

Guía de Práctica Clínica. Manejo de la Hipertensión Arterial. El 7° Reporte del Comité Nacional Norteamericano.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289:2560-2572

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años, el NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute) de Estados Unidos, viene publicando guías de práctica de manejo de la Hipertensión Arterial (HTA): los Reportes del JNC (Joint National Committee)

Desde el JNC 6 (1997) hasta la fecha, se han publicado numerosos estudios observacionales y ensayos clínicos que permitieron ampliar el conocimiento acerca del manejo de esta entidad y recientemente se ha publicado la última actualización de esta guía de práctica: el JNC 7.

En primer lugar presentaremos un resumen de la información más relevante del JNC 7.

En segundo lugar realizaremos una discusión acerca de la evolución del manejo de la HTA: las diferencias respecto del JNC 6, las diferencias respecto de otras guías de práctica vigentes en otros lugares del mundo y su aplicabilidad en nuestra práctica ambulatoria.

MÉTODOS

El Comité Coordinador del Programa de Educación Nacional sobre Hipertensión Arterial (una coalición de 39 organizaciones profesionales reconocidas y siete agencias federales) realizó la búsqueda bibliográfica en Medline desde enero de 1997 hasta abril del 2003 y redactó el informe.

Se consensuaron las versiones y se redactó el informe final, que finalmente fue revisado por 33 referentes nacionales en el tema, antes de la publicación de la guía de práctica.

RESULTADOS

Clasificación de HTA

- El 7 JNC establece una nueva clasificación para la presión arterial en individuos mayores de 18 años como se ve en la Tabla 1. La estadificación se debe realizar luego de la toma de al menos dos registros de tensión arterial separados en al menos 2 visitas.
- La nueva clasificación crea la categoría de prehipertensión. Esto se basa en la evidencia de que los pre-hipertensos (respecto de los normotensos) tienen el doble de riesgo de transformarse en hipertensos.
- Se colapsaron los estadios 2 y 3 del JNC 6 en uno solo (Estadio 2)
- Se reemplazaron las sub-clasificaciones del JNC 6 de acuerdo a los factores de riesgo y daño de órgano blanco asociados (clases A, B, C) por 2 grupos: los que no tienen y los que tienen indicaciones especiales.

Tabla 1: Clasificación y Manejo de la HTA en Adultos mayores de 18 años

Categoría	TA Sistólica	TA Diastólica	Cambios de Estilo de vida	Manejo farmacológico inicial	
				Sin indicación especial	Con indicación especial <i>f</i>
Normal	<120	<80			
Prehipertensión	120-139	80-89	Si	No	Si: droga (s) acorde a indicación específica <i>f</i>
HTA Estadio 1	140-159	90-99	Si	Si: Tiazidas en la mayoría. Otras: IECA, IRA, BB, BC o combinaciones.	Si: droga (s) acorde a indicación específica. De ser necesario agregar otra: Diuréticos, IECA, IRA, BB, BC
HTA Estadio 2	160	100	Si	Si: 2 drogas en la mayoría (una de ellas tiazida). Otras: IECA, IRA, BB, BC.	Si: droga (s) acorde a indicación específica De ser necesario agregar otra: Diuréticos, IECA, IRA, BB, BC

IECA: Inhibidores de la Enzima Convertidora; IRA: Inhibidores de los Receptores de Angiotensina; BB: Beta-Bloqueantes; BC: Bloqueantes Cálculos.

f Con indicación especial: ver la tabla 3 de indicaciones especiales.

f Tratar pacientes con enfermedad crónica renal o diabetes cuyo objetivo terapéutico es TA < 130/80

Riesgo Cardiovascular

La hipertensión arterial afecta a 50 millones de individuos en los Estados Unidos y aproximadamente a mil millones de individuos en el resto del mundo. Es de esperar que estas cifras aumenten con el envejecimiento de la población a menos que se implemente un adecuado programa de prevención y tratamiento.

En el período comprendido entre los años 1976 - 2000 se incrementó el diagnóstico de hipertensión arterial del 34% al 70%, lográndose elevar la tasa de tratamiento del 31% al 59%. Al mismo tiempo, se logró un escaso incremento en el control de la enfermedad; del 10% en 1976 al 34% en el año 2000. Los principales factores identificados como causantes de estos resultados son la falla en la prescripción en cambios en el estilo de vida, junto a la inadecuada dosificación y combinación de fármacos.

