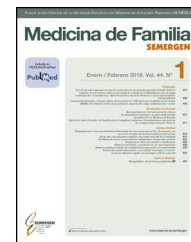




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Reflexiones acerca del posicionamiento de SEMERGEN sobre las más recientes guías de hipertensión arterial de Estados Unidos y Europa



Reflections on the positioning of SEMERGEN on the most recent hypertension guidelines in the United States and Europe

En este número de la revista *MEDICINA DE FAMILIA SEMERGEN*, el grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de la SEMERGEN publica un artículo especial de posicionamiento de esta sociedad científica sobre las más recientes guías internacionales de hipertensión arterial¹: la guía de consenso del 2017 del American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA)², y la guía de consenso de 2018 de la European Society of Cardiology (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH)³. El artículo es el resultado de un exhaustivo trabajo de análisis crítico, síntesis y comparación de los aspectos más destacados de ambas normas, que se acompaña de algunos comentarios y tomas de posición específica de los expertos de la SEMERGEN sobre la definición de hipertensión arterial (HTA), su diagnóstico y evaluación clínica, la estratificación del riesgo cardiovascular global del paciente hipertenso, el momento de iniciar el tratamiento en sus distintas modalidades, las metas y los objetivos de presión a alcanzar, así como la estrategia terapéutica a implementar para conseguir tales objetivos. Además, se discuten las actuaciones recomendadas por las guías en situaciones especiales tales como la HTA resistente, la HTA en el embarazo, la conducta ante las crisis hipertensivas y el tratamiento del hipertenso con distintas comorbilidades.

Este excelente artículo de un grupo de médicos de atención primaria, expertos en HTA y enfermedad cardiovascular, enfatiza las similitudes y discrepancias entre estas normas internacionales para tomar su propia posición a favor de alguna de las recomendaciones discrepantes, lo que me da la oportunidad de realizar algunos comentarios a este posicionamiento. Afortunadamente, las decisiones clínicas que hoy toman los médicos de atención primaria en nuestro país no obedecen ya a criterios surgidos de un aprendizaje autodidacta fruto de la combinación de lo sugerido por el

«maestro» en un determinado campo de conocimiento y lo expuesto en los «libros», sino que son el resultado de una sólida formación intelectual personal durante su especialización junto al conocimiento actualizado que aportan los documentos conocidos como «guías de práctica clínica».

Las guías clínicas hacen recomendaciones generales basadas en la mejor evidencia disponible obtenida de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos controlados y sus metaanálisis, en los que los resultados finales son promedios de un determinado parámetro en un grupo de pacientes cuyas características no son necesariamente similares a las del paciente concreto que cada día visitamos en nuestra consulta, por lo que el cuerpo de doctrina y conocimiento que aporta la guía clínica se debe personalizar para cada paciente. La toma de la decisión final en el paciente es tarea que compete únicamente al clínico bajo su total responsabilidad, que debe explicar y aplicar con el conocimiento del paciente y en el contexto del sistema de salud en el que se desenvuelve.

Al respecto, es importante recordar que el ámbito mayoritario de aplicación de la medicina en España, al igual que en los demás países europeos, es fundamentalmente público financiado por los impuestos de los ciudadanos, aunque coexiste con una muy minoritaria medicina privada financiada por seguros privados o el propio paciente. Por el contrario, la medicina en los Estados Unidos de América se financia fundamentalmente por aseguradoras privadas y la cobertura del sector público tal como lo entendemos en Europa es mucho menos relevante. Ello permite explicar algunas de las discrepancias entre las guías a ambos lados del atlántico pues, tal como reconocen los autores de la guía ACC/AHA de 2017, el documento está diseñado por epidemiólogos y clínicos para su aplicación en Estados Unidos, sin vocación de ser una guía clínica universal. De este modo, la nueva definición

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.05.001>

1138-3593/© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

operativa de HTA a partir de cifras $\geq 130/80$ mmHg, que determina un aumento de la prevalencia de HTA hasta alcanzar a prácticamente la mitad de la población estadounidense, no ha sido consensuada con el resto de sociedades científicas y la Organización Mundial de la Salud, pues es de aplicación local. Por el contrario, la guía europea y el resto de las guías en otros continentes mantienen la definición arbitraria tradicional $\geq 140/90$ mmHg al considerar que las nuevas evidencias no tienen la suficiente solidez para modificar el equilibrio entre el riesgo y beneficio de la intervención en la mayoría de los sujetos con presiones más bajas.

