

¿Nuevos objetivos de presión arterial?

El consenso vigente en Europa establece las siguientes **cifras objetivo de presión arterial (PA)**:

Guía 2013 ESH/ESC	Objetivos
Riesgo bajo-moderado	< 140/90 mmHg
Riesgo elevado-muy elevado	< 140/90 mmHg
Diabéticos	< 140/85 mmHg
Enfermedad Renal Crónica	< 130 mmHg si proteinuria

En la misma Guía, se recogen las **recomendaciones para el abordaje de HTA en ancianos**:

Tratamiento antihipertensivo del anciano

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Para ancianos hipertensos con PAS \geq 160 mmHg, hay evidencia clara para recomendar la reducción de la PAS a 150-140 mmHg	I	A
Para pacientes ancianos < 80 años en buen estado, se puede considerar el tratamiento antihipertensivo ante valores de PAS \geq 140 mmHg, con un objetivo de PAS < 140 mmHg siempre que se tolere bien el tratamiento	IIb	C
Para mayores de 80 años con PAS \geq 160 mmHg, se recomienda reducir la PAS a 150-140 mmHg siempre que estén en buena forma física y mental	I	B
Para pacientes ancianos frágiles, se recomienda dejar las decisiones sobre el tratamiento antihipertensivo en manos de su médico, quien debe monitorizar los efectos clínicos del tratamiento	I	C
Se debe considerar mantener el tratamiento antihipertensivo bien tolerado cuando el paciente tratado llega a los 80 años	IIa	C
Todos los fármacos antihipertensivos están recomendados y pueden usarse para el paciente anciano, aunque son preferibles los diuréticos y los antagonistas del calcio en caso de HTA sistólica aislada	I	A

HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica.

^aClase de recomendación.

^bNivel de evidencia.

Los resultados del estudio SPRINT y de otros metaanálisis recientes plantean si serían necesarios objetivos de PA más bajos que los vigentes en los consensos actuales.

SPRINT

En el estudio [SPRINT](#), 9.361 pacientes mayores de 50 años, con una PAS \geq 130 mmHg y un riesgo CV elevado*, sin diabetes o ictus previo, fueron asignados al azar para comparar un objetivo de PAS <120 mmHg frente a PAS <140 mmHg.

*El riesgo CV elevado se definió como una edad > 75años (n = 2.636), la presencia de enfermedad renal crónica (ERC) con proteinuria < 1 g/día y un filtrado glomerular estimado entre 20-60 ml/min/1,73 m²(n = 2.646), enfermedad CV excepto ictus (n = 1.877) o riesgo calculado por la escala de Framingham mayor del 15% a 10 años (n = 5.737).

Eficacia

El estudio se interrumpió a los 3,3 años porque la incidencia de eventos en la variable primaria (una combinación de infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular, empeoramiento de insuficiencia cardiaca y muerte cardiovascular) fue menor en el grupo con tratamiento intensivo (5,2% vs.6,8%) que en el grupo con un objetivo de presión arterial estándar, RR 0,76 [0,65;0,90], RAR 1,6%, **NNT 63** durante 3,3 años.

En los componentes de la variable principal hubo una disminución de la mortalidad CV, de la mortalidad total, y de la hospitalización por insuficiencia cardiaca, en el grupo con objetivo más bajo. En el infarto de miocardio y en el accidente vascular cerebral no fatal no hubo diferencias significativas.

En los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) previa no hubo diferencias en las variables que valoraban el efecto en la función renal. En los pacientes sin ERC previa, la variable “disminución de filtrado glomerular en más del 30% hasta niveles de menos de 60ml/min/1,73m²” ocurrió en el 3,8% de los pacientes tratados con terapia intensiva vs el 1,1% en el grupo de terapia normal.

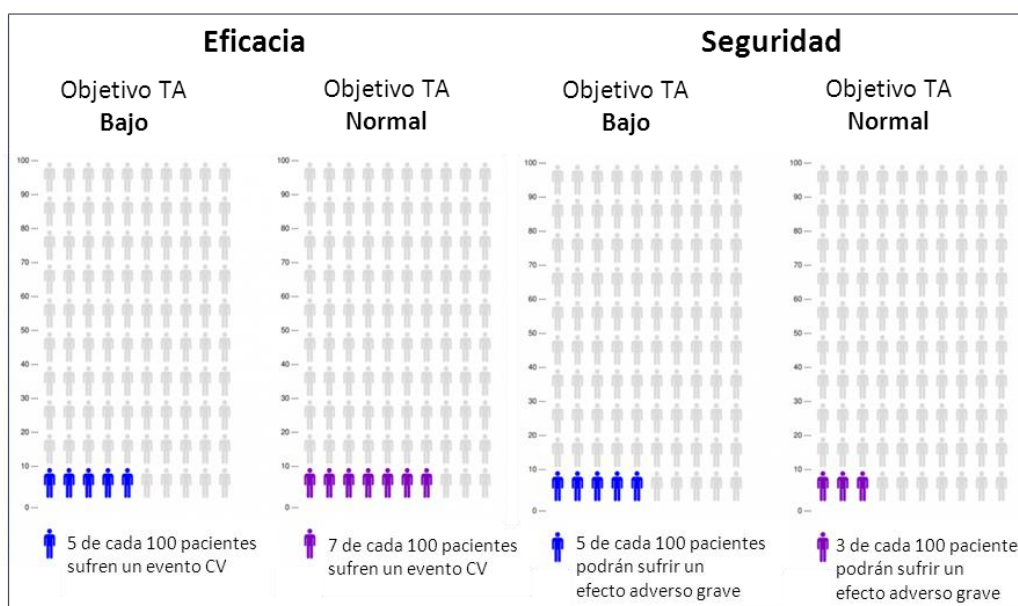
SPRINT	RAR	NNT/ 3,3 años
IAM + SCA + ACV + IC + mortalidad CV	↓1,6%	63
IAM	NS	-
SCA	NS	-
ACV	NS	-
IC	↓0.8%	125
Mortalidad CV	↓0.6%	167
Mortalidad	↓1.2%	83
1º variable o muerte	↓1.9%	53
Pacientes sin ERC Disminución del FG en >30% hasta un FG<60 ml/min/1.73m ²	↑2.7%	37