La relación entre la hipertensión arterial y el riesgo de desarrollar eventos por enfermedad cardiovascular es independiente y continuo, es decir que a mayores valores de presión mayor será el riesgo de eventos, independientemente de los otros factores de riesgo asociados.

Un incremento de 20 mmHg en la presión sistólica y 10 mmHg en la diastólica en el rango entre 115 / 75 y 185 / 115 duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Beneficios de bajar la TA

La terapia antihipertensiva se asocia con la reducción del 35% al 40% del riesgo de enfermedad cerebro vascular, 20% al 25% de infarto agudo de miocardio y más del 50% de Insuficiencia cardiaca; estimándose que en individuos en el estadio 1 de hipertensión (140-159 mmHg / 90-99 mmHg), con otros factores de riesgo asociados, la reducción de 12 mmHg en la presión sistólica por diez años prevendría 1 muerte por cada 11 pacientes tratados (Número Necesario para Tratar: NNT) *.

En presencia de Enfermedad Cardiovascular previa o Daño de Órgano Blanco el NNT baja a 9.

Control de HTA

Se considera HTA controlada al descenso por debajo de 140/90. Controlar la TA sistólica (TAS) es más importante que la TA diastólica dado que la TAS es un factor de riesgo de enfermedad vascular más importante en > de 55 años.

Se ha demostrado recientemente que la mayoría de los pacientes requieren 2 fármacos o más para alcanzar las metas de control. Algunos factores determinantes de mal control son la falla en la prescripción de Cambios de Estilo de Vida y el uso de dosis y combinaciones antihipertensivas inapropiadas.

Medición de la TA en el consultorio

El paciente debe estar sentado, 5 minutos tranquilamente, con los pies apoyados en el piso. La TA se toma con el brazo apoyado a la altura del corazón, en ambos brazos, y con un manguito adecuado que al menos cubra el 80 % de la circunferencia del brazo.

Monitoreo ambulatorio de la TA

El Holter o monitoreo ambulatorio de presión (MAPA), es útil para determinar diagnóstico en pacientes con HTA de guardapolvo blanco en ausencia de daño de órgano blanco. Es útil también en hipertensos resistentes o refractarios al tratamiento con fármacos combinados, en pacientes con hipotensiones sintomáticas, hipertensión episódica o fenómenos disautonómicos.

En general, la TA ambulatoria es más baja que la del consultorio. Se considera hipertensión a registros mayores a 135/85 durante el día y a 120/75 durante la noche. Debe observarse un descenso del 10 al 20% de la TA durante la noche. La ausencia de dicho descenso aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares.

Auto monitoreo de la TA

El registro de la presión de los pacientes en sus propios ambientes hogareños o laborales es útil para aumentar su compromiso y ad-

herencia al tratamiento, para evaluar respuesta a fármacos y la ocurrencia de HTA de guardapolvo blanco. Valores por encima de 135/85 se consideran elevados.

Evaluación del paciente con HTA

En la evaluación inicial del paciente hipertenso se recomienda: documentar su estilo de vida, identificar factores de riesgo y comorbilidades asociadas, evaluar la presencia de daño de órgano blanco y enfermedad cardiovascular (Tabla 2) y descartar causas independientes de HTA.

El examen debe incluir: fondo de ojos; cálculo del BMI, auscultación cardíaca y pulmonar, búsqueda de soplos carotídeos, abdominales y femorales; evaluación de masas abdominales, latido aórtico, edemas de miembros inferiores; palpación de glándula tiroidea y examen neurológico completo.

Tabla 2: Factores de Riesgo Cardiovasculares

Factores de Riesgo mayores	Daño de órgano blanco
Hipertensión	Hipertrofia del VI
Tabaquismo	Angina de Pecho o Infarto previo
Obesidad (BMI > 30)	Revascularización previa
Inactividad física	Insuficiencia Cardíaca
Dislipemia	Accidente Cerebro Vascular o
Diabetes	Ataque Isquémico Transitorio
Historia familiar de	Enfermedad renal crónica
Enfermedad Cardiovascular precoz (F < 65 y M < 55)	Vasculopatía periférica
Microalbuminuria o Filtrado Glomerular < 60 ml/min	Retinopatía

Estudios complementarios

La evaluación de laboratorio recomendada incluye: hematocrito, glucemia, potasio y creatinina en sangre, perfil lipídico, calcemia (para descartar hiperparatiroidismo como causa secundaria de hta), orina completa y electrocardiograma. Es opcional la solicitud de albúmina en orina o el coeficiente albúmina/creatinina .

