

Comentario sobre el VI Informe del Comité Nacional Americano sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial

Federico Vallés Belsué

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

antagonistas beta adrenérgicos / clortalidona / dietoterapia / diuréticos / edad / enfermedades renales / estudios transversales / evaluación / factores de riesgo / farmacoterapia / hidroclorotiazida / hipertensión arterial / medicina preventiva / metaanálisis

La hipertensión arterial está ampliamente extendida en la población mundial y tiene una alta morbi-mortalidad. A lo largo de los años se han marcado numerosas pautas de tratamiento y cada vez hay más fármacos con indicaciones para su tratamiento. No siempre existe evidencia suficiente para sus efectos en términos de disminución de dicha morbi-mortalidad. En este sentido, el VI Informe del Instituto Americano del Corazón, Pulmón y Sangre analiza en profundidad el problema, marcando como fármacos de primera elección los diuréticos a dosis bajas y los betabloqueantes. Se trata de un tratamiento basado no sólo en las cifras de presión arterial, sino también en la existencia de otros factores de riesgo, repercusión en órganos diana y comorbilidad. Se critican algunas de las aseveraciones, no siempre avaladas por estudios de adecuado peso específico.

Palabras clave: *Hipertensión arterial. Guías de actuación.*

COMMENTS ON THE SIXTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE

Systemic hypertension is present world-wide and it is a leading cause of cardiovascular morbidity and mortality. A great number of different drugs have been used in the treatment. Many other drugs are being developed, but evidence upon their effect on morbidity and mortality is not always present. In this setting, the sixth report of the National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, review the safety and efficacy of therapies in hypertension. In the absence of counter-indications diuretics and beta-blockers should be used as first-line agents. Treatment must be based, not only on the level of blood pressure. Risk factors, target organ disease, and other comorbid diseases are considered. Not all the recommendations are solidly based.

Key words: *High blood pressure. Guidelines.*

(Rev Esp Cardiol 1999; 52: 1-4)

INTRODUCCIÓN

A finales del año pasado se publicó el Sexto Informe del Comité Conjunto Nacional Americano, sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (VI informe)¹. Ha levantado mucha polémica, fundamentalmente en cuanto a que ratifica como fármacos más efectivos en primera línea a los diuréticos y a los betabloqueantes, en un momento de irrupción de muchos grupos de fármacos para la

hipertensión arterial (HTA). Este informe emana del Programa de Educación de la Hipertensión Arterial, coordinado por el Instituto Americano del Corazón, Pulmón y de la Sangre (NHLBI). A partir del año 1977 se comienzan a publicar una serie de informes con recomendaciones sobre el conocimiento y tratamiento de la HTA. Cada 3-4 años se han ido actualizando dichos informes, siendo el VI el último publicado. Han intervenido en su elaboración 38 organizaciones de salud y 7 agencias federales norteamericanas.

Se revisaron los cinco informes precedentes y toda la bibliografía en inglés sobre el tema, clasificando los estudios en metaanálisis, ensayos clínicos aleatorios controlados, análisis retrospectivos, estudios de cohortes, de prevalencia, revisiones previas y actuaciones clínicas. Por ello, es un documento de gran valor y de

Correspondencia: Dr. F. Vallés Belsué.
Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba.

TABLA 1
Estratificación del riesgo y tratamiento^a

Estadios de presión arterial (mmHg)	Grupos de riesgo A (sin factores de riesgo; sin EOD/ECC) ^b	Grupo de riesgo B (como mínimo 1 factor de riesgo, no incluyendo diabetes; sin EOD/ECC)	Grupo de riesgo C (EOD/ECC y/o diabetes, con o sin otros factores de riesgo)
Límite alto de la normalidad (130-139/85-89)	Modificación del estilo de vida	Modificación del estilo de vida	Tratamiento farmacológico ^d
Estadio 1 (140-159/90-99)	Modificación del estilo de vida (hasta los 12 meses)	Modificación del estilo de vida (hasta los 6 meses) ^c	Tratamiento farmacológico
Estadios 2 y 3 (≥ 160/≥ 100)	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico

Por ejemplo, un paciente con diabetes y una presión arterial de 142/94 mmHg con hipertrofia ventricular izquierda debe ser clasificado como perteneciente al estadio 1 de la hipertensión con enfermedad en órgano diana (hipertrofia ventricular izquierda) y con otro principal factor de riesgo (diabetes). Este paciente podría ser clasificado como *estadio 1, grupo de riesgo C*, y recomendado para inicio inmediato de tratamiento farmacológico.

