

## Guías sobre el tratamiento de la hipertensión arterial 2003: ¿aclaran o confunden?

Vicente Bertomeu Martínez

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. España.

La publicación casi simultánea, en mayo de 2003, de la actualización de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en hipertensión arterial, de un documento inicial del VII Informe del Joint National Committee (JNC) y las Guías de las Sociedades Europea de Cardiología y Europea de Hipertensión en otro documento conjunto ha suscitado polémica por algunos puntos de discrepancia que afectan fundamentalmente a la clasificación de la hipertensión, a la estrategia de tratamiento basada o no en el riesgo cardiovascular individual y a la elección del tratamiento inicial. El análisis detallado de los tres documentos presenta, sin embargo, más puntos de encuentro que verdaderas discrepancias.

Existe una categoría situada entre la presión arterial normal y la hipertensión arterial establecida, calificada como prehipertensión en el VII informe del JNC y como «presión arterial normal-alta» en las guías de la SEC y europea, que incluye a una población con alto riesgo de convertirse en hipertensa en la que deben aplicarse medidas higiénico-dietéticas. Existen situaciones clínicas específicas, fundamentalmente en pacientes con un alto riesgo vascular, en las que hay un amplio consenso sobre las indicaciones de los grupos terapéuticos según la evidencia científica aportada por amplios ensayos clínicos. En los pacientes que no estén incluidos en algún grupo con indicación específica puede utilizarse como primer fármaco cualquiera de los cinco grandes grupos terapéuticos. Los diuréticos tiazídicos tienen un papel preponderante en este grupo de pacientes. El objetivo principal del tratamiento del hipertenso es conseguir la máxima reducción del riesgo cardiovascular total, lo cual requiere la corrección de todos los factores de riesgo asociados y el correcto tratamiento de la posible afección de los órganos diana.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Riesgo cardiovascular. Clasificación de la hipertensión arterial. Actualización del tratamiento.

### Clinical Practice Guidelines for Hypertension 2003. Do They Clarify or Confuse?

In May 2003 the almost simultaneous publication of the Update on Clinical Practice Guidelines by The Spanish Society of Cardiology, an initial document of the VII Report of Joint National Committee (JNC), and the European Society of Cardiology and European Society of Hypertension Guidelines in another jointly issued document, created controversy. The points of disagreement basically concerned the classification of hypertension, the choice of treatment strategy on the basis of individual cardiovascular risk, and the choice of initial treatment. A detailed analysis of the three documents, however, reveals more points of concurrence than of actual disagreement.

A category between normal blood pressure and established hypertension, classified as «prehypertension» in the VII JNC Report and as «normal-high BP» in the Spanish and European Society of Cardiology Guidelines, includes a population at high risk for developing hypertension and in which lifestyle modifications are needed. In some specific clinical situations, basically in vascular high-risk patients, there is broad consensus on the definition of therapeutic groups based on scientific evidence from large clinical trials. In patients not included in a group with a specific indication, any drug included in the 5 main therapeutic groups can be used as the first step in treatment; in this group of patients thiazide diuretics play a preponderant role. The main objective of hypertension treatment is to obtain maximal reduction in overall cardiovascular risk, which requires correction of all associated risk factors and appropriate treatment for target organs likely to be affected.

**Key words:** Hypertension. Cardiovascular risk. Hypertension classification. Treatment update.

Full English text available at: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

Correspondencia: Dr. V. Bertomeu Martínez.  
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan de Alicante.  
Ctra. N-322, Alicante-Valencia, s/n. 03550 San Juan. Alicante. España.  
Correo electrónico: bertomeu\_vic@gva.es

En mayo de 2003 se han publicado de forma casi simultánea la actualización de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en hipertensión arterial<sup>1</sup> y un documento inicial del VII Informe del Joint National Committee<sup>2</sup> (JNC), y las

guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea de Hipertensión<sup>3</sup>, por este orden. Ello obliga a una reconsideración de los criterios diagnósticos y terapéuticos utilizados hasta este momento. Como era previsible, se han suscitado polémicas en algunos temas de aparente discrepancia, hecho en sí mismo positivo ya que revitaliza la discusión y profundiza en el esclarecimiento de los conceptos.

