

COMENTARIOS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

INFORME DEL SÉPTIMO COMITÉ CONJUNTO PARA SU PREVENCIÓN, DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO (JNC7)

Carlos Roselli Sanmartín*

Resumen

El presente artículo revisa los nuevos deliniamientos del Séptimo Comité Conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial, se recalcan los aspectos novedosos sobre los mismos y se compara con los anteriores informes del comité. Los comentarios que se hacen sobre el mismo tienen por objeto sentar bases sólidas para el entendimiento del tratamiento actual de la hipertensión arterial, formuladas por expertos norteamericanos y poder aplicarlas a nuestra población. Recibimos el VII informe (“express”) del comité de expertos en hipertensión arterial, denominado el JNC y lo comparamos con el penúltimo (el 6) conocido en 1997. Recordemos que se trata de un análisis hecho por expertos (alrededor de 40) en donde se revisa la literatura con importante información estadística, y se imparten recomendaciones a la comunidad médica para el manejo de los pacientes hipertensos.

Estas recomendaciones no cambian en forma radical de un informe al siguiente. Pero si hay variaciones al remontarnos a documentos anteriores. Citemos como ejemplo cuando las cifras normales correspondían a la edad más 100, como límite superior para la presión sistólica.

Se puede revisar el séptimo informe en su versión corta en la dirección electrónica (gratis) www.jama.ama-asn.org. Encontramos algunas novedades:

1. Aparece el término “pre-hipertensión” al cual nos tendremos que habituar. Los estadios II y III del pasado VI JNC (**Tabla 1**) se juntan, posiblemente porque las estrategias y el manejo no difieren entre las dos y se facilita el enfoque terapéutico (casi siempre con dos fármacos), todo ello para adultos mayores de 18 años, como se ilustra en la **Tabla 2**. Del V JNC desaparece el término de “emergencia hipertensiva” y su manejo se comenta en forma breve.
2. La importancia del estado *prehipertensivo* radica en que este grupo poblacional tiene doble riesgo de

presentar hipertensión arterial, además de resaltar a la comunidad médica que requiere el mismo manejo llamado preventivo, con modificaciones del estado de vida, sin el empleo de fármacos. Se sabe que el riesgo cardiovascular comienza con cifras tan “bajas” como 115/75 y por cada incremento de 20/10 mmHg, el riesgo se duplica. Podría tratarse de una señal de alerta para los médicos que manejamos pacientes hipertensos, ante la posibilidad de que las personas en esta categoría comiencen a recibir tratamiento, pues el riesgo está establecido, aunque la variación sea de pocos milímetros.

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial VI JNC.

Clasificación de la hipertensión	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Optima	<120	y <80
Normal	<130	y <85
Normal alta	130-139	o 85-89
Estado 1 de HTA	140-159	o 90-99
Estado 2 de HTA	160-179	o 100-109
Estado 3 de HTA	≥180	o ≥110

* Jefe del Servicio de Nefrología, Hospital de San José, Instructor Asociado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

3. Se observa en este informe una reiteración a las medidas no farmacológicas del manejo de la hipertensión, no solo como base de todas las terapias farmacológicas, sino como procedimiento preventivo dirigido tanto a los médicos como a la población general. Se incluyen las recomendaciones conocidas como implementar la dieta DASH, consumo alto de potasio (>350 mmEq/día), disminuir o evitar el alcohol, practicar ejercicio aeróbico (caminar 30 minutos al menos cuatro veces por semana), evitar el cigarrillo y controlar el sobrepeso. Un consumo de sal equivalente a 1600 mg/día es equivalente para descender la presión arterial a un fármaco hipotensor, de allí su importancia en transmitirle esa información a los pacientes.
4. Se recalca de nuevo el adecuado y oportuno diagnóstico, comenzando por una correcta toma de la presión arterial, seguido de una evaluación clínica individualizada, en donde además de un examen clínico juicioso se identifiquen los factores de riesgo asociados, posibles causas de la hipertensión arterial (secundarias) y finalmente si hay compromiso de órgano blanco (retinopatía, isquemia cerebral, enfermedad coronaria o vascular periférica, proteinuria e insuficiencia renal). La monitoría ambulatoria de la presión arterial durante 24 horas puede reservarse para los casos en que se sospecha el fenómeno de "bata blanca", posibles efectos adversos de los fármacos (hipotensión postural o síncope), los casos clínicos especiales como son la posibilidad de feocromocitoma y en la identificación de los pacientes que no descienden más de un 10 al 20% (*no deepers*) las cifras tensionales durante el sueño, considerado hoy en día un factor de riesgo cardiovascular adicional. Vuelve a mencionarse que en los pacientes mayores de 50 años las cifras sistólicas superiores a 140 mm Hg. son más importantes como factor de riesgo cardiovascular que los valores diastólicos.
5. La terapia hipotensora sigue siendo válida para prevenir las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial. Así que se logra disminuir en el 35 a 40% de los casos la incidencia de eventos cerebrovasculares, más del 50% de la insuficiencia cardiaca congestiva, el infarto del miocardio con cifras menos alentadoras del 20 al 25% así como retardar la insuficiencia renal crónica. Su efectividad es aditiva al manejo de los factores de riesgo asociados, como es el caso de adicionar hipolipemiantes si hay hiperlipidemia o un control adecuado de las cifras de la glucemia en los pacientes diabéticos.
6. El objetivo de la terapia hipotensora es obtener cifras tensionales inferiores a **140/90** mm Hg y para diabéticos o pacientes con algún grado de insuficiencia renal o proteinuria mayor de un gramo al día, el valor de **130/80** mm Hg.
7. Las indicaciones generales de los fármacos hipotensores no variaron. Es así como se consideran de elección en enfermedad coronaria los betabloqueadores (BB), los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los calcioantagonistas (CA) de larga acción y en el postinfarto los BB, los IECA y los antagonistas de la aldosterona como la espironolactona y epleronona (aún no disponible en Colombia, cuya eficacia es similar pero con menor frecuencia de efectos indeseados). Para los pacientes con nefropatía diabética ya se incluyen los fármacos de nueva generación, los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII) como de elección y continúan los IECA igualmente recomendados. En la insuficiencia renal crónica son ideales para retardar la progresión los IECA y los ARAII, estando siempre atentos al potasio sérico y que al comenzar la terapia la creatinina no debe incrementar en más del 35% de su valor inicial. Para la hipertrofia ventricular izquierda en general todos los fármacos logran disminuirla, pero se deben evitar los vasodilatadores directos.

