

## CARTA AL EDITOR

### Cuando una pregunta para evitar la confusión puede confundir más...



### When a question to avoid confusion can confuse more...

Sr. Editor,

Leí con mucho interés el valioso aporte del consenso de expertos colombianos sobre el manejo de la hipertensión arterial (<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.09.002>). Sin duda, el mérito de reunir las recomendaciones de reconocidos expertos en un tema de tanta relevancia clínica y de salud pública es fundamental para el país. No obstante, por la misma dignidad y altura de estos profesionales es que me preocupa el riesgo potencial que pueden representar sus recomendaciones, o el entendimiento de las mismas, para la práctica de miles de médicos de nuestro país.

En la práctica médica enfrentamos una infinidad de situaciones en las cuales puede ser muy difícil trazar el límite entre los complejos constructos de salud y enfermedad: ¿qué separa con exactitud la profunda tristeza por una pérdida o el deterioro en el estado de ánimo, de la verdadera “enfermedad” depresión? ¿Cuál es límite exacto entre una simple neumonía adquirida en la comunidad y aquella que se está convirtiendo en sepsis? más aun, ¿sabemos con certeza en una consulta de urgencias cuándo una mujer con infección urinaria tiene sepsis y cuándo no? En las situaciones biológicas que se miden como variables continuas (un reconocido término de la jerga estadístico-epidemiológica), como la presión arterial, el índice de masa corporal o los valores de glicemia, la situación parece ser más compleja porque tenemos que trazar arbitrariamente un límite borroso entre la salud y la enfermedad con base en un punto de corte (otro reconocido término de la misma jerga), con el agravante adicional de su dinámica temporal: ¿cuánto tiempo, y con qué continuidad, deben estar los valores de esta variable biológica por encima (o por debajo) de dicho punto de corte, para que podamos y debamos rotular a esa persona como enferma por hipertensa, diabética o con alteraciones en su peso?

Por otra parte, asumiendo que la anterior clasificación es exacta y le pusimos el rótulo correcto al individuo (ahora es realmente un paciente hipertenso, obeso o

sedentario), esa identificación no implica necesariamente la misma intervención ni la misma meta terapéutica para todos ellos. La inveterada tradición de la medicina dice que no tratamos enfermedades sino seres humanos; por tanto, cada intervención, no necesariamente farmacológica, es individual y completamente personalizada. Toda esta historia se replica tal cual en el fenómeno de la presión arterial: hay evidencia suficiente para una relación proporcional y lineal, desde cifras de 120/80 y aun menores, entre mayores valores de presión arterial y mayor riesgo de aparición de eventos cardiovasculares<sup>1,2</sup>; es decir, parece claro que para la mayoría de seres humanos en su estado natural es mejor tener constantemente valores de presión arterial alrededor de 120/80 que en 132/82, por poner un ejemplo, pero no hay un criterio absoluto para intervenir en esas personas con valores de presión arterial que aparentemente los ponen “en riesgo”<sup>3</sup>. Si bien la reducción constante a cifras de presión sistólica inferiores a 130 mm Hg parece ser eficaz en la disminución de eventos cardiovasculares<sup>4</sup>, este efecto puede variar ampliamente según el tipo de paciente y sus comorbilidades, la intervención farmacológica o no farmacológica y los desenlaces que se espera prevenir, entre otros muchos condicionantes.

Con base en todas estas consideraciones, y con un inmenso respeto por el arduo y dedicado trabajo que hicieron los expertos, me parece inexacto, inapropiado y potencialmente peligroso para los médicos que leen estas recomendaciones, que simplemente se despache en 4 renglones la nueva clasificación de hipertensión arterial porque “confunde” y se recomienda volver, sin ninguna evidencia científica y solamente interpretando las posiciones de dos asociaciones médicas de Estados Unidos, a la anterior clasificación en la que solamente es “hipertenso” quien tiene valores mayores o iguales a 140/90 y el “tratamiento” es simplemente lograr cifras inferiores a ese valor. Creo que esta recomendación es una simplificación innecesaria y riesgosa para una condición de la mayor relevancia, que ignora la complejidad del tipo de paciente colombiano y su estado de salud cardiovascular. En suma, creo que es un retroceso tremendo en la comprensión de un problema que afecta sustancialmente la salud pública de nuestro país.

### Financiación

Ninguna.

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.01.002>

0120-5633/© 2019 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Conflicto de interés

Ninguno.

## Bibliografía

1. Yano Y, Reis JP, Colangelo LA, Shimbo D, Viera AJ, Allen NB, et al. Association of Blood Pressure Classification in Young Adults Using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Blood Pressure Guideline With Cardiovascular Events Later in Life. *JAMA*. 2018;320:1774–82, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.13551>
2. Son JS, Choi S, Kim K, Kim SM, Choi D, Lee G, et al. Association of Blood Pressure Classification in Korean Young Adults According to the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines With Subsequent Cardiovascular Disease Events. *JAMA*. 2018;320:1783–92, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.16501>
3. Whelton PK, Williams B. The 2018 European Society of Cardiology/European Society of Hypertension and 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Blood Pressure Guidelines: More Similar Than Different. *JAMA*. 2018;320:1749–50, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.16755>
4. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10022):957–67, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01225-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01225-8)

Fabián Jaimes<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

<sup>b</sup> *Dirección de Investigaciones, Hospital San Vicente Fundación, Medellín, Colombia*

*Correo electrónico: fabian.jaimes@udea.edu.co*

*Disponible en Internet el 27 de marzo de 2019*