

Criterios y actitudes de grupos de médicos sobre la hipertensión sistólica aislada

Criteria and attitudes of groups of doctors on isolated systolic hypertension

Jorge Pablo Alfonzo Guerra, Indira Castillo Montesino, Aliucha Delgado-Orama Frómeta, Phillip Alban

Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial sistólica aislada es un riesgo importante para la salud, por ser la expresión de la fase final del remodelado vascular, por su alta frecuencia y morbilidad y mortalidad asociadas. Representa entre el 45 % y el 76 % de los hipertensos no controlados.

Objetivos: identificar criterios diagnósticos y terapéuticos sobre la hipertensión arterial sistólica aislada de médicos de diferentes especialidades clínicas de la ciudad de La Habana.

Métodos: se realizaron tres encuestas a 1 098 médicos especialistas de la ciudad de La Habana por el mismo autor en los periodos, 2001-2005, 2006-2010 y 2015-2016 para dar respuestas a 4 preguntas básicas: ¿Cuál fue el criterio empleado para su diagnóstico?, ¿Cuáles eran las fuentes de conocimientos?, ¿Qué medidas terapéuticas empleaban para su tratamiento? ¿Cuáles fueron las metas de presión arterial sistólica a alcanzar?

Resultados: entre el 23,2 % y el 59,2 % de los encuestados utilizan el 4to ruido de Korotkoff para el diagnóstico de la presión arterial diastólica. Las guías de consensos fueron utilizadas entre el 42,2 % y el 8 % y las cubanas entre 40,2 % y el 79,2 %, mientras que la experiencia clínica osciló entre el 78,8 % y el 98,9 %. El 100 % emplean tratamiento no farmacológico. En el tratamiento farmacológico, los diuréticos (70 %-85 %) fueron la primera opción. La mayoría de los médicos encuestados inician tratamiento farmacológico con cifras a partir de hipertensión arterial sistólica de 140 mm Hg. Hasta un 40,7 % en algunas de las encuestas no consideró necesario utilizar de medicamentos antihipertensivos en mayores de 60 años. Entre el 36 % y 69 % lo inician en menores de 60 años teniendo como meta presiones igual a 140 mmHg y entre 23 % y el 74,4 % en los mayores de 60 años usando de 140 mmHg como meta de tratamiento.

Conclusiones: un tercio de médicos de especialidades clínicas emplea el 4to ruido de Korotkoff como técnica para medir la hipertensión sistólica aislada. Insuficiente utilización de las guías, tanto nacionales como las extranjeras. El tratamiento no farmacológico fue universalmente aceptado, no así el farmacológico, siendo los diuréticos la primera opción terapéutica. Hay especialistas que son tolerantes y no tratan adecuadamente la HSA, sobre todo en pacientes con 60 o más edad. La gran mayoría de los encuestados utilizan como objetivo del tratamiento cifras iguales o inferiores a 140 mmHg de presión arterial sistólica. Se necesita actualizar conceptos y criterios sobre la HSA.

Palabras clave: hipertensión; hipertensión sistólica aislada; tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Isolated systolic arterial hypertension (SAH) is an important risk for health, as it is the expression of vascular remodeling final phase, due to its high frequency and associated morbidity and mortality, representing between 45% - 76% of uncontrolled hypertensive patients.

Objectives: Identify diagnostic and therapeutic criteria on isolated systolic arterial hypertension of professionals from different clinical specialties in Havana.

Methods: Three surveys were conducted in Havana by the same author in 2001-2005, 2006-2010 and 2015-2016 to answer four basic questions: What was the criterion used for diagnosis? What were the sources of knowledge? What therapeutic measures did doctors use for their treatment? What were the goals of systolic blood pressure to achieve?

