

Comentario al estudio ONTARGET

Dr. Francisco Espinosa Larrañaga:

Reciba una felicitación en mi carácter de médico cardiólogo del Instituto Mexicano del Seguro Social y lector frecuente de *Revista Médica*, por el enfoque analítico que, como Editor de ese medio de difusión científica y de opinión, hace de los factores de riesgo cardiovascular y el impacto sobre la patología cardiovascular que tienen diversos fármacos cuyo objetivo de prescripción no es la patología cardiovascular¹ y, sin embargo, muy frecuentemente se utilizan en detrimento de la salud de quienes la padecen.

El alarmante incremento de la patología cardiovascular observado especialmente en los países en desarrollo, y dentro de ellos en las áreas de mayor marginación, ha despertado el interés de la comunidad científica internacional para encontrar estrategias que modifiquen dicha tendencia y disminuyan la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

El estudio ONTARGET, como usted lo menciona, representa uno de los más importantes esfuerzos de la comunidad científica mundial en la búsqueda de soluciones al preocupante incremento de desenlaces cardiovasculares mayores (infarto del miocardio, evento vascular cerebral o periférico, muerte cardiovascular, insuficiencia cardiaca o daño renal terminal) en individuos considerados con alto riesgo o probabilidad para sufrirlos.

Ahora, como profesor investigador de la Universidad de Guadalajara y coordinador nacional en México del estudio ONTARGET, me permito hacer algunas consideraciones: es importante resaltar en las fortalezas del estudio ONTARGET, su diseño metodológico pulcro y análisis estadístico riguroso para no inferioridad, ser doble ciego, su tamaño de muestra (25 620 pacientes), la diversidad étnica y poblacional de los pacientes incluidos (733 centros en 40 países), la duración del estudio (56 meses en promedio), la eficiencia terminal y calidad de datos (99.8 %), así como haber sido el primer estudio a gran escala en comparar cara a cara un bloqueador selectivo de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARA-II) de vida media larga (telmisartán) *versus* ramipril, el inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) de vida media larga que había demostrado mayor impacto en la reducción de eventos cardiovasculares en pacientes de alto riesgo (Estudio HOPE), además de probar, en este tipo de población, si la administración simultánea de IECA + ARA II brinda beneficios adicionales a los obtenidos con cada uno de ellos de manera individual.

Los resultados demuestran que el telmisartán no es inferior, o sea, es igual de efectivo que el ramipril en reducir eventos cardiovasculares mayores, sin embargo, considero que existen diferencias entre ambos que vale la pena puntualizar. El telmisartán fue más efectivo en reducir la presión arterial (0.9/0.6 mm Hg) 7.4/6.4 y 5/4.3 al ser administrado a pacientes no hipertensos y produjo más síntomas asociados a hipotensión (2.6 % *versus* 1.7 %), mientras que el ramipril produjo casi cuatro veces más tos (4.2 % *versus* 1.1 %) y tres veces más angioedema (0.1 % *versus* 0.3 %), efectos adversos que repercutieron en menor adherencia al tratamiento.

La administración simultánea de telmisartán (ARA-II) + ramipril (IECA) no originó ningún beneficio adicional en la reducción de eventos cardiovasculares al llevar a cabo la comparación con cada uno de ellos en lo individual, sin embargo, aumentó casi tres veces la hipotensión sintomática (4.8 % *versus* 1.7 %), el síncope (0.3% *versus* 0.2%) y la disfunción renal (13.5% *versus* 10.2%), todas con alta significancia estadística.

En resumen: el estudio ONTARGET proporciona evidencia de que el telmisartán es igual

de efectivo que el ramipril para reducir la aparición de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con alto riesgo para desarrollarlos, pero con mayor seguridad y mejor adherencia al tratamiento. Por otro lado, debe evitarse la administración simultánea de ramipril (IECA) y telmisartán (ARA-II) porque aumenta los efectos adversos y deteriora la función renal sin ejercer ningún beneficio adicional en la disminución de eventos cardiovasculares.

Atentamente

Ernesto Germán Cardona-Muñoz,
Investigador del Centro Universitario
de Ciencias de la Salud,
Universidad de Guadalajara,
Guadalajara, México.
Correo electrónico: came_1@lycos.com

Referencias

1. Espinosa-Larrañaga F. Factores de riesgo cardiovascular, epidemiología clínica y enfermedad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008;46(3):233-236. [rm](#)