

Aportaciones del séptimo informe del Joint National Committee. Seis años después

J. Bayó i Llibre, G. Coll de Tuero, A. Dalfó i Baqué, M. de la Figuera von Wichmann, N. Salleras i Marco y E. Vinyoles i Bargalló, en nombre del Grupo HTA de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria

Después de bastante tiempo esperando su publicación, finalmente ha aparecido el séptimo informe del Joint National Committee (JNC). Posiblemente, los miembros del comité esperaban la publicación del estudio ALLHAT¹, el mayor ensayo clínico realizado hasta la actualidad con objeto de valorar qué grupo farmacológico es el más eficaz para el inicio del tratamiento de la hipertensión arterial (HTA).

No hay muchas aportaciones novedosas, a diferencia del JNC-6², aunque algunas son importantes. Además, existía un gran interés en comprobar cómo valoraba el comité los resultados de los numerosos ensayos clínicos publicados en los últimos 6 años. De momento, ha aparecido una versión abreviada («JNC-7 express»), para facilitar su rápida implementación en el ámbito clínico.

En este artículo comentaremos las novedades de los diferentes apartados del informe.

Clasificación y diagnóstico

El documento propone una nueva clasificación simplificada de la HTA, según las cifras de presión arterial (PA) con objeto

Forman parte también del Grupo HTA de la SCMFyC: L. Mengual i Martínez, T. Gros i García, M.A. Vila i Coll, C. Albadalejo i Blanco, R.M. Capillas i Pérez, E. Gibert i Llorach, J.M. Pepió i Vilaubí, A. Salvadó i Torregrossa, X. Tovillas i Moran y M.M. Isnard i Blanchar

Correspondencia:
 Mariano de la Figuera von Wichmann.
 CAP La Mina.
 C/ Del Mar, s/n.
 08930 Sant Adrià de Besòs.
 Barcelona. España.

Todos los autores de este artículo han colaborado ocasionalmente, de forma directa o indirecta, a través de la Fundació Atenció Primària, con algunos de los laboratorios productores de los fármacos que aparecen en el informe.

Manuscrito recibido el 8 de julio de 2003.
 Manuscrito aceptado para su publicación el 9 de julio de 2003.

de establecer recomendaciones terapéuticas (tabla 1). Se ha creado una nueva categoría denominada «prehipertensión» (que engloba las categorías anteriores: normal y normal-alta), justificada por el riesgo que tienen los pacientes de esta categoría de desarrollar una HTA sostenida; en ellos se recomienda iniciar cambios en los estilos de vida. Los antiguos estadios 2 y 3 se han fusionado en uno solo.

El documento remarca que es más importante conseguir reducciones de la PA sistólica (PAS) que de la PA diastólica (PAD) ya que el incremento de la PAS, con frecuencia elevada en pacientes ancianos, es un factor de riesgo cardiovascular (CV) más importante que la PAD (con excepción de los individuos menores de 50 años) y, además, es más difícil controlar la PAS.

Evaluación

La evaluación del paciente hipertenso sigue incluyendo tres puntos:

1. Identificar otros factores de riesgo CV que pueden afectar al pronóstico y el tratamiento.
2. Identificar causas conocidas de HTA.
3. Valorar la presencia de afección de órganos diana y/o enfermedades CV.

En el documento aparece un nuevo listado de factores de riesgo CV con nuevas incorporaciones: la microalbuminuria, el filtrado glomerular inferior a 60 ml/min, el sedentarismo y la obesidad. Además, se dirige una especial atención al diagnóstico del síndrome metabólico.

Dentro de las exploraciones complementarias se incluyen la calcemia y el perfil lipídico. Sorprende que la excreción urinaria de albúmina se proponga como una determinación opcional cuando la presencia de microalbuminuria es considerada por los autores como un factor de riesgo CV mayor.

LECTURA RÁPIDA

▼ No hay muchas aportaciones novedosas, a diferencia del JNC-6, aunque algunas son importantes.

▼ **Clasificación y diagnóstico**
 El documento propone una nueva clasificación simplificada de la HTA, según las cifras de presión arterial (PA) con objeto de establecer recomendaciones terapéuticas. Se ha creado una nueva categoría denominada «prehipertensión» (que engloba las categorías anteriores: normal y normal-alta), justificada por el riesgo que tienen los pacientes de esta categoría de desarrollar una HTA sostenida.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

El documento remarca que es más importante conseguir reducciones de la PA sistólica (PAS) que de la PA diastólica (PAD) ya que el incremento de la PAS, con frecuencia elevada en pacientes ancianos, es un factor de riesgo cardiovascular (CV) más importante que la PAD (con excepción de los individuos menores de 50 años) y, además, es más difícil controlar la PAS.

