

Medicent Electron. 2019 jul.-sep.;23(3)

CARTA AL EDITOR

Reflexiones sobre nueva «Guía cubana de hipertensión arterial»
Reflections on the new “Cuban guideline for arterial
hypertension”

Yamila Molina Ramírez^{1*}

Carlos Aguiar Mota²

María Eugenia Bolufé Vilaza¹

¹Policlínico Universitario Juan Bruno Zayas. Cifuentes, Villa Clara. Cuba

²Hospital Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: yamilamolina@infomed.sld.cu

Recibido: 28/11/2018

Aprobado: 19/04/2019

Señor Editor:

Recientemente se publicó la actualización de la «Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial», 2017, por la Comisión nacional técnica asesora del programa de hipertensión arterial, del Ministerio de

Salud Pública en Cuba, basada en las más recientes publicaciones, guías internacionales y experiencias de investigadores nacionales.⁽¹⁾

La hipertensión arterial (HTA) es un grave problema de salud pública en todo el mundo; se considera el factor de riesgo más frecuente, fácilmente identificable y modificable de las enfermedades cardiovasculares.⁽²⁾ El progresivo envejecimiento poblacional y la actual epidemia de obesidad provocan una expansión de enfermedades relacionadas con la hipertensión.

Está demostrado que el aumento de 20 mm Hg en la presión sistólica y de 10 mmHg en la presión diastólica, sobre valores de 115/75 mm Hg, aumentan al doble el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular (ECV), independientemente de otros factores, para ambos sexos.⁽³⁾

Para los mayores de 18 años se considera como HTA las cifras tensionales $\geq 140/90$ mm Hg. Sin embargo, estos valores de referencia marcan bruscamente la diferencia entre lo normal y anormal y dejan poco margen para determinar una zona de riesgo objetiva.

Hace algunos años surgió el término «pre-hipertensión», el cual define un rango con cifras de tensión arterial entre 120-139 mm Hg para la sistólica y 80-89 mm Hg para la diastólica. La guía actual retoma este término, y establece la normotensión para valores de presión arterial (PA) por debajo de 120/80 mm Hg. La pre-hipertensión no es una enfermedad, sino una categoría que permite identificar personas con alto riesgo de desarrollar hipertensión.⁽⁴⁾

Este umbral de cifras tensionales permite detectar precozmente las personas que ya tienen un incremento sustancial en el riesgo para desarrollar HTA, y el doble del riesgo para infarto de miocardio, en comparación con alguien que tiene un rango de presión arterial normal.

Los pacientes tratados bajo la condición de pre-hipertensos recibirán una atención diferenciada, que incluye además la evaluación del riesgo cardiovascular global (RCG), para decidir la conducta terapéutica con la finalidad de retrasar o evitar, en la medida de lo posible, la evolución de la enfermedad y sus nefastas complicaciones. Por lo que el objetivo principal del tratamiento de la HTA no es solo controlar las cifras de PA, sino que va más allá, al tratar de reducir el RCG.

Según las nuevas normas se mantienen los tres estadios de la HTA de acuerdo a las cifras tensionales; sin embargo, resulta a veces complejo clasificar al paciente en uno de estos tres estadios al estar muy próximos entre sí, además se podría subvalorar la gravedad real de la hipertensión al no definir la posible existencia de complicaciones relacionadas con la evolución de enfermedad en ese momento, y que no solo dependen de los valores de PA sino también del tiempo de evolución. Se considera más adecuada la clasificación recomendada por el séptimo informe del *Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, el cual propone estadio 1 PAS 140-150 o PAD 90-99 mm Hg y estadio 2 PAS ≥ 160 o PAD ≥ 100 mmHg.⁽⁵⁾ Además de ser más simple, se incrementa la percepción del riesgo tanto del médico como del paciente.

En numerosos estudios, el aumento de la PAS se ha asociado de forma constante a un mayor riesgo de episodios adversos que el incremento de la PAD.⁽⁶⁾ Esto no había sido plenamente valorado en guías cubanas anteriores, y ahora es tomado en cuenta dentro de la nueva clasificación, la cual define la categoría de hipertensión arterial sistólica.

