

El dilema de las guías de hipertensión arterial

Jorge Luis León Álvarez¹, Manuel Delfín Pérez Caballero¹

¹Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud mundial. La morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular y enfermedad renal crónica está fuertemente influenciada por el diagnóstico y control de la HTA. Tradicionalmente las guías de práctica clínica sobre la HTA han aportado la más actualizada información científica sobre el tema. Es conocida la influencia de las guías norteamericanas (Joint National Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) y las europeas conjuntas de las sociedades europeas de HTA y las sociedades europeas de cardiología en la opinión científica mundial sobre el tema.

La actual guía cubana¹ sale a la luz pública en septiembre del 2017, posteriormente el 13 de noviembre del 2017 se publica la guía norteamericana² y el 25 de agosto del 2018 la guía europea.³ Aunque las tres guías abordan aspectos comunes en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la HTA tienen particularidades dadas por el contexto geográfico, histórico, social, cultural, económico y político donde han sido elaboradas y serán aplicadas, surge entonces la incertidumbre de cuál es mejor y cuál aplicar.

Nos proponemos realizar un breve análisis sobre las tres guías citadas y dar nuestra opinión personal sobre el tema.

La guía cubana de HTA

La Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de HTA es responsable de elaborar los programas y guías que rigen la conducta preventiva, diagnóstica, evaluativa y terapéutica en HTA en nuestro país. La última guía se publicó en el año 2008, por lo que era imprescindible a la luz de las numerosas evidencias científicas recientes actualizarla con el objetivo fundamental: "ofrecer a los profesionales de los distintos niveles de salud la más actualizada y eficiente información que garantice la mejor calidad en la atención a la población en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular basada en las recientes publicaciones, guías internacionales y en las experiencias de expertos nacionales, siempre ajustados a las exigencias de instrumentos y orientaciones de reconocido valor".¹

La guía cubana utiliza las normas evaluativas del instrumento AGREE II (Assessment of Guidelines for Research and Education), confeccionado para la evaluación de las guías de prácticas médicas,⁴ el cual clasifica la evidencia científica en clases de recomendación y niveles de evidencia. Tiene la particularidad que abarca todo el ciclo de vida del ser humano: infancia, adolescencia, adultez y tercera edad, así como aspectos muy especiales como la mujer en edad fértil, gestante y en climaterio.

Tiene la novedad y a nuestro juicio su aspecto más relevante; poner especial énfasis en el riesgo cardiovascular total y basar todo el enfoque diagnóstico, evaluativo, terapéutico y de seguimiento en él, por considerar que para disminuir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es necesario enfocar el problema del control de la HTA desde un punto de vista más integral y no solo centrado en las cifras de presión arterial (PA) como la principal variable para decidir la necesidad y el tipo de tratamiento, basado en el éxito probado de los aspectos preventivos en la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria.

La guía cubana actual ratifica la postura de su guía predecesora del 2008⁵ sobre la clasificación de la HTA según las cifras de PA y sostiene que para adultos mayores de 18 años, 140 mmHg o más de PA sistólica (PAS) y/o 90 mmHg o más de PA diastólica (PAD) adecuadamente medida debe ser considerado con HTA, sostiene el término de prehipertensión para los valores entre 120 a 139 mmHg de PA sistólica y 80 a 89 mmHg de PA diastólica ([tabla 1](#)).

Además, la guía cubana tiene otros aspectos novedosos como la introducción de los elementos metodológicos y diagnósticos sobre la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y el automonitordeo de la PA (AMPA), brinda una amplia revisión sobre la búsqueda del daño orgánico asintomático y su importancia en la evaluación de las complicaciones de la HTA. Propone metas de control de la PA en adultos menores de 60 años por debajo de 140 mmHg de PAS y de 90 mmHg de PAD, con la excepción de los mayores de 60 años que sugiere flexibilizar los objetivos entre 140 a 150 mmHg de PAS acorde a las particularidades físicas y mentales del anciano y en los pacientes con enfermedad renal crónica diabéticos o no, con proteinuria mayor o igual a 30 mg/24 horas debe considerarse disminuirla por debajo de 130 mmHg de PAS y de 80 mmHg de PAD.

Hace una propuesta sobre la estandarización del tratamiento farmacológico como parte del proyecto " Reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares a través de la mejora del control de la HTA y la prevención secundaria", que en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el proyecto Kaiser Permanente Northern California, el Programa Canadiense de Educación en Hipertensión (CHEP) y la secretaría de salud de New York (Estados Unidos) se está aplicando en algunas provincias del país. Por otra parte, al abordar la terapéutica en el paciente hipertenso da especial valor a las modificaciones del estilo de vida: dieta saludable, ejercicios sistemáticos, cese de hábitos tóxicos como alcohol y tabaco y la individualización farmacológica acorde a diversas situaciones especiales como la lesión en órgano diana, la fibrilación auricular, la disfunción sexual eréctil, el color de la piel, la niñez y la adolescencia, la gestación y la ancianidad.

