

# Una nueva guía de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión para el manejo de la hipertensión arterial: hacia la guía común

Carmen Suárez\* y Luis M. Ruilope\*\*

\*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

\*\*Unidad de Hipertensión. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

La publicación periódica de guías para el manejo de diferentes situaciones patológicas, como es el caso de la hipertensión arterial (HTA), se ha convertido en los últimos años en una herramienta de gran utilidad, que pretende, entre otros objetivos, facilitar al clínico el manejo de dichas enfermedades. Este fin, indiscutiblemente loable, se ve a veces interferido por la publicación de guías diferentes, incluso no coincidentes en sus recomendaciones fundamentales, como puede ejemplarse con la definición del punto de corte de la presión arterial que conduciría al diagnóstico de HTA en el anciano, establecido en 160/95 mmHg según la Guía de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión publicada en 1993<sup>1</sup>, y en 140/90 mmHg según las recomendaciones del V Informe del Joint National Committee<sup>2</sup>, publicado en el mismo año, constituyendo ambos, como es bien sabido, los documentos de referencia para el manejo de esta enfermedad.

Afortunadamente, vamos caminando hacia el acuerdo y, en este sentido, en el número de febrero de 1999, se publican en el *Journal of Hypertension* las nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH)<sup>3</sup>, a los 15 meses de publicado el VI Informe del Joint National Committee (JNC-VI)<sup>4</sup>.

Este nuevo documento, que de forma general es un remedo del JNC-VI, presentaría una serie de ventajas, así como limitaciones con respecto a la guía americana. Es, de forma general, menos práctico y más exhaustivo como documento de revisión que el JNC-VI.

Constituye una actualización, bastante más amplia, sobre factores de riesgo cardiovascular, que va más allá de la HTA, apoyada en 199 referencias, entre las que se encuentran aportaciones de grupos de trabajo españoles. Hace un repaso, descriptivo, de los distintos grandes estudios finalizados en los últimos años, algunos de los cuales, como el HOT<sup>5</sup> y el UKPDS<sup>6,7</sup>, son

referencias repetidas a lo largo de la publicación. En este sentido, los autores son claros, comentando en el documento que el objetivo primario es ofrecer una información equilibrada que guíe a los médicos más que normas rígidas, pero esta actitud a veces conduce a la incertidumbre.

Este aspecto puede ejemplarse con el manejo de la HTA en el diabético, en el que el mensaje transmitido es la importancia de descender significativamente la presión arterial (< 130/85 mmHg), independientemente del fármaco utilizado. La equiparación entre betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) para tratar al diabético tipo 2 sin nefropatía, en función de los resultados del UKPDS39<sup>6</sup>, podría ser una excesiva ponderación de unos resultados no exentos de muchas críticas.

A diferencia del JNC-VI, que le concede gran importancia, no hace ninguna mención al capítulo de prevención primaria; sin embargo, aspecto muy favorable, incorpora comentarios sobre prevención secundaria y sobre el riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes, así como sobre el efecto de modificar la presión arterial en la recurrencia del evento.

También revisa acertadamente el efecto de la corrección y/o tratamiento de otros factores de riesgo (tabaco, diabetes, colesterol, etc.), todo ello dentro de una visión más general del paciente hipertenso, lo que constituye uno de los puntos positivos de la guía. En este sentido, y al igual que el JNC-VI, subraya la importancia de la estratificación de riesgo.

El aspecto más novedoso de la guía sería la introducción de un nuevo concepto de gran interés, como es la posibilidad de lograr beneficio al intervenir sobre sujetos con valores de presión arterial en el rango de normotensión (independientemente de los grupos en los que ya se ha demostrado beneficio como diabetes e insuficiencia renal), y la necesidad de realizar estudios en este sentido, lo que refuerza la importancia de la estratificación de riesgo y arbitrariedad del punto de corte que define la HTA.

Dentro del capítulo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) aporta información útil como es el manejo y significado de la HTA clínica aislada. Un aspecto a resaltar es la definición de nor-

Correspondencia: Dr. L.M. Ruilope.

Unidad de Hipertensión. Hospital 12 de Octubre.  
Ctra. de Andalucía km. 5,4. 28041 Madrid.

(*Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 381-382)

malidad según la media de 24 h y no según la del período de actividad. No se ofrecen valores claros de normalidad para el período de actividad, comentando exclusivamente que los valores son 10-15 mmHg más bajos para la presión arterial sistólica (PAS) y 5-10 mmHg para la presión arterial diastólica (PAD), comentario quizá demasiado laxo. A diferencia de la MAPA que está bastante desarrollada, llama la atención lo poco generoso que es con la AMPA, a la que se le dedica poco espacio.

Afortunadamente, integra al anciano dentro del colectivo general de hipertensos, al igualar al del adulto el punto de corte que define hipertensión, asumiéndose por tanto el beneficio indudable del tratamiento de este colectivo, incluso en los casos de elevaciones ligeras de la presión arterial.

Otros puntos favorables de la nueva guía son el capítulo de investigación futura, en el que se señalan los aspectos prioritarios que merecen esfuerzo de investigación; la mención de otros fármacos distintos de los mayoritariamente admitidos como de primera elección, dándoles cabida en el tratamiento de la HTA; la recomendación de que cada país debe adecuar la elección del tratamiento farmacológico a su situación particular; la cuantificación de la eficacia de las asociaciones; el capítulo de Seguimiento donde se ofrecen normas para atención primaria en este aspecto: cuándo derivar, con qué frecuencia seguir al paciente, etc.; el tratamiento de la hipertensa embarazada, en el que se amplían los fármacos clásicamente utilizados y se revisa en poco espacio el tema, y el manejo del paciente con accidente cerebrovascular agudo (ACVA) que es útil, novedoso y complementario al del JNC-VI.

Dentro del capítulo de tratamiento, y con respecto a los objetivos terapéuticos, éstos no siempre están bien definidos; se incorpora un comentario interesante referente a la importancia de las preferencias del paciente en la elección de la estrategia terapéutica. En cuanto a la elección del fármaco antihipertensivo su postura es mucho más abierta que la del JNC-VI, dando posibilidad de iniciarlo con cualquier fármaco de probada eficacia. En el capítulo de la selección de fármacos en función de la enfermedad subyacente, merece la pena un comentario a este aspecto en la diabetes tipo 2, ya

que al igual que el JNC-VI no sólo no desaconseja los diuréticos a dosis bajas sino que considera a la diabetes mellitus como posible indicación de ellos. Con los betabloqueantes el tema es mucho más «innovador», al considerar que la diabetes mellitus puede ser una indicación de su uso y en cambio esta consideración no se le concede a los fármacos que bloquean el sistema renina angiotensina, como los IECA o los ARA.

En resumen, contamos con una nueva guía que es una revisión más amplia, pero que es menos «guía» que el JNC-VI, considerando que una guía debería ser concisa y concreta.

La pregunta sería si tiene sentido trabajar en documentos distintos y no aunar los esfuerzos en uno común, es decir, ir hacia la guía común, sobre todo cuando afortunadamente los puntos de acuerdo son cada vez mayores y el mensaje final es el mismo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. 1993 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1993; 11: 905-918.
2. 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.
3. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 185-192.
4. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2.413-2.446.
5. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Menard J et al, for the HOT Study Group. Effect of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998; 351: 1.755-1.762.
6. UK Prospective Diabetes Study Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 39. *Br Med J* 1998; 317: 713-720.
7. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *Br Med J* 1998; 317: 703-713.