Tratamiento

El principal objetivo establecido de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbi-mortalidad por la enfermedad cardiovascular y renal.

El control de la tensión arterial por debajo de 140/90 (130/80 en diabéticos o pacientes con enfermedad renal) se asocia con la reducción de morbi-mortalidad cardiovascular.

Para individuos prehipertensos se establece la indicación temprana de cambios en el estilo de vida.

Los Cambios de estilo de vida incluyen:

Reducción de peso hasta lograr y mantener un BMI normal (18.5-24)
Adopción de la dieta DASH rica en frutas y vegetales con bajo contenido de grasas

Dieta baja en sodio, no más de 2.4 gr de sodio o 6 grs. de cloruro de sodio por día.

Actividad física aeróbica al menos 30 minutos la mayor parte de los días de la semana

Limitar el consumo de alcohol a menos de dos medidas por día en hombres (30 ml de etanol = 300ml de bebida alcohólica al 10%) y no más de una medida en mujeres e individuos de contextura chica.

Cada una de estas modificaciones del estilo de vida reduce aproximadamente de 5 a 10 mmhg de la TA sistólica, siendo la dieta DASH, por ejemplo, equiparable al efecto hipotensor de un fármaco. La combinación de las diferentes medidas lleva a obtener mejores resultados. Además, los cambios de estilo de vida mejoran la respuesta a los fármacos y disminuyen el riesgo cardiovascular.

Respecto del tratamiento farmacológico, y luego de haber indicado cambios de estilo de vida, se recomienda comenzar con tratamiento farmacológico en todo paciente que, de acuerdo a la nueva clasificación, este en el estadio I de HTA (TA mayor a 140/90). En aquellos en estadio II se recomienda comenzar con la asociación de dos drogas directamente.

Los diuréticos tiazídicos se recomiendan como primera línea de

tratamiento ya sea como monoterapia (si no existe otra indicación específica de otro fármaco) o en combinación a otras drogas.

Cuando la TA basal es mayor de 20/10 mmhg, con respecto a la meta, el tratamiento debe iniciarse directamente con 2 drogas, una de las cuales debería ser un diurético tiazídico.

Para pacientes con comorbilidades asociadas se establece el uso de drogas específicas según la patología acorde a la mejor evidencia disponible. Tabla 3.

Se advierte la necesidad de establecer un tratamiento combinado con más de una droga en la mayor parte de los pacientes para lograr alcanzar las metas deseadas.

Seguimiento y Monitoreo

Se recomienda monitoreo mensual de la presión arterial hasta alcanzar la meta de control, excepto en aquellos pacientes con patologías asociadas o en estadio 2 de HTA, los cuales deben supervisarse con una frecuencia mayor. Una vez logrado el control de la presión arterial el monitoreo se realizara cada 3-6 meses, supervisando los niveles de sodio y creatinina en sangre anual o bianualmente.

En caso de agregar ácido acetil salicílico a bajas dosis (acorde a indicación), realizarlo luego de haber controlado la TA (teniendo en cuenta el mayor riesgo de ACV hemorrágico en HTA no controlados). Intervenir sobre la cesación tabáquica es imprescindible.

Se debe considerar el diagnóstico de hipertensión resistente al tratamiento en aquellos pacientes en lo cuales luego del tratamiento con dosis máximas de tres drogas (una de las cuales debe ser un diurético) y habiendo descartado las causas de hipertensión secundaria, continúa con valores alterados de TA. En dichos casos se sugiere la derivación al especialista.

Tabla 3: Indicaciones especiales de fármacos acorde a comorbilidad asociada

Condición de alto riesgo con indicación específica de fármacos	Diuréticos	BB	IECA	IRA	BC	AA
Insuficiencia Cardíaca	x	x	x	x		x
Post Infarto de Miocardio		x	x			x
Enfermedad coronaria	x	x	x		x	
Diabetes	x	x	x	x	x	
Enfermedad renal crónica			x	x		
Prevención secundaria del ACV	x		x			

BB: Beta Bloqueantes; IECA: Inhibidores de la Enzima Convertidora; IRA: Inhibidores de los receptores de Angiotensina; BC: Bloqueantes cálcicos; AA: Antagonistas de la Aldosterona. ACV: Accidente cerebro vascular.

