Puntos de vista

El registro Practice Innovation and Clinical Excellence y el Eighth Joint National Committee

The Practice Innovation and Clinical Excellence Registry and the Eighth Joint National Committee

Ernesto Ledesma Sánchez[1] Carlos Alberto Hernández Rodríguez[2] Alexander Miguel Martínez Pérez[3] Alberto Morales Salinas[1]

[1] Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, CP: 50200
[2] Hospital Universitario Docente Celestino Hernández Robau, Santa Clara, Villa Clara, Cuba
[3] Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial Mariana Grajales, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
Ledesma-Sánchez E, Hernández-Rodríguez C, Martínez-Pérez A, Morales-Salinas A. El registro Practice Innovation and Clinical Excellence y el Eighth Joint National Committee. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 9]; 5(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/361

Resumen

El Eighth Joint National Committee tiene varios aspectos polémicos, y uno de estos aspectos lo constituye, la recomendación de aumentar la meta terapéutica en los hipertensos de más de 60 años de edad (sin antecedentes de diabetes, ni enfermedad renal crónica) hasta <150/90 mmHg. En este trabajo se analizan los resultados de un estudio del registro Practice Innovation and Clinical Excellence en el que se incluyeron a 1.185.253 hipertensos atendidos en servicios médicos ambulatorios de los Estados Unidos. Este registro mostró, que aproximadamente el 15 % de los hipertensos cumplen la meta terapéutica menos estricta del Eighth Joint National Committee, pero no la del Seven Joint National Committee (<140/90 mmHg) y que este subgrupo de hipertensos divergentes, es frecuentemente de alto riesgo cardiovascular. Se señalan también sus sesgos.

Palabras clave: antagonistas adrenérgicos beta, hipertensión, anciano, registros de enfermedades, servicios ambulatorios de salud, estados unidos

Abstract

The Eighth Joint National Committee has several controversial aspects. One of them is the recommendation to raise the treatment goal in hypertensive patients over 60 years of age (with no history of diabetes or chronic kidney disease) to <150/90 mmHg. This paper discusses the results of a study from the Practice Innovation and Clinical Excellence Registry comprising 1,185,253 hypertensive individuals treated at US medical ambulatory services. It showed that approximately 15 % of the hypertensive meet the less stringent treatment goal of the Eighth Joint National Committee, but not the one recommended by the Seven Joint National Committee (<140/90 mmHg) and that this subgroup of hypertensive patients frequently face a high cardiovascular risk. The biases are also commented.

Key words: adrenergic beta-antagonists, hypertension, aged, diseases registres, ambulatory health services, united state

Recibido: 2015-05-04 21:40:27
Aprobado: 2015-07-10 11:38:35

Correspondencia: Ernesto Ledesma Sánchez. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Villa Clara. cardioams@yahoo.es

En el año 2003 el *Seven Joint National Committee* (JNC7) (por sus siglas en inglés) estableció que la meta terapéutica de presión arterial debía ser <140/90 mmHg en todos los hipertensos, con excepción de los pacientes con diabetes y/o enfermedad renal crónica, en los que el objetivo debía ser de <130/80 mmHg.[1] Sin embargo en el 2014 el *Eighth Joint National Committee* (JNC8) (por sus siglas en inglés) recomienda metas menos estrictas en varios subgrupos, por ejemplo <150/90 mmHg en los sujetos mayores de 60 años de edad y <140/90 mmHg en las personas con diabetes y/o enfermedad renal crónica.[2]

El *Eighth Joint National Committee* tiene varios aspectos polémicos,[3] pero esta recomendación ha sido sin dudas la que más controversia ha generado, incluso entre los propios autores del JNC8.[4] En trabajos anteriores hemos abordado este interesante tema,[5-7] pero tras la publicación del mediático registro *Practice Innovation and Clinical Excellence* (PINNACLE) (por sus siglas en inglés)[8] consideramos oportuno retomar el debate.

Resumen del registro PINNACLE:[8]

- Objetivo: examinar el efecto de las nuevas recomendaciones del JNC8.
- Métodos: se analizaron los sujetos hipertensos del Registro Nacional Cardiovascular PINNACLE. Este registro incluye a pacientes atendidos en servicios médicos ambulatorios de los Estados Unidos.
- Resultados: la muestra estuvo formada por 1.185.253 hipertensos, de ellos 706,859 (59,6 %) alcanzaron las metas del JNC7, mientras el 74,3 % (880,378) cumplieron con las recomendaciones más relajadas del JNC8. Entre los 173,519 sujetos (representa el 14,6 % de la muestra inicial) que estaban controlados según el JNC8 pero no de acuerdo al JNC7, el 23,2 % (40,323), el 53,8 % (93,296) y el 64,6 % (112,174) tenían antecedente de enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica, respectivamente. En este subgrupo (173,519) las puntuaciones medias de riesgo de acuerdo a las puntuaciones predictivas de Framingham-Wilson y ASCVD fueron de 8,5 ± 3,2 % y 28,0 ± 19,5 % en cada caso.
- Conclusiones: casi 1 de cada 7 hipertensos que no cumple las recomendaciones del JNC-7, sí alcanzan las metas más relajadas del JNC8. Si se implementan en la práctica clínica las nuevas recomendaciones del JNC8, se necesitará una vigilancia cuidadosa de los eventos cardiovasculares.

