

Las directrices revisadas de ACC/AHA categorizan a muchas más mujeres de mediana edad con presión arterial alta

Establecen umbrales más bajos incluso para las personas mayores para las que anteriormente se había pensado que el tratamiento intensivo era demasiado arriesgado

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, 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 [published online ahead of print November 13, 2017]. Hypertension.

Resumen. El Colegio Americano de Cardiología (ACC)/Asociación Americana del Corazón (AHA) ha actualizado el «Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta» (JNC7). Los nuevos criterios son la primera revisión de diagnóstico oficial desde entonces. Las nuevas pautas se desarrollaron con otras nueve organizaciones profesionales de la salud y fueron escritas por un panel de 21 científicos y expertos en salud que revisaron más de 900 estudios publicados. Según las nuevas directrices, la presión arterial (PA) se clasifica como normal (<120/<80 mm Hg), elevada (120-129/<80 mm Hg), etapa 1 (130-139 u 80-89 mm Hg) y la etapa 2 (≥140 o ≥90 mm Hg) de hipertensión (Tabla). Una crisis hipertensiva existe cuando la presión sistólica es de más de 180 mm Hg y/o la diastólica es de más de 120 mm Hg. Estos pacientes necesitan cambios rápidos en la medicación si no hay otras indicaciones de problemas o de hospitalización inmediata si hay signos de daño orgánico.

Hay un fuerte énfasis en la medición de la PA, tanto en la precisión de las mediciones de la PA como en el promedio de las medidas tomadas en varias visitas. También se hace énfasis en las mediciones de PA fuera de la oficina. Las pautas eliminan la categoría de prehipertensión, clasificando a los pacientes como hipertensos elevados o en estadio 1. Aunque las pautas anteriores clasificaron 140/90 mm Hg como la etapa 1 de hipertensión, este nivel ahora se clasifica como la etapa 2 de hipertensión. Las nuevas definiciones darán como resultado que casi la mitad de la población adulta de los EE.

UU. (46%) tenga una PA alta y del mismo modo casi el 80% de los mayores de 65 años, según los autores de la guía. El mayor cambio se espera en las personas más jóvenes. Se espera que la prevalencia de presión arterial alta se triplique en los hombres y se doble en las mujeres menores de 45 años. Sin embargo, solo se espera un pequeño aumento en el número de adultos que requieren medicación antihipertensiva.

Las recomendaciones de la guía para el tratamiento de la hipertensión en etapa 1 están guiadas por el riesgo cardiovascular subyacente del paciente. Solo a los pacientes con enfermedad cardiovascular clínica (ECV) o un riesgo estimado de 10% o más de ECV ateroesclerótica se les ofrecería tratamiento. Las personas de 65 años o más tienen un 10% más de riesgo de ECV, por lo que todas las personas mayores de esa edad tendrán que recibir el tratamiento si no están allí.

El resto debe recibir asesoramiento sobre la modificación del estilo de vida, que los autores concluyen que es la piedra angular del tratamiento de la hipertensión. Las recomendaciones específicas incluyen consejos para perder peso, seguir la dieta DASH (Enfoques dietéticos para detener la hipertensión), reducir el sodio a menos de 1.500 mg por día y aumentar la ingesta de potasio a 3.500 mg por día a través de la ingesta dietética, aumentar la actividad física a un mínimo de 30 minutos de ejercicio tres veces por semana, y limitar el consumo de alcohol a dos bebidas o menos por día para los hombres y uno o menos por día para las mujeres.

Este objetivo de PA más intensivo de menos de 130/80 mm Hg es el mismo para los adultos mayores, a pesar de la sugerencia reciente de que esos objetivos podrían relajarse debido a los riesgos que podría acarrear el tratamiento de la hipertensión. Sin embargo, los adultos mayores se han inscrito en ensayos de tratamiento para bajar la presión arterial, especialmente en el SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) y el ensayo ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes). El tratamiento antihipertensivo en esos ensayos redujo la morbilidad y la mortalidad por ECV sin aumentar el riesgo de caídas o hipotensión ortostática.

Comentario. En el período de 14 años entre las guías ACC/AHA de 2003 y 2017 para la prevención, evaluación y manejo del aumento de la PA, datos adicionales e importantes ensayos clínicos han contribuido inmensamente a nuestro conocimiento de la salud pública y el efecto individual de alta PA sobre muerte y morbilidad, como cardiopatía isquémica, apoplejía e insuficiencia cardíaca, así como el conocimiento de una reducción adicional significativa tanto en la mortalidad como en la morbilidad con una disminución adicional de la PA elevada más allá de lo recomendado previamente por JNC7.¹

Existe un riesgo gradual y continuo de mayor presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD), con un aumento de la ECV alrededor de una PAS de 115 mm Hg y alrededor de una PAD de 75 mm Hg, sin umbral aparente en un amplio rango de edades de 30 años a más de 80 años tanto en mujeres como en hombres.^{2,3} El riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras enfermedades vasculares se duplica por cada incremento de 20 mm Hg en la PAS y 10 mm Hg en DBP.