En la actualidad, se le atribuye especial importancia a la presión de pulso (PP), sobre todo en las personas de más de 65 años de edad, donde se considera un indicador de la distensibilidad arterial. La PP tiene un papel pronóstico adicional, debido a que es un marcador de accidentes cardiovasculares, incluso en la población normotensa. Por tanto, se recomienda que sea calculada en todos los hipertensos y considerarla elevada en los pacientes con 60 años o más, si la PP ≥ 60 mm Hg.⁽¹⁾

En la actual guía se recomiendan nuevos aspectos a tener en cuenta para la evaluación del riesgo cardiovascular; se predice el riesgo de padecer un ataque cardiovascular mortal, o no, en los próximos 10 años, y a partir de este se define la conducta a seguir.

La hipertensión arterial elevada pocas veces se presenta de forma aislada, generalmente, lo hace en el contexto de uno o varios factores de riesgo

cardiovasculares (FRC), que al potenciarse mutuamente resulta en un riesgo cardiovascular mayor que la suma de sus componentes individuales.

Es fundamental que los médicos puedan evaluar el riesgo cardiovascular precisa y rápidamente, para esto existen varios métodos según diferentes estudios realizados. Esta guía evalúa la medición de la PA, los FRC, el daño orgánico asintomático o lesión en órgano diana y la presencia, o no, de diabetes mellitus (DM), para clasificar el RCV en:

Riesgo bajo: Paciente hipertenso sin otros FRC adicionales y PA grado 1, paciente pre-hipertenso con 1 o 2 factores de riesgo adicionales.

Riesgo moderado: Paciente hipertenso sin otros FRC adicionales y PA grado 2, paciente con 1 o 2 FRC y PA grado 1 o 2, paciente pre-hipertenso con 3 o más FRC o con lesión de órgano diana (LOD) o diabético.

Riesgo alto: Paciente sin otros FRC y PA grado 3, paciente con 1 o 2 FRC y PA grado 3, y paciente con 3 o más FRC o con LOD o diabetes, y cualquier grado de PA.⁽¹⁾

Este es un método cualitativo sencillo, objetivo y fácil de aplicar, sobre todo en la atención primaria de salud, que incluye el daño orgánico asintomático. Permite predecir el riesgo cardiovascular y decidir el tipo e intensidad de la estrategia terapéutica a utilizar en pacientes hipertensos.

Existen marcadores para el riesgo cardiovascular que son reconocidos en la actualidad (como la microalbuminuria), que en pacientes diabéticos y no diabéticos, predicen la aparición de complicaciones cardiovasculares. La medición de la microalbuminuria es recomendada en todo paciente hipertenso, no como marcador de nefropatía incipiente, sino como predictor de riesgo cardiovascular.^(1,7)

El aumento de peso es uno de los principales determinantes de la elevación de la PA. Un aspecto relevante de esta nueva guía es que hace referencia no solo a la importancia de la obesidad, determinada por el índice de masa corporal (IMC), sino que incluye también la distribución de la grasa corporal como indicador de

factor de riesgo cardiovascular y es evaluado a través de la medición de la circunferencia abdominal. Esto no era concebido en versiones anteriores pero en la actualidad es de vital importancia, por lo que habrá personas normopeso pero consideradas «obesas», es decir, con un riesgo similar al obeso, a pesar de tener un adecuado IMC.

Los cambios en el estilo de vida tienen especial relevancia, ya que pueden aplazar o prevenir, de forma segura y eficaz, la HTA en personas no hipertensas y retrasar el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1. Contribuyen a la reducción de la PA en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, lo cual permite una reducción del número y dosis de fármacos antihipertensivos.

La automedida de la presión arterial es muy útil en la evaluación inicial de las cifras de PA y para evaluar el efecto del tratamiento, pero nunca se emplearán lecturas aisladas con fines diagnósticos.⁽¹⁾

Esta guía afirma que, en las personas de 60 y más años de edad, el tratamiento debe iniciarse a los 150/90 mm Hg, como también lo refleja la guía de 2014 elaborada por el *Eighth Joint National Committee*.⁽⁸⁾ En estos pacientes el objetivo no debe ser tan estricto como en las personas jóvenes, se recomienda que si la PAS es ≥ 160 mm Hg deben reducirla hasta 140-150 mm Hg, siempre que estén en buenas condiciones físicas y mentales.⁽¹⁾

Los beneficios de mantener una PA normal, en términos de neutralizar riesgos cardiovasculares, son innegables. Esta guía orienta como meta para el buen control cifras de PA < 140/90 mm Hg, independientemente del RCG estimado para menores de 60 años. En el caso de los pacientes con proteinuria de más de 1 g/día, diabéticos o con insuficiencia renal crónica, se deben alcanzar valores menores de 130/80 mm Hg.⁽¹⁾ Sin embargo, las cifras de PA objetiva deben estar relacionadas con el RCG atribuido, como informó recientemente la Asociación americana del corazón, 2017⁽⁹⁾ (AHA, por sus siglas en inglés), pero con la particularidad de tener en cuenta las comorbilidades asociadas, donde una meta baja podría empeorar otras condiciones.