Tabla 2. Clasificación de la hipertensión VII JNC.

Clasificación de la presión arterial	Presión arterial sistólica mm Hg	Presión arterial diastólica mm Hg
Normal	< 120	<80
Prehipertensión	120-139	80- 89
Estadío I	140- 159	90- 99
Estadío II	>160	>100

Los beneficios adicionales de otros fármacos, como sucede con los CC en pacientes con fenómeno de Raynaud, tiazidas en osteoporosis, BB en migraña, temblor o en hipertensión perioperatoria, siempre deben tenerse en cuenta para su formulación.

8. Merecen comentario aparte los diuréticos tiazídicos. De nuevo resisten el paso de los años y se consideran buenos hipotensores en hipertensión esencial no complicada o en combinación con otros fármacos, respaldado por un meta-análisis de 42 estudios con 192.498 participantes, superando al placebo en reducción de mortalidad cardiovascular, falla cardíaca, accidentes isquémicos cerebrales y todas las causas de mortalidad. Ningún otro fármaco fue significativamente mejor que las dosis bajas de tiazida en los eventos mencionados. Se respalda con la publicación reciente ALLHAT, (*Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial*), un estudio a cinco años con 42.000 participantes mayores de 55 años, que al menos tienen otro factor de riesgo asociado (diabetes, tabaquismo, etc). El empleo de los diuréticos tiazídicos es eficaz y en aún mejor en la prevención de la mortalidad global comparados con otras familias de hipotensores.

9. Para concluir, volvemos al mayor problema en el manejo de la hipertensión arterial. En EE.UU. se estima que el 30 % de la población hipertensa aún no lo sabe y de los que saben que son hipertensos, menos de la mitad están con tratamiento farmacológico continuo. Solo la mitad de ellos logran el objetivo que es el control adecuado. Se plantea como el objetivo del proyecto lograr para el año 2010 el manejo de por lo menos el 50% de la población afectada, cifra que para nosotros es utópica. Dentro de las recomendaciones propuestas está mejorar la relación médico paciente e incrementar la educación en los temas sobre la hipertensión y sus consecuencias. Con ello se espera lograr que no abandonen el tratamiento y además el empleo de medicamentos combinados en tabletas únicas (por lo regular se les adiciona dosis

bajas de hidroclorotiazida o clortalidona), disminuiría el número de tabletas a tomar en el día, sobre todo si recordamos que los pacientes con cifras superiores a 160/100 requieren por lo menos dos fármacos para su control.

Esperaremos en el futuro los comentarios de los expertos mundiales, la aparición de nuevos estudios, y como siempre estaremos a la expectativa del 8 JNC, lectura obligada para quienes de una u otra manera trabajamos en la práctica diaria médica, todo enfocado hacia la prevención eficaz de complicaciones cardio-reno-vasculares y el empleo racional del laboratorio clínico, la ayudas diagnósticas y los fármacos, sin olvidar la importancia de divulgar estos temas de salud en los grupos poblacionales.

Lecturas recomendadas

- Chobanian A, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure *JAMA* 2003; 289-19.
- National High Blood Pressure Education Program. The sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
- Psaty B, et al. Health Outcomes Associated with various Antihypertensives therapies used as First-Line Agents: A network meta-analysis. *JAMA* 2003; 289:2534-44.
- The Allhat Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major Outcomes in High-risk hypertensive patients randomized to Angiotensin Converting Enzyme inhibitor or Calcium Channel Blocker vs diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-97.
- Sacks FM, Svetkey LP et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to stop Hypertension (DASH) diet. DASH-sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 2001; 344: 3-10.