Con respecto a los aspectos diagnósticos, existen menos discrepancias. En los tres documentos se insiste en la conveniencia de realizar la determinación de la microalbuminuria, preferiblemente de 24 h o, en su defecto, el cociente albuminuria/creatinina. La microalbuminuria es un indicador de daño vascular con valor pronóstico independiente, tanto en pacientes diabéticos como en la población general<sup>4</sup>. Se trata de un indicador muy accesible para los clínicos, barato, que discrimina a pacientes con mayor riesgo vascular y con mayor posibilidad de desarrollar una insuficiencia renal terminal, lo cual tiene importantes implicaciones terapéuticas.

El valor del electrocardiograma (ECG), ampliamente utilizado en el ambiente cardiológico para la valoración de la repercusión cardíaca de la hipertensión, refuerza su papel, ya que permite obtener la información diagnóstica necesaria para establecer el tratamiento individualizado, así como identificar a los pacientes que presentan fibrilación auricular, hipertrofia ventricular izquierda, trastornos de la conducción y cardiopatía isquémica, situaciones todas en las que existe evidencia científica para la indicación de algún grupo terapéutico específico.

**TABLA 1. Clasificación de la hipertensión arterial (HTA) en adultos**

Cifras tensionales		Categoría <sup>a</sup>	Categoría <sup>a</sup>
PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	ESC-ESH SEC	JNC-VII
< 120	< 80	Óptima <sup>b</sup>	Normal
120-129	80-84	Normal	Prehipertensión
130-139	85-89	Normal-alta Hipertensión <sup>c</sup>	Prehipertensión Hipertensión <sup>c</sup>
140-159	90-99	Grado 1	Grado 1
160-179	100-109	Grado 2	Grado 2
≥ 180	≥ 110	Grado 3	Grado 2
≥ 140	< 90	HTA sistólica aislada	

<sup>a</sup>Siempre que no estén tomando fármacos antihipertensivos ni presenten una enfermedad aguda. En los casos en que la PAS y PAD se encuentren en categorías distintas, se le clasificará en el grado más alto.

<sup>b</sup>El valor óptimo de la PA en relación con el riesgo cardiovascular es < 120/80 mmHg. No obstante, la existencia de cifras marcadamente bajas de la PA hace pertinente una valoración de su significado clínico.

<sup>c</sup>Tomando como base el promedio de dos o más lecturas realizadas en dos o más visitas después de la valoración inicial.

ESC: Sociedad Europea de Cardiología; ESH: Sociedad Europea de Hipertensión; SEC: Sociedad Española de Cardiología; VII-JNC: Séptimo informe del Joint National Committee; PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

Las diferencias en la clasificación de la hipertensión arterial (HTA) han sido uno de los puntos clave que han dado lugar a polémica (tabla 1). El VII Informe del JNC clasifica a las personas cuyos valores de presión arterial están en 120-139/80-89 mmHg como «prehipertensos», mientras que las guías de la SEC y de la ESC reservan el término «presión arterial normal-alta» para los que presentan cifras tensionales de 130-139/85-89 mmHg. El argumento básico con el cual se critica el VII Informe del JNC es el hecho de crear alarma entre la población y, paralelamente, incrementar de forma excesiva el número de hipertensos y de los que potencialmente podrían llegar a serlo. En este sentido, debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

– El hecho de tener las cifras de «prehipertensión» que establece la nueva clasificación del VII-JNC no supone que el 100% de los sujetos encasillados en ese apartado irremediablemente acabarán siendo hipertensos. Ni siquiera existen estudios a largo plazo que permitan establecer qué porcentaje de sujetos en «prehipertensión» acaban siendo hipertensos verdaderos.

– Por otra parte, la creación de una categoría entre presión arterial normal e hipertensión no representa una novedad, puesto que ya se recogía en el VI Informe del JNC<sup>5</sup> y en las guías de la OMS-ISH publicadas en 1999<sup>6</sup>. Independientemente de los problemas terminológicos sobre si es más adecuado el término prehipertensión que presión arterial normal-alta, y sin minimizar el hecho de incluir a las personas con valores de presión arterial de 120-130/80-85 mmHg en el grupo de prehipertensión por parte del VII Informe del JNC, la creación de esta categoría está basada en una evidencia científica publicada por los autores del estudio de Framingham<sup>7</sup>, según la cual la población con presiones de 120-139/80-89 mmHg tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares, tanto varones como mujeres, pero especialmente éstas, respecto de los que tienen la presión arterial considerada óptima, es decir, inferior a 120/80 mmHg. Probablemente, la crítica a esta clasificación pueda basarse en el hecho de que la población de los países de la cuenca mediterránea tiene un menor riesgo cardiovascular que la población de Framingham<sup>8,9</sup> y, por tanto, la reducción de las cifras consideradas normales en términos absolutos de 130/89 mmHg a < 120/80 mmHg sea excesiva para nuestra población.

