

Cartas al Editor

¿Existen lagunas en la evidencia vinculada al tratamiento de la hipertensión leve de bajo riesgo cardiovascular?



Are There Gaps in the Evidence on the Treatment of Mild Hypertension in Patients With Low Cardiovascular Risk?

Sr. Editor:

He leído con gran interés los artículos relacionados con la nueva guía europea de hipertensión arterial (HTA)^{1,2}. Entre las novedades de la guía se encuentra que la recomendación de iniciar el tratamiento farmacológico para el paciente hipertenso de grado 1 (140-159/90-99 mmHg) con riesgo cardiovascular (RCV) bajo o moderado, tras un periodo razonable de intervenciones en el estilo de vida, cambió de clase de recomendación (de la IIa a la I) y de nivel de evidencia (del B al A) con respecto a la directriz previa^{1,2}. Estos cambios equivalen a plantear que hay suficientes datos procedentes de múltiples ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o metanálisis, así como acuerdo médico de que es beneficioso, útil y efectivo, usar fármacos antihipertensivos en este grupo de pacientes hipertensos¹.

El tratamiento farmacológico de la HTA grado 1 de bajo RCV es uno de los temas más polémicos de la prevención cardiovascular³. Nuestro objetivo es responder sucintamente al siguiente interrogante: ¿persisten lagunas en la evidencia sobre el tratamiento de este subgrupo de pacientes hipertensos⁴?

Además de los sesgos generales de los ECA³, los estudios que han abordado el tema se caracterizan por su heterogeneidad en la definición de la categoría de bajo RCV³. Si nos alineamos con lo establecido por la guía europea de HTA en cuanto a la identificación del RCV por la mortalidad cardiovascular a 10 años¹, los estudios representativos de la población de bajo RCV deben tener muestras con una mortalidad cardiovascular estimada durante el seguimiento de 10 años < 1%¹, en tanto que los que reporten una mortalidad cardiovascular $\geq 1\%$ y < 5% a los 10 años o $\geq 5\%$ y < 10% a los 10 años se ajustan a un RCV moderado o alto respectivamente. Entre las críticas a utilizar la mortalidad cardiovascular como marcador de RCV, se encuentra que la razón entre los eventos cardiovasculares mayores y las muertes cardiovasculares varía con el RCV y la edad³. Sin embargo, este sesgo se minimiza si se estudian muestras con una media de edad < 60 años y mortalidad cardiovascular < 1% en 10 años. Debido al peso de la variable edad en el continuo de RCV³, varios modelos predictivos clasifican automáticamente a los varones de 55 o más años y a las mujeres de 60 o más años con hipertensión de grado 1 en la categoría de RCV al menos moderado, incluso sin que concurren otros factores³. Lo cual parece aplicable sobre todo a regiones con un mayor RCV poblacional.

Partiendo de estas premisas, se analizan los 3 metanálisis y el ECA que sustentaron el mencionado cambio en el nivel de evidencia¹. Los metanálisis de Sundstrom⁵ y Brunstrom⁶ muestran medias de edad de 63,5 y 63,0 años en cada caso, mientras que las cifras de mortalidad cardiovascular a 10 años estimada fueron del

6,2 y el 8,5% respectivamente. Thomopoulos⁷ mostró una mortalidad a 10 años del 4,5%.

En el ensayo HOPE-3, la media de edad fue de 65,7 años y la mortalidad cardiovascular a 10 años, del 4,8%⁸.

Aunque en la HTA de grado 1 de bajo RCV la evidencia es escasa¹⁻³, la guía de HTA también recomienda el tratamiento farmacológico¹, dada la relación lineal entre la presión arterial y la enfermedad cardiovascular observada en varios estudios de cohortes que aportan un nivel de evidencia B¹⁻³.

Por último, hay 4 aspectos que resaltar: a) el tratamiento de la HTA leve de bajo RCV debe individualizarse, pues no se trata de un grupo homogéneo; b) hay riesgos en demorar el inicio del tratamiento farmacológico debido a la mala adherencia y el difícil acceso a estilos de vida saludables, así como que en la espera pueden ocurrir eventos cardiovasculares³; c) la decisión de esperar un periodo razonable de intervenciones en el estilo de vida antes de dar medicamentos antihipertensivos no está basada en evidencia directa de ECA o de metanálisis³, y d) los estudios sobre HTA de bajo RCV deben excluir a los pacientes hipertensos con: daño orgánico asintomático, diabetes mellitus, elevación pronunciada de factores de riesgo o enfermedad cardiovascular o renal establecidas¹, lo cual no se ha cumplido en ninguno de los estudios sobre el tema³.

