

De la controversia siempre se puede aprender algo

NefroPlus 2017;9(2):114-115

Sr. Director:

En respuesta a los comentarios de Otero et al¹ motivados por la publicación de nuestros artículos sobre control convencional² o estricto³ de la presión arterial en pacientes de alto riesgo cardiovascular, querríamos hacer 2 breves puntualizaciones.

En primer lugar, nos gustaría resaltar el uso frecuente en las reuniones científicas de la controversia, como un formato que puede captar mayor interés en la audiencia. En este sentido, es habitual que los ponentes presenten los argumentos más favorables a la posición que tienen que defender y minimicen aquellos que no les favorecen en el desarrollo de la controversia. Esta dinámica permite revisar en profundidad las evidencias publicadas sobre el motivo de la controversia, y destacar aquellas áreas en las que todavía no existe un consenso claro. No es infrecuente que, al final de la sesión, cuando los ponentes presentan sus conclusiones, se encuentre una posición intermedia que genera un mayor acuerdo sobre el tema que motivó el debate. Así, se concluye con un mensaje final que pueda ser de utilidad práctica para la audiencia. En nuestro caso concreto, la controversia versaba sobre 2 objetivos de control de la presión arterial clínica, uno más estricto y otro más conservador. Al final de la sesión, la conclusión fue que, a pesar de los beneficios asociados a un control más estricto de la presión arterial en algunos pacientes con enfermedad renal crónica o con alto riesgo cardiovascular, o en aquellos con mayor grado de proteinuria, esta decisión deberá ser individualizada, atendiendo a las características del paciente (fragilidad, nivel de riesgo cardiovascular, comorbilidades, presencia de diabetes)⁴. No se trataba, por tanto, de establecer comparaciones entre diferentes métodos de medida de presión arterial ni de evaluar la capacidad diagnóstica o pronóstica de dichos métodos. Eso sería otra posible controversia, por supuesto interesante, pero distinta de la que se planteó.

En segundo lugar, somos plenamente conscientes de las limitaciones de la medida de la presión arterial clínica y la superioridad de aquellas técnicas de medida que nos informan de la presión arterial de los pacientes fuera de la consulta, tanto la medida domiciliaria de la presión arterial^{5,6} como la monitorización ambulatoria de 24 horas⁷. Dicha superioridad se concreta tanto en el diagnóstico de la hipertensión arterial como en el seguimiento y pronóstico, y tanto en el paciente hipertenso en general como en el paciente con enfermedad renal crónica⁸. Las principales guías para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial recogen las evidencias publicadas al respecto⁹⁻¹¹.

En conclusión, pensamos que de toda controversia, entendida como una discusión constructiva entre posiciones aparentemente antagónicas, siempre es posible extraer alguna conclusión práctica que nos ayude en la toma de decisiones, tanto en la práctica de la medicina como en la vida en general.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses potencial relacionado con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otero A, Hermida RC. Control estricto o convencional de la hipertensión arterial en pacientes de alto riesgo cardiovascular, especialmente en la enfermedad renal crónica. NefroPlus. 2017;9(1):112-3.
2. Gómez P. Objetivos de presión arterial en pacientes de alto riesgo cardiovascular. Control convencional. NefroPlus. 2016;8:108-12.
3. Segura J. Objetivos de presión arterial en pacientes de alto riesgo cardiovascular: beneficios del control estricto. NefroPlus. 2016;8:113-7.
4. Nefronews [boletín digital]. Octubre 2016; N.º 4. Disponible en: www.senefro.org
5. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Biló G, de Leeuw P, Imai Y, et al; ESH Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. J Hypertens. 2008;26:1505-26.
6. Parati G, Pickering TG. Home blood-pressure monitoring: US and European consensus. Lancet. 2009;373:876-8.
7. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Biló G, et al; European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. J Hypertens. 2013;31:1731-68.
8. Parati G, Ochoa JE, Biló G, Agarwal R, Covic A, Dekker FW, et al; European Renal and Cardiovascular Medicine (EURECA-m) working group of the European Renal Association-European Dialysis Transplantation Association (ERA-EDTA). Hypertension in Chronic Kidney Disease Part 1: Out-of-Office Blood Pressure Monitoring: Methods, Thresholds, and Patterns. Hypertension. 2016;67:1093-101.
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in adults: diagnosis and management. 2011. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109454941637

10. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al; Task Force Members. 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). *J Hypertens*. 2013;31:1281–357.
11. Leung AA, Nerenberg K, Daskalopoulou SS, McBrien K, Zarnke KB, Dasgupta K, et al. Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Can J Cardiol*. 2016;32:569–88.

Julián Segura¹, Pablo Gómez²

¹*Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación Biomédica i+12. Madrid.*

²*Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Nefrología. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.*

Correspondencia: Julián Segura

hta@juliansegura.com