



Sobre Medicamentos

“USO DE LA MEJOR EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN”



¡Qué interesantes comentarios los encontrados en la página *Therapeutics Initiative. Independent Health Care Evidence!* (<http://www.ti.ubc.ca/2017/09/15/106-using-best-evidence-management-hypertension/>). Una información verdaderamente útil con la posibilidad de poderse aplicar. Asumiendo el reto de resumirlo, pero aclarando que nada mejor que leer el original, les presentamos estas sencillas pautas acerca del manejo de la hipertensión arterial.



Reconociendo que la hipertensión es una de las situaciones de la salud más lucrativas para la industria farmacéutica por la enorme prevalencia, el incurrir en conflictos de interés por parte de los estudios (particularmente los financiados por la industria) no es nuevo. En tal sentido, en este breve resumen se propusieron una par de preguntas que se respondieron buscando la mejor evidencia (revisiones sistemáticas y ensayos clínicos) hasta el momento disponible (septiembre de 2017). En tal sentido, vale la pena mencionar por qué es válido para todos los que queremos hacer lo mejor por nuestros pacientes y, asimismo, aclarar que fueron rigurosos en la forma de tomar la tensión arterial antes de determinar el estado de hipertensión

¿Condiciones de una buena toma?



<https://www.riojasalud.es/f/rs/noticias/medir-tension.png>

- Tomarla tras cinco minutos de reposo por lo menos^{§§§§}.
- La persona debe estar relajada y no tener prisa.
- Tampoco debe haber comido, bebido sustancias excitantes (café, té) ni fumado durante la media hora previa a la medición.
- La posición del cuerpo debe ser sentado, no estirado, con la espalda bien apoyada en el respaldo de la silla. Las piernas deben estar tocando el suelo, no cruzadas, y la mano relajada, sin apretar y en posición de descanso.
- El brazo de referencia o dominante debe estar apoyado más o menos a la altura del corazón, mano relajada (el brazo de referencia o dominante es aquel en el que la tensión arterial es más alta).

- El manguito debe estar en contacto con la piel, así que el paciente deberá remangarse la camisa. Si es invierno y se llevan muchas capas de ropa, será mejor que se las quite porque si se remangan diferentes prendas a la vez se puede crear un anillo que constriña la zona.
- Una vez posicionada la persona se colocará el manguito, que se adaptará al diámetro del brazo (pequeño, normal, grande). La explicación de la colocación viene reflejada en un gráfico que acompaña al aparato, así que, una vez ajustado el manguito, se debe presionar el botón para conectar el tensiómetro.
- Es importante que mientras el manguito se infla el paciente no hable, puesto que eso afectaría los valores marcados.
- No redondear cifras.

En el video que se encuentra en la página de Rioja Salud se muestra en 7 minutos el paso a paso para medir la tensión arterial correctamente (disponible en: <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/nefrologia/medir-correctamente-la-tension-arterial>)

En torno al manejo

Otros FR CV, DOB o Enfermedad	NORMAL PAS 120-129 PAD 80-84	NORMAL ALTA PAS 130-139 PAD 85-89	HTA Grado I PAS 140-159 PAD 90-99	HTA Grado II PAS 168-179 PAD 100-109	HTA Grado 3 PAS ≥180 PAS ≥110
No otros FR CV	No intervención PA	No intervención PA	Cambios estilo de vida varias semanas, considerar drogas si no responde	Cambios estilo de vida varias semanas, considerar drogas si no responde	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas
1-2 FR CV	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida varias semanas, considerar drogas si no responde	Cambios estilo de vida varias semanas, considerar drogas si no responde	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas
3 ó más FR CV, Sd Metabólico, o DOB	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida y considerar drogas	Cambios estilo de vida + Tto con drogas	Cambios estilo de vida + Tto con drogas	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas
Diabetes	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida + Tto con drogas	Cambios estilo de vida + Tto con drogas	Cambios estilo de vida + Tto con drogas	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas
Enf. CV o renal	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas	Cambios estilo de vida + Tto inmediato con drogas

<http://www.fac.org.ar/1/revista/08v37n4/online/online02/piskorz.php>

El cuadro anterior, producto de la revisión de la comisión europea del 2007 aún está vigente. Pero sigamos con el resumen.

