Artículo de revisión
Med Int Méx. 2018 marzo;34(2):299-303.

Nuevas guías del *American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension* para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta?

Alberto Francisco Rubio-Guerra

Resumen

En noviembre de 2017, la *American Heart Association* y el *American College of Cardiology* emitieron nuevas guías de práctica clínica para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión en adultos, con cambios relevantes en la clasificación y el abordaje terapéutico. Este documento analiza las aportaciones de la guía y da los puntos de vista del autor respecto a ellas.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión arterial; prevención.

Med Int Méx. 2018 March;34(2):299-303.

New guides of American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension for the treatment of high blood pressure. A jump in the right direction?

Alberto Francisco Rubio-Guerra

Abstract

In November 2017, the American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension published new guidelines for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults, with changes in the recommendations of the classification and therapeutic approach. This manuscript analyzes their key recommendations and some author's comments about the new guidelines.

KEYWORDS: High blood pressure; Prevention.

Investigador Nacional Nivel II. Unidad de Investigación Clínico-Metabólica. Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General Ticomán, Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Mexican Group for Basic and Clinical Research in Internal Medicine, A.C.

Recibido: 15 de febrero 2018

Aceptado: marzo 2018

Correspondencia
Dr. Alberto Francisco Rubio Guerra
clinhta@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Rubio-Guerra AF. Nuevas guías del *American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension* para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? Med Int Méx. 2018 mar;34(2):299-303.
DOI: https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.2015

ANTECEDENTES

El séptimo reporte del *Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7) define la prehipertensión como cifras de presión sistólica entre 120 y 139 mmHg o cifras de presión diastólica entre 80 y 89 mmHg en dos o más registros de la presión arterial. Con esta definición, la prevalencia de prehipertensión en México es de 26.5%. El octavo reporte del *Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 8) ya no incluyó a la prehipertensión en su clasificación.[1]

Asimismo, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica llama hipertensión limítrofe a cifras tensionales sistólicas entre 130 y 139 mmHg, cifras diastólicas entre 85 y 89 mmHg, o ambas situaciones.[2]

Esos valores de presión arterial se consideran presión normal alta por las guías 2013 para el manejo de la hipertensión de la Sociedad Europea de Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología.[3]

Independientemente de la nomenclatura, los sujetos que cursan con estas cifras de presión arterial tienen mayor riesgo de progresar a hipertensión, así como de padecer daño a órgano blanco (hipertrofia ventricular izquierda, albuminuria, aumento del grosor íntima-media, disfunción diastólica), de hecho, 19% de las muertes por eventos coronarios y 16% de los casos de evento vascular cerebral ocurren en quienes cursan con cifras de presión arterial en estos valores y 19% de las muertes por eventos coronarios y 16% de los casos de evento vascular cerebral sobrevienen en este rango de cifras de presión arterial.[4] En nuestro medio, 42% de los pacientes prehipertensos cursan con enfermedad arterial periférica evaluada por índice brazo-tobillo.[1]

A partir de las cifras de presión arterial 115/75 mmHg, por cada 20 mmHg de aumento en la presión sistólica, o 10 mmHg de aumento en la diastólica, el riesgo de mortalidad cardiovascular se duplica.[5]

En noviembre de 2017, la *American Heart Association* y el *American College of Cardiology* emitieron nuevas guías de práctica clínica para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión en adultos, con una nueva clasificación (**Cuadro 1**), que ha despertado gran controversia e intensa discusión.[6]

Esta clasificación insiste en la evaluación del riesgo cardiovascular individualizado y en un manejo intensivo de las cifras de presión arterial en quienes cursan con riesgo elevado de enfermedad cardiovascular de origen ateromatoso.[7]

Así, en pacientes con cifras tensionales de 130-139/80-89 mmHg (anteriormente considerada prehipertensión y actualmente hipertensión estadio 1) se recomienda tratamiento no farmacológico, salvo que tengan riesgo de padecer un evento cardiovascular a 10 años mayor de 10%, en cuyo caso se deberá dar monoterapia aunada a las modificaciones al estilo de vida.[8]

