

■ EDITORIAL

Nuevas guías de manejo de la hipertensión arterial 2017

New 2017 guidelines for the management of arterial hypertension

En setiembre 2017 fue lanzada la nueva guía de **Prevención, detección, evaluación y manejo de la hipertensión arterial en adultos**, por el ACC (American College of Cardiology), la AHA (American Heart Association) y otras asociaciones involucradas en el manejo de la hipertensión arterial en los Estados Unidos de América⁽¹⁾.

Los puntos más resaltantes del extenso documento (más de 167 páginas) pueden resumirse en cuatro puntos.

Primero: la nueva clasificación de la hipertensión arterial (HTA) en cuatro estadios basados en la presión arterial (PA):

PA normal	PA sistólica <120 mmHg	PA diastólica <80 mmHg
PA elevada	PA sistólica 120-129 mmHg	PA diastólica <80 mmHg
HTA estadio 1	PA sistólica 130-139 mmHg	PA diastólica 80-89 mmHg
HTA estadio 2	PA sistólica =140 mmHg	PA diastólica =90 mmHg

El punto de corte se ha modificado, ya no debería considerarse 140-90 como la PA límite como lo sugería el 7° JNC para separar al hipertenso del no hipertenso⁽²⁾. En esta Guía del 2003, sin embargo, ya se catalogaba como HTA con PA 130-80 mm Hg si el paciente era portador de diabetes mellitus o de insuficiencia renal crónica.

En los años 2011-2014 el NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) de Estados Unidos de América destacaba que solo existiría un pequeño incremento del porcentaje de pacientes a ser tratados farmacológicamente si se adquiría este nuevo punto de corte ya que solo se recomendaba cambios en el estilo de vida a la mayor parte de los pacientes.

Segundo: las nuevas guías 2017 vuelven a destacar que solo 4 de los múltiples fármacos antihipertensivos deben considerarse como drogas primarias, o sea aquellas con las que hay que iniciar el tratamiento de la HTA: diuréticos tiazídicos (enfatisa que la clortalidona es una de las mejores opciones), IECAS, ARB (sartanes) y bloqueantes cálcicos dihidropiridínicos (amlodipina, nifedipina).

Tercero: los betabloqueantes (atenolol, metoprolol, carvedilol, bisoprolol), por sus efectos adversos, pasan a ser drogas de segunda línea, indicados en situaciones especiales como en el postinfarto de miocardio, en el simpaticotónico o en pacientes con daño cerebral secuelar luego de un ictus cerebral.

Cuarto: recomienda que en el estadio 2 de HTA se debería iniciar el tratamiento con 2 drogas siendo una de ellas un diurético preferentemente. Las combinaciones fijas son buenas pues ayudan a mantener la adherencia y el control de la PA.

Pero lo más importante que recomienda esta Guía 2017 es que con las medidas de cambio de estilo de vida es posible controlar la PA en un alto porcentaje de los pacientes, ya que las mismas pueden llegar a disminuir la PA sistólica en alrededor de 8 a 9 mmHg y la PA diastólica en forma casi similar. De nada serviría ser estricto en el tratamiento farmacológico si el paciente mantiene un

sobrepeso u obesidad sin ningún cambio, por ejemplo.

La Guía 2017 ha sido criticada por su extensión, por lo que se espera en el futuro que la misma sea resumida para su fácil acceso al médico. No obstante, constituye un resumen de los hallazgos más importantes de la literatura médica más reciente, pero finalmente es el buen juicio clínico el que debe primar al adoptar una medida terapéutica. Además, deja en claro que la HTA es todavía un problema de gran envergadura en Salud Pública no solo en los Estados Unidos de América sino especialmente en los países en vías de desarrollo donde el número de hipertensos detectados es bajo, insuficientemente tratados y mal controlados.