^aLa modificación del estilo de vida debe ser un tratamiento añadido para todos los pacientes a los que se recomienda tratamiento farmacológico; ^bEOD/ECC indica enfermedad órgano diana/enfermedad clínica cardiovascular; ^cpara pacientes con múltiples factores de riesgo, los médicos deben considerar fármacos como tratamiento inicial, así como modificaciones del estilo de vida; ^dpara aquellos con insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o diabetes.

obligada lectura para todos los profesionales que tratan enfermos hipertensos. Se utiliza la medicina basada en la evidencia y el consenso, y se tratan los temas que señala el título general. Se tienen en cuenta la prevención, el empleo de la automedición de la presión arterial, las fases de HTA y tipo de tratamiento en cada caso, las preferencias de fármacos en HTA sin complicaciones, asociaciones y elección del fármaco acorde con la situación clínica.

COMENTARIOS

Plantea una clasificación, ya conocida, de la HTA en adultos, señalando como óptimas las cifras hasta 120/80, normales hasta 130/80 y límite superior a la normalidad hasta 139/89 mmHg. Por encima de esta cifra (140/90 mmHg) se considera hipertensión, marcando 3 estadios (en otros informes 4), con intervalos de 20 mmHg en la presión arterial sistólica y 10 mmHg en la presión arterial diastólica. Se insiste en la importancia de la valoración de los factores de riesgo, planteando una estratificación del tratamiento en cada enfermo, valorando, junto con las cifras de presión arterial, dichos factores, así como la enfermedad existente en los órganos diana y si hay clínica cardiovascular (tabla 1). Este punto se añade a informes precedentes y su falta había sido criticada en el V Informe, muy recientemente². Señala el momento en el que se considera conveniente comenzar el tratamiento con fármacos y, en este sentido, sigue pareciendo muy conservadora la recomendación de aconsejar, en principio, solamente modificación de estilo de vida, en personas sin factores de riesgo hasta el estadio 3 (presión arterial de 160/100), lo cual no siempre se sigue en la práctica.

¿El tratamiento de la HTA tiene beneficios? El informe demuestra que la reducción de la presión arte-

rial disminuye la morbimortalidad cardiovascular, en cuanto al infarto cerebral, eventos coronarios, insuficiencia cardíaca, progresión de nefropatía o a una hipertensión más grave y a la mortalidad de cualquier origen. En los ancianos la diferencia es significativa en términos de infarto cerebral, enfermedad coronaria y muertes de origen vascular. Ahora bien, ¿se consiguen los mismos resultados con todos los fármacos? Y este ha sido, quizá, el punto más conflictivo del VI Informe, aunque, en este aspecto, recomienda, como primera línea los mismos fármacos que el quinto³, a pesar de las agrias críticas referidas, entonces, por otros autores, no presentes en aquel comité, en cuanto a los resultados y métodos de selección de las pautas de tratamiento^{4,5}. Bien es verdad, que pocos meses antes del VI Informe se publicó el excelente trabajo de Psaty en JAMA⁶, que había revisado la evidencia científica de la seguridad y eficacia de diferentes terapias antihipertensivas, base fundamental de este VI Informe.

Se afianzan los diuréticos a dosis bajas (12,5 a 25 mg de clortalidona o de hidroclorotiazida), como los más eficaces para disminuir el riesgo de infarto cerebral, insuficiencia cardíaca y sobre todo coronariopatía y mortalidad cardiovascular. Posteriormente deben administrarse los diuréticos a dosis superiores o los beta-bloqueantes (BB). En los ancianos, igualmente se muestran superiores los diuréticos que los BB, como se ha afianzado recientemente⁷. Por tanto, en una hipertensión no complicada se aconsejan en el VI Informe, como primera línea, los diuréticos a dosis bajas y los BB. Estas recomendaciones se oponen de nuevo, como en 1993, a las que emanaban del IV Informe, de 1988, que recomendaba como primera línea de actuación, además de a los anteriores, a los calcioantagonistas (CAA) y a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)⁸. ¿Quiere decir que todos los

demás fármacos no son eficaces para tratar la HTA? No se puede afirmar, pero tampoco puede negarse. Lo que sí es cierto, es que no existe tanta evidencia como con los diuréticos y BB, y es llamativo el poco uso de los primeros⁹.

