

POLICLÍNICO "CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

GUÍAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. NOVEDAD Y POLÉMICA.

Por:

Dr. Alberto Morales Salinas¹, Dr. CM. Carlos Martínez Espinosa² y Dr. José R. Pérez de la Paz³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Titular. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

HIPERTENSION/clasificación

Subject headings:

HYPERTENSION/classification

Señor Editor:

Las diferencias entre las nuevas guías de hipertensión arterial (HTA) europeas^{1,2} y la del VII Reporte de la Joint National Committee (JNC)³ han provocado amplios debates⁴⁻⁶ y pudieran hasta desorientar o confundir al médico que las analice superficialmente, por lo que es oportuno realizar algunas consideraciones que ayuden a esclarecer el asunto.

La más cuestionada ha sido la guía de la JNC, y sus puntos más controversiales se pueden concentrar en los siguientes aspectos:

1. La introducción de una nueva categoría prehipertensión.
2. La simplificación que hace en la clasificación y estratificación del paciente.
3. La elevación excesiva del riesgo de HTA en el normotenso a los 55 años.
4. La selección del fármaco inicial en el hipertenso grado I sin una indicación clínica específica.

El Séptimo Reporte³ elimina las categorías de normal y normal alto, y considera como prehipertensos a todos los individuos con cifras de tensión arterial sistólica (TAS) de 120 a 139 mmHg, y diastólica (TAD) de 80 a 89 mmHg; sugiere en ellos, si es que no tienen riesgos adicionales, la promoción de salud mediante estilos de vida para prevenir la enfermedad cardiovascular (ECV). Esto se basa en que, según Framingham⁷, dicho grupo tiene un mayor riesgo de hipertensión que los pacientes con cifras menores de tensión arterial (TA). Se critica la nueva categoría, pues se alega que aún no existen suficientes evidencias en la evolución del prehipertenso y se corre el riesgo de ser demasiado agresivo, lo cual crea preocupación en pacientes que no siempre desarrollarán HTA en el futuro. Las recomendaciones de todas las guías son iguales para los pacientes con TAS de 130-139 mmHg y TAD de 85-89 mmHg sin indicaciones clínicas específicas, y se señala que hubiese sido más aceptable si la JNC hubiera considerado como prehipertenso sólo al grupo anterior y no también a los que presenten TAS de 120 a 129 mmHg y de TAD 80 a 84 mmHg. A favor de la nueva categoría está que el riesgo cardiovascular (RCV) comienza en 115 y 75 mmHg y una de las estrategias para lograr modificaciones en los estilos de vida del paciente es incrementar su percepción del riesgo. Además, a los que consideran excesivas las recomendaciones para el prehipertenso con TAS entre 120 y 129 mmHg y TAD de

80 a 84 mmHg, sobre todo que pertenezca a zonas de bajo RCV⁵, se les debe advertir que antes de desestimarlas evalúen otros aspectos del paciente, como lipoproteínas de alta densidad, triglicéridos, circunferencia abdominal y glicemia, pues pudieran tener un síndrome plurimetabólico y poseer un RCV adicional.

El VII Reporte simplifica la clasificación de HTA y elimina el estadio 3, ya que considera que la conducta en el paciente con TA igual o mayor que 160/100 mmHg es la misma, y que sólo varía si tiene o no indicaciones clínicas forzadas. Las europeas^{1,2} son mucho más específicas a la hora de estratificar al paciente sobre la base de su RCV, y definen cinco categorías de riesgo: promedio, bajo, moderado, alto y muy alto. Si analizamos la conducta que éstas proponen en el hipertenso con riesgo alto y muy alto, es la misma, por lo que complican quizás innecesariamente un poco más la clasificación, y es importante señalar que uno de los cuatro factores que impulsaron la publicación del Séptimo Reporte fue la necesidad de simplificar la clasificación de HTA, ya que, entre otras razones, los informes previos no habían alcanzado los resultados esperados.

El cálculo del RCV global tiene utilidades que no deben ser despreciadas, como un mayor ahorro de recursos y una mayor motivación del paciente para realizar los cambios en los estilos de vida que se le proponen⁸; y es precisamente lograr la motivación del hipertenso uno de los mensajes claves del Séptimo Reporte. Sin embargo, la estimación del RCV global a partir de los factores de riesgo (FR) coronario presentes en el paciente, no tiene una elevada sensibilidad, pues la aterotrombosis es un fenómeno multifactorial y el cálculo sólo incluye a los principales FR, entre otras limitaciones.