Results: The respondents who used the 4th korotkoff noise for diastolic blood pressure diagnosis ranged between 23.2% and 59.2%. Consensus guidelines were used between 42.2% and 8% and the Cuban guidelines were used between 40.2% and 79.2%, while clinical experience ranged between 78.8% and 98.9%. 100% uses non-pharmacological treatment. In the pharmacological treatment, diuretics (70% - 85%) were the first option. Most of the doctors surveyed started pharmacological treatment with figures from systolic arterial hypertension of 140 mmHg. In some of the surveys, up to 40.7% do not consider it necessary to use antihypertensive drugs in people over 60 years of age. Those who started in patients under 60 years of age ranged between 36% and 69% with a target pressure of = 140 mmHg and between 23% and 74.4% in those over 60 using 140 mmHg as a treatment goal.

Conclusions: One third of physicians of clinical specialties use the 4th korotkoff noise as a technique to measure isolated systolic hypertension. Insufficient use of the guides, both national and foreign was observed. The non-pharmacological treatment was universally accepted. Diuretics are still the first pharmacological option treatment. There are specialists who are tolerant and do not treat systolic arterial hypertension adequately, especially in patients older than 60 years. The vast majority of the respondents used figures of equal to or less than 140 mmHg systolic blood pressure as the treatment goal. It is necessary to update concepts and criteria about systolic arterial hypertension.

Keywords: hypertension; isolated systolic hypertension; treatment.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistólica aislada (HSA) es un riesgo importante para la salud por ser la expresión de la fase final del remodelado vascular y por su alta frecuencia y mortalidad-morbilidad asociada. Es definida como la presión sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y la presión diastólica (PAD) menor de 90 mmHg. Representa entre el 45 % y el 76 % de los hipertensos no controlados, sobre todo en los mayores de 50 años, con un incremento anual del 5 % a partir de la sexta década y hasta un 20 % en mayores de 80 años.¹

El tratamiento de la HSA en los ancianos presenta características especiales debido a la edad, la presencia de otros factores de riesgo de enfermedades cerebro y cardiovasculares y las comorbilidades acompañantes, frecuentes en este grupo de pacientes. Desde la década del 70, se le considera como el principal componente pronóstico de enfermedad cardiovascular. El estudio SHEP (*Systolic Hypertension in the Elderly Program*), logró caída significativa en la mortalidad por todas las causas, al reducir el promedio de la presión sistólica promedio de 170 mmHg a 143 mmHg, después de 5 años de tratamiento.²

La causa de la HSA se debe a la pérdida de la elasticidad de la pared de la aorta y por lo tanto a su distensibilidad y pérdida de la compliance durante la sístole, debido al engrosamiento de la pared por acúmulo de fibras colágenas y depósitos de calcio. La consecuencia directa es que la PAD tiende a tener valores normales o subnormales, al mismo tiempo que la PAS se incrementa, contribuyendo así a aumentar la presión de pulso.

La presencia de HSA no solo es indicativa de hipertensión arterial, sino también de la presencia de otras enfermedades vasculares acompañantes, lo que contribuye a empeorar el pronóstico de vida.

Existe en la práctica médica diaria concepciones erróneas sobre la HSA y cierta tendencia a no tratar o tratarla inadecuadamente en los ancianos. Tampoco hay unanimidad de criterios relacionados tales como: cuando iniciar tratamiento en los diferentes grupos etarios, que meta de presión arterial se debe alcanzar, que tipo de medicamentosa utilizar, riesgos *versus* ventajas del control estricto de la presión, entre otros, todo ello a pesar que numerosas investigaciones demuestran el absoluto beneficio de tratar la HSA con reducción de la demencia, en la morbilidad fatal y no fatal por episodios cardiovasculares y cerebrovasculares y mayor calidad y expectativa de vida en los pacientes ancianos.

Ello motivó a tratar de identificar criterios diagnósticos y terapéuticos sobre la HSA de médicos de diferentes especialidades clínicas de la ciudad de La Habana. ¿Cuál fue el criterio empleado para su diagnóstico?, ¿Cuáles eran las fuentes de conocimientos?, ¿Cuáles fueron las metas de PAS a alcanzar? ¿Qué medidas terapéuticas empleaban para el tratamiento?

