



SPRINT y la redefinición de las metas de presión arterial. Sí, tal vez o no?

SPRINT and the redefining of blood-pressure target. Yes, maybe or not?

Dr. Alberto Morales Salinas¹

¹ Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Villa Clara. Santa Clara. Cuba

Correspondencia: Departamento de Docencia e Investigaciones. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara. Villa Clara. Cuba.
eMail: cardioams@yahoo.es y albertoms@infomed.sld.cu

Introducción

Un poderoso meta-análisis que incluyó a un millón de adultos procedentes de 61 estudios prospectivos, demostró que la relación entre presión arterial (PA) y riesgo cardiovascular (RCV) es continua y directamente proporcional a partir de 115/75 mmHg en población general, independientemente de la edad y el sexo¹. Esta es la base de la hipótesis, “la PA cuanto más se reduzca mejor”. Sin embargo algunos trabajos han reportado el fenómeno de “curva en J” (aumento de la mortalidad cuando se reduce la PA a <120/80 mmHg) en pacientes de alto RCV^{2,3}.

El análisis del polémico fenómeno de “curva en J”^{2,3} y otros temas de la “epidemiología reversa”⁴ son frecuentemente “olvidados” por las directrices de práctica médica. Así que enhorabuena a documentos que lo aborden críticamente como el reciente Consenso de la Sociedad Centroamericana de Hipertensión y Prevención Cardiovascular (SCCH)⁵; en el que también se debaten otros aspectos controversiales como la pre-hipertensión, el uso del riesgo cardiovascular en la decisión de iniciar el tratamiento antihipertensivo, la vigencia de los betabloqueantes como medicamentos de primera línea en la HTA no complicada y el aumento del objetivo terapéutico de $\leq 140/90$ mmHg a $\leq 150/90$ mmHg en pacientes mayores de 60 años de edad sin antecedente personal de diabetes ni de enfermedad renal crónica⁵. Este trabajo de la SCCH advierte que la causalidad de las enfermedades cardiovasculares (ECV) difiere en prevención primaria y secundaria; así como que en pacientes de alto RCV con antecedente de ECV se debe evitar reducir la PA a <130/80 mmHg⁵.

Sin embargo una nueva evidencia ha obligado a re-analizar la validez de la hipótesis “la PA cuanto más se reduzca mejor” y de su “contrario” el fenómeno de “curva en J”. El 18 de septiembre del presente año se divulgó en la prensa que el ensayo clínico SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial)

terminaba prematuramente el 11 de ese mes, al confirmar el beneficio de la reducción intensiva de la presión arterial (<120 mmHg) en hipertensos no diabéticos de alto RCV. Otras características de la muestra de SPRINT son el antecedente de ECV clínica o subclínica (excepto ictus), la enfermedad renal crónica (excluyendo a riñones poliquísticos) con filtrado glomerular entre 20 y 60 ml/minuto/1.73m², RCV global a 10 años $\geq 15\%$ por Framingham Score o edad ≥ 75 años. Los investigadores de SPRINT consideran que sus hallazgos podrían cambiar las metas del tratamiento antihipertensivo. Así lo reflejan Cushman y cols. en el Editorial “SPRINT Trial Results Latest News in Hypertension Management”, donde afirman que “la intervención intensiva fue bien tolerada”, además que “los resultados de SPRINT tendrán un gran impacto en el tratamiento de la HTA”⁶.

Tras este anuncio varias sociedades decidieron esperar por la publicación oficial de los resultados de SPRINT, antes de actualizar sus directrices de HTA.

Finalmente con el título de “A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control” salió el 9 de noviembre en la revista general de mayor factor de impacto (The New England Journal of Medicine -NEJM-⁷) el primer paper de SPRINT con un seguimiento medio de 3.26 años⁸.

Resultados y repercusión de SPRINT

Se aleatorizaron de 9361 personas a una rama de tratamiento intensivo (PA sistólica <120 mmHg) o un esquema de tratamiento estándar (<140 mmHg). Al año de seguimiento la media de PA sistólica fue de 121,4 mmHg en el grupo “intensivo” y de 136,2 mmHg en el estándar. La intervención fue detenida prematuramente a los 3,26 años (media de seguimiento) debido a una tasa significativamente menor de morbimortalidad cardiovascular en el grupo de tratamiento intensivo. Aunque las tasas de eventos adversos graves como hipotensión,



síncope, alteraciones electrolíticas y lesión renal aguda fueron mayores en el grupo de tratamiento intensivo⁸.

Este ensayo clínico motivó instantáneamente varios editoriales en NEJM y Hypertension. La mayoría de ellos **ufóricamente** coinciden en que SPRINT cambiará las guías de práctica clínica de HTA. Por ejemplo Drazen y cols. señalan en “A SPRINT to the Finish”, que “este ensayo cambiará la práctica clínica y “estábamos orgullosos de publicar esto...”⁹. Mientras en “Redefining Blood-Pressure Targets —SPRINT Starts the Marathon”, Perkovic y Rodgers concluyen que “SPRINT redefine las metas de PA y nos reta a mejorar el manejo de la PA. El éxito de esta tarea requerirá de un maratónico esfuerzo”¹⁰. En tanto que “Don-7mo Reporte”¹¹ Aram V. Chobanian alerta en “Time to Reassess Blood-Pressure Goals”, que “los resultados de SPRINT garantizan la reducción de la PA a <130 mmHg en los hipertensos de más de 50 años de edad, sin antecedente de diabetes, ni ictus”¹²

Sin embargo otros influyentes colegas son más **conservadores** en sus editoriales. En “SPRINT What Remains Unanswered and Where Do We Go From Here?” Jones, et al. consideran que “SPRINT motiva a realizar nuevos ensayos en los pacientes pre-hipertensos”¹³.