Estrategias para el mejoramiento del control de HTA

La adherencia a los CEV mejora cuando hay empatía y confianza con el medico. Fortalecer el vínculo y la comunicación con los pacientes y las familias, mejora los resultados. Realizar las intervenciones con estrategias centradas en el auto control del paciente, favoreciendo a su elaboración y compromiso con el problema. Utilizar adecuadas dosis y combinaciones farmacológicas, con la menor cantidad de tomas diarias posible, y la menor cantidad de píldoras necesarias mejora la adherencia. El uso de genéricos que disminuyen el costo, favorecen la continuidad del tratamiento en el tiempo.

Enfoque sanitario y comunitario del problema

El enfoque público, con intervenciones sobre alimentación y estilo de vida a nivel escolar y comunitario es crucial para disminuir la prevalencia de HTA y la morbi-mortalidad cardiovascular asociada. Esta aproximación sanitaria podría interrumpir el círculo creciente de costos que implica el manejo de la HTA y sus complicaciones

Comentario

Los principales puntos establecidos por el 7º Reporte y que lo diferencian del 6º Reporte (1) son:

1- Se consideran normales cifras tensionales por debajo de 120/80 mmhg.

2- Individuos con cifras entre 120-139/ 80-89 se consideran pre-hipertensos y se recomienda dar recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida

3- El riesgo de enfermedad cardiovascular es proporcional al aumento de la TA aun desde rangos normotensivos (115/75mmhg), duplicándose el riesgo de evento cada 20/10 mmhg de incremento de TAS y TAD respectivamente. La TAS es un factor de riesgo mayor que la TAD en mayores de 50.

4- Los diuréticos tiazidicos son las drogas de primera elección en pacientes sin otras comorbilidades, solos o asociados a otras drogas, y siempre que sea posible deben estar incluidos en las combinaciones farmacológicas.

5- La mayoría de los pacientes requerirán mas de una droga para llegar a la meta de 140/90, 130/80 en DBT o enfermos renales crónicos, por lo que si la presión basal es 20/10 mmhg superior a la meta, el tratamiento se debería comenzar directamente con dos drogas.

6- Implementar estrategias para estimular la motivación de los pacientes con el propósito de aumentar la adherencia a cambios de estilo de vida, a través de una buena relación medico-paciente, y del refuerzo del autocuidado por parte del paciente.

7- Brindar tratamiento farmacológicos basados en la evidencia, con número de fármacos y dosis adecuadas, posologías cómodas, y al mas bajo costo posible, permitirá aumentar la adherencia a los tratamientos, mejorando las tasas de control.

El 7º JNC presenta algunos aspectos para destacar favorablemente como son la recomendación clara de tiazidas, el uso de fármacos combinados de inicio y el gran énfasis puesto en los cambios de estilo de vida, que no se observaba en versiones anteriores del mismo reporte.

Es la primera vez que esta Guía de práctica menciona el uso de genéricos como una estrategia que permite disminuir los costos del tratamiento y aumentar la efectividad de las intervenciones.

Hay algunos otros aspectos, a nuestro entender, cuestionables y que merecen discutirse.

Se simplifica la clasificación de HTA y con ello desaparece la anterior categorización de riesgo absoluto (Categorías de riesgo A, B y C) en la que la cifra tensional era un factor más a tener en cuenta, siendo mucho mas importante la presencia de factores de riesgo asociados, daño de órgano blanco o enfermedades cardiovasculares. Esa desaparición de categorías de riesgo se enmarca en una propuesta de tratamiento farmacológico más agresivo y temprano que propone tratar con fármacos a todos los hipertensos (aun desde estadio 1) no quedando claro cuando comenzar a dar drogas. Con dicha propuesta de "igualar el tratamiento farmacológico para todos los hipertensos", la evaluación de factores de riesgo o daño de órgano blanco asociados pasa a ser útil solamente para la elección del fármaco inicial o para determinar la meta de control de TA. Se minimiza así, la selección de grupos de mayor riesgo en los que la agresividad del tratamiento debe ser mayor.