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en tres periodos diferentes, 2001-2005, 2006-2010 y 2015-16 en diferentes escenarios de la ciudad de La Habana (19 policlínicos, 7 hospitales universitarios y 2 institutos de investigaciones). El universo estuvo constituido principalmente por médicos de las

especialidades clínicas medicina general integral, internistas, nefrólogos y cardiólogos, entre otras pocas especialidades.

La revisión general de la literatura sobre la HSA reveló solo cinco estudios de referencias actualizados, cuatro en el extranjero y uno en la ciudad de La Habana sobre las actitudes, conceptos y manejo de la HSA por los médicos. EKpoBP y otros,³ en 1993 en un evento de médicos de atención primaria con una participación de 445 médicos y un 60 % respuestas a la encuesta, Mc Alister y otros,⁴ un estudio comparativo con 398 internos generales y 125 médicos de familia con respuestas en el 67 %, Borestein J y otros.⁵ en el 2002; en un evento de médicos de atención primaria con una participación de 35 médicos teniendo las encuestas un 89% de respuestas y Alfonso JP y col.⁶ en un grupo multidisciplinario de médicos asistentes al IV Congreso Peruano de Hipertensión Arterial celebrado en Lima, Perú, en el 2003. En dicho evento se encuestaron 45 médicos, de ellos, 16 (35,5 %) correspondieron a cardiología, 13 (28,9 %) a médicos de medicina interna, 8 (17,7 %) a nefrólogos y el resto en menor número a varias especialidades como oftalmólogos, endocrinólogos y neurocirujanos con respuestas validas en un 100 %.

El instrumento fue diseñado y realizado en los tres estudios mediante un cuestionario anónimo de participación voluntaria y sin selección previa, estructurado para médicos sobre HSA. La información fue procesada de forma automatizada de base Excel y analizada en un software SPSS. Se utilizó la técnica estadística de análisis de distribución y frecuencia. El estudio se realizó en conformidad con los principios éticos de la Declaración de Helsinki, con garantía de confiabilidad de los datos encuestados.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 1 098 médicos especialistas entre las 3 encuestas: 214 en el 2001-2015, 812 en el 2006-2010 y 82 en el del 2015-2006. Los grupos estuvieron constituidos por especialistas de medicina general integral (MGI) y de otras especialidades clínicas (internistas, cardiólogos, nefrólogos, y por misceláneas de diferentes especialidades clínicas) ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de médicos especialistas de la ciudad de La Habana según en las encuestas del 2005-2010 y 2015-2016.

	2005 (n=214)	2010 (n=812)	2015-16 (n=82)	Total (n=1 098)
MGI	97	279	21	397
Internistas	81	277	13	361
Nefrólogos	27	22	19	68
Cardiólogos	9	186	10	205
Otras especialidades	-	48	19	67

En la primera encuesta el tiempo medio en la práctica médica activa fue de 15,4 años, donde el 87,2 % de los MGI y el 93,8 % del resto de las especialidades tenían más de 5 años de actividad profesional. En la segunda, el promedio medio de años activos fue para los MGI de 12,8 años para y 14,4 años para las demás especialidades. En la última encuesta, del 2015-16, el 70,8 % tenían más de 5 años de práctica médica.

La mayoría de los especialistas en las tres encuestas identificaron la PAD por la desaparición del ruido auscultatorio, fase V de Korotkoff, pero alrededor de la tercera parte utilizaron el cambio de tono, fase IV de Korotkoff, 35,9 %, 54 % y el 23,2 % en las encuestas del 2005-2010 y 2015-2016 respectivamente.

El rango de mayor influencia para la toma de decisión del tratamiento de la HSA se basaron en orden de preferencia: la experiencia clínica, programas de educación médica, las guías cubanas y las de consensos, las revistas y libros y la opinión de expertos (tabla 2).

Tabla 2. Influencias de guías para el estudio y tratamiento del paciente con HSA en las tres encuestas de la ciudad d La Habana.