Comentarios:

El registro PINNACLE alerta que aproximadamente el 15 % de los hipertensos cumplen la meta del JNC8, pero no la del JNC7, por lo que implementar las recomendaciones del JNC8 en la práctica clínica puede relajar el control de la hipertensión en un subgrupo de hipertensos con un perfil de alto riesgo cardiovascular y en consecuencia, aumentar en ellos la incidencia de eventos cardiovasculares adversos.

De acuerdo a estos resultados y a la prevalencia de hipertensión (30,9 %) detectada en la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Cuba, en nuestro país existen alrededor de 300 000 hipertensos divergentes, mientras que se estima que en Estados Unidos esta cifra asciende hasta 13,5 millones.

Extrapolando datos de ensayos clínicos como los del *Systolic Hypertension in the Elderly Program* (SHEP) (por sus siglas en inglés) y el *Hypertension in the Very Elderly Trial* (HYVET), (por sus siglas en inglés) se puede afirmar que por cada 10-11 hipertensos en los que se disminuya la presión arterial sistólica de 150 mmHg a 140 mmHg, se prevendría un evento cardiovascular.[8] Estos mensajes preventivos deberían ser suficientes para que todos rechacemos la recomendación del JNC8.

Entre los sesgos del registro PINNACLE están, la no evaluación de la enfermedad renal crónica, por no ser representativa de la población general de la Estados Unidos (sino de la población que es atendida ambulatoriamente), la exclusión del 11,8 % del universo original de hipertensos (1.344.526) por tener datos insuficientes, y el empleo de modelos predictivos de riesgo cardiovascular Framingham-Wilson y el *Atherosclerotic Cardiovascular Disease* (ASCVD) (por sus siglas en inglés) no aplicables en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular.[8-12]

Conclusión:

El registro PINNACLE aporta nuevas evidencias acerca del peligro de aplicar las metas más relajadas del JNC8.

Recomendación:

Aplicar la meta sugerida por las Sociedades Europeas,[13] Americana,[14] Internacional[14] y Centroamericana[7] de hipertensión arterial: <140/90 mmHg en los hipertensos menores de 80 años y < 150/90 mmHg en los mayores de esa edad. Mientras que en los sujetos con diabetes y/o enfermedad renal crónica el objetivo de presión arterial sistólica debe ser < 140 mmHg.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289(19):2560-72

2. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison CH, 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. 2014;311(5):507-20

3. Morales A, Coca A, Wyss F. Guidelines for Managing High Blood Pressure. JAMA. 2014;312(3):293-4

4. Wright JT, Fine LJ, Lackland DT, Ogedegbe G, Dennison CR. 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. Morales A, Rodríguez A. Joint National Committee, nuevamente la guía de hipertensión arterial más polémica. 16 de Abril [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Mar 2015];53(255):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/39

6. Morales A, González M, Hernández B, Rivera K. Eighth Joint National Committee: otros aspectos polémicos. Finlay [revista en Internet]. 2014 [citado 25 Ene 2015];4(2):[aprox. 7p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/270

7. Morales A, Wyss F, Coca A, Ramírez AJ, Valdéz O, Valerio LF. Divergencias entre guías de 2013 y 2014 de la hipertensión arterial. Posición de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión y Prevención Cardiovascular. Rev Panam Salud Pública. 2015;37(3):172-8

8. Borden WB, Maddox TM, Tang F, Rumsfeld JF, Oetgen WJ, Mullen JB, et al. Impact of the 2014 Expert Panel Recommendations for Management of High Blood Pressure on Contemporary Cardiovascular Practice. Insights From the NCDR PINNACLE. J Am Coll Cardiol. 2014;64(21):2196-203

9. Rosendorff C. Blood Pressure Targets: Still Struggling for the Right Answer. J Am Coll Cardiol. 2014;64(21):2204-6

10. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation . 1998;97(18):1837-47

11. Goff DC, Lloyd DM, Bennett G, Coady S, D´Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2014;63(25 Pt B):2935-59

12. Elosua R, Morales A. Determinación del riesgo cardiovascular global. Caracterización, modelización y objetivos de la prevención según el contexto socio-geográfico. Rev Esp Cardiol Supl. 2011;11(E):2-12

13. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon 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

14. 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. J Clin Hypertens (Greenwich). 2014;16(1):14-26