Es importante que el médico no pierda de vista que el riesgo absoluto de eventos, aun con iguales cifras tensionales, es diferente para distintos grupos de pacientes, siendo significativamente mayor en quienes presentan mayor numero de factores de riesgo asociados. Esta claro que la "intensidad del tratamiento" no debiera centrarse solo en el valor de TA sino justamente en el riesgo absoluto de eventos de los pacientes. El haber puesto foco en la cifra tensional, po-

dría hacer caer en el viejo error de tratar el valor aislado de presión y no contemplar el riesgo global del paciente. Para dar un ejemplo, tomemos 2 pacientes con hipertensión leve (155/95), uno de ellos de 40 años y sin factores de riesgo asociados, y otro de 55 años con dislipemia y tabaquista. El riesgo de padecer un evento cardiovascular es significativamente mayor en el segundo que en el primero y la intensidad de la intervención debiera ser mayor en el último.

En los últimos años se ha conocido, que la mayoría de los eventos cardiovasculares no se producen en los pacientes mas graves (hipertensos severos, o dislipemicos severos etc) sino que los pacientes leves o moderados, pero que presentan numerosos factores de riesgo, son la población responsable de la mayor carga de enfermedad cardiovascular. Es decir que "un poco de todo" tiene mas impacto poblacional que "mucho de una sola cosa".

Otras Guías de Práctica utilizadas en el mundo como la de la OMS del 1999 2 o la canadiense del 1999³ mostraban similares clasificaciones con estratificaciones de riesgo, que parecen ser mas acordes a la tendencia mundial de calcular el riesgo absoluto de eventos (cálculos matemáticos o programas que basándose generalmente en la población de Framingham permiten calcular el riesgo de eventos para determinado grupo de pacientes a 5 o 10 años)

Una guía recientemente publicada en Europa por la Sociedad Europea de Hipertensión, realiza una categorización por riesgo similar a la de la guía de la OMS del 99, y da las recomendaciones terapéuticas en base a los grupos de riesgo.

En este sentido, el 7º JNC parecería apartarse de la tendencia mundial.

Hasta el años 1997 (fecha del anterior reporte) no había evidencia de que ciertos grupos de fármacos (IECA; IRA; BC) fueran útiles para reducir la tasa de eventos y la mortalidad cardiovascular, por lo que la recomendación era utilizar diuréticos y betabloqueantes para hipertensos sin otras comorbilidades.

Desde entonces hasta hoy la evidencia acerca de la eficacia de esos grupos farmacológicos se consolidó. Pero no debe perderse de vista que las tiazidas, los beta-bloqueantes y los IECA son más baratos que otros agentes como los IRA (losartan, irbesartan, etc) y que el costo debe ser un factor determinante en la elección del fármaco.

Ahora bien, si tratáramos a todos los hipertensos con fármacos, a cuanto ascendería el costo en salud de estos tratamientos para los Estados? Seria apropiado tratar a todos? Alcanzaría el dinero para una intervención masiva de esta naturaleza?

La hipertensión arterial continúa siendo un problema desconocido para gran parte de la población que la padece y las tasas de control siguen siendo menores a las deseadas

En Argentina, donde la mitad de la población esta bajo la línea de pobreza y el presupuesto de salud es mucho mas acotado que en países desarrollados, plantear una estrategia como la que plantea el 7º JNC parecería ser inapropiada, teniendo en cuenta que ni siquiera esta claro cuantos hipertensos conocen su condición de tal.

En nuestro país, la principal causa de mortalidad cardiovascular es atribuible a la hipertensión arterial

Es imprescindible, que las recomendaciones de tratamiento basadas en la evidencia para el manejo de los hipertensos, se acompañen de intervenciones sanitarias de mayor impacto poblacional, para así poder alinear en un mismo sentido el crecimiento de la evidencia científica y los resultados poblacionales en términos de mortalidad cardiovascular.

Dra. Dolores Arceo, Dra. Verónica Schoj [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Bibliografía

- 1.- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report. Arch. Intern Med., Nov 24, 1997; 157:2413-2445.
- 2.- Chalmers J et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization .International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens, 1999, 17:151-185.
- 3.- Ross D. Feldman, MD, for the Task Force for the Development of the 1999 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension CMAJ 1999;161(12 Suppl):S1.
- 4.- Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension European Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2003 .Vol 21, (6) 1011- 1054.