Mayores influencias	2005 MGI	2005 No MGI	2010	2015-16
Experiencia Clínica	78,8 %	98,9 %	80,8 %	41,5 %
Educación médica continua	79,8 %	89,3 %	75,7 %	46,3 %
Guía cubana	-	-	79,2 %	40-2 %
Guías de consenus	58,2 % (incluye la cubana)	77,6 % (incluye la cubana)	58,1 %	42,2 %
Revistas y libros	83,3 %	75,5 %	40,9 %	50,0 %
Opinión de expertos y otros	62,5 %	57,3 %	2,6 %	20,7 %

La totalidad de los médicos especialistas encuestados manifestaron que tratan la HSA con medidas clásicas no farmacológicas. Las más empleadas fueron: restricción de sal (91 %-96,6 % y 98,9 %-99,9 % entre los MGI y otras especialidades en las dos primeras encuestas y el 100 % en la del 2015-2016). Le siguieron en frecuencia la reducción del estrés, del peso corporal, y cesación del hábito de fumar y realizar ejercicios físicos regulares, en proporciones similares, aunque variables entre las tres encuestas y entre MGI y otras especialidades (la mayoría entre un 80 al 90 %). Sin embargo, en las dos primeras encuestas la limitación en la ingestión de alcohol solo fue expresada entre un 64,6-77,8 % para los MGI y de 78,6-79,6 % para otras especialidades. En la más reciente solo y el 73,2 % de los encuestados recomendaban la reducción en la ingestión de alcohol.

Los criterios del valor de la HAS y la edad de los pacientes para indicar tratamiento farmacológico variaron entre las tres encuestas y entre los MGI y el resto de las especialidades. En la primera, iniciaban tratamiento con PAS de 140 mmHg el 43 % de los MGI y el 36 % de otras especialidades en edades entre 50-64 años y entre 23 % y en el 33 % en los mayores de 60 años. Con PAS entre 140-150 mmHg, 30 % y 39 % con iguales edades y grupos de especialistas. En pacientes con más de 60 años y PAS mayor de 150 mmHg iniciaban tratamiento en el 27 % y 25 % respectivamente. La segunda encuesta el promedio de inicio del tratamiento fue de 143,9 mmHg los MGI y de 147,2 mmHg los de otras especialidades. Por último, en la encuesta del 2015-2016 el 54,9 % lo inician en las edades de 50-64 años y con PAS de 140 mmHg hasta 160 mmHg, el 59,8 % con PAS mayor de 160 mmHg y el 11 % con cifras mayores de 170 mmHg.

Los argumentos expresados por los especialistas encuestados para no emplear tratamiento farmacológico en pacientes con HSA fueron similares en las encuestas del 2005 y 2015-2016: la enfermedad es consecuencia normal del envejecimiento (53 % y 100 %), la enfermedad es un mecanismo compensador de la aterosclerosis (55 % y 93 %), no representa un mal pronóstico (29 % y 36,6 %), no se obtienen beneficios (23 % y 30,5 %) y reducen la calidad de vida de los pacientes (17 % y 22 %). En la encuesta del 2010 los tres más declarados fueron: un mecanismo compensador de la aterosclerosis del anciano, consecuencia de envejecimiento y que no tiene mal pronóstico.

La primera opción de tratamiento fueron los diuréticos (77 %, 76,3 % y 85 % por los MGI y 78 %, 65,9 % y 85 % por el resto de los especialistas en las tres encuestas respectivamente, ocupando los hipotensores I-ECA, bloqueadores de los canales cálcicos y los β bloqueadores la segunda alternativa más empleada.

La meta de presión arterial a alcanzar con los tratamientos en los pacientes de 50-64 y de 65 años o más se presentan en las [tablas 3](#) y [4](#).

