

## OTRO ESTUDIO EN CONTRA DE LA REDUCCIÓN TENSIONAL PREVIA A TROMBOLISIS EN EL ACVA ISQUÉMICO

*Autora: Nieves García (Médica especialista en medicina familiar y comunitaria, SAMU, Asturias)*

*Fecha de publicación: 19/06/2024*

*Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Controversia*

*Tiempo de lectura: 2 minutos*



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Aquellos pacientes que sufren un accidente isquémico cerebral agudo (ACVA) pueden ser candidatos a trombólisis si su tensión arterial está relativamente controlada, evitando así un riesgo mayor de hemorragia intracerebral posterior. El umbral superior para el inicio del tratamiento trombolítico está fijado en 185/110 mmHg, pero fue establecido **arbitrariamente** por la investigación científica. No existe evidencia que avale el uso de terapia antihipertensiva endovenosa para facilitar la trombólisis en aquellos pacientes con cifras tensionales por encima del valor límite establecido. Aun así, las guías de práctica clínica incluyeron esta recomendación para plantear la trombólisis, omitiendo la advertencia de los ensayos clínicos sobre el riesgo de esta medida.

En la práctica clínica (*debido a la necesidad de precocidad para obtener beneficios de la terapia trombolítica*), ante un ACVA isquémico se suele reducir rápidamente la tensión arterial cuando es  $\geq 180/110$  mmHg, aunque con precaución, para evitar aumentar la isquemia cerebral.

El estudio [INTERACT 4](#) constató un empeoramiento funcional de los pacientes que, tras un ACVA isquémico, eran sometidos a una rápida reducción de la tensión arterial.

En la revista **The Lancet Neurology** se ha publicado el estudio [TRUTH](#) (*presentado en la reunión anual Europea de la Organización de Accidentes Cerebrovasculares*), prospectivo, observacional y multicéntrico, que incluyó 853 pacientes de **Países Bajos** que

fueron sometidos a una reducción activa de la presión arterial tras un ACVA isquémico, comparándolos con 199 pacientes sin dicha estrategia. Los pacientes sometidos a reducción de la tensión arterial presentaron peor resultado funcional, medido a los 90 días mediante la escala de **Rankin modificada**, con un RR de 1,27; IC 95% 0,96-1,68, a pesar de recibir más trombólisis (94%) que el grupo sin reducción tensional (52%). Como era de esperar, el tiempo promedio hasta la trombólisis fue más corto en el grupo de intervención, lo que aun hace más sorprendente el resultado.

¿Y la hemorragia intracraneal?

Fue mayor en el grupo de reducción activa de la presión arterial, 5% de los participantes frente al 3% del grupo sin intervención en la tensión (RR 1,28; IC 95% 0,62-2,62).

Por tanto, estos resultados coinciden con los del estudio **INTERACT 4**, aunque la población era diferente.

## CONCLUSIÓN

No hay evidencia que avale la reducción activa y rápida de la tensión arterial para indicar la trombólisis precoz en el ACVA isquémico, de hecho, la evidencia reciente muestra empeoramiento funcional de los pacientes sometidos a terapia antihipertensiva previa a la trombólisis. Es cierto que el estudio **TRUTH** es observacional, por tanto, solo generador de hipótesis, pero otros estudios recientes como el **INTERACT 4** son aleatorizados.

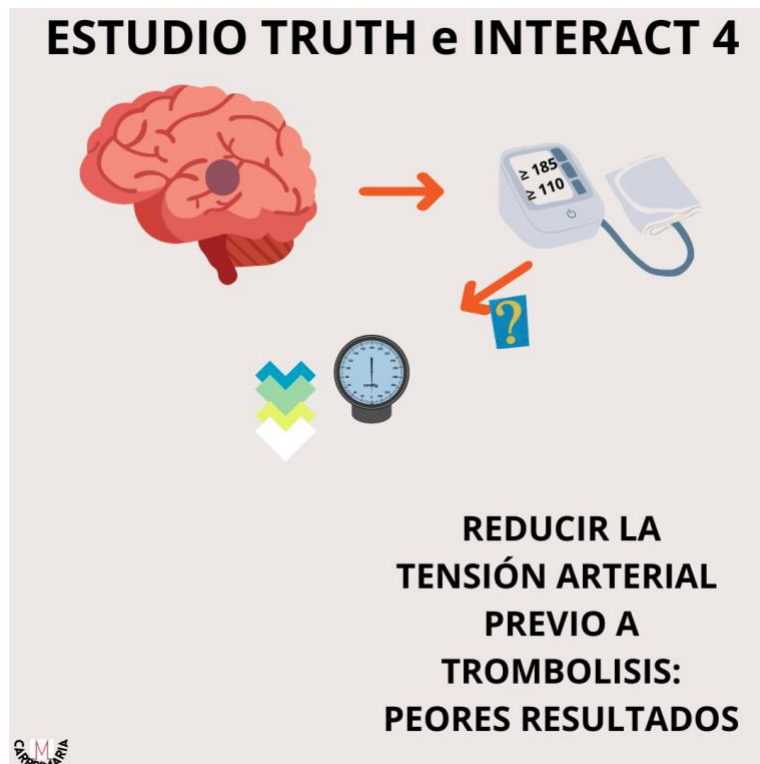


Ilustración 1. Estudio TRUTH. CARPRIMARIA

## REFERENCIAS

[Lancet Neurol. 2024 May](#)

[Editorial Lancet Neurol. 2024 May](#)

## OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

[¿Debemos reducir la tensión arterial sistólica en el paciente con ACVA?](#)

[Estatina y riesgo hemorrágico intracraneal ¿cómo está el tema?](#)