En sujetos con hipertensión estadio 2 y riesgo de padecer un evento cardiovascular a 10

Cuadro 1. Clasificación de la presión arterial 2017

Categoría	Cifras de presión arterial (mmHg)
Normal	< 120/80
Elevada	120-129/< 80
Hipertensión estadio 1	130-139/80-89
Hipertensión estadio 2	≥ 140/90

años mayor de 10%, se recomienda el inicio de tratamiento intensivo (habitualmente con combinación de fármacos antihipertensivos) de la presión arterial.[8]

De manera interesante, esta nueva clasificación incrementa en 14% la prevalencia de hipertensión en Estados Unidos (alrededor de 46% de la población mayor de 18 años), pero el aumento de sujetos adultos que requieren tratamiento antihipertensivo no llega a 2%.[9] En nuestro país, al extrapolar datos de ENSANUT 2006, es probable que la prevalencia de hipertensión arterial con esta nueva clasificación también se establezca alrededor de 46%.[10]

Estas guías 2017 también modifican las metas de tratamiento, recomendando cifras < 130/80 mmHg (incluso en mayores de 65 años y en los diabéticos), lo que tiene más fundamento científico en pacientes en riesgo cardiovascular alto que en sujetos sin riesgo elevado.[7]

Las guías recomiendan hacer registros de la presión arterial fuera del consultorio, ya sea por monitoreo ambulatorio o por automedición de la presión arterial, para establecer el diagnóstico adecuado de hipertensión arterial y para evaluar la respuesta al tratamiento.[7]

También mantienen la recomendación de prescribir combinación de fármacos antihipertensivos en pacientes con presión sistólica 20 mmHg por arriba de la meta, o presión diastólica 10 mmHg por arriba de la meta.

Consideraciones del autor

Varios metanálisis han mostrado que el manejo intensivo de la presión arterial en pacientes con riesgo cardiovascular alto resulta en disminución de las complicaciones cardiovasculares, sus resultados dejan claro que, a mayores reducciones de las cifras de presión arterial, hay una reducción significativa de la aparición de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y de insuficiencia cardiaca. Ello y los resultados del estudio Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) respaldan las nuevas recomendaciones basadas en el cálculo individualizado del riesgo cardiovascular del paciente para fundamentar las decisiones terapéuticas y el establecimiento de cifras de presión arterial más bajas como meta del tratamiento.[11,12]

Decidir cuál debe ser la meta terapéutica ha sido más complicado, estudios clínicos controlados recientemente publicados evaluaron los desenlaces cardiovasculares con metas de presión sistólica < 120 mmHg o < 130 mmHg, sus resultados y los de los diferentes metanálisis señalan que la meta terapéutica de cifras sistólicas < 130 mmHg reduce significativamente las complicaciones cardiovasculares sin importar la edad o las comorbilidades, aunque ningún estudio o metanálisis ha encontrado reducción de desenlaces renales con estas cifras de presión mas bajas que las metas anteriores.[12] De manera interesante, un estudio publicado hace algunos años tampoco encontró disminución de las complicaciones renales con tratamiento intensivo de la presión arterial, a menos que el paciente tuviera proteinuria.[13]

La decisión terapéutica basada en el nivel de riesgo cardiovascular y no en los valores del factor de riesgo no es un evento nuevo en la terapéutica cardiovascular, la indicación de la administración de estatinas se basa en el riesgo cardiovascular del sujeto a 10 años, de manera independiente a las concentraciones séricas de lipoproteínas de baja densidad.[14]

Hace más de una década se redujo el criterio diagnóstico para diabetes mellitus de glucemia de 140 mg/dL a 126 mg/dL, recientemente los criterios diagnósticos y las metas terapéuticas en dislipidemias también se vieron reducidos,[14]

ahora acontece lo mismo con la hipertensión arterial.