Tabla 3. Cifras de presión arterial sistólica a alcanzar en los pacientes de 50-64 años según los médicos encuestados

mmHg	2005		2010		2015-2016
	MGI	Otros	MGI	Otros	Todos los especialistas
≤ 120	23 %	21%	-	-	2,4 %
120-139	72 %	67 %	-	-	40,2 %
≥ 140	5 %	12 %	62,9 %	73,7 %	56,1 %
Media	-	-	126,2 %	130,3 %	-

Tabla 4. Cifras de tensión arterial sistólica a alcanzar en los pacientes de ≥ 65 años según el criterio de los médicos encuestados

mmHg	MGI	2005	MGI	2010	2015-2016
	MGI	Otros	MGI	Otros	Todos los especialistas
≤ 120	17 %	14 %	-	-	1,2 %
120-139	70 %	65 %	62,9 %	73,7 %	74,4 %
≥ 140	13 %	21 %	-	-	25,6 %
Media	-	-	134 %	130,8 %	-

DISCUSIÓN

Se realizaron tres estudios en la ciudad de La Habana, en diferentes escenarios con 5 años de diferencia entre ellos, empleando la misma metodología y el mismo autor, comparando los resultados con experiencias similares internacionales.

El primero en el 2005, por el Dr. Alban R.E Phillip y col.⁷ conformado por 243 médicos generales y de diferentes especialidades con un 91,5 % de respuestas válidas.⁷ El segundo en el 2010, por la Dra. Aliucha Delgado-Orama Frómeta y col.⁸ con 812 especialistas, 279 (34,4 %) de MGI y 533 (65,6 %): 277 internistas, 186 cardiólogos 22 nefrólogos y los restantes 88 de otras es de otras 10 especialidades, con 100 % de respuestas válidas. El tercero y más reciente, 2015-2016, con 82 encuestados en el Hospital Clínico Docente "Joaquín Albarrán" y el Instituto de Nefrología por la Dra. Indira Castillo Montesino,⁹ de los cuales 21 eran MGI (25,6 %), 19 nefrólogos (23,2 %), 13 (15,9 %) internistas, 10 cardiólogos (12,2 %) y los restantes 11 (13 %) de otras tres especialidades, con 100 % de respuestas válidas.

En estos tres estudios la casi totalidad de los médicos tenían 10 o más años de práctica médica activa (15,7 en el del 2005, 12,86 el del 2010 y 10,7 para el del 2015-2016), tanto para los MGI como el resto de los especialistas. En comparación la obtenida por J. Boreistein y otros el 75 % de los médicos tenían 5 años o más de experiencia, en Alfonso JP, Vidalón A, López F la edad promedio fue de 19,1 años. Alban R.E Phillip y col. muestran similar resultado, es decir, la mayoría de los médicos tenían más de 5 años de práctica médica.

Es notorio en nuestros tres estudios, que hubo una proporción importante de médicos especialistas (promedio 23,2 % hasta el 54,3 %) que definieron como técnica para identificar la presión arterial diastólica el cambio de tono (4to. Ruido de Korotkoff) y no la desaparición del ruido (5to. Ruido de Korotkoff), como es aceptado internacionalmente,¹⁰ similares resultados a los encontrados en los reportes extranjeros mencionados.³⁻⁶ Ello muestra que existe error en la técnica de medición de la HTA, lo que indudablemente sobrestimará los diagnósticos positivos de HSA de cualquier investigación científica que se lleve a cabo, así como la verdadera prevalencia de esta entidad.

Con relación al grado de influencia utilizada por los médicos en la toma de decisiones de la hipertensión sistólica aislada en estudios anteriores, al igual que en nuestras propias encuestas, hubo gran énfasis en el valor de la experiencia clínica y en la educación médica continua. En las dos primeras hubo diferencia entre los médicos con relación a la influencia de las guías nacionales e internacionales. En el primer estudio, las guías de consensos 58,7 % en los MGI y 77,6 % en las otras especialidades. En el segundo, 58,1 % para las guías de consensos y 79,2 % para las cubanas y en el estudio más reciente 40,7 % y 40,2 % para ambas guías respectivamente. Todo ello demuestra que un gran número de nuestros especialistas así como los MGI, no utilizan adecuadamente las guías internacionales de consensos y las cubanas. La utilización de los artículos de revistas fue de 83,3 % en los MGI y 75,5 % en los especialistas en la encuesta del 2005 y muy similares en las dos últimas (40,9 % y 50 % respectivamente). Estos resultados apuntan a insuficiente utilización de las guías, tanto nacionales como internacionales.