Hay una 3ra posición en los editoriales sobre SPRINT, la de los **escépticos**. En este aspecto resalta el artículo “SPRINT, or False Start, Toward a Lower Universal-Treated Blood Pressure Target in Hypertension”, en el que Esler se pregunta si “120 mmhg debe ser invariablemente la meta tanto para los pacientes con PA sistólica de 170, como los de 200 mmhg?”; para luego auto-responderse: “mis 45 años de experiencia clínica en el tratamiento de pacientes con hipertensión severa me permiten dudar de eso”¹⁴.

En lo personal concuerdo con la observación Murray Esler¹⁴. En un mundo demasiado seducido por los ensayos, hay que felicitar al Profe Esler por su análisis crítico y defensa del valor de la experiencia práctica y el sentido común. Considero que ningún ensayo clínico fue o será lo suficientemente magnánimo como para desechar el criterio de expertos; y en HTA hay varios ejemplos¹⁵.¹⁶ Además advierto que SPRINT parece esconder sutiles sesgos en el manejo del grupo de tratamiento estándar, que no han sido desnudados aun.

Reflexiones finales

A los que están en desacuerdo con Esler y conmigo, solo me resta hacerles dos alertas. En primer lugar, una de las principales causas de no adherencia al tratamiento son los efectos adversos.

En este sentido, pregunto: la estrategia intensiva de SPRINT es un algoritmo seguro y sostenible en el “Mundo Real”? Segundo, contrario a la lógica (en algunos casos) los mayores beneficios del tratamiento intensivo han sido en los siguientes subgrupos:

1. Con menor riesgo cardiovascular: sin historia de ECV, ni insuficiencia renal (prevención primaria)
2. Mayores de 75 años (población más envejecida)
3. Con una presión basal de <132 mmHg(pre-hipertensos)

Por último concluyo (y ojala me equivoque por el bien de la prevención cardiovascular) que lo mostrado por SPRINT hasta ahora, no tiene la solidez necesaria para cambiar las metas terapéuticas actuales, ni para derrumbar el miedo a la “curva en J” en prevención secundaria, ni para santificar la hipótesis de “la PA cuanto más se reduzca mejor”.

Referencias

1. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Prospective Studies Collaboration. Lancet.*2002; 360(9349):1903-13.
2. Zanchetti A. Blood pressure targets of antihypertensive treatment: up and down the J-shaped curve. *Eur Heart J.* 2010; 31(23):2837-40.
3. Tsika EP, Poulimenos LE, Boudoulas KD, Manolis AJ. The J-Curve in Arterial Hypertension: Fact or Fallacy? *Cardiology.* 2014; 129(2):126-35.
4. Morales Salinas, Coca A. Obesidad, actividad física y riesgo cardiovascular: clasificación ergo-antropométrica, variables farmacológicas, biomarcadores y “paradoja del obeso”. *Med Clin(Barc).*2010;134(11):492-8.
5. Morales-Salinas A, Wyss F, Coca A, Ramírez AJ, Valdez O, Valerio LF. Divergencias entre guías de 2013 y 2014 de la hipertensión arterial. Posición de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión y Prevención Cardiovascular. *Rev Panam Salud Pública.* 2015; 37(3):172-8.
6. Cushman WC, Whelton PK, Fine LJ, Wright JT, Reboussin DM, Johnson KC, Oparil S. SPRINT Trial Results. Latest News in Hypertension Management. *Hypertension.* DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06722.
7. Morales Salinas A, Cañedo Andalia R, González Díaz A. Algunas consideraciones sobre el factor de impacto y la visibilidad internacional de la producción científica cubana en ciencias médicas. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc.* 2011; 17(3):201-08.
8. The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMoa1511939.
9. Drazen JM, Morrissey S, Champion EW, Jarcho JA. A SPRINT to the Finish. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMe1513991
10. Perkovic V, Rodgers A. Redefining Blood-Pressure Targets —SPRINT Starts the Marathon. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMe1513301
11. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003; 289(19):2560-72.
12. Chobanian AV. Time to Reassess Blood-Pressure Goals. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMp1513290
13. Jones DW, Weatherly L, Hall JE. SPRINT What Remains Unanswered and Where Do We Go From Here? *Hypertension.* DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06723

14. Esler M. SPRINT, or False Start, Toward a Lower Universal-Treated Blood Pressure Target in Hypertension. *Hypertension*. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06735
15. Morales Salinas A, Coca A, Wyss F. Guidelines for Managing High Blood Pressure JAMA. 2014; 312(3):293-4.
16. Morales-Salinas A. Atenolol in uncomplicated hypertension: Time for changes. *Lancet Neurol*. 2010; 9(7):652.

Los editoriales publicados en la Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular expresan los puntos de vista de los autores y no necesariamente representan los criterios de la Revista o de la Sociedad Cubana de Cardiología.

Recibido: 15-12-2015
Aceptado: 15-12-2015