Los escenarios en torno a la pregunta

El artículo plantea los cuatro escenarios que cubren el 90 % de los casos de manejo de HTA. Entonces:

§§§§ <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/nefrologia/medir-correctamente-la-tension-arterial>



→ ¿Cuál es la evidencia para el tratamiento farmacológico de la hipertensión de moderada a severa (> 160/100) en las personas ≥ 60 años?

“La pregunta relevante es: En un adulto mayor (≥ 60 años) con una presión arterial > 160/100 mmHg, ¿sí reduce la mortalidad o morbilidad el tratamiento con fármacos antihipertensivos en comparación con el placebo o ningún tratamiento?”

Aclaran que en 2009 una revisión Cochrane abordó esta pregunta específica y encontró:

- 1. El manejo reduce los eventos cardiovasculares totales (ictus mortal y no mortal, IAM mortal y no mortal, y la falla cardíaca mortal y no mortal) en cinco años.
 - 1.1. La disminución del riesgo fue de un RR de 0,72 (0,68 IC95 % LI-0,77 IC95 % LS).
 - 1.2. La reducción absoluta de riesgo (RRA) fue de 4,3 %.

- 1.3. El NNT fue de 24 (se deben tratar por cinco años al menos 24 personas para lograr evitar en una estas situaciones).
- 1.4. No se pudieron evaluar los daños ocasionados por el manejo.
- 1.5. La mortalidad total se redujo con RR de 0,90 (0,84 IC95 % LI-0,97 IC95 % LS).

¿Cómo fueron tratados?

Afirman que la mayoría se les inició manejo con tiazidicos y se fueron incorporando medicamentos escalonados. En 1 de 3 no se pudieron disminuir las cifras de 160/90 mm de Hg. Los estudios no fueron financiados por la industria (sesgo bajo).

→ ¿Cuál es la evidencia para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en las personas de 18 a 59 años de edad?

La revisión Cochrane afirma que se benefician de fármacos antihipertensivos porque:

- 1. Se reducen los eventos cardiovasculares totales en cinco años: RR 0,78, [0,67-0,91].
 - 1.1. La reducción absoluta del riesgo es de ARR 0,9 %.

- 1.2. El NNT=122 (se deben tratar 122 personas para evitar un accidente cerebro vascular) debido principalmente a una reducción en el accidente cerebrovascular.

Pero...

La calidad de las pruebas fue, sin embargo, baja.

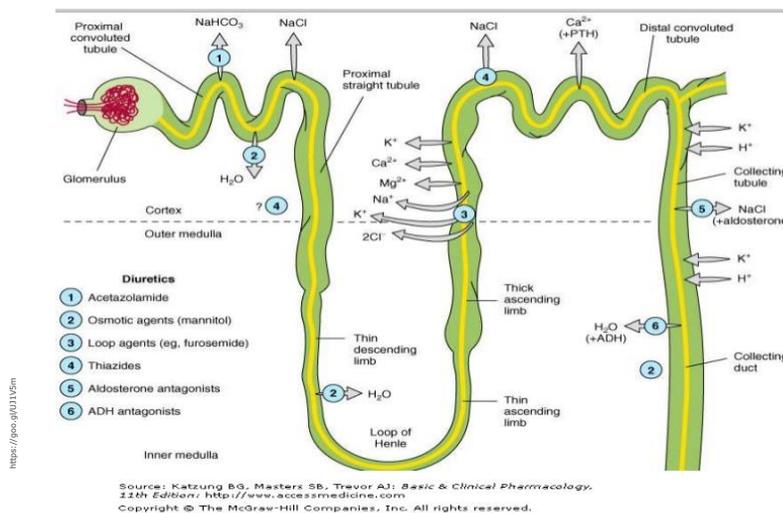
→ ¿Cuál es la evidencia de medicamentos para la hipertensión leve (140-159 / 90-99)?

Repasemos la pregunta ahora: En personas con tensión arterial leve (cifras sistólicas entre 140 y 159, y diastólicas entre 90 y 99 mm Hg), ¿se reduce la mortalidad o morbilidad con el tratamiento con fármacos antihipertensivos en comparación con placebos o ningún tratamiento?

Concluye que por ahora no existe evidencia de que el tratamiento reduzca la morbimortalidad a cinco años.

→ ¿Cuál es el mejor fármaco para controlar la hipertensión arterial?