En los estudios revisados se demostró que la mayoría de los médicos encuestados opinaron que era factible tratar la HSA. En la actualidad acúmulo de trabajos existentes (ensayos CATCH,¹¹ CONVINCEN,¹² Framingham,¹³ entre otros) muestran buena tolerabilidad de los pacientes y confirman los efectos beneficiosos del inicio del tratamiento temprano de la HSA en mayores de 50 años, disminuyendo las cifras de presión y el riesgo cardiovascular. Sin embargo, en el estudio del 2010, el 10 % de los especialistas y el 14,5 % de los MGI no consideraron necesario tratar rutinariamente la HSA.

Todos los estudios publicados, incluyendo el nuestro, realzan la importancia del tratamiento temprano no farmacológico, aunque en algunas de las medidas clásicas no se hizo el énfasis suficiente: reducción de peso (86,6 %), reducción del estrés (74,4 %), limitar la ingestión alcohol (73,2 %) y cesación del hábito de fumar (93,9 %). El dato positivo es que los médicos encuestados refirieron la necesidad de controlar tres de las más importantes medidas generales: restricción de sal, reducción del peso corporal y ejercicios físicos regulares.

El grupo farmacológico más utilizado en nuestros estudios, al igual que los internacionales, como primera opción en el tratamiento de la HSA fueron los diuréticos, como recomiendan las normas nacionales e internacionales. Los diuréticos, especialmente los tiazídicos en dosis bajas, disminuyen la sobrecarga de volumen, la congestión, el edema y reducen la presión arterial sistólica. Como tratamiento alternativo o complementario concuerdan con las recomendaciones las Guías Cubanas para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la HTA, donde se recomiendan a los anticálcicos como la mejor segunda opción o combinados con los diuréticos.¹⁴

Con referencia al tratamiento farmacológico hubo más divergencias entre los MGI y otras especialidades y entre las edades de 59-64 e igual o mayores de 60 años, pues hasta un 40,7 % en algunas de las encuestas no consideró necesario utilizar medicamentos antihipertensivos en los mayores de 60 años, al considerar la HAS como un mecanismo compensador de la aterosclerosis del anciano, como consecuencia del envejecimiento y que no tiene mal pronóstico. Al evaluar la pregunta ¿cuándo se debe iniciar la terapéutica farmacológica? observamos que la mayoría de los médicos encuestados inician tratamiento farmacológico con cifras a partir de HAS de 140 mmHg como está establecido en las guías nacionales e internacionales.¹⁴⁻¹⁶ Sin embargo, en la última de las encuestas encontramos que casi los 2/3 de nuestros encuestados esperan iniciar el tratamiento hasta tener cifras iguales o mayores de 150 mmHg e incluso mayores de 160 mmHg.⁹ Otros estudios en los pacientes de más de 50 años, especialmente en los mayores de 65 años revelan que existía cierto nivel de renuencia o resistencia a iniciar

farmacoterapia, por una u otra razón. Esta tendencia fue reflejada en los resultados de las encuestas revisadas y realizadas por el autor de esta trabajo.³⁻⁹

Hasta la fecha no hay ninguna norma definida, ni umbral óptimo establecido de HAS para los pacientes hipertensos mayores de 60 años de edad, pero en general, se acepta que los niveles de HAS a alcanzar estarán en dependencia de la severidad de la hipertensión inicial, las características clínicas de cada paciente, de las condiciones médicas concomitantes, así como de los riesgos y beneficios del descenso de la presión arterial, sobre todo en aquellos con elevado riesgo vascular, entre ellos pacientes con enfermedad renal crónica y diabéticos.^{17,18} No obstante, el umbral actual general de HAS a alcanzar como criterio de calidad, es igual o inferior a 140 mmHg, y en pacientes diabéticos y proteinúricos 120-130 mmHg. Sin embargo, los más recientes trabajos y las guías recién publicadas refleja una tendencia a aceptar cifras superiores para el inicio del tratamiento (¿150 mmHg?). Existe un consenso general de enfatizar la reducción cuidadosa y paulatina de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años como medida preventiva para evitar eventos cardiovasculares y cerebrovasculares fatales y no fatales, así como una reducción de la incidencia de demencia y mejorar el bienestar y expectativa de vida de estos pacientes.^{19,20}