Evaluación

En el documento aparece un nuevo listado de factores de riesgo CV con nuevas incorporaciones: la microalbuminuria, el filtrado glomerular inferior a 60 ml/min, el sedentarismo y la obesidad.

Dentro de las exploraciones complementarias se incluyen la calcemia y el perfil lipídico.

Tratamiento

En pacientes con HTA y diabetes mellitus (DM) o enfermedad renal crónica los objetivos se han reducido a 130/80 mmHg, de acuerdo con las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) y de la National Kidney Foundation.

TABLA 1 Clasificación de la presión arterial y tratamiento de la HTA en adultos en función de las cifras de PA^a

Clasificación PA	PAS ^a (mmHg)	PAD ^a (mmHg)	MEV	Tratamiento farmacológico inicial	
				Sin indicación específica	Con indicación específica (tabla 2)
Normal	< 120	y < 80	Animar		
Prehipertensión	120-139	o 80-89	Sí	No utilizar fármacos	Fármaco(s) según indicaciones específicas
Hipertensión					
Estadio 1	140-159	o 90-99	Sí	Diuréticos tiazídicos en la mayoría. Considerar IECA, ARAII, BCC, BB o combinaciones	Fármaco(s) según indicaciones específicas ^b . Pueden utilizarse otros fármacos (diuréticos, IECA, ARA II, BCC, BB)
Estadio 2	≥ 160	o ≥ 100	Sí	La mayoría precisarán 2 fármacos ^b (habitualmente un diurético e IECA o ARA II o BB o BCC)	

MEV: modificaciones en estilos de vida; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; ARA II: antagonista de receptores AT1 de la angiotensina II; BCC: bloqueador de los canales del calcio; BB: bloqueador beta.

^aEl tratamiento lo determina la categoría más elevada de la PA.

^bHay que tener en cuenta el riesgo de de hipotensión ortostática cuando se inicie el tratamiento con una asociación.

En este documento no se menciona la estratificación de los pacientes en función del riesgo CV, que fue una de las grandes novedades del JNC-6.

Tratamiento

El objetivo general de control no ha variado (PA < 140/90 mmHg). En pacientes con HTA y diabetes mellitus (DM) o enfermedad renal crónica los objetivos se han reducido a 130/80 mmHg, de acuerdo con las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) y de la National Kidney Foundation.

No hay novedades en el apartado de modificaciones de los estilos de vida; si bien se recomienda la combinación de dos o más medidas con objeto de mejorar los resultados.

En el JNC-7 se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con diuréticos tiazídicos, excepto en el caso de presentar contraindicaciones a los mismos o indicaciones específicas para el uso de otros grupos. Como ya se ha comentado, los resultados del estudio ALLHAT (en el que se comparaban clortalidona frente a amlodipino, lisinopril y doxazosina) ha sido uno de los elementos clave en esta recomendación.

En la figura 1 se muestra el algoritmo de tratamiento. Una de las novedades del JNC-7 es la recomendación de iniciar el tratamiento con una combinación de fár-

macos, bien de forma libre o en combinación fija en pacientes cuyas cifras de PAS/PAD están 20/10 mmHg por encima de los objetivos (por tanto, todos los pacientes en estadio 2 con PA > 160 y/o 100 mmHg). En los ancianos, diabéticos o con disfunción autónoma existe el riesgo de hipotensión ortostática. El documento no lo menciona pero sería interesante descartar la existencia de un efecto o de una hipertensión de «bata blanca».

En relación con las indicaciones específicas de los diferentes fármacos (tabla 2) destaca la desaparición de las indicaciones en HTA sistólica aislada. En el documento aparecen las indicaciones de los ARA II en la insuficiencia cardíaca, la DM y la enfermedad renal crónica, y de los bloqueadores de la aldosterona en la insuficiencia cardíaca y el postinfarto de miocardio. La mayoría de los grupos están indicados en los pacientes de alto riesgo coronario (si bien, como ya se ha comentado, no se especifica cómo evaluar el riesgo CV y, por otra parte, aunque se incluye el estudio LIFE, no constan los ARA II en este apartado).

