

La hipertensión arterial sistémica en México. Un consenso para mitigarla

Systemic arterial hypertension in México. A consensus to mitigate its comorbidities

Given that systemic arterial hypertension (SAH) is the most common illness presented by the adults who come to primary care in México, in this supplement a group of cardiologists, as well as other specialists, from the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) offer a systematic review, a critical analysis, and a national consensus of guidelines as a frame of reference to the daily clinical practice in order to mitigate SAH in México.

Dado que la hipertensión arterial sistémica (HTAS) es el padecimiento más común que aqueja al adulto que acude a atención primaria en México, en este suplemento un grupo de cardiólogos (y otros especialistas) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrecen una revisión sistemática, un análisis crítico y un consenso nacional de lineamientos que servirán como un marco de referencia para la práctica clínica diaria a fin de atenuar el problema de la HTAS en México.

Keywords: Hypertension, Comorbidity, Evidence-based medicine

Palabras clave: Hipertensión, Comorbilidad, Medicina basada en la evidencia

Gilberto Pérez-Rodríguez^a

^aDirección General, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Comunicación con: Gilberto Pérez-Rodríguez
Correo electrónico: gilberto.perez@imss.gob.mx

La hipertensión arterial sistémica es la condición más común que padece el adulto que acude a atención primaria; suele causar infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y no se trata adecuadamente.

Esta revisión sistemática de actualización, análisis crítico y consenso nacional de los lineamientos en relación con la hipertensión arterial sistémica toma en cuenta las características geodemográficas de la población hipertensa en México y su entorno con otras comorbilidades frecuentes; representa un esfuerzo importante de un grupo de cardiólogos interesados en el tema, los cuales pertenecen al Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Estos cardiólogos se dieron a la tarea no solo de hacer la revisión sistemática, sino que también organizaron el consenso nacional utilizando el método de Delphi.

Los conceptos aquí vertidos buscan ser un apoyo para el marco de referencia de la práctica clínica diaria y engloban aspectos básicos, clínicos, fisiopatológicos, epidemiológicos y sociomédicos. Nuestras recomendaciones no deben ser tomadas en forma dogmática sino que los conocimientos del médico y el buen juicio clínico, así como la individualización de cada caso, darán su mayor relevancia a las presentes recomendaciones. Así, aunque se sugieren ciertos lineamientos para el tratamiento farmacológico, no debe olvidarse la idiosincrasia de la persona, la factibilidad del esquema propuesto y, sobre todo, los cambios en el estilo de vida.

Recibido: 15/10/2015

Aceptado: 23/11/2015

La urgente necesidad de atender de manera específica y práctica los principales problemas de salud pública en nuestro país hace necesaria la participación de todas las entidades relacionadas con la salud de México.

Datos epidemiológicos nacionales recientemente publicados ratifican y dan cifras preocupantes de la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales del adulto (ECEA) o también llamadas enfermedades crónicas no transmisibles. En general, se puede afirmar que la prevalencia de todas las ECEA denota un crecimiento porcentual importante, sobre todo cuando se compara con las enfermedades que han sido recabadas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC), en la ENSA 2000, en la ENSANUT 2006, o en la ENSANUT del 2012.^{1,2,3} Una grave consecuencia del aumento en la prevalencia de esas ECEA es el incremento exponencial en la tasa de sus complicaciones, pues son ya la primera causa de morbilidad y mortalidad del adulto mayor de 20 años en México.³

Una fracción muy importante del presupuesto económico destinado al sector salud es, sin duda, principalmente absorbido por las ECEA y sus complicaciones (por ejemplo, aterotrombosis, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía aterosclerosa o isquémica, diabetes, obesidad, insuficiencia renal terminal, insuficiencia cardíaca, ceguera, amputaciones, trastornos neuropsiquiátricos degenerativos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral, entre otras). Estas complicaciones son, además, las principales generadoras de invalidez, puesto que incapacitan tanto al grupo poblacional económicamente activo como al grupo de la tercera edad. El costo de su atención es multimillonario y, al tratarse de padecimientos no curables, sino únicamente controlables, requerirán generalmente de mayor atención médica y tratamiento farmacológico de por vida.

Por lo anterior, fueron convocados los expertos de áreas básicas, clínicas y epidemiológicas del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI para participar en la actualización científica para la detección, el control y el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica (HTAS). Asimismo se utilizó un cuestionario con preguntas clave aplicadas a más de 70 expertos procedentes de toda la república. Se hizo un abordaje simple y práctico para todo aquel médico que tenga que enfrentar a las personas con HTAS, sin sacrificar, desde luego, los conocimientos científicos de vanguardia. La finalidad de este consenso consistió en tomar el contexto sociomédico y ambiental de la población hipertensa de México.

Se enfatizó la necesidad de medidas preventivas. Por ejemplo, la importancia del manejo no farmacológico (la nutrición, el ejercicio y los cambios en el estilo de vida, que idealmente deben iniciarse desde

edades muy tempranas) es crucial para la prevención clínica de cualquier enfermedad crónica esencial del adulto y la hipertensión no escapa a este aspecto:

solo si se sistematizan medidas de cambios en el estilo de vida [que sean] sanos y continuos, con el reforzamiento y la participación activa por parte de todos los organismos relacionados con la salud y la educación poblacional, así como el compromiso social de todos, habremos de confrontar de manera real y preventiva esta pandemia de enfermedades crónicas.⁴

En esta nueva edición de lineamientos se amplifica la información e importancia al respecto. La cardiología preventiva debe contribuir en la vinculación multidisciplinaria.