No obstante, se aportan numerosos cuadros con una descripción amplia de los diferentes fármacos antihipertensivos de todo tipo, así como de las posibles asociaciones existentes en el mercado americano, además de diversas consideraciones según la patología asociada, tanto para indicar como para no indicar un determinado fármaco. En cuanto a las asociaciones de medicamentos, bien combinados o no en una sola presentación, se deben emplear sobre todo cuando la monoterapia no es suficiente para controlar la presión arterial, salvo en el estadio 3 de HTA, donde se recomienda su uso desde el principio. Ahora bien, estas recomendaciones nacen de estudios con menos peso específico que los que se basan en la HTA que responde a un solo fármaco. Igualmente, la recomendación de administración de dosis diaria, con formulaciones de acción prolongada, no se sustenta en hechos plenamente demostrados. Parece lógico, pero es imprescindible demostrar que son eficaces los fármacos a las 24 h de administrarlos y para ello hay que realizar la toma de la presión arterial en los momentos adecuados, que debe incluir antes de la toma del fármaco.

Existen situaciones concretas en las que el VI Informe recomienda como primera actuación otros fármacos, basados en estudios de revisión previa o algunos de ellos en estudios aislados. Es lo que denomina indicaciones justificadas, como en la diabetes tipo I con proteinuria los IECA, en insuficiencia cardíaca los IECA y diuréticos, y en infarto de miocardio los BB sin actividad simpaticomimética intrínseca y los IECA (si hay disfunción sistólica). En la HTA aislada en ancianos, aunque se prefieren los diuréticos, en una tabla se indican además, las dihidropiridinas de acción prolongada y, en general, los CAA. Sin embargo, esta aseveración, como se señala en el texto, se basa en un estudio¹⁰ en el que se empleó nitrendipino, en realidad en ocasiones junto con enalapril y diurético, en HTA aislada, con una reducción del 42% del infarto cerebral. Se señala que «debido a que el nitrendipino no está disponible en los EE.UU., se consideran otros CAA de acción prolongada, del grupo de las dihidropiridinas, como alternativas apropiadas» (*sic*). Realmente no parece correcto ya que, al menos por el momento, no está demostrado y puede inducir a error. Se podrá estar o no de acuerdo en los razonamientos, pero sin embargo hay que ser consecuente con los hechos que se analizan. Recomendaría no mirar sólo los cuadros sino estudiar el texto, ya que, en ellos, aparecen algunos fármacos posteriormente retirados del mercado.

Se debe individualizar el tratamiento de la HTA, es cierto, y parecen muy lógicas otras recomendaciones en el caso de existir angina, prostatismo, osteoporosis,

etc., y se separa muy bien lo que son indicaciones probadas, si no se encuentran contraindicaciones, frente al apartado de recomendaciones que «pueden tener efectos favorables», pocas veces con base lo suficientemente probatoria, en términos de mejoría de la morbimortalidad, pero evidentemente no siempre podemos disponer de datos suficientes en todas las circunstancias.

La referencia a las crisis hipertensivas requiere algún comentario. Considera las situaciones de emergencias y urgencias. Se indica que la presión arterial elevada de forma aislada, en ausencia de síntomas o lesión progresiva de órganos diana, raramente precisa tratamiento de emergencia. Se desaconseja la utilización rutinaria de nifedipino sublingual, tan frecuente, hasta hace poco tiempo, en nuestro medio. En las emergencias el objetivo es reducir la presión arterial no más del 25% en minutos a horas, a 160/100 en 2-6 h. Se recomiendan, en éstas, fármacos parenterales y en las urgencias, fármacos orales de acción rápida, como diuréticos, IECA, BB, agonistas alfa-2 o CAA.

¿Cuáles son las cifras óptimas a alcanzar en el tratamiento de la HTA? El VI Informe señala, en general, alcanzar cifras inferiores a 140/90 mmHg, y, en la insuficiencia renal cifras de 125-130/75-85 mmHg, según exista o no proteinuria superior a 1 g diario y en diabéticos de 130/85 mmHg. En el estudio HOT, publicado posteriormente¹¹ se plantea la presión arterial ideal a alcanzar en la HTA y se llega a la conclusión de que hay mayor beneficio si se alcanzan cifras inferiores a 85 mmHg de presión arterial diastólica, en general, y de 80 mmHg en diabéticos.

