

TRIUMPH: Píldora triple combinada en dosis bajas efectiva en la hipertensión

Sue Hughes

CONFLICTOS DE INTERÉS

29 de marzo de 2018

ORLANDO, USA. Una píldora que combina dosis bajas de tres antihipertensivos disminuyó la presión arterial más rápido y con mayor eficacia, y aumentó el número de pacientes que alcanzaron el objetivo en comparación con el tratamiento habitual, sin incrementar los efectos adversos, en un nuevo estudio.^[1]

El estudio TRIUMPH fue presentado en el congreso del *American College of Cardiology (ACC)* de 2018 por la Dra. Ruth Webster, MBBS, de *The George Institute for Global Health*, en la *University of New South Wales*, en Sídney, Australia.

"Esta estrategia de antihipertensivo triple en dosis bajas desde el inicio del manejo de la hipertensión es apropiada para todas las partes del mundo pues muchos pacientes no están alcanzando su objetivo de presión arterial en todas partes. Sin embargo, la necesidad más urgente es la implementación eficaz y el aumento gradual en países con bajos y medianos ingresos, los cuales tienen la máxima carga de hipertensión".

Al discutir el estudio en una conferencia de prensa del ACC, la Dra. Karol Watson, profesora de medicina/cardiología, de la *David Geffen Medical School*, en la *University of California*, en Los Ángeles, Estados Unidos, describió los resultados como "un éxito".

"Esto es algo que hemos sabido desde hace mucho tiempo, pero no lo hacemos. Se nos ha dicho en las guías clínicas antiguas que efectuemos el ajuste ascendente de un fármaco lo más que podamos y luego añadamos un segundo fármaco, pero con este enfoque se obtienen más efectos adversos y no mucha mayor eficacia", dijo la Dra. Watson.

"Ahora contamos con nuevas guías que dicen que podemos comenzar con dos fármacos si el paciente tiene realmente la presión alta", añadió. "Pero con esta estrategia de utilizar tratamiento triple en dosis bajas podemos comenzar de inmediato con tres fármacos y el paciente no tiene incluso que tener cifras elevadas".

En su presentación, la Dra. Webster explicó que, pese a la disponibilidad de una amplia gama de antihipertensivos eficaces y baratos, la mayoría de las personas reciben solo uno o tal vez dos fármacos, y solo un tercio de ellas logran alcanzar su presión arterial establecida como objetivo.

"Estamos posponiendo la consideración de la eficacia y, en consecuencia, están ocurriendo muchos más infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares de lo necesario", dijo. "No forzosamente necesitamos un nuevo fármaco exitoso, sino una nueva manera de utilizar los que ya tenemos".

Hizo notar que las ventajas de las combinaciones en dosis bajas comprenden los beneficios añadidos de múltiples mecanismos diferentes de diversas clases de fármacos pero mínimos efectos secundarios. "Ochenta por ciento de la eficacia de la medicación para la presión arterial se logra con la mitad de la dosis estándar —solo se obtiene una eficacia de 20% adicional mediante el ajuste ascendente de la dosis hasta alcanzar la dosis completa—. Pero la mayor parte de los efectos secundarios ocurren en esa parte más alta de la dosis".

En el estudio TRIUMPH, que se llevó a cabo en Sri Lanka, se reclutó a 700 pacientes (edad promedio: 56 años; 58% mujeres) con una presión arterial promedio de 154/90 mm Hg. Más de la mitad (59%) no estaba recibiendo ningún tratamiento para la presión arterial, y 32% tenía diabetes o nefropatía crónica.

Los pacientes fueron asignados de manera aleatoria para recibir el tratamiento habitual o la píldora de combinación triple, que incluía telmisartán (20 mg), amlodipino (2,5 mg) y clortalidona (12,5 mg).

La Dra. Webster agregó: "Los fármacos efectivos que se incluyeron probablemente no son tan importantes como la idea de utilizar dosis bajas de tres diferentes clases de fármacos antihipertensivos".

El criterio principal de valoración fue la proporción de pacientes que alcanzaron la presión elegida como objetivo de 140/90 mm Hg o menos (130/80 mm Hg o menos en los diabéticos o en personas con nefropatía crónica) a los 6 meses.

El objetivo se alcanzó en 69,5% del grupo con tratamiento con triple terapia frente a 55,3% del grupo con tratamiento habitual (riesgo relativo [RR]: 1,23; IC 95%: 1,09 - 1,39).