La prevalencia de hipertensión es menor en las mujeres que en los hombres hasta alrededor de la edad de la menopausia (aproximadamente 50 años); sin embargo, la PA es mayor en las etapas posteriores de las mujeres que en los hombres.⁴ Aunque existen recomendaciones especiales para el manejo de la PA durante el embarazo en las nuevas guías, no hay evidencia

de que el umbral de PA para iniciar la medicación antihipertensiva, los objetivos del tratamiento para la reducción o la elección de la medicación antihipertensiva inicial o la combinación de medicamentos para reducir la PA difieran para las mujeres y los hombres.⁵

Los cambios más importantes introducidos por las nuevas directrices 2017 incluyen la categorización revisada de la PA para adultos y cuándo iniciar la medicación para PA, que ahora incorpora la estimación del riesgo de ECV para iniciar el tratamiento.

La nueva categorización de PA define hipertensión como BP > 130 / > 80 mm Hg (bajo JNC7, fue > 140 / > 90 mm Hg). Como tal, ahora se recomienda que la PA elevada se trate con anterioridad con la modificación del estilo de vida y en algunas personas con medicación antihipertensiva con una PA de > 130 / > 80 mm Hg en lugar de > 140 / > 90 mmHg.

El razonamiento detrás de la reducción de la definición de hipertensión (a partir de datos que muestran un riesgo graduado continuo de mayor PAS y PAD con aumento de ECV) es abordar las complicaciones CVD resultantes de una PA relativamente menor al permitir una intervención más temprana para la prevención de ECV.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2014 (NHANES), las nuevas directrices resultan en un gran aumento en la proporción de adultos estadounidenses clasificados como hipertensos. La prevalencia del 46% de hipertensión (PA > 130 / > 80 mm Hg) en adultos de EE. UU. (103 millones) proyectada por las nuevas guías es superior a la prevalencia del 32% (72 millones) definida en JNC7.⁶ Según los datos de NHANES, las nuevas pautas indican que al 36% de la población de EE. UU. (82 millones) debe recomendarse medicación antihipertensiva frente al 34% (78 millones) según las antiguas directrices JNC7.

El pequeño aumento en el porcentaje de adultos estadounidenses recomendados para la medicación antihipertensiva (un aumento del 2% de 4 millones de personas) según las nuevas directrices está limitado por la combinación del

nivel de PA y el riesgo de ECV para guiar el tratamiento con medicación antihipertensiva utilizando el riesgo anual de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) del 10% o más (la calculadora de riesgo de ASCVD se puede encontrar en <http://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator/>).

Las nuevas pautas 2017 AHA/ACC están diseñadas para ayudar a las personas a iniciar pasos para controlar su PA a un nivel más bajo a una edad temprana sin un aumento sustancial en el uso de medicamentos antihipertensivos.

Se recomienda la promoción de hábitos óptimos de estilo de vida para las personas con una PA <120/<80 mm Hg, que debe volver a evaluarse anualmente. Terapia no farmacológica, incluida la modificación del estilo de vida, la pérdida de peso con la obtención del peso corporal ideal, si es factible; modificación dietética; y se recomienda una mayor actividad física para personas con PA > 120/> 80 mm Hg, con el objetivo de evitar la necesidad de medicación antihipertensiva o, como mínimo, retrasar el uso de dicha medicación hasta más adelante en la vida.

Aunque a más adultos estadounidenses se les diagnosticará hipertensión y se les recomendará más medicación antihipertensiva según las nuevas directrices, estos pasos deberían salvar vidas y dinero al prevenir la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia renal. La reducción de la presión arterial acumula inequívocamente importantes beneficios para la salud tanto de las mujeres como de los hombres. En más de 40 ensayos aleatorizados y controlados, se ha demostrado que por cada reducción de 10 mmHg en la PAS se produce una reducción aproximada del 20% en los eventos cardiovasculares mayores, una reducción del 17% en la enfermedad coronaria, un 27% menos de ACV, un 28% en reducción de la insuficiencia cardíaca y reducción del 13% de la mortalidad por todas las causas⁷.

Las nuevas pautas deben aumentar la conciencia de PA (la necesidad de conocer su PA), promover una modificación saludable del estilo de vida antes de la necesidad de medicamentos

antihipertensivos y apoyar el inicio de la medicación antihipertensiva a un nivel de PA más adecuado para la prevención de ECV, así como aumentar la intensidad del tratamiento antihipertensivo para adultos con mayor riesgo de ECV.

Howard Hodis, MD

Miembro de la Junta de NAMS

Referencias

1. SPRINT Research Group, Wright JT Jr, Williamson JD, et al. A randomization trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015;373(22): 2103-2116.
2. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1 25 million people. *Lancet*. 2014; 383(9932): 1899-1911.
3. Lewington S, Clarke R, Qizibash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. *Lancet*. 2002; 360(9349):1903-1913.
4. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10): e146-e603.
5. Turnbull F, Woodward M, Neal B, et al; Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Do men and women respond differently to blood pressure-lowering treatment? Results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Eur Heart J*. 2008;29(21):2669-2680.
6. Muntner P, Carey RM, Gidding S, et al. Potential US population impact of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association high blood pressure guideline [published online ahead of print November 13, 2017]. *Circulation*.
7. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387 (10022):957-967.