Brinda un enfoque sobre el uso de la antiagregación plaquetaria, el uso de las estatinas y el control glucémico como forma de controlar los factores de riesgo asociados a la HTA. Finalmente proporciona sugerencias sobre las estrategias de seguimiento en el paciente hipertenso como forma de mejorar la adherencia terapéutica y el control de la PA.

La guía norteamericana de HTA

Mucha expectativa generó recientemente la publicación de la guía para la prevención, detección, evaluación y manejo de la HTA en adultos, patrocinada por la ACA (American College of Cardiology), la AHA (American Heart Association) y 9 prestigiosas organizaciones de salud de los Estados Unidos con gran cobertura mediática de prensa, televisiva, radial y por las más conocidas redes sociales. Esta guía ha sido liderada por *Paul Whelton*, quien fue el presidente del comité de dirección del estudio SPRINT⁶. Era de esperarse que después de la repercusión alcanzada por dicho estudio tuviera una importante influencia en las futuras guías sobre HTA.

Se trata de una guía que analizada en el contexto norteamericano para la cual fue concebida es sólida científicamente y muy bien elaborada. Tiene el mérito indiscutible de estimular el conocimiento acerca de la HTA y llamar la atención de la opinión pública y de la comunidad científica, para actuar precozmente y con mayor efectividad para reducir las graves complicaciones que esta enfermedad genera. Basa su análisis en una exhaustiva revisión de la evidencia científica y las recomendaciones las sostiene sobre la base de clases de recomendación y niveles de evidencia.

No obstante, tiene elementos discutibles, promueve una nueva clasificación de la HTA para población adulta basada en las cifras de la PA disminuyendo el umbral diagnóstico a 130 mmHg de PAS o 80 mmHg de PAD, elimina el término de prehipertensión y propone el de PA elevada cuando las cifras de PA están en el rango entre 120 a 129 mmHg de PAS y menor de 80 mmHg de PAD, considera solo dos estadios de la HTA, de 130 a 139 de PAS o de 80 a 89 mmHg de PAD el estadio 1 y el 2 de 140 mmHg o más o 90 mmHg o más de PAD ([tabla 1](#)), este aspecto ha sido muy criticado por muchas organizaciones de salud tanto fuera como dentro de los propios Estados Unidos y no ha sido aceptado universalmente por considerarse que el contexto norteamericano para el cual ha sido elaborada está propuesta no es aplicable a la mayoría de los países, inclusive los altamente desarrollados. Esta decisión aumentará la prevalencia de la HTA en los Estados Unidos (calculan que del 31,9% subirá hasta el 45,6 %) la cual sin duda aumentará los costos inicialmente de las evaluaciones diagnósticas, así como provocarán un mayor uso de fármacos antihipertensivos.

Propone, metas de control más exigentes en cuanto a los objetivos terapéuticos en la HTA basados en el estudio SPRINT⁶, las cuales no pueden ser extrapolables a la práctica clínica habitual de casi ningún país dada las condiciones particulares en las que fue medida la PA en dicho estudio. Para su implementación se debería contar con equipamiento no estándar para la medición de la PA como el utilizado en dicho estudio, y con calculadoras de riesgo cardiovascular que están basadas en población norteamericana. Promueven en la evaluación y toma de decisiones terapéuticas del paciente hipertenso el cálculo del riesgo cardiovascular total, para lo que utilizan la calculadora de riesgo de la ASCVD Risk Estimator Plus (ACC/AHA Pooled Cohort Equations) que tiene limitaciones por no haber tenido en cuenta a la población latina, circunscribirse a las edades entre 40 a 79 años, sobreestimar el riesgo en población anciana entre otras. No recomiendan la utilización del fondo de ojo en la evaluación del paciente hipertenso.

En las propuestas de tratamiento no farmacológico no incluyen al abandono del tabaquismo. En el estadio 1 con riesgo cardiovascular menor del 10% no está aclarada la conducta terapéutica. Además, no incluyen una propuesta explícita del uso de las estatinas y la antiagregación plaquetaria, para ello remiten al lector a otras guías de la AHA.

En las estrategias de seguimiento promueven la utilización del AMPA, la utilización de equipos de salud, explotar las bondades de la conectividad y de internet para realizar video conferencias entre el paciente y los equipos de salud.