Es probable que se modifique a lo largo de los años el conocimiento del tratamiento de la HTA y que, al haber mayor experiencia de los nuevos fármacos, se compruebe que son iguales o mejores que los anteriores. Pero también puede ocurrir que se descubran sus efectos deletéreos a largo plazo. De hecho, tenemos la experiencia de que en insuficiencia cardíaca han sido más los fármacos que en los últimos cuatro o cinco años han demostrado ser perjudiciales para nuestros enfermos que los que han sido beneficiosos, e incluso algunos con indicación en insuficiencia cardíaca y en HTA. Igualmente, no todos los que han comenzado a ser ensayados para la HTA han llegado a ser utilizados después, incluso ha habido retiradas una vez comercializados en determinados países. No siempre los efectos teóricamente beneficiosos de un fármaco se acompañan de un efecto beneficioso real.

Todo ello sirve para reflexionar, una vez más y para darse cuenta que hay que ser muy cauto a la hora de emplear un medicamento u otro. Es muy frecuente que se desarrolle un fármaco emparentado con otro eficaz, que las indicaciones del nuevo se basen en que tenga efecto de clase y, por tanto, en que tenga las mismas indicaciones que su pariente, pero presenta alguna característica, sobre la pared, sobre la hipertrofia, etc.,

demostrada experimentalmente, y se puede hacer la consideración de que, por tanto, va a ser mejor para el tratamiento de HTA que los anteriores. ¿Serán mejores o peores? En todos los casos se celebran simposios, declaraciones de médicos, a veces extraídas de contexto o incluso publicaciones más o menos extensas sobre los efectos protectores (no como posibles, sino como si fueran seguros). ¿Todos los grupos farmacológicos tienen efecto de clase? Si comenzamos por los BB, sabemos que no son idénticos en sus efectos ni en sus contraindicaciones. Lo mismo podemos decir de los IECA, ya que no todos han sido probados en ensayos extensos. Recientemente se han comenzado a emplear los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA) y sabemos que, al menos en insuficiencia cardíaca, están en fase de ensayo clínico y con resultados provisionales no idénticos.

CONCLUSIONES

El VI Informe es un documento de gran valor para considerar los aspectos más prácticos de la HTA. Plantea un tratamiento individualizado del paciente al considerar cifras de presión arterial, factores de riesgo, repercusión sobre órganos diana, factores de edad, raza y asociaciones con enfermedades cardiovasculares o de otro tipo. Aporta suficientes datos que demuestran la eficacia de algunos fármacos, sobre todo los más experimentados en el tratamiento de la HTA, si bien presenta algunas aseveraciones, sobre todo en los cuadros, no siempre con evidencia. Quedan muchas dudas todavía y los estudios sucesivos en marcha intentarán responder a la eficacia real de nuevos grupos de fármacos o de los actuales, insistiendo más en las situaciones comórbidas, hipertensión sistólica aislada, con hipertrofia ventricular izquierda, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2.413-2.444. <http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/cardio/hbp/prof/jnc.intro.htm>
2. Alderman MH. JNC V revisited: standard of care or individualized treatment of hypertension. *Am Heart J* 1998; 135 (Supl): 9-15.
3. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med* 1993; 153: 154-183.
4. Krakoff LR. Regarding the JNC V recommendations. *Am J Hypertens* 1995; 8: 330-337.
5. Tobian L, Brunner HR, Cohn JN, Gavras H, Laragh JH, Materson BJ et al. Modern strategies to prevent coronary sequelae and stroke in hypertensive patients differ from the JNC V consensus guidelines. *Am J Hypertens* 1994; 7: 859-872.
6. Psaty BM, Smith NL, Siscovik DS, Koepsell TD, Weiss NS, Heckbert SR et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 1997; 277: 739-745.
7. Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? A systematic review. *JAMA* 1988; 279: 1903-1907.
8. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The 1988 report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1.023-1.038.
9. Mosser M. Why are physicians not prescribing diuretics more frequently in the management of hypertension? *JAMA* 1998; 279: 1.813-1.816.
10. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhager WH et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet* 1997; 350: 757-764.
11. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351: 1.755-1.762.