En opinión de quien esto escribe, las guías 2017 del *American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension* para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión en adultos son un paso adelante hacia la prevención de la enfermedad cardiovascular y la reducción en la mortalidad secundaria a aterosclerosis y representan una oportunidad para el manejo personalizado no sólo de la hipertensión arterial, sino del paciente y su riesgo cardiovascular global.

Por último, se han utilizado algunas herramientas para determinar la existencia de riesgo cardiovascular alto en caso de duda o pacientes en el límite, tal es el caso del grosor íntima-media y la proteína C reactiva de alta sensibilidad en guías para el tratamiento de la dislipidemia,[14] faltaría establecer el papel de tales marcadores o de otros, como el índice brazo-tobillo, el grosor de la grasa epicárdica y la velocidad de la onda del pulso en la estratificación del riesgo cardiovascular del paciente hipertenso.

Debo agregar que las guías 2013 para el tratamiento de la hipertensión de la Sociedad Europea de Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología identifican como sujetos de alto riesgo a pacientes con cifras tensionales de 130-139/80-89 mmHg y daño a órgano blanco o equivalente de enfermedad cardiovascular, y señalan que un grosor íntima-media > 0.9 mm o un índice brazo tobillo < 0.9 deben considerarse evidencia de daño a órgano blanco.[3]

REFERENCIAS

1. Rubio-Guerra AF. Garro-Almendaro AK, Lozano-Nuevo JJ, Arana-Pazos KC, Duran-Salgado, Morales-López H. Prehypertension is associated with peripheral arterial disease and low ankle-brachial index. Indian Heart J 2017;doi.org/10.1016/j.ihj.2017.11.013
2. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de abril de 2017.
3. Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension; Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Blood Press 2013;22:193-278.
4. Rubio-Guerra AF, Arana-Pazos KC, Lozano-Nuevo JJ, Morales-López H, Guerrero-García C, Vargas-Ayala G. Riesgo aumentado de trastornos metabólicos en prehipertensos. Arch Med Fam 2017;19:57-61.
5. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002;360:1903-13.
6. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017 Nov 7. pii: S0735-1097(17)41519-1. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006. [Epub ahead of print]
7. Carey RM, Whelton PK; 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline Writing Committee. Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. Ann Intern Med 2018 Jan 23. doi: 10.7326/M17-3203. [Epub ahead of print]
8. Bakris G, Sorrentino M. Redefining hypertension Assessing the new blood-pressure guidelines. N Engl J Med 2018;378:497-499.
9. Muntner P, Carey RM, Gidding S, Jones DW, Taler SJ, Wright JT Jr, Whelton PK. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. Circulation 2018;137:109-118.
10. Barquera S, Campos-Nonato I, Carrión-Rábago C, Villalpando S, López-Ridaura R, Rojas R, Aguilar-Salinas CA. Methodology for the analysis of type 2 diabetes, metabolic syndrome and cardiovascular disease risk indicators in the ENSANUT 2006. Salud Pública Méx 2010;52 Suppl 1:S4-10.
11. Gudsoorkar PS, Tobe SW. Changing concepts in hypertension management. J Hum Hypertens 2017;31:763-767.
12. Reboussin DM, Allen NB, Griswold ME, Guallar E, Hong Y, et al. Systematic Review for the 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH / ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension

2017 Nov 13. pii: HYP.0000000000000067. doi: 10.1161/HYP.0000000000000067.

13. Appel LJ, Wright JT Jr, Greene T, Agodoa LY, Astor BC, Bakris GL, AASK Collaborative Research Group. Intensive blood-pressure control in hypertensive chronic kidney disease. N Engl J Med 2010;363:918-29.

14. Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, Bloomgarden ZT, Fonseca VA, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease. Endocr Pract 2017 Apr;23(Suppl 2):1-87.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.