Guía europea de HTA

Publicadas oficialmente en el marco del congreso de las sociedades europeas de cardiología celebrado en Munich, Alemania. Realizan extensa revisión de la literatura médica sobre el tema abordando las recomendaciones sobre la base de clases de recomendación y niveles de evidencia como lo hacen la guía cubana y la norteamericana. Mantienen el mismo punto de corte para considerar al paciente hipertenso en 140 mmHg o más de PAS o 90 mmHg de PAD o más y la misma clasificación de la HTA que propusieron en la guía del 2013⁷ haciendo énfasis que el diagnóstico debe realizarse sobre la base de medidas repetidas realizadas en la consulta ([tabla 1](#)). Sostienen la utilidad del AMPA y la MAPA en el diagnóstico y control del paciente hipertenso.

Persisten desde guías anteriores en el mismo enfoque sobre el riesgo cardiovascular total asignándole el rol más importante en la evaluación y el diagnóstico del paciente con HTA, así como en la necesidad de la búsqueda del daño orgánico subclínico.

Si bien persiste en que los objetivos de control de la PA siguen siendo conseguir que este por debajo de 140 mmHg de PAS y 90 mmHg de PAD en todos los pacientes, en la mayoría de ellos, hay que intentar conseguir una PA cercana a la óptima, entre 120 y 130 mmHg de PAS, siempre que sea tolerada. Solo consideran PA entre 130 y 140 mmHg de PAS en la enfermedad renal crónica, y los mayores de 65 años. El objetivo de PAD será en todos los casos menores a 80 mmHg si el paciente recibe tratamiento farmacológico y lo tolera.

En esta actualización de la guía europea se recupera la recomendación de considerar el tratamiento farmacológico en los pacientes con PA normal-alta (130-139/85 mmHg) si su riesgo cardiovascular es alto o muy alto (enfermedad cardiovascular establecida, especialmente cardiopatía isquémica) sugerencia esta que la guía cubana tiene para la prehipertensión. También es menos conservadora, desde el punto de vista que reduce el tiempo a solo 3 y 6 meses, para el tratamiento no farmacológico único en aquellos pacientes con HTA de grado 1 (PAS 140-159 mmHg) denominados de bajo riesgo. Otra novedad es que como norma general considera el inicio de tratamiento con combinaciones farmacológicas en casi todos los pacientes, excepto en aquellos con HTA grado 1, sin lesiones de órgano diana mediada por la HTA o enfermedad cardiovascular establecida.

En cuanto al seguimiento del paciente hipertenso se insiste en la necesidad de comprobar la adherencia al tratamiento, y en facilitarlo mediante las combinaciones en dosis fijas, con fuerte recomendación en el uso de la polipíldora en prevención secundaria. Ponen de relieve el papel de enfermería y de farmacéuticos en el seguimiento de estos pacientes. La MAPA y el AMPA hay que considerarlos en este seguimiento y en el diagnóstico como una posibilidad más, aunque pierden relevancia con respecto a guías anteriores. Por el contrario, sostienen que no hay suficiente evidencia para considerar la medida de la PA en consulta sin personal sanitario, pues no hay estudios que lo avalen.

¿Cuál es mejor?

La práctica médica no está ajena al contexto en el cual se desarrolla. Las guías sobre la HTA responden en esencia a este principio y reflejan el posicionamiento sobre políticas de salud en cada país. Una guía no es superior a la otra, tanto la norteamericana, como la europea, como la cubana tienen suficiente solidez en sus planteamientos como para ser científicamente respetadas.

La guía cubana refleja nuestra realidad y está ajustada a nuestras condiciones. El éxito radica en que se divulgue, se instrumente y se controle su aplicación, solo así está guía podrá demostrar su utilidad como instrumento válido en el objetivo de disminuir el riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos y de esta manera disminuir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez Caballero MD, León Alvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, De la Noval García R, et al. Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión arterial. Rev Cub Med 2017;56(sup).
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C , et al. 2017ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018 Jun; 71(6):e13-e115.

3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104.
4. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010 Dec 14;182(18): E839-42.
5. Pérez Caballero MD, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Vásquez Vigoa A, Navarro Despaigne D, Hernández Cueto M, et al. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
6. SPRINT Research Group, Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med. 2015 Nov 26;373(22):2103-16.
7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon 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 (ESC). Eur Heart J. 14 Jun. 2013 Jul; 34(28):2159-219.

Recibido: 20/12/2017.

Aprobado: 29/01/2018.

Jorge Luis León Álvarez. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: jorge.leon@infomed.sld.cu