En pacientes con HSA con niveles iniciales de PAS hasta 160 mmHg y control de estas con tratamiento apropiado, se reportan reducciones del 35-40 % de enfermedad cerebrovasculares un 50 % en las enfermedades cardiovasculares y entre un 25-30 % de los eventos coronarios.¹¹⁻¹³ No obstante para obtener estos beneficios es necesario reducir la PAS en 20 mmHg o más de la línea base de la misma independientemente de la farmacoterapia antihipertensiva empleada. El Comité Nacional de aseguramiento de la calidad de los EE.UU. instituyó una medida de cuidado de la calidad en el control de la HTA como <140/90 mmHg, (120/80 mmHg para diabéticos y proteinúricos), y debe ser utilizado para todos los pacientes, independientemente de la edad, sin ninguna diferencia en las metas de tensión arterial para cualquier tipo de hipertensión, a no ser que exista condición específica para no tratarla.

En el caso específico de la HTA y en especial de la HSA, desde 1994 se demostró, por primera vez, los beneficios del control estricto de la presión arterial en pacientes con enfermedad renal crónica. El seguimiento prolongado de estos pacientes mostró los beneficios en protección cardiovascular en los que fueron incluidos en la rama de control estricto versus control convencional de las cifras de presión arterial.^{18,19} Otro problema a considerar en estos pacientes de edad muy avanzada es la tolerancia a los medicamentos antihipertensivos o que no cumplen con el régimen de tratamiento impuesto.

En edades avanzadas ocurren disfunciones de la mayoría de los sistemas orgánicos, que trae como consecuencia que la absorción, distribución y excreción de los medicamentos se altere. De manera que se debe seleccionar con cuidado el medicamento que se administra, así como ajustar con precaución las dosis de los mismos teniendo cuidado de no provocar hipotensión ortostática u otro efecto adverso o que aumenten el riesgo de mortalidad, sobre todo, por descensos significativos de la PAD (curva J). Lo principal es que el tratamiento debe ser individualizado.

Recientes estudios como el *Systolic Blood Pressure International Trial* (SPRINT),²¹ y el comentario de Berlowiyz²² proponen nuevos retos y metas de control de la HSA. ¿Qué propondrá la actualización de la nueva Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial?

Un significativo número de médicos de especialidades clínicas emplea el 4to. ruido de Korotkoff como técnica empleada para medir la HSA. Insuficiente utilización de las guías, tanto nacionales como las extranjeras. El tratamiento no farmacológico fue universalmente aceptado, no así el farmacológico, siendo los diuréticos la primera opción terapéutica. Hay especialistas que son tolerantes y no tratan adecuadamente la HSA, sobre todo en pacientes con 60 o más edad. La gran mayoría de los encuestados utilizan como objetivo del tratamiento cifras iguales o inferiores a 140 mmHg de presión arterial sistólica. Se necesita actualizar conceptos y criterios sobre la HSA.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Black HR, Elliott WJ, Neaton D, Grandis G, Grambsch P, Grimm RH, et al. Baseline characteristics and elderly blood pressure control in CONVINCENCE TRIAL. Hypertension. 2001;37(1):12-8.
- 2.SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA. 1991;265(4):3255-64.
- 3.Ekpo EB, Shah IU, Fernando MU. Isolated systolic hypertension in the elderly: survey of practitioner´s attitude and management. Gerontology. 1993;39(4):207-14.
- 4.McAlester FA, Teo KK, Laupacis A. A survey of management practices for isolated systolic hypertension. J. Am. Geriatr. Soc. 1997;45:1219-22.
- 5.Borenstein J, Whyte JL, Baramgarav E, Vogel D, et al. Physician practice patterns in the treatment of isolated systolic hypertension in a primary care setting. J Clin Hypertens. 2002;4(2):93-100.
- 6.Alfonzo JP. Hipertensión arterial sistólica aislada. Reflexiones sobre una encuesta a médicos de atención primaria. Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López"; La Habana: 2009.
- 7.Phillip Alban RE. An Opinionative, Integrated, Comparative Evaluation of Physicians Attitude & Managerial Practice Pattern of Isolated Systolic Hypertension in an Ageing Population. Tesis de fin de residencia. Facultad de Medicina Finlay Albarrán. La Habana: Instituto de Nefrología; 2005.
- 8.Delgado-Orama Frómeta A. Criterios y actitudes de un grupo de médicos de diferentes especialidades sobre la hipertensión sistólica aislada en la Ciudad de La Habana. 2006. Tesis de fin de residencia. Facultad de Medicina Victoria de Girón: Instituto de Nefrología; 2009.

