquier causa.

Fuente de financiamiento: National Institutes of Health. Con colaboración de: Department of Veterans Affairs, Takeda Pharmaceuticals International Inc.

Comentario

La controversia actual en el tratamiento de la hipertensión es acerca de cuál es la mejor meta de presión arterial. Definir el nivel en ancianos representa un dilema^{2,3}. Los estudios de cohorte de octogenarios que viven en la comunidad muestran una relación paradójica entre sobrevida y presión arterial⁴. El HYVET, un ensayo clínico controlado con placebo, demostró un claro beneficio al reducir la presión sistólica a menos de 150 mmHg en octogenarios⁵. El estudio VALISH, un ensayo aleatorizado en ancianos que comparó dos metas de PAS (< 140 vs < 150 mmHg), no detectó diferencia en el resultado primario⁶. En contraste, el estudio SPRINT fue detenido prematuramente por el beneficio en la rama de tratamiento intensivo⁷. La falta de significancia estadística para efectos adversos serios en la rama de tratamiento intensivo en el subgrupo de ancianos puede atribuirse al menor número de pacientes. El estudio SPRINT contradice los resultados del estudio ACCORD, que no mostró beneficio en diabéticos

con la meta intensiva < 120 mmHg (aunque coincide en el exceso de efectos adversos)⁷. Además, es el primero en medir la presión en ausencia de observador, a través, de un tensiómetro programado. Este método es el gold estándar en la medición de presión en el consultorio. Los valores de PAS utilizando éste método podrían subestimar en hasta 15 mmHg a los obtenidos convencionalmente (los 120 mmHg de la rama de tratamiento intensivo del SPRINT podrían ser equivalentes a ≈ 135 mmHg medidos con el método convencional)⁸.

Conclusiones del comentador

Un control más exigente de la hipertensión se traduce en menos enfermedad cardiovascular y mortalidad. Sin embargo aplicar una meta intensiva en el mundo real, con un seguimiento menos meticuloso que en los ensayos clínicos, podría aumentar los efectos adversos.

Jose Alfie [Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. jose.alfie@hospitalitaliano.org.ar]

Alfie J. Control de presión arterial intensivo versus estándar y resultados de enfermedad cardiovascular en adultos mayores de 75 años. Evid Act Pract Ambul. 2017;20(1):7. **Comentado de: Williamson JD y col. Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged ≥ 75 Year.** JAMA Intern Med. 2016;315(24):2673-2682. PMID: 27195814.

Referencias

- Salgado MV. En pacientes no diabético de alto riesgo cardiovascular el tratamiento intensivo de la presión arterial reduce los eventos cardiovasculares y la mortalidad. Evid Act Pract Ambul. 2015;18(4):110-111. Oct-Dic. Resumido de: The SPRINT Research Group, y col. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. NEJM. 2015;373(22):2103-16. PMID: 26551272.
- Ortiz E, James PA. Let's Not SPRINT to Judgment About New Blood Pressure Goals. Ann Intern Med. 2016;164:692-693.
- Benetos A, y col. An Expert Opinion From the European Society of Hypertension-European Union Geriatric Medicine Society Working Group on the Management of Hypertension in Very Old, Frail Subjects Hypertension. 2016;67:820-825.
- Alfie J. Aumento de mortalidad en pacientes octogenarios institucionalizados con baja presión arterial sistólica y que reciben múltiples fármacos antihipertensivos. Evid Act Pract Ambul. 2016;19(4):xx. Comentado de: Benetos A, y col. Treatment with multiple blood pressure medications, achieved blood pressure, and mortality in older nursing home residents: The PARTAGE Study. JAMA Intern Med. 2015;175(6):989-95. PMID: 25685919.
- Verna M. Efecto beneficioso del tratamiento antihipertensivo en mayores de 80 años Evid Act Pract Ambul; 2008;11(4): 107. Comentado de: Beckett N, y col. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. N Engl J Med 2008;358(18):1887-98. PMID: 18378519.
- Ogihara T, y col. Target blood pressure for treatment of isolated systolic hypertension in the elderly: valsartan in elderly isolated systolic hypertension study. Hypertension. 2010 Aug;56(2):196-202. PMID: 20530299.
- The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2010;362:1575-85.
- Jan Filipovsky, y col. Automated compared to manual office blood pressure and to home blood pressure in hypertensive patients. Blood Press. 2016 Aug;25(4):228-34.