Webster dijo que la cifra de 55% para el grupo con el tratamiento habitual era mejor que lo que se esperaría en la vida real, "probablemente porque los pacientes y los médicos sabían que estaban en el estudio".

Las diferencias globales medias en las presiones arteriales fueron -9/8 mm Hg para la sistólica y -5 mm Hg para la diastólica en el grupo que recibió tratamiento triple. La diferencia se alcanzó hacia las 6 semanas y se mantuvo hasta los 6 meses.

Por lo que respecta a la tolerabilidad, la combinación triple fue bien tolerada, sin ninguna diferencia en los efectos adversos o la abstinencia de la medicación a causa de efectos adversos, en comparación con el tratamiento habitual.

¿Será aceptada en Estados Unidos?

En su comentario a *Medscape*, el Dr. George Bakris, director del *ASH Comprehensive Hypertension Center*, en la *University of Chicago*, en Illinois, Estados Unidos, dijo que la estrategia hace perfecto sentido y aunque podría ser una gran estrategia para los países con ingresos más bajos y medios, consideraba

que los obstáculos culturales y comerciales pueden evitar que se comience a aplicar en Occidente, por lo menos en un futuro cercano.

"Es una estrategia lógica, si se utilizan tres fármacos con mecanismos complementarios se obtendrá una mejor reducción de la presión arterial", dijo el Dr. Bakris. "El problema es lograr que los médicos de familia —que son los que estarán tratando a estos pacientes— hagan esto.

"No han sido formados para prescribir de esta manera. Ya de por sí es difícil lograr que prescriban una combinación de dos píldoras, pero para pedirles que prescriban una combinación de tres, realmente se necesitaría un cambio de actitud", dijo.

"Creen que más fármacos equivalen a más efectos secundarios. Esto desde luego no es el caso si se utilizan en dosis bajas, pero no es parte de su cultura hacer esto".

Si bien la disponibilidad de una sola píldora que contenga los tres fármacos facilitaría la situación, el Dr. Bakris no cree que ocurra esto en Estados Unidos.

"Todos estos fármacos son genéricos y no se puede ganar dinero con ellos. Dudo que un laboratorio productor de genéricos haga un producto de combinación triple, ya que no es parte de la cultura prescribirlo".

Sin embargo, el Dr. Bakris considera que esta estrategia de tratamiento triple podría tener éxito en los países con bajos y medianos ingresos. "Esto sería aplicable sobre todo si alguna organización sanitaria produjera una píldora para tratamiento triple. Se podría hacer mucho con el uso generalizado de tal píldora".

También en sus comentarios a *Medscape*, el Dr. Franz Messerli, profesor de medicina de la *University of Bern*, en Berna, Suiza, dijo que el estudio fue "bien realizado" y que los mejores resultados con el tratamiento triple eran "un poco sorprendentes". Sin embargo, planteó algunos aspectos a considerar.

"Quedamos un poco en la oscuridad con respecto a lo que exactamente se hizo en este grupo con el tratamiento habitual", dijo. "Pero la mayoría de los pacientes permaneció con monoterapia, cuya dosis supuestamente tuvo un ajuste ascendente. Una y otra vez se ha documentado que el tratamiento combinado es varios tantos más eficaz para reducir la presión arterial que el ajuste ascendente de la dosis".

Añadió que la combinación triple contenía clortalidona, "que es un fármaco antihipertensivo extraordinariamente eficaz. Probablemente se habría utilizado hidroclorotiazida en el grupo con tratamiento habitual, la cual tiene una acción breve y es uno de los antihipertensivos más débiles".

Por último, añadió que "no hay duda de que algunos pacientes del grupo con tratamiento triple podrían haberse controlado con uno o dos fármacos, de manera que recibieron más fármacos de lo que necesitaban, aunque todavía fueron aceptables los efectos adversos potenciales". El Dr. Messerli señaló que sería necesario más cuidado si se hubiese utilizado un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina en lugar de un antagonista de la angiotensina.

El estudio TRIUMPH fue financiado por el National Health and Medical Research Council of Australia como parte de la Global Alliance for Chronic Disease. La Dra. Webster ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico.

- [Referencias](#)

© 2018 WebMD, LLC

Cualesquiera puntos de vista expresados antes son del propio autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de Web.