

JOINT NATIONAL COMMITTEE, NUEVAMENTE LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL MÁS POLÉMICA

Dr. Alberto Morales Salinas¹, Dra. Dra. Arasay Rodríguez Sanabria²

¹Especialista en 1^{er} y 2^{do} Grado en Medicina General Integral (MGI) y Cardiología. Miembro Titular de las Sociedades Cubanas de MGI y Cardiología. Asesor de Investigaciones en el Cardiocentro de Villa Clara (VC). Investigador y Profesor Auxiliar. Presidente de la Comisión Técnico Asesora de Hipertensión Arterial en VC.

²Especialista en 1^{er} Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián", Santa Clara, Villa Clara.

Correspondencia a: Alberto Morales Salinas. Cardiocentro de Villa Clara. Correo: albert@cardiovc.sld.cu; cardioams@yahoo.es

Recibido: 3 de agosto de 2014

Aceptado: 18 de agosto de 2014

Al igual que sucedió en el 2003,¹ en el 2013 se publicaron casi simultáneamente varias Guías de Hipertensión Arterial (HTA).²⁻⁴ Nuevamente hay diferencias entre ellas y es la del Eighth Joint National Committee (JNC8) la más polémica.

Las directrices emitidas por el Joint National Committee han sido históricamente las de más influencia internacional, por esta razón es que consideramos oportuno reflexionar acerca del tema.

Los aspectos más controversiales del JNC8 son:^{5,6}

1. La metodología.
2. Los autores utilizaron una novedad con respecto al resto de las Guías: analizaron solo las evidencias procedentes de Ensayos Clínicos (EC) para darle mayor fortaleza a sus recomendaciones.

No es objetivo de nuestra Editorial profundizar ni debatir cómo se clasifican las evidencias y las recomendaciones; no obstante, para los estudiantes de Ciencias Médicas es oportuno precisar que la calidad de la evidencia depende del diseño y de la calidad del estudio. En este sentido, se considera que el nivel de evidencia disminuye progresivamente desde los EC hasta los estudios no aleatorizados, y por último, la opinión de expertos en situaciones clínicas que no están representadas en los estudios existentes.

Esta novedad y aparente fortaleza metodológica del JNC8 en la práctica se convirtió en una debilidad, pues los autores no encontraron suficientes EC para responder adecuadamente sus tres interrogantes iniciales:

- ¿Son mejores los resultados clínicos si se comienza la terapia en algún dintel de presión arterial?
- ¿Son mejores los resultados clínicos si se baja la presión arterial por debajo de cierta meta?
- ¿Son los diferentes agentes farmacológicos, disímiles en riesgo, beneficios y resultados clínicos?

Debido a la carencia de EC, la mayoría de las recomendaciones del JNC8 terminaron basadas en la opinión de los expertos.

También fue desafortunada la idea de mezclar EC de los años 60s, 70s y 80s con otros más recientes, ya que pertenecen a periodos con diametrales diferencias “medioambientales” y en el tratamiento médico.

1. El aumento de la meta terapéutica de 140/90 mmHg hasta 150/90 mmHg en los pacientes mayores de 60 años de edad sin diabetes, ni enfermedad renal crónica.

No existió unanimidad entre los 17 autores en este tópico. Los que estuvieron en contra de esta recomendación acordaron emitir un documento posterior al JNC8, en el cual alertaron que el aumento de la meta terapéutica puede incrementar el porcentaje de hipertensos descontrolados, además en un subgrupo de alto riesgo cardiovascular, como son los hipertensos mayores de 60 años de edad.⁷ También plantearon que los estudios SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program), HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial) y FEVER (Felodipine Event Reduction), aportan elementos que apoyan el aumento de la meta terapéutica solo en los pacientes hipertensos de más de 80 años de edad,⁷ similar a los que plantean otras Guías.²⁻⁴

2. La exclusión de los Beta-Bloqueadores (BB) como grupo farmacológico de 1^{ra} línea en la HTA no complicada.

Esta exclusión se basó en una evidencia débil: el estudio LIFE (Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study).⁸ Además, no es lógico extrapolar las limitaciones del “viejo” atenolol, detectadas en LIFE, al resto de los BB, pues los BB tiene amplias diferencias “intraclase”. Los BB de tercera generación poseen propiedades pleiotrópicas* cardioprotectoras que no están presentes en el atenolol.⁹