Estas guías de manejo de la HTA tienden a ayudar al médico generalista, internista, cardiólogo, especialista en Medicina Familiar, gerontólogo y a cualquier médico involucrado en el manejo de la HTA, ayudándolo a reconocer la evolución de la misma y sus complicaciones. Recomiendan que el médico debiera contar en su consultorio, sanatorio u hospital con el calculador de riesgo de complicaciones cardiometabólicas que el paciente presenta para los diez próximos años. Un artículo publicado en este número de la Revista hace referencia a esta aplicación⁽³⁾. Si el paciente está con un riesgo igual o mayor al 7,5% de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años es necesario implementar los cambios de estilo de vida. Estos cambios no se restringen en decir al paciente coma menos sal (menos de 4 g de Na) al día y que aumente el ingreso de Potasio en su dieta. Sino que deben contemplar indicaciones concretas sobre los ejercicios aeróbicos a ser implementados durante por lo menos 5 días a la semana por más de 30 a 40 minutos diariamente.

Recomienda además la abstención del alcohol a solo una medida de whisky por día, un vaso de vino o un vaso de cerveza por día, y suspensión completa del tabaco. Referente a la dieta recomienda la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension): dieta básica muy útil a ser implementada en el hipertenso. Es rica en legumbres, fibras, frutas y vegetales, y pobre en cárnicos rojos y en grasas. La dieta Mediterránea es también recomendada pues la misma restringe las grasas saturadas y grasas trans y favorece el consumo de fibras y grasas insaturadas.

Recomienda, por último, combatir el estrés laboral y domiciliario. Solo de esta forma estaremos enfocando el tratamiento de la HTA en toda su dimensión reduciendo el riesgo de las complicaciones cardiovasculares.

La Sociedad Paraguaya de Cardiología y la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, preocupadas por el hecho de que la HTA tiene una gran prevalencia en nuestro medio, ha lanzado también sus guías de manejo de la HTA muy recientemente en base a las guías de países vecinos y fundamentalmente las guías europeas de manejo de la HTA con el objeto de contribuir al control de este temible flagelo que azota nuestra población y que se la reconoce ahora como la enfermedad no transmisible mas importante⁽⁴⁾. En ella se nota un punto de corte distinto para definir a la HTA. Divide a la HTA en normal, prehipertensión, hipertensión de estadio o grado 1, 2 y 3 como lo hace la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial.

Si bien establece como punto de corte 140/90 mmHg como también lo indica el 7° JNC, indica que cuando el paciente es portador de diabetes mellitus o enfermedad renal crónica las metas deben ser menores (130/80 mm Hg). La prevención, diagnóstico, evaluación y manejo de la HTA recomendadas en las guías nacionales en nada difieren de las guías norteamericanas salvo lo señalado más arriba. Clasificar en 3 estadios en vez de 2 a la HTA no parece estar muy justificado pues el pronóstico del estadio 2 y 3 es exactamente igual según estudios norteamericanos.

La guía nacional enfatiza el manejo de la HTA durante el embarazo ya que el tema reviste especial interés en nuestra población por la enorme cantidad de pacientes con complicaciones de la HTA durante la gestación. Si nuestra guía se implementara correctamente, en el futuro podríamos

estar hablando de que la HTA esta siendo mejor controlada en nuestro medio, hecho que hasta la fecha dista mucho de ser realidad.

Prof. Dr. Néstor Arrúa Torreani
Especialista en Medicina Interna
Editorialista invitado
correo electrónico: nesarrua@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension.* 2003 Dec; 42(6):1206-52.
3. Cudas M, Chamorro Vera LI, Figueredo Villalba MA, Achucarro Valdez DD, Martínez Agüero VG. Estilos de vida y riesgo cardiovascular y cardiometabólico en profesionales de salud del Hospital Regional de Encarnación. *Rev virtual Soc Parag Med Int.* 2018; 5(1):12-24.
4. Ortellado Maidana J, Ramírez A, González G, Olmedo Filizzola G, Ayala de Doll M, Sano M, et al. Consenso paraguayo de hipertensión arterial 2015. *Rev Virtual Soc Parag Med Int.* 2016 Sep; 3(2): 11-57.