Existe evidencia que muestra que objetivos más estrictos de PA proporcionan mejor protección cardiovascular. La meta de alcanzar cifras menores a 130/80

podría extenderse a los pacientes con un riesgo cardiovascular alto, sin obviar que la individualización y el balance beneficio / riesgo son claves en la toma de decisiones; es decir, que debe elegirse bien en quién y cómo debe hacerse esta reducción de la PA.

El planteamiento de un control más estricto conllevaría ventajas: una mejora en el control general de la HTA con la consiguiente reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, e inconvenientes probables como: el aumento de los efectos secundarios y costos. Con estudios como SPRINT, ya son más de 20 los ensayos clínicos con pacientes que indican que un tratamiento más intenso de la hipertensión es mejor que uno menos intenso para varios grupos de alto riesgo.⁽¹⁰⁾

En esta guía se afirma el beneficio de añadir una estatina al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con RCV alto, con LOD y en el diabético, independientemente de los niveles de colesterol sérico, y administrar aspirina a todos los pacientes con RCV alto, pero solo cuando la PA está bien controlada.⁽¹⁾

Esta intervención, unida al tratamiento antihipertensivo, se convierte en una poderosa estrategia para mitigar el riesgo de aparición de un ataque cardiovascular.

Indudablemente, la reciente guía cubana de HTA muestra superioridad respecto a la anterior, es más integradora, utiliza las determinaciones de la presión arterial fuera del consultorio para mejorar el seguimiento y agota recursos para tratar de manera integral al paciente, no solo desde el punto de vista de la hipertensión arterial, sino desde una visión mayor: el riesgo cardiovascular global. De esta forma, los médicos disponen de una estrategia estándar al tener siempre presente que el juicio clínico será el mejor instrumento en el empeño de controlar esta devastadora enfermedad.

Para los médicos de la atención primaria es una herramienta fundamental, con un altísimo nivel científico y basada en el nivel de evidencia y la clase de recomendación. Refleja las verdaderas amenazas de la hipertensión arterial y es parte de un protocolo que pudiera mejorar la salud cardiovascular de todos. Ahora queda trabajar y esperar, para saber si realmente es el camino correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial [internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 18 mayo 2018]. Disponible en: <http://temas.sld.cu/hipertension/files/2017/10/Guia-Cubana-HTA-2017-Parte-1.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2016 [citado 18 jul. 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
3. Bundy JD, Li C, Stuchlik P, Bu X, Kelly TN, Mills KT, *et al.* Systolic Blood Pressure Reduction and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality. A Systematic Review and Network Meta-analysis. JAMA Cardiol [internet]. 2017 May 31 [citado 18 mayo 2018];2(7):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/article-abstract/2629537>
4. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011 [internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. [citado 10 nov. 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Silvia_Fernandez13/publication/325370475_III_Encuesta_Nacional_de_factores_de_riesgo_y_actividades_preventivas_de_enfermedades_no_trasmisibles_Cuba_2010-2011/links/5b295a32a6fdcc72dbec359c/III-Encuesta-Nacional-de-factores-de-riesgo-y-actividades-preventivas-de-enfermedades-no-trasmisibles-Cuba-2010-2011.pdf?origin=publication_detail
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206-52.

6. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Fernández Arias MA. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev Cubana Med.* 2011;50(3):311-23.
7. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, *et al.* 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2014 Jun. 24;129(25 Suppl. 2):S1-45.
8. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, *et al.* 2014 Evidence-Based guideline for the management of high blood pressure in adults. Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA [internet].* 2014 Feb. 5 [citado 3 mar. 2018];311(5):[aprox. 14 p.]. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>
9. Aristizábal-Ocampo D. ¿Debemos acogernos a las nuevas recomendaciones de diagnóstico sobre hipertensión arterial? *Rev Colomb Cardiol [internet].* 11 ene. 2018 [citado 3 mar. 2018];25(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331730308X/pdf?md5=b08edef96c3078e2ce1ec6ab428fd460&pid=1-s2.0-S012056331730308X-main.pdf>
10. Group SR, Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, *et al.* A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med.* 2015;373:2103-16.

Conflicto de intereses

Esta investigación no está sujeta a conflictos de intereses.