En la HTA con hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se insiste en la necesidad de ser agresivo en el descenso de la PA; no se recomienda ningún fármaco específico (a pesar de las evidencias del estudio LIFE). Se menciona que existen evidencias sobre la «ralentización» de la progresión de las de-

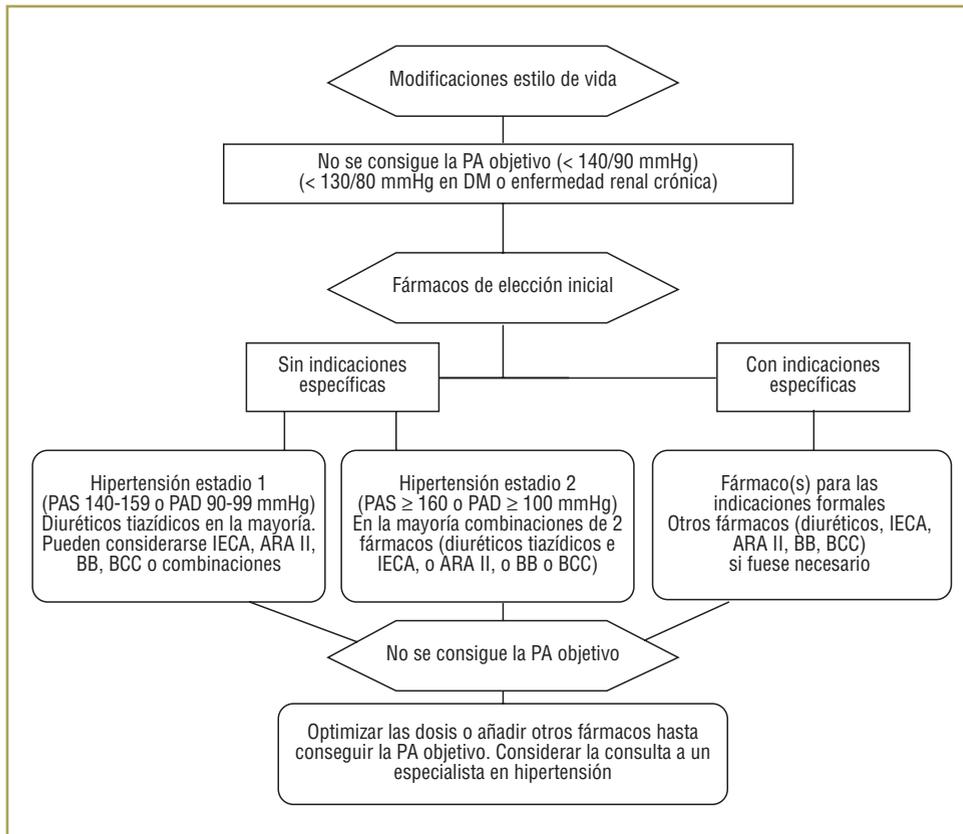


FIGURA 1 Algoritmo de tratamiento.

LECTURA RÁPIDA

En el JNC-7 se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con diuréticos tiazídicos, excepto en el caso de presentar contraindicaciones a los mismos o indicaciones específicas para el uso de otros grupos.

Una de las novedades del JNC-7 es la recomendación de iniciar el tratamiento con una combinación de fármacos, bien de forma libre o en combinación fija en pacientes cuyas cifras de PAS/PAD están 20/10 mmHg por encima de los objetivos (por tanto, todos los pacientes en estadio 2 con PA > 160 y/o 100 mmHg).

En la HTA con hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se insiste en la necesidad de ser agresivo en el descenso de la PA; no se recomienda ningún fármaco específico.

En el caso de las urgencias hipertensivas (sin afección orgánica aguda y que no requieren hospitalización) se recomienda una combinación de fármacos (no se especifica cuántos ni cuáles).

mencias que puede obtenerse con el tratamiento antihipertensivo. En el caso de las urgencias hipertensivas (sin afección orgánica

ca aguda y que no requieren hospitalización) se recomienda una combinación de fármacos (no se especifica cuántos ni cuáles).

TABLA 2 Indicaciones específicas de los diferentes fármacos antihipertensivos basadas en ensayos clínicos y documentos/guías clínicas

Indicaciones específicas	Fármacos recomendados						Ensayos clínicos
	D	BB	IECA	ARA II	BCC	AntALDO	
Insuficiencia cardíaca	-	-	-	-	-	-	ACC/AHA Heart Failure Guideline, MERIT-HF, COPERNICUS, CIBIS, SOLVD, AIRE, TRACE, ValHEFT, RALES
Post-IAM		-	-			-	ACC/AHA Post-MI Guideline, BHAT, SAVE, Capricorn, EPHEBUS
Alto riesgo CV CONVINCE	-	-	-		-		ALLHAT, HOPE, ANBP2, LIFE,
Diabetes	-	-	-	-	-		NKF-ADA Guideline, UKPDS, ALLHAT
Enfermedad renal crónica			-	-			NKF Guideline, Captopril Trial, RENAAL, IDNT, REIN, AASK
Prevención secundaria del ictus	-		-				PROGRESS

D: diuréticos; BB: bloqueador beta; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; ARA II: antagonista de receptores AT1 de la angiotensina II; BCC: bloqueador de los canales del calcio; AntALDO: antagonistas de la aldosterona

▶▶ LECTURA RÁPIDA

Se recomienda que todos los agentes sanitarios se impliquen en la motivación del paciente para mejorar el cumplimiento del tratamiento y, por tanto, el grado de control de la HTA. Se comenta la utilidad de la automedida domiciliar de la PA y la necesidad de utilizar medicamentos genéricos.