– En tercer lugar, la existencia de esta categoría es importante para reforzar el concepto de que la presión arterial y el riesgo vascular como concepto más amplio son ambos un continuo que no obedece a la «ley del todo o nada». El riesgo de desarrollar una HTA de este grupo limítrofe es muy alto si no se modifica el estilo de vida y se introducen medidas higiénico-dietéticas consistentes en la reducción de las calorías consumidas diariamente, disminución de la ingesta de

sal, moderación en el consumo de alcohol, supresión del tabaco y realización de ejercicio físico de forma regular, hecho en el que, por cierto, están de acuerdo los tres documentos.

Teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en la sociedad occidental, y que la OMS, en su informe de octubre del año 2002, pone de manifiesto que la HTA es una de las tres causas que producen más mortalidad en el conjunto de la población y que el control de la misma en una población reduciría a la mitad su tasa de enfermedad cardiovascular<sup>10</sup>, parece razonable que se intensifiquen los esfuerzos para mejorar el diagnóstico y el control terapéutico de esta afección. Por ello, están justificados todos los esfuerzos para responsabilizar tanto a la comunidad científica como a la población general de la magnitud de este problema sanitario, social y económico. Las sociedades científicas deben ejercer un papel comprometido en este sentido, ya que el adecuado diagnóstico y el control terapéutico de los pacientes hipertensos pueden mejorar sensiblemente su pronóstico. Según datos del año 2000, el porcentaje de hipertensos bien controlados en la población de los EE.UU. era del 34%<sup>2</sup>. En España, el grado de control de los pacientes hipertensos con cardiopatía hipertensiva en el estudio Cardiotens era inferior al 20%<sup>11</sup>.

Los algoritmos de tratamiento presentan algunas diferencias que merecen ser comentadas. El VII-JNC tiene como objetivos generales la concisión y la claridad, ya que los autores reconocen no haber conseguido el máximo beneficio de sus informes previos precisamente por su complejidad, entre otras razones. Se basa en las cifras de presión arterial y en la presencia de situaciones específicas en las que existen evidencias para grupos farmacológicos concretos. Las guías europeas, derivadas de las guías de OMS/ISH de 1999, están basadas en la estratificación del riesgo cardiovascular para cada subgrupo como criterio principal para la intervención terapéutica, además de los valores de presión arterial sistólica y diastólica, y son más exhaustivas. En consecuencia, su aplicación práctica es menos sencilla. Sin embargo, en lo sustancial no existen diferencias significativas si se analizan con objetividad.

Las indicaciones de los distintos grupos terapéuticos en situaciones clínicas específicas, como insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular concomitante, hipertrofia ventricular izquierda y pacientes con alto riesgo cardiovascular, son similares, ya que están basadas en la evidencia de amplios ensayos clínicos. Es en la elección del fármaco inicial donde parecen existir discrepancias manifiestas, ya que el VII Informe recomienda, en los pacientes sin indicaciones específicas para el grado 1 de HTA (140-159/90-99 mmHg), comenzar con un diurético tiazídico

co en la mayor parte de los casos y «considerar» la posibilidad alternativa de un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), un bloqueador beta, un antagonista del calcio o una combinación de ellos. En el grado 2 de HTA (>160/100 mmHg) se recomienda la combinación de dos fármacos, habitualmente una tiazida con un IECA, un ARA-II, un bloqueador beta o un antagonista del calcio. Las guías de la SEC indican que tanto en las situaciones en las que existen indicaciones específicas como cuando existe una HTA aislada en la que se precisa tratamiento farmacológico, lo fundamental es conseguir el control tensional. Únicamente cuando se ha alcanzado la normotensión se demuestra el beneficio de determinados grupos terapéuticos en situaciones concretas, para lo cual es precisa la asociación de dos fármacos en al menos dos tercios de los pacientes. Se recomienda valorar la administración de una tiazida en el tratamiento inicial o, en su defecto, en la primera asociación según su eficacia terapéutica, sus indicaciones específicas en pacientes ancianos, en la HTA sistólica aislada y en la insuficiencia cardíaca en hipertensos de raza negra, independientemente de razones de índole económica.