Uno de los mayores problemas subsiguientes a la modificación unilateral de la definición de HTA ha sido la confusión terminológica a que ha dado lugar, pues lo que para la ACC/AHA es HTA de grado 1 para Europa sigue siendo presión «normal alta» y cuando un médico se refiere a su paciente como afectado de HTA de grado 1 no sabemos con precisión a qué se está refiriendo si no lo acompaña de la expresión «grado 1 según la guía europea o según la guía americana...». En cualquier caso, esa es la mayor discrepancia de las guías pues, tal como describen los autores del posicionamiento de SEMERGEN, la recomendación de cómo actuar ante un paciente con unas determinadas cifras de presión es prácticamente idéntica en ambas guías. Dicho en otras palabras, si el mismo paciente fuera visitado en una ciudad de Estados Unidos por un médico que siguiera las recomendaciones de la guía ACC/AHA o fuera atendido en una ciudad europea por un médico que siguiera las recomendaciones de la guía ESC/ESH, probablemente recibiría los mismos consejos y la misma estrategia de tratamiento, con mínimas diferencias de matiz. Mi opinión personal es que en los pacientes atendidos en España, un país de la Unión Europea, sería preferible utilizar la terminología de la guía europea para evitar confusiones terminológicas y conceptuales.

Los autores del documento de la SEMERGEN han confeccionado unas tablas comparativas de las recomendaciones de ambas guías que permiten objetivar la mínima existencia de diferencias en los aspectos más trascendentales del proceso, tales como el protocolo de la medida de presión arterial en la consulta, o los protocolos de automedida ambulatoria y de monitorización de presión, los objetivos de presión a alcanzar y mantener con el tratamiento (cifras $< 130/80$ mmHg en la mayoría de pacientes siempre que el tratamiento sea bien tolerado), las medidas recomendadas de cambios del estilo de vida y la estrategia terapéutica general basada en la terapia de combinación inicial en un único comprimido. También los fármacos a incluir en esta primera estrategia, asociación de un bloqueante del sistema renina angiotensina (IECA o ARA) con un calcioantagonista o un diurético dependiendo del perfil metabólico del paciente son similares con algunas matizaciones.

Es cierto que hay discrepancias menores en la actitud a adoptar en pacientes con presión normal-alta de bajo riesgo y que si la guía europea no hace recomendaciones

específicas para el estilo de vida en sujetos con presión óptima es porque considera que el estilo de vida saludable debería ser la norma de toda la población aparentemente sana a fin de frenar el aumento de presión con la edad a cualquier nivel de presión arterial. El que la guía europea haga un especial énfasis en la importancia de evaluar la lesión silente de órgano diana mediada por la hipertensión se sustenta en la posible recalificación al alza del riesgo global obtenido por la simple aplicación de las tablas de SCORE, y la presentación de una tabla con factores de corrección para el riesgo obtenido por SCORE con base en la etnicidad es muestra de la inequívoca vocación universal de la guía europea.

Suscribo en su práctica totalidad los comentarios y las reflexiones finales del grupo de trabajo de SEMERGEN y aciertan plenamente cuando afirman que las mínimas diferencias obedecen a consideraciones de índole local y a los distintos sistemas de salud donde las recomendaciones deben ser implementadas. En cualquier caso, la recomendación de actuar lo antes posible en los pacientes hipertensos para evitar la progresión del proceso y el riesgo residual es un objetivo compartido por ambas guías, pensamiento que los autores de este documento de consenso han sabido transmitir a lo largo del texto.

Bibliografía

1. Pallarés-Carratalá V, División Garrote JA, Prieto Díaz MA, García Matarín L, Seoane Vicente MC, Molina Escribano F, et al., en nombre del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Medicina de Familia SEMERGEN. 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2019.02.003>.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC /AHA /AAPA/ABC /ACPM/AGS /APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: Aa report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71:2176–98.
3. Williams B, Mancia M, Spiering W, Agabiti-Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al., on behalf of the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2018;36:1953–2041.

A. Coca*

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínic (IDIBAPS), Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acoca1492@gmail.com