

Nota Farmacológica: Hipertensión arterial leve. Utilizando la evidencia en el proceso de toma de decisiones

Mild Hypertension, An approach to using evidence in the decision making process. Letter, issue 62, January - February 2007

Traducido con autorización del Therapeutics Initiative (The University of British Columbia). Disponible en: <http://www.ti.ubc.ca/PDF/62.pdf>

Pensamos que, siempre que fuese posible, los profesionales de la salud deberían poner en práctica los principios de la medicina basada en la evidencia (MBE) y la toma de decisiones compartidas junto a sus pacientes; sin embargo, ¿Cuántas veces es esto posible?

El siguiente caso ilustra un escenario común en la práctica del médico de familia y su abordaje siguiendo principios de la MBE desarrollados por la colaboración Cochrane.

Palabras clave: hipertensión arterial leve, toma de decisiones. **Key words:** mild hipertensión, decision making.

Therapeutic Initiative, Universidad de British Columbia. Hipertensión arterial leve. Utilizando la evidencia en el proceso de toma de decisiones. Evid. actual. práct. ambul; 10(5): 155-156, Sept-Oct 2007.

Caso

El Sr. EBP es un hombre de 55 años de edad, a quien Usted ha atendido durante los últimos 15 años. Es sano, excepto por episodios ocasionales de infecciones respiratorias superiores. No tiene antecedentes cardiovasculares. Como antecedentes familiares, su madre falleció de accidente cerebro vascular (ACV) a los 79 años, y su padre de cáncer de colon a los 75. No presenta antecedentes de tabaquismo, consume diariamente dos medidas de whisky (60 mL) y no realiza actividad física regular. Pesa 91 kg y mide 173 cm. El resto del examen es normal, excepto por presentar un registro de tensión arterial (TA) en reposo promedio de 150/98 mmHg en mediciones repetidas en posición de sentado.

Revisando la historia clínica, un año antes su registro había sido de 133/88 mmHg.

Usted le recomienda realizar actividad física y cumplir una dieta hiposódica e hipocalórica. Los exámenes de laboratorio (hemograma, creatininemia, glucemia en ayunas, orina y ECG) son normales.

En los próximos seis meses usted repite las mediciones de TA durante tres consultas seguidas. El paciente adhirió a la recomendación de dieta y actividad física, bajo 2,2 kg y su TA de control fue 146/94 mmHg. Usted diagnostica hipertensión arterial (HTA) esencial leve estadio 1.

Diálogo

-Médico (mientras completa el recetario): A pesar de las medidas no farmacológicas su TA persiste elevada por lo cual Usted debería iniciar un tratamiento farmacológico para bajar su presión.

-Paciente: Soy una persona precavida. Antes de empezar cualquier tratamiento, me gustaría saber cuales son los beneficios y riesgos de iniciar un tratamiento con medicación.

-Médico (mientras lo acompaña a la puerta con delicadeza): Le buscaré la información que me pide y se la entregaré en la próxima consulta.

¿Qué necesita usted para dar respuesta a esta pregunta?

Usted espera poder encontrar la misma en la biblioteca Cochrane; recuerda que la mayoría de las preguntas de revisiones sistemáticas provienen de la práctica clínica y advierte entonces que necesitará una revisión de ensayos clínicos controlados (ECC) que responda al siguiente interrogante: En hombres con rango de TA entre 140-160/90-100 mmHg, el tratamiento antihipertensivo, comparado contra placebo, ¿cuanto modifica la morbimortalidad?

La Biblioteca Cochrane

Afortunadamente Usted dispone de acceso a la Biblioteca Cochrane 2007.

Utilizando los términos "pharmacotherapy" e "hypertension" encuentra dos revisiones completas: Pharmacotherapy for hypertension in women of different races (en inglés, tratamiento farmacológico de la hipertensión en mujeres de diferentes razas)¹ y Pharmacotherapy for hypertension in the elderly (en inglés, tratamiento farmacológico de la hipertensión en el anciano)².

Ninguna de las dos es particularmente relevante a su paciente, la primera se refiere al género femenino, y la segunda se limita a pacientes de 60 años en adelante. Sin embargo, Usted descubre que el comité revisor de hipertensión de la librería Cochrane tiene su epicentro en la universidad de Columbia Británica, y decide entonces enviarle un correo electrónico al coordinador del grupo describiendo su caso y pregunta.

El grupo Cochrane encargado de HTA

Ellos responden: El grupo Cochrane encargado de revisar el tema HTA lleva un registro de todos los ECC relacionados. Hay cinco ECC que fueron diseñados para probar el efecto del tratamiento antihipertensivo contra placebo en pacientes con HTA leve³⁻⁷.

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de estos cinco ECC, su paciente hubiese podido haber participado en todos. Estos estudios incluyeron 23.000 participantes, 54% varones, con edades promedio de 51 años y valores promedio de TA de 160/98 mmHg, la mayoría sin evidencia de enfermedad cardiovascular. En los cinco trabajos, las drogas de primera línea utilizadas fueron tiazidas, con la única excepción de un ECC que utilizó además una rama con beta bloqueantes. El seguimiento promedio fue de cinco años.