Considerar que 90% de los pacientes normotensos a los 55 años puedan convertirse en hipertensos a lo largo de sus vidas, parece excesivo; la práctica diaria muestra que entre los mayores de 70 años la proporción de hipertensos/normotensos no es de 9 a 1. Al margen de esta discrepancia, no debe utilizarse el elevado porcentaje de hipertensión en la tercera edad para cuestionar si es correcto en estos pacientes utilizar el mismo umbral de 140/90 mmHg para el diagnóstico de HTA⁶; la artrosis es también una enfermedad y tiene una prevalencia similar en esas edades.

La JNC sugiere, como tratamiento inicial, los diuréticos tiazídicos para todos los pacientes en estadio I que no sean de alto riesgo. Lo anterior se fundamenta en que los diuréticos no han sido superados por los nuevos antihipertensivos en la prevención de las complicaciones cardiovasculares de la HTA. Sin embargo, uno de los mensajes claves del Séptimo Reporte señala que la mayoría de los pacientes, para lograr el control de la presión arterial, necesitarán dos o más medicaciones antihipertensivas; por tanto, si un paciente va a tomar un diurético junto a otro hipotensor por largos períodos, y quizás de por vida, no parece entonces que la incorporación del diurético, por citar un ejemplo, cuatro semanas antes como primera opción o cuatro meses después en combinación, tendrá una gran trascendencia. Las guías europeas plantean que, cuando no hay indicaciones específicas, se puede utilizar cualquiera de los principales grupos de antihipertensivos. También hacen hincapié en que el principal beneficio del tratamiento antihipertensivo es la disminución de la tensión arterial *per se*, y sólo luego de alcanzada la normotensión hay ventajas en tratarla, de acuerdo con situaciones específicas.

Todos los puntos en conflicto analizados tienen aspectos a favor y en contra; las principales diferencias deberán ser resueltas por medio del consenso, en el que ninguna actitud absolutista debe prevalecer. La más controversial ha sido la guía americana, más aún, considerando los pobres índices de control de la HTA que se han logrado y que su control en una población reduciría a la mitad la tasa de enfermedad cardiovascular⁹. Podemos afirmar que los esfuerzos realizados hasta el momento no han alcanzado los resultados deseados, y quizás se deban emplear estrategias más simples y agresivas, como la propuesta por la JNC.

La publicación casi simultánea de estas guías no debe desorientar al galeno; hay discrepancias entre ellas, pero existen muchos más puntos en común, y todas persiguen un mismo objetivo: mejorar el control de la HTA. El médico deberá realizar un análisis crítico antes de trazar su propia estrategia; las guías le deben servir como apoyo y no como cadenas. Más allá de que se utilice o no un diurético como primera opción, lo principal es tener la hipertensión controlada y, además, que el hipertenso se sienta motivado a cumplir el tratamiento; esto no se logra en consultas breves en las que apenas se interroga, examina, y mucho menos se educa al paciente. Se puede contar con el máximo de conocimiento y preparación para enfrentar la enfermedad, pero si no se logra una adecuada comunicación y motivación, se seguirá siendo incapaz de enfrentar al enfermo.

La educación requiere de tiempo y seguimiento, todo lo cual está más al alcance del médico que labora directamente en la comunidad, por lo que, sobre todo la HTA esencial no complicada, debe ser controlada en la atención primaria con el apoyo de los niveles superiores, y la no controlada en el hospital, con el apoyo del galeno comunitario.

Tras la publicación de las guías surgen también algunas interrogantes: Si el riesgo cardiovascular comienza a partir de 115/75 mmHg ¿podemos aceptar –sobre todo en pacientes con alto RCV– como óptimas o normales las presiones que se hallen por encima de esos valores?

La polémica continúa, pero ésta debe verse como un hecho positivo y fuente de conocimientos, que no debe empañar el desempeño médico en su objetivo de controlar la hipertensión arterial.

Referencias bibliográficas

1. 2003 European Society of hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-53
2. González-Juanatey JR, Mazón P, Soria F, Barrios V, Rodríguez-Padial L, Bertomeu V. Actualización (2003) de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:487-97
3. The Seventh report of joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-72.
4. Verdecchia P, Angeli F. Séptimo informe del joint national committee para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial: el armamento está a punto. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:843-7.
5. Bertomeu V. Guías sobre el tratamiento de la hipertensión arterial 2003: ¿aclaran o confunden? *Rev Esp Cardiol* 2003;56:940-3.
6. Tajer C, Doval H. Hipertensión arterial en debate. *Rev Argent Cardiol* 2003;71:161-3.
7. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in nonhypertensive participants in the framingham heart study: a cohort study. *Lancet*. 2001; 358:1682-6.
8. Morey SS. AHA and ACC outline approaches to coronary disease risk assessment. *Practice guidelines*. *Am Fam Physician* 2000;61:2534-42.
9. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. *Guidelines Subcommittee*. *J Hypertens* 1999;17:151-83.