En conclusión, pensamos que persisten lagunas en la evidencia acerca del tratamiento de la HTA leve de bajo RCV. La recomendación de iniciar el tratamiento farmacológico en estos pacientes hipertensos tiene un nivel de evidencia B. La mortalidad cardiovascular y la edad son 2 variables útiles para identificar los estudios apropiados para este subgrupo de pacientes.

Alberto Morales-Salinas

Departamento de Cardiología, Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Villa Clara, Cuba

Correo electrónico: cardioams@yahoo.es

On-line el 7 de mayo de 2019

BIBLIOGRAFÍA

- Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018;39:3021-3104.
- Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC/ESH 2018 sobre la hipertensión arterial, revisores expertos para la guía ESC/ESH 2018 sobre la hipertensión arterial y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:104-108.
- Morales-Salinas A, Coca A, Olsen MH, et al. Clinical perspective on antihypertensive drug treatment in adults with grade 1 hypertension and low to moderate cardiovascular risk An international expert consultation. *Curr Probl Cardiol*. 2017;42:198-225.
- Barrios V, Escobar C. Nuevos objetivos de hipertensión arterial ¿están justificados? *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:608-611.
- Sundstrom J, Arima H, Jackson R, et al. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension. A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;162:184-191.
- Brunstrom M, Carlberg B. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178:28-36.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.05.011>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.022>

7. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 2. effects at different baseline and achieved blood pressure levels—overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens*. 2014;32:2296–2304.
8. Yusuf S, Lonn EM, Pais P, et al. Blood-pressure and cholesterol lowering in persons without cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2016;374:2021–2031.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.04.003>
0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Existen lagunas en la evidencia vinculada al tratamiento de la hipertensión leve de bajo riesgo cardiovascular? Respuesta



Are There Gaps in the Evidence on the Treatment of Mild Hypertension in Patients With Low Cardiovascular Risk? Response

Sr. Editor:

Agradecemos a Alberto Morales-Salinas su interés en nuestro artículo¹ sobre la nueva guía europea de hipertensión². Estamos totalmente de acuerdo en que la evidencia científica en la mayoría de los aspectos concernientes a la hipertensión de grado 1 y bajo riesgo cardiovascular es escasa, y probablemente lo seguirá siendo por cuanto no es previsible que se diseñen estudios prospectivos controlados con placebo en este tipo de pacientes para evaluar los efectos del tratamiento en la morbimortalidad a medio y largo plazo. Esta falta de evidencia afecta y afectará tanto a la intervención con cambios de estilo de vida como al tratamiento con fármacos antihipertensivos, por lo que no habrá otra opción que seguir basando nuestras decisiones terapéuticas en la escasa evidencia disponible y aplicarla de manera individualizada a nuestros pacientes dependiendo de sus características clínicas, hecho al que se refiere Morales-Salinas y que la guía europea enfatiza.

En estos tiempos de medicina de precisión, personalizada y preventiva, iniciar tratamiento en fases precoces del proceso adquiere todo su sentido, pues la demora de la intervención hace que progrese su historia natural y permanecerá un riesgo residual a pesar de normalizarse la presión arterial. Para los pacientes con hipertensión de grado 1 y bajo riesgo cardiovascular, se recomienda la normalización de la presión arterial con cambios de estilo de vida durante un periodo de hasta 6 meses, pues sus cifras están muy próximas a la normalidad, se acompaña de sobrepeso y sedentarismo en más de la mitad y la discreta pérdida de peso con una dieta más adecuada y ejercicio físico regular podría normalizar la presión arterial. No obstante, también en estos casos se debe personalizar la intervención en función de las características socioeconómicas de la población.

La guía europea pretende ser una norma general basada en la mejor evidencia disponible de ensayos clínicos controlados y sus metanálisis en los que los pacientes incluidos muchas veces no son similares al paciente que se ve en la consulta, lo que requiere aplicar la norma de manera personalizada valorando los pros y contras de nuestra decisión con el paciente. La responsabilidad de las decisiones que se toman en la clínica es siempre del médico que atiende al paciente.

Antonio Coca^a, Pilar Mazón^b y Francisco Marín^{c,*}

^aUnidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Hospital Clínic (IDIBAPS), Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, CIBERCV, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, CIBERCV, Universidad de Murcia, El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: fcomarino@hotmail.com (F. Marín).

On-line el 26 de junio de 2019

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC/ESH 2018 sobre la hipertensión arterial, revisores expertos para la guía ESC/ESH 2018 sobre la hipertensión arterial y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:104–108.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018;39:3021–3104.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.05.011>
0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.