La evidencia

Los principales resultados condensados de los cinco ECC revelaron lo siguiente:

1. Mortalidad por todas las causas: RR 0,95 (0,71 a 1,11).
2. En ninguno de los ensayos se reportaron los eventos adversos serios totales.
3. Los eventos cardiovasculares totales (ACV y eventos coronarios fatales y no fatales) se redujeron de un 4 a 3,2%, RR 0,81 (0,71 a 0,92) RRA 0,8%, NNT 125 en cinco años.
4. Pérdidas debido a eventos adversos: RR 4,8 (4,2 a 5,6), IRA 9%, NND 11 en cinco años.
5. No se observaron modificaciones en las estimaciones al suprimir el grupo que había sido asignado a recibir beta bloqueantes como tratamiento de primera línea.

Ahora Usted se siente en condiciones de explicar los beneficios y riesgos a su paciente.

Volviendo al caso

En la siguiente visita, usted explica a su paciente la evidencia encontrada de la siguiente manera: en cinco ECC no se encontraron beneficios a favor del tratamiento en términos de mortalidad, pero sí una reducción global de ACV e infartos cardíacos de 4 a 3,2%. La magnitud absoluta de esta reducción fue de 0,8%, lo cual significa que debería tratarse a 125 personas como Usted durante cinco años para prevenir uno de estos eventos vasculares.

Considerando los daños posibles, hubo un 9% de incremento absoluto de abandono del tratamiento debido a efectos adversos del mismo, cuando se comparó a estos pacientes con los que habían recibido placebo. Esto significa que por cada once personas tratadas, una dejará de tomar el fármaco debido a efectos adversos y que tal situación se resolvería una vez discontinuado el fármaco. Luego de discutir la magnitud de los beneficios, de los daños potenciales, y de los costos asociados al tratamiento, su paciente y Usted toman una decisión compartida, que sea cual fuere, es apoyada por Usted.

Discusión

Los ECC proveen información sobre la respuesta promedio esperable de una intervención dada. Esta es simplemente una estimación que puede estar limitada por la cantidad de datos que son reportados en el ensayo publicado. Sin embargo, los resultados de un ECC que se ajusta a las características de nuestros pacientes puede ser la mejor evidencia que dispongamos.

En este caso, los cinco ECC incluyeron un 46% de mujeres y un 54% de hombres con una edad promedio algo menor que la de nuestro paciente. Dado que el riesgo es mayor en varones y éste aumenta con la edad, de alguna manera podríamos esperar un beneficio mayor al esperado en este paciente en particular.

Por otro lado, la TA de nuestro paciente es 146/94 mmHg, algo menor que la TA promedio del ECC, lo cual sugiere que su beneficio absoluto podría ser algo menor.

Se podría lograr una estimación más precisa de los riesgos y los beneficios enfocando la búsqueda de resultados a un subgrupo limitado de varones de entre 50 y 60 años con rangos basales de TA de 140-160/90-100 mmHg. Esto es posible y de hecho constituye un proyecto en curso en el cual trabaja el grupo de HTA de la Colaboración Cochrane.

El enfoque aquí presentado puede resultar un desafío, además de demandar un tiempo significativo, para los profesionales de la salud. Sin embargo pensamos que los pacientes necesitan recibir esta información cuando de ello depende la toma de decisiones sobre tratamientos farmacológicos a largo plazo. También pensamos que este modelo de toma de decisiones compartidas y basadas en la evidencia tendría que ser comparado a través de ensayos clínicos con el cuidado usual.

Conclusiones

- Es posible estimar y presentar a los pacientes la magnitud del beneficio de un tratamiento farmacológico utilizando la mejor evidencia disponible.
- Los modelos de decisión compartida solo pueden ser utilizados correctamente si se proveen estimaciones razonables de los beneficios y los daños del tratamiento propuesto.
- Se requiere la conducción de ECC para evaluar si el uso de esta evidencia y de este tipo de modelo de decisión compartida cambian la morbimortalidad de nuestros pacientes en comparación al cuidado usual.

RR = Riesgo relativo
RRA = Reducción de riesgo absoluto
IRA = Incremento del riesgo absoluto
NNT = Número necesario a tratar
NND = Número necesario para dañar

En una próxima entrega se revisará una estrategia: el uso de calculadoras de riesgo para estimar los beneficios de modificar factores de riesgo.

El borrador de esta Nota Farmacológica fue sometido a revisión por 40 expertos y médicos de atención primaria con el objeto de corregir cualquier imprecisión y asegurar que la información fuese concisa y relevante para los lectores.

Referencias

1. Quan A, Kerlikowske K, Gueyffier F, Boissel JP, for the INDANA Investigators. Pharmacotherapy for hypertension in women of different races. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No.: CD002146. DOI: 10.1002/14651858.CD002146.
2. Mulrow C, Lau J, Cornell J, Brand M. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD000028. DOI: 10.1002/14651858.CD000028.
3. Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. Br Med J 1985;291(6488):97-104.
4. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. Report by the Management Committee. Lancet 1980;1:1261-1267.
5. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: a five year controlled drug trial. The Oslo study. Am J Med 1980;69(5):725-732.
6. Smith WM for US Public Health Service Hospital Cooperative Study Group (USPHSHCSG). Treatment of mild hypertension. Results of a ten-year intervention trial. Circ Res 1977;40(Suppl 1):98-105.
7. Perry Jr HM, Goldman AI, Lavin MA et al. Evaluation of drug treatment in mild hypertension: VA-NHLBI feasibility trial. Ann N Y Acad Sci 1978;304:267-288.