9. Castillo Montesino I. Criterios y actitudes de un grupo de médicos de diferentes especialidades sobre la hipertensión sistólica aislada en La Habana 2016. Tesis de fin de residencia. Facultad de Medicina Victoria de Girón: Instituto de Nefrología; 2016.
10. Hara A, Thijs L, Asayama K, Jacobs L, Wang JG, Staessen JA. Randomised double-blind comparison of placebo and active drugs for effects on risks associated with blood pressure variability in the Systolic Hypertension in Europe trial. *PLoS One*. 2014
11. Cuspidi C, Muiesan ML, Valagussa L, Salvetti MD, Biagio C, Agabiti-Rosein E, et al. On behalf of the CATCH investigators. Comparative effects of candesartan and enalapril on left ventricular hypertrophy in patients with essential hypertension: the Candesartan Assessment in the treatment of Cardiac Hypertrophy (CATCH) study. *J Hypertens*. 2004;20:2293-2300.
12. Staessen JA, Li Y, Thijs L, Wang JG. Blood Pressure Reduction and Cardiovascular Prevention: An Update Including the 2003-2004 Secondary Prevention Trials. *Hypertension Research*. 2005;28:385-407; doi: 10.1291/hypres.28.385
13. Weiss J, Freeman M, Low A, Fu R, Kerfoot A, Paynter R, et al. Benefits and harms of intensive blood pressure treatment in adults aged 60 years or older. A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2017;166:419-29.
14. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
15. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 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*. 2014;311:507-20. [PMID: 24352797] doi: 10.1001/jama.2013.284427.
16. Marcia G, Fagard R, Narkiewicz K, Reddon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *Blood Pressure*. 2013;34(28):2159-219. doi: 10.1093/eurheartj/eh151.
17. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey L, Frost J, Forciea MA. Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians and the Commission on Health of the Public and Science of the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(6):430-7.
18. Gómez Fernández P. Objetivos de presión arterial en pacientes de alto riesgo cardiovascular. Control convencional. *NefroPlus*. 2016;8:108-12.
19. Segura J. Objetivos de presión arterial en pacientes de alto riesgo cardiovascular: beneficios del control estricto. *NefroPlus*. 2016;8:113-7.

20. Yoon SS, Fryar CD, Carroll MD. Hypertension Prevalence and Control among Adults: United States, 2011-2014. NCHS Data Brief no. 220. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2015.

21. SPRINT Study Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood pressure control. N Engl J Med. 2015; 373: 2103-16.

22. Berlowitz DR. Understanding uncontrolled hypertension. J Clinical Hypert. 2016; 18(11): 1155-6.

Recibido: 15 de febrero de 2017.

Aceptado: 17 de febrero de 2017.

Jorge Pablo Alfonzo Guerra. Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". La Habana. Cuba. Correo electrónico: docimef@infomed.sld.cu