Los mejores y en su orden son:





1. Diuréticos tiazídicos, para iniciar.
2. Inhibidores de la enzima convertida de angiotensina (IECA) y o bloqueadores de los receptores de angiotensina
3. Bloqueadores de los canales del calcio.
4. Bloqueadores alfa y beta adrenérgicos

Hicieron la pregunta...

→ ¿Existe diferencia de morbimortalidad a ciclo años entre mantener las cifras 160-140 la sistólica y 90 a 100 la diastólica versus por debajo de 140 la sistólica y por debajo de 85 la diastólica?

Respuesta: No encontraron diferencias.

Conclusiones por ahora...

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El tratamiento con fármacos antihipertensivos reduce modestamente la mortalidad y la morbilidad de los pacientes ≥ 60 años con hipertensión moderada a severa ($> 160/100$). 2. Las dosis bajas de diuréticos tiazídicos son la mejor clase de fármacos para el inicio de la terapia. | <ol style="list-style-type: none"> 3. En la hipertensión leve (140-159 / 90-99), no se han demostrado fármacos antihipertensivos para reducir la mortalidad y morbilidad. 4. Para los objetivos de tratamiento de la presión arterial, deben ser los utilizados en ECA ($<140-160 / 90-100$); como objetivos inferiores BP no han demostrado tener un beneficio importante para la salud. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Referencias

- (1) Musini VM, Tejani AM, Bassett K, JM Wright. La farmacoterapia para la hipertensión en las personas de edad. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, Número 4. Art. No. CD000028. DOI: 10.1002 / 14651858.CD000028.pub2
- (2) Musini VM, Gueyffier F, Puil L, et al. La farmacoterapia para la hipertensión en adultos de 18 a 59 años. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2017, Número 8. Art. No. CD008276. DOI: 10.1002 / 14651858.CD008276.pub2
- (3) Diao D, Wright JM, Cundiff DK, Gueyffier F. Tratamiento farmacológico para la hipertensión leve. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2012, Número 8. Art. No. CD006742. DOI: 10.1002 / 14651858.CD006742.pub2
- (4) Wright JM, Musini VM. Fármacos de primera línea para la hipertensión. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, Número 3. Art. No. CD001841. DOI: 10.1002 / 14651858.CD001841.pub2
- (5) Chen N, Zhou M, Yang M, et al. Bloqueadores de los canales de calcio en comparación con otras clases de fármacos para la hipertensión. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2010, Número 8. Art. No. CD003654. DOI: 10.1002 / 14651858.CD003654.pub4
- (6) Wiysonge CS, Bradley HA, Volmink J, et al. Los betabloqueantes para la hipertensión. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2017, Número 1. Art. No. CD002003. DOI: 10.1002 / 14651858.CD002003.pub5
- (7) Xue H, Lu Z, Tang WL, et al. Fármacos de primera línea que inhiben el sistema renina angiotensina frente a otras clases de fármacos antihipertensivos de primera línea para la hipertensión. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2015, Número 1. Art. No. CD008170. DOI: 10.1002 / 14651858.CD008170.pub2
- (8) Reinhart M, Musini VM, Salzwedel DM, et al. Diuréticos de primera línea frente a otras clases de fármacos antihipertensivos para la hipertensión (Protocolo). Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011, Número 6. Art. No. CD008161. DOI: 10.1002 / 14651858.CD008161.pub2
- (9) Garjón J, Saiz LC, Azparren A, et al. La terapia de combinación de primera línea frente a la monoterapia de primera línea para la hipertensión primaria. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2017, Número 1. Art. No. CD010316. DOI: 10.1002 / 14651858.CD010316.pub2
- (10) Arguedas JA, Pérez MI, JM Wright. Objetivos de presión arterial de tratamiento para la hipertensión. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, Número 3. Art. No. CD004349. DOI: 10.1002 / 14651858.CD004349.pub2
- (11) Grupo de Investigación SPRINT. Un ensayo aleatorio de control intensivo frente al estándar de la presión arterial. N Eng J Med. 2015; 373(22): 2103-16. DOI: 10.1056 / NEJMoa1511939
- (12) Therapeutics Initiative. ¿Cambia SPRINT nuestro enfoque de los objetivos de presión arterial? Carta de la terapéutica. 2016 (Enero-Febrero); 98: 1-2. LINK: www.ti.ubc.ca/letter98
- (13) Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Objetivos de presión arterial para la hipertensión en las personas con diabetes mellitus. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2013, Número 10. Art. No. CD008277. DOI: 10.1002 / 14651858.CD008277.pub2