Seguridad:

Los acontecimientos adversos graves se incrementaron el 4,7% en el grupo con objetivos de PA baja, frente al 2,5% en el grupo con PA normal (RR 1,87 [1,50, 2,33] ARI 2,2%, **NNTD 46** durante 3,3 años). Esto se debió principalmente a un 1,2% de aumento absoluto de enfermedad renal aguda o fallo renal agudo en el grupo objetivo de baja PA.

El balance beneficio riesgo:

Resulta complicado establecer el balance beneficio riesgo de esta intervención para conseguir objetivos de PA más bajos porque los beneficios y los daños son muy parecidos. Se necesita tratar intensivamente durante 3,3 años a 63 pacientes para reducir un evento CV, pero uno de cada 45 pacientes puede sufrir un evento adverso grave, fatal o potencialmente mortal.



Tomado de [CREBP](#)

La medida de PA

El promedio de PA alcanzado en un año en el grupo objetivo de baja PA fue 121/69 frente a 136/76 mmHg en el grupo objetivo normal.

En el estudio SPRINT la monitorización de la PA se realizó de manera automatizada 5 minutos después de un descanso tranquilo, sin que hubiera nadie con el paciente. Este procedimiento no es el habitual en las consultas de Atención Primaria y la PA puede ser de hasta 15-20 mmHg más baja que la PA medida manualmente.

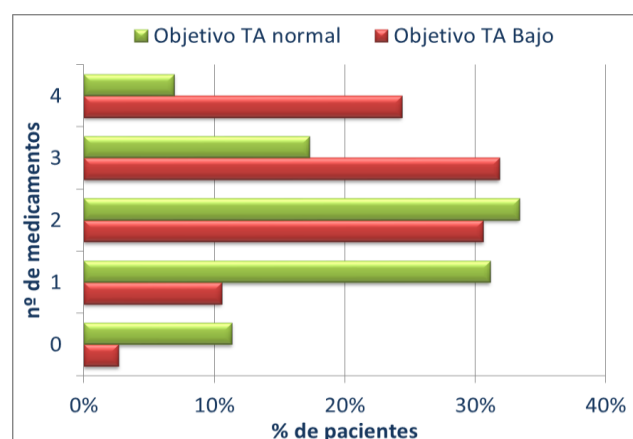
Los objetivos de PA de ambos grupos comparados deberían corregirse o calibrarse de acuerdo a esta diferencia, de manera que el valor observado en el estudio SPRINT de 121.4 mmHg de media en el grupo de objetivo bajo sería equivalente a 130-135 mmHg en la práctica clínica rutinaria.

Sería útil conocer la distribución de pacientes por cuartiles de PA en cada brazo de tratamiento y no solo el valor promedio de PA.

La poli-medicación en los grupos SPRINT

Si comparamos el promedio de fármacos utilizados en cada grupo (2,8 vs 1,8 -un solo fármaco de diferencia-) puede dar la impresión de que no es mucho el esfuerzo terapéutico para alcanzar objetivos de PA bajos. Sin embargo, cuando se desglosa cómo se distribuyen los pacientes en ambos grupos según el nº de medicamentos utilizados, la carga terapéutica es muy alta en un elevado porcentaje de pacientes. De hecho, para conseguir unos objetivos bajos, el 63% de los pacientes necesitan tomar 3 o más medicamentos.

nº fármacos	Objetivo PA Bajo			Objetivo PA Normal		
	n	%	% Acum	n	%	% Acum
0	125	3%	3%	530	11%	11%
1	493	11%	13%	1455	31%	42%
2	1429	31%	44%	1559	33%	76%
3	1486	32%	76%	807	17%	93%
4	1137	24%	100%	323	7%	100%



Conclusiones

- El SPRINT es un estudio de gran tamaño que proporciona evidencia de que un pequeño porcentaje de los pacientes (no diabéticos y sin ACV previo), con mayor riesgo cardiovascular y sin comorbilidades importantes, podría obtener beneficios en la disminución de eventos cardiovasculares si se estableciera el objetivo de PA en valores inferiores a los estándares vigentes. Sin embargo, el balance entre el riesgo asociado a la terapia intensiva y el beneficio conseguido, no está claro, ya que son similares.
- En algunos pacientes, bajar la PA más allá de los valores establecidos supone un tratamiento con 3 o 4 medicamentos, esto es especialmente importante en pacientes ya polimedicados por otras necesidades terapéuticas.
- Es necesario establecer claramente cuál es el valor de PA cuando se mide en la consulta de Atención Primaria, equivalente al objetivo PA de < 120mm Hg que plantea el ensayo SPRINT, antes de trasladar estos objetivos a la práctica clínica.
- En los pacientes con bajo riesgo cardiovascular o diabetes no se ha demostrado el beneficio de un tratamiento más agresivo de la PA.

Autoras: Alejandra García Ortiz⁽¹⁾ y M^a José Montero Alonso⁽²⁾ – **Revisor:** Mario Alfredo Prieto Velasco⁽³⁾

⁽¹⁾ Dirección Técnica de Farmacia; ⁽²⁾ Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste; ⁽³⁾ Nefrólogo del Hospital de León