Con base principalmente en datos nacionales y en lo informado en el resto del mundo, se generó un sistema propio de clasificación y estratificación de riesgo para las personas portadoras de HTAS denominado HTM (Hipertensión Arterial en México), el cual tiene como finalidad recordar que el abordaje de la HTAS es y será siempre multidisciplinario.

El comité de expertos se dio a la tarea de revisar de manera crítica y exhaustiva, bajo los principios de la medicina basada en evidencia, la información más destacada vertida en la literatura médica nacional e internacional, con la finalidad de adecuar los conceptos y lineamientos para un mejor control y tratamiento de la HTAS en México. Una de las conclusiones más relevantes de este grupo de trabajo consistió en reconocer que la HTAS no es un ente aislado, sino que debe abordarse en el contexto de la prevalencia e interacción con otras ECEA, así como de otros factores de riesgo, como la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y el tabaquismo, entre otros. Se enfatiza la necesidad urgente de abordar de forma concatenada los diversos factores de riesgo cardiovascular, ya que independientemente de que comparten mecanismos fisiopatológicos comunes, su adecuada identificación y control afectará sin duda la historia natural del otro factor de riesgo concatenado. Por supuesto que a mayor participación de factores, mayor será el riesgo cardiovascular; sin embargo, jamás se debe soslayar el peso específico que cada uno tiene sobre el riesgo cardiovascular global.

En esta edición contamos con la participación de un editor experto externo al Hospital de Cardiología, quien amablemente coordinó la serie de artículos que se anexan al presente consenso y que tiene que ver con situaciones especiales del paciente con hipertensión arterial. Se amplifica de forma práctica el abordaje clínico ante la sospecha de HTAS tanto esencial como secundaria y se enfatiza la HTAS en la mujer con menopausia y la hipertensión del embarazo. También se abordan algunos aspectos relacionados con las

urgencias hipertensivas y otras situaciones especiales. Por primera vez aparecen en estas guías recomendaciones para el abordaje en niños y adolescentes.

Por último, agradezco infinitamente a los coordinadores de estas guías y a todos y cada uno de los que participaron de forma entusiasta ya sea directa o indirectamente para el logro de estas recomendaciones del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se integran los resultados de los principales estudios internacionales, como el JATOS,⁵ TROPHY,⁶ ALLHAT,⁷ PHARAO,⁸ CAFE,⁹ ASCOT-BLA,¹⁰ entre otros, así como algunos aspectos vertidos en las guías canadienses, estadounidenses y europeas.¹¹⁻¹⁴

Serán bienvenidas todas las críticas y comentarios a este consenso, mismo que permitirá, sin duda, enriquecer y mejorar los futuros trabajos que habremos de actualizar en la medida que se requiera. En Estados Unidos recientemente The National Heart Lung and Blood Institute hizo público un documento donde reconoce que el enfoque primordial debe ser hacia la reducción del riesgo cardiovascular global y ese instituto convocó a actualizar y consolidar más los lineamientos sobre colesterol (ATPIV), hipertensión arterial sistémica (JNC-8)¹² y obesidad en adultos, a partir del impulso de un enfoque integral; lo mismo sugieren los recientes lineamientos europeos (2014).^{13,14}

Referencias

1. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Cuernavaca, Morelos, México: Secretaría de Salud; 2012.
2. Velázquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Sánchez-Castillo C, Attie F et al. [Prevalence and interrelations of non-communicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey 2000]. *Arch Cardiol Mex*. 2003;73(1):62-77.
3. Córdova Villalobos JA. Políticas Públicas en Salud para el Desarrollo de México. Academia Nacional de Medicina. 14 Febrero 2007.
4. Attie F, Rosas PM. Pasado, Presente y Futuro de la Cardiología. Academia Nacional de Medicina. 2005.
5. Jatots Group. Principal Results of the Japanese Trial to Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients (JATOS). *Hypertens Res*. 2008;31:2115-27.
6. Julius S, Nesbitt S, Egan B, Kaciroti NS, Grozinski M, Michelson E; for the TROPHY study group. Trial of Preventing Hypertension. Design and 2-Year Progress Report. *Hypertension*. 2004;44:146-51.
7. ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in High-risk hypertensive patients randomized to ACE inhibitor or Calcium channel blocker versus diuretic. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA*. 2002;288(23):2981-96.
8. Pharaoh Study. 29th Annual Meeting. Fukuoka, Japan; 2006.
9. Williams B, Lacy PS, Thom SM, Cruickshank K, Stanton A, Collier D, et al. Differential impact of blood pressure-lowering drugs on central aortic pressure and clinical out-comes: principal results of the Conduit Artery Function Evaluation (CAFE) study. *Circulation*. 2006;113(9):1213-25.
10. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, Wedel H, Beevers DG, Caulfield M, et al; ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial- Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet*. 2005 Sep 10-16;366(9489):895-906.
11. Campbell NRC, Tu K, Brant R, Duong-Hua M, McAlister FA. The Impact of the Canadian Hypertension Education Program on Antihypertensive Prescribing Trends for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. *Hypertension*. 2006;47:22-8.
12. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 guide based on the evidence for the management of Arterial hypertension in adults report of the members of the panel appointed the whole Eighth National Committee (JNC 8) *JAMA*. 2014;311(5):507-20.
13. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2013;31:1281-357.
14. NICE clinical guideline 127. Clinical management of primary hypertension in adults. 2011; Disponible en [guidance.nice.org.uk/cg127](https://www.nice.org.uk/guidance/cg127). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/guidance-hypertension-pdf>