Las guías europeas abogan por el tratamiento individualizado, al igual que las guías de la SEC indican que el principal beneficio de la terapéutica antihipertensiva es el descenso de la presión arterial *per se*. Los cinco grandes grupos de antihipertensivos, los diuréticos, los bloqueadores beta, los antagonistas del calcio, los IECA y los ARA-II, pueden ser utilizados como primer fármaco, si bien a continuación se señala la necesidad de asociar dos o más fármacos en un elevado número de pacientes para conseguir el objetivo tensional. Existen, además, otros factores a considerar en la elección del primer fármaco, como el coste del fármaco, la experiencia previa del paciente con fármacos antihipertensivos, el perfil de riesgo y las preferencias del paciente. Como puede apreciarse, se trata de los mismos conceptos aplicados con un mayor acento en un documento sobre los otros, aunque en los tres se respetan las indicaciones específicas de los distintos grupos terapéuticos y se reconoce la posibilidad de utilizar cualquiera de ellos en el primer escalón. Los tres documentos reconocen las razones, más que fundadas, para administrar diuréticos como fármacos antihipertensivos de primera elección, si bien el VII Informe lo hace de forma más contundente y explícita.

El tratamiento del resto de los factores de riesgo asociados se aborda en los tres documentos, aunque con mayor énfasis en la actualización de las guías españolas y en las guías europeas. El control de los factores de riesgo asociados es imprescindible para la reducción del riesgo cardiovascular total, que es el objetivo final del tratamiento del paciente hipertenso. Los pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular asociada o diabetes mellitus deben recibir trata-

miento con estatinas si su colesterol total es superior a 135 mg/dl, y se recomienda conseguir valores de cLDL inferiores a 100 mg/dl. Asimismo, deben recibir tratamiento con estatinas los pacientes con alto riesgo cardiovascular, aunque no tengan enfermedad cardiovascular activa, si su colesterol total es superior a 135 mg/dl.

Podemos concluir que la publicación de las guías de práctica clínica en HTA «aclaran y actualizan» los conceptos para un mejor manejo del paciente hipertenso. Los puntos de «consenso» más relevantes que merecen ser destacados serían los siguientes:

1. Existe una categoría situada entre presión arterial normal y la hipertensión arterial establecida, calificada como «prehipertensión» en el VII Informe del JNC y como «presión arterial normal-alta» en las guías española y europeas, que incluye a una población con alto riesgo de convertirse en hipertenso en la que deben aplicarse medidas higiénico-dietéticas. Probablemente, para nuestro medio, que presenta un menor riesgo vascular que la población anglosajona, se deba incluir a las personas con presión arterial de 130-139/85-89 mmHg, como indican las guías de la SEC y de las sociedades europeas.

2. En la valoración clínica del paciente hipertenso, además de la historia clínica detallada, la analítica y el ECG sistemático, se recomienda determinar la microalbuminuria como un indicador de riesgo vascular independiente y con valor pronóstico, tanto para los diabéticos como para la población general.

3. La adopción de un estilo de vida saludable es crucial en la prevención de la hipertensión en el grupo de población con una presión arterial normal-alta e indispensable para el control adecuado de los pacientes hipertensos.

4. Existen situaciones específicas en pacientes de alto riesgo vascular, con hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, afección renal o ictus previo, en las que hay un amplio consenso sobre las indicaciones de los cinco grupos terapéuticos según la evidencia científica proporcionada por amplios ensayos clínicos.

5. En los pacientes que precisen tratamiento farmacológico y no estén incluidos en ningún grupo con indicación específica se puede utilizar como primer fármaco cualquiera de los cinco grandes grupos terapéuticos. Los diuréticos tiazídicos deben tener un papel preponderante en este grupo de pacientes sobre la

base de su eficacia terapéutica, buena tolerancia clínica, indicaciones específicas y bajo coste económico.

6. El objetivo principal del tratamiento del paciente hipertenso es conseguir la máxima reducción del riesgo cardiovascular total, lo cual requiere, además de la reducción de las cifras tensionales a los valores establecidos, la corrección de todos los factores de riesgo asociados, incluyendo el tabaquismo, la dislipemia, la diabetes y el correcto tratamiento de la posible afectación de los órganos diana.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- 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.
- 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-53.
- Gerstein HC, Mann JF, Yi Q, Zinman B, Dinneen SF, Hoogwerf B, et al. Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and non diabetic individuals. *JAMA* 2001;286:421-6.
- 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.
- 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1999;17:151-83.
- Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in The Framingham Heart Study. *Lancet* 2001;358:1682-6.
- Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovás J, Córdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:253-61.
- Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.
- The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002; p. 58.
- González-Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Lozano Vidal J, Llisterra Caro J, García Acuña J, González Maqueda I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio Cardiotens 1999. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:139-49.