▼ **Comentario breve**

Es preciso realizar algunas consideraciones:

- Se trata de un documento dirigido, fundamentalmente, a la población americana hipertensa, no necesariamente extrapolable a la realidad europea o a nuestro medio.
- En los casos con PA inicial > 160/100 mmHg o cuando sean necesarios descensos superiores a 20 y 10 mmHg de PAS y PAD, respectivamente, puede iniciarse un tratamiento con dos fármacos.
- La inclusión del término «prehipertensión» y la modificación, a la baja, de las cifras de control ampliarán extraordinariamente la población a diagnosticar y controlar, con las consecuencias sobre los costes y la carga laboral.
- En nuestro medio hay que mantener la dieta mediterránea.
- Se insiste en la necesidad de la individualización del tratamiento potenciando la relación médico-paciente.

Finalmente, se recomienda que todos los agentes sanitarios (médicos de familia, pediatras, enfermeras, farmacéuticos, dentistas y dietistas) se impliquen en la motivación del paciente para mejorar el cumplimiento del tratamiento y, por tanto, el grado de control de la HTA. Se comenta la utilidad que puede ofrecer la automedida domiciliar de la PA y la necesidad de utilizar medicamentos genéricos, ya que los costes del tratamiento pueden suponer una barrera para conseguir un control adecuado.

Comentario breve

Son múltiples las guías sobre HTA de diferentes organismos y sociedades científicas. Sin embargo, las últimas ediciones del JNC se han convertido en un punto de referencia.

Ya hacía tiempo que el médico reclamaba una actualización de las evidencias y una simplificación de las recomendaciones para implementarlas en la práctica clínica. No obstante, es preciso realizar algunas consideraciones:

1. Se trata de un documento dirigido, fundamentalmente, a la población americana hipertensa, no necesariamente extrapolable a la realidad europea o a nuestro medio. El peso del estudio ALLHAT es enorme. El elevado porcentaje de población afroamericana repercutió, seguramente, en el peor resultado de los IECA. El estudio australiano (ANBP2) ha demostrado los beneficios de este grupo de fármacos³.
2. En los casos con PA inicial > 160/100 mmHg o cuando sean necesarios descensos superiores a 20 y 10 mmHg de PAS y PAD, respectivamente, puede iniciarse un tratamiento con dos fármacos. La mayoría de las asociaciones existentes en Europa, a diferencia de Estados Unidos, no son a dosis bajas, por lo que habrá que ser extremadamente cauteloso en los pacientes con riesgo de sufrir hipotensión ortostática.
3. Se han añadido factores de riesgo, pero no se ha puesto suficiente énfasis en algunas indicaciones específicas en las que se ha demostrado una clara evidencia, como es el caso del deterioro renal y DM o la

HVI. Ha desaparecido cualquier mención a la estimación del riesgo CV, en clara oposición con la mayoría de las guías.

4. La inclusión del término «prehipertensión» y la modificación, a la baja, de las cifras de control ampliarán extraordinariamente la población a diagnosticar y controlar, con las consecuencias (no consideradas en el informe) sobre los costes y la carga laboral. El aumento de los costes podría verse aligerado si se sigue la recomendación de utilizar diuréticos en la mayoría de los pacientes (aunque el estudio ALLHAT no incluye un análisis de coste-efectividad).

5. Destaca la desaparición de los bloqueadores beta como fármacos de primera elección (excepto en sus indicaciones específicas), posiblemente por la no participación de este grupo de fármacos en el estudio ALLHAT.

6. La importancia de las modificaciones en los estilos de vida, fundamentalmente dietéticas, se basan en la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Por tanto, en nuestro medio hay que mantener la dieta mediterránea.

7. Destaca la importancia de la intervención médica, tanto respecto a la responsabilidad sobre el control de la HTA como a la consecución de la motivación del paciente. Finalmente, se insiste en la necesidad de la individualización del tratamiento potenciando la relación médico-paciente.

Bibliografía

1. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. *JAMA* 2002;288:2981-97.
2. 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.
3. Wing L, Reid C, Ryan P, Beilin LJ, Brown MA, Jennings G, et al, for the Second Australian National Blood Pressure Study Group. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2003;348:583-92.