Descargado el: 15-11-2026 ISSN 2221-2434

Puntos de vista

Eighth Joint National Committee: otros aspectos polémicos

Eighth Joint National Committee: Other Controversial Issues

Alberto Morales Salinas[1] Marcelina González García[2] Belkis Hernández Mesa[3] Kenia Rivera Jiménez[3]

[1] Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, CP: 50200
[2] Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Santa Clara, Villa Clara, Cuba
[3] Hospital Universitario Celestino Hernández Robau, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
Salinas A, González-García M, Hernández-Mesa B, Rivera-Jiménez K. Eighth Joint National Committee: otros aspectos polémicos. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 15]; 4(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/270

Resumen

El Eighth Joint National Committee ha generado amplios debates. Recientemente en esta Revista se analizó la injusta exclusión de los beta-bloqueadores como droga de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial no complicada. Ahora se harán de manera muy breve algunas consideraciones sobre otros aspectos polémicos del Eighth Joint National Committee como son: la metodología usada y el aumento del objetivo terapéutico en pacientes mayores de 60 años de edad.

Palabras clave: hipertensión, anciano, antagonistas adrenérgicos beta

Abstract

The Eighth Joint National Committee has generated extensive discussion. We recently analyzed the unfair exclusion of beta-blockers as first-line therapy for uncomplicated hypertension in this journal. Now, we will briefly present some considerations on other controversial issues of the Eighth Joint National Committee, such as the methodology used and the increased therapeutic goal in patients over 60 years old.

Key words: hypertension, aged, adrenergic beta-antagonists

Recibido: 2014-03-24 15:57:07
Aprobado: 2014-03-31 14:38:17

Correspondencia: Alberto Morales Salinas. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara. Villa Clara. cardioams@yahoo.es

Hace casi una década se analizaron los elementos más polémicos del *Seven Joint National Committee* (JNC7),[1] y más recientemente sobre la desacertada exclusión en el *Eighth Joint National Committee* (JNC8) de los beta-bloqueadores como medicamento de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) no complicada.[2]

En esta ocasión quisiéramos hacer una alerta sobre otros tres aspectos controversiales del JNC8.[3]

1. La metodología usada.

El JNC8 pretendió realizar una guía de hipertensión arterial (HTA) diferente, basada solo en las mejores evidencias: los ensayos clínicos (EC). Sin embargo esta estrategia lejos de constituir una fortaleza, se convirtió en una debilidad; debido a que no hay suficientes EC para responder adecuadamente, ni se pueden contestar las tres preguntas iniciales del JNC8

1).- ¿Son mejores los resultados clínicos si se comienza la terapia en algún dintel de presión arterial?, 2). -¿Son mejores los resultados clínicos si se baja la presión arterial por debajo de cierta meta? y 3). -¿Son diferentes agentes farmacológicos, disímiles en riesgo, beneficios y resultados clínicos?),[3] ni tampoco se puede manifestar de manera adecuada ante las principales interrogantes que se presentan en la práctica médica. Debido a estas carencias, la mayoría de las recomendaciones del JNC8 están basadas en criterios de expertos, en vez de EC. Una lección del JNC8, es que en las guías de HTA se deben analizar todas las evidencias y no solo los EC, de lo contrario se corre el riesgo de extrapolar demasiadas incertidumbres a la realidad.

Por otra parte consideramos como desafortunada la idea de mezclar evidencias de EC publicados en los años 60s, 70s y 80s con otras más recientes, ya que proceden de periodos con diametrales diferencias medioambientales y terapéuticas.

2. Recomendar incrementar el objetivo terapéutico a ≤ 150/90 mmHg en pacientes mayores de 60 años de edad sin diabetes, ni enfermedad renal crónica.[3]

En esta recomendación no existió unanimidad entre los 17 autores del JNC8. Recientemente los autores en contra de este mensaje, señalaron con lucidez las razones para mantener la meta terapéutica en ≤ 140/90 mmHg4. Wright Jr. y cols. alertan que el incremento del objetivo terapéutico hasta 150 mmHg/90 mmHg puede aumentar el porcentaje de hipertensos descontrolados, en un subgrupo de alto riesgo cardiovascular como son los mayores de 60 años de edad.[4] Además señalan que los estudios *Systolic Hypertension in the Elderly Program* (SHEP) (por sus siglas en inglés), el *Hypertension in the Very Elderly Trial* (HYVET) (por sus siglas en inglés) y el *Felodipine Event Reduction* (FEVER) (por sus siglas en inglés) aportan elementos en contra de incrementar el objetivo terapéutico hasta 150 /90 mmHg.[4] Estos autores concuerdan con las posiciones de otras guías, que limitan este incremento a los pacientes hipertensos de más de 80 años de edad.[5,6]

3. Aislamiento

A diferencia de los informes previos (JNC7 y JNC6), el JNC8 no representa la posición oficial del *National Heart Lung and Blood Institute*, ni de organizaciones como el *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*, o el *National Institutes of Health*, ni del gobierno federal. Este aislamiento del JNC8 puede ser considerado causa y también consecuencia de sus incongruencias. Realmente el JNC8 parece más un ejercicio inacabado de metodología de la investigación, que una guía de utilidad para la práctica clínica.

En suma, es una debilidad en el JNC8 analizar solo las evidencias procedentes de los ensayos clínicos (EC), pues no existen EC para responder a las principales preguntas que pueden presentarse en la práctica clínica. El aumento del objetivo terapéutico a ≤ 150/90 mmHg en pacientes mayores de 60 años de edad propuesto por el JNC8, debería aceptarse solo en los pacientes mayores de 80 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Salinas A. Comentarios a la nueva guía de hipertensión arterial de la Sociedad Española de Hipertensión. Hipertensión. 2005;22(9):366-7

2. Morales Salinas A. El uso de los beta-bloqueadores y el Eighth Joint National Committee. Finlay [revista en Internet]. 2014;4(1):[aprox. 4p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/articl

e/view/250/1214

3. 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. 2013; . doi:10.1001/jama.2013.284427

4. Wright JT, Fine LJ, Lackland DT, Ogedegbe G, Cheryl R, Himmelfarb D, et al. Evidence Supporting a Systolic Blood Pressure Goal of Less Than 150 mm Hg in Patients Aged 60 Years or Older: The Minority View. Ann Intern Med. 2014;160(7):499-503

5. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community a Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. Hypertension. 2013; . doi:10.1111/jch.12237

6. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 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 of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2013;34(28):2159-219