Otras incongruencias son que en LIFE el atenolol se usó de una manera sub-óptima (una vez al día). Se ha demostrado que de esta forma el atenolol no controla adecuadamente la presión arterial durante las 24 horas del día,¹⁰ así como que los resultados de LIFE no son extrapolables a población general, pues la muestra de este EC fue de alto riesgo cardiovascular-hipertensos de 55 a 80 años de edad (media de 66,9 años) con hipertrofia ventricular por electrocardiografía y una

elevada prevalencia de diabetes mellitus (13%) y de enfermedad cardiovascular (25%).⁸

* Pleiotropía: se refiere a la propiedad de algunos fenómenos de desencadenar varios efectos no relacionados a partir de una misma causa.

Nuestras consideraciones sobre la exclusión de los BB, fueron recientemente respondidas por los autores del JNC8.¹¹

En general, sobre algunos de los temas polémicos relacionados con los BB se ha abordado en otros trabajos.¹²⁻¹⁵ Los BB quizás sean los fármacos que más controversia han generado en la historia de la cardiología.

3. Aislamiento.

A diferencia de los informes previos (JNC7, JNC6,...), el JNC8 no representa la posición oficial del National Heart, Lung, and Blood Institute, ni de organizaciones como National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, ni del Gobierno Federal.

CONCLUSIONES

- Fue una debilidad del JNC8 analizar solo las evidencias procedentes de los ensayos clínicos.
- El aumento de la meta terapéutica a $\leq 150/90$ mmHg debería aceptarse solo en los pacientes mayores de 80 años.
- Los BB deben mantenerse como grupo farmacológico de 1^{ra} línea en la HTA.
- El JNC8 no es un documento respaldado por las principales sociedades científicas de Estados Unidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Salinas A. Guías de hipertensión arterial: Novedad y polémica. *Medicentro* 2004;8(3) Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/865/875>
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology *Eur Heart J*. 2013; 34 (28): 2159-219.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5):507-20.
4. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J. Hypertens*. 2014; 32:3-15.
5. Morales Salinas A. Eighth Joint National Committee: otros aspectos polémicos. *Revista Finlay*. 2014; 4(2) Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/270>
6. Morales Salinas A. El uso de los beta-bloqueadores y el Eighth Joint National Comité. *Finlay*. 2014; 4(1):75-78 Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/250/1262>

7. Wright JT, Fine LJ, Lackland DT, Ogedegbe G, Cheryl R, Himmelfarb D, et al. Evidence Supporting a Systolic Blood Pressure Goal of Less Than 150 mm Hg in Patients Aged 60 Years or Older: The Minority View. *Ann Intern Med.* 2014; 160(7):499-503
8. Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet.* 2002; 359(9311):995-1003
9. Vanhoutte PM, Gao Y. β -Blockers, nitric oxide, and cardiovascular disease. *Curr Opin Pharmacol.* 2013; 13(2):265-73
10. Flack JM, Nasser SA. Benefits of once-daily therapies in the treatment of hypertension. *Vas Health Risk Manag.* 2011; 7:777-87.
11. Morales Salinas A. Guidelines for Managing High Blood Pressure *JAMA.* 2014; 312(3):293-94 Disponible en: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1887748&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=MASTER%3AJAMALatestIssuesTOCNotification07%2F15%2F2014
12. Morales Salinas A. Polémica con la utilidad de los beta-bloqueadores en prevención secundaria: análisis crítico del registro REACH. *Revista Finlay*[revista en Internet]. 2013 [citado 2013 Jun 26]; 3(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/189>
13. Morales Salinas A. Dogmas y actualidades del uso de los beta-bloqueadores en prevención secundaria. Segunda parte. *Revista Finlay.* 2012;2:68-69 Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/97>
14. Morales Salinas A. Dogmas y actualidades del uso de los beta-bloqueadores en prevención secundaria. Primera parte. *Revista Finlay.* 2011;1(2):72-75 Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/47>
15. Morales Salinas A. Los betabloqueadores como primera opción del tratamiento en la hipertensión no complicada: ¿posible o no? *Revista Finlay.* 2011;1(1):53-56 Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/27>