

Cambios muy repentinos en la hipertensión arterial

Very sudden changes in hypertension

Alfredo Enrique Arredondo Bruce

Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni". Camagüey, Cuba.

Con la aparición de Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT),¹ los investigadores determinaron que la tensión arterial (TA) igual o menor de 120/80 mm Hg en la población de más de 50 años disminuía en mayor grado los ataques cardíacos y la enfermedad cerebrovascular, que al mantener la tensión arterial en 140/90 mm Hg como se hacía tradicionalmente. Muchos autores pensaron en aquel momento que esos eran cambios muy prematuros, posteriormente apareció el 8vo. reporte del Joint National Committee (JNC)² de los Estados Unidos, junto a las guías del Colegio Americano de Médicos de la Familia, que sugirieron que este objetivo no produciría beneficios adicionales a los obtenidos con una TA de 140/90 en menos de 60 años y 150/90 en mayores de 60 años.^{2,3}

A finales del año 2017 aparecen las modernas guías del Colegio Americano de Cardiología/Sociedad Americana del Corazón que redefinieron las cifras de hipertensión arterial (HTA) como una TA sostenida mayor de 130/80 mm Hg⁴ y sugirieron comenzar con terapia farmacológica para todos los adultos con enfermedad cardiovascular previa o con riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón, infarto del miocardio o enfermedad cerebrovascular, igual o mayor del 10 % en los 10 años subsiguientes. Un análisis hecho por Khera y otros⁵ sugiere que entonces el número de hipertensión se elevaría, según esta nueva clasificación, a 63 % de los adultos americanos entre las edades 45 a 75 años; con este mismo análisis en Cuba se alcanzaría más de dos millones de nuevos hipertensos mayores de 60 años de edad.

Recientemente, se publicó la Guía Cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial,⁶ donde se mantienen las cifras de presión arterial como igual o mayor de 140/90 mm Hg para el diagnóstico de HTA en el adulto y se recomiendan las intervenciones relativas a modificar los estilos de vida, como eje central de la prevención de la HTA y formando parte indisoluble del tratamiento integral del paciente hipertenso. Esta guía recomienda que los hipertensos deben realizar modificaciones en el estilo de vida, lo que tiene un impacto positivo tanto en el control de la TA como en el tratamiento con fármacos antihipertensivos. Estos se han de indicar de forma individualizada según las cifras de TA y los factores de riesgo acompañantes.

En las implicaciones de estos cambios en el enfrentamiento a la hipertensión el primero en tener que sopesar estas recomendaciones es el médico de la familia, junto al geriatra,⁷ por sus implicaciones clínicas y epidemiológicas.

Las principales revisiones sobre cambios de la definición de la HTA⁷ ocurrieron entre los años 2000 y 2013, en los cuales se creó el criterio de prehipertensión en los umbrales del diagnóstico y se propusieron nuevos métodos de diagnóstico. Las primeras guías crearon la categoría de "tensión arterial elevada" (tensión arterial sistólica de 120-129 y tensión arterial diastólica de 80 mm Hg); lo que elevó ambas cifras en 10 mm Hg hasta 139 y 89 mm Hg en la llamada prehipertensión como actualmente se acepta en la mayoría de las guías internacionales.

Se considera que al cambiar el umbral numérico a cifras más bajas para diagnóstico de hipertensión arterial, mayor número de personas se someterán a tratamiento farmacológico, los cuales, en muchos casos, resultarán innecesarios y dañinos. A partir de entonces, se prescribirán fármacos antihipertensivos a centenares de personas para tratar de prevenir ataques cardíacos o cerebrovasculares, aunque no se ha demostrado fehacientemente que presiones arteriales más bajas salvan más vidas.⁸

La aplicación de estas guías debe producir un alto impacto en la sociedad médica donde se espera se triplique el diagnóstico de HTA en todas las edades, pero más en los menores de 45 años.

Las personas con hipertensión de bata blanca no parecen tener igual índice de riesgo que aquellas con verdadera hipertensión sostenida; sin embargo, la "hipertensión enmascarada" es más siniestra y es muy importante que se le identifique porque quienes la padecen aparentan tener un riesgo similar a aquellas con hipertensión sostenida. Junto a esto se sugieren otros cambios que se entienden como favorables para el manejo de la HTA, entre los que se incluyen:

- Solo indicar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de etapa I, si ya han tenido un evento cardiovascular o tienen un alto riesgo de sufrir un ataque cardíaco o cerebrovascular en base a la edad, la presencia de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o el cálculo del riesgo aterosclerótico (con uso de la misma calculadora de riesgo utilizada para evaluar el colesterol alto).
- Reconocer que muchas personas necesitarán dos o más tipos de medicamentos antihipertensivos para controlar su TA y que pueden tomar sus medicamentos de forma más consistente si se combinan varios fármacos en una tableta única.
- Identificar el estado socioeconómico y el estrés psicosocial como factores de riesgo para la hipertensión arterial, los que deberían considerarse como prioridad en el plan de atención integral de estos pacientes.

Por lo tanto, resulta importante tener en cuenta los valores y creencias personales y culturales de cada paciente, así como su estado de salud, uso de medicamentos, estilo de vida y sus circunstancias sociales. De este modo, se podrá saber si adoptar una estrategia ya creada o crear una totalmente nueva que se aplique a una comunidad o circunstancias específicas.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015 [citado 26 ene 2018];373:2103-16. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1511939?query=featured_home&t=article
2. James PA, Oparil S, Carter BL. 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 [citado 25 ene 2018];311:507-20. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>
3. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forciea MA. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians and the Commission on Health of the Public and Science of the American Academy of Family Physicians. Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 [citado 25 ene 2018];166:430-7. Disponible en: <http://annals.org/aim/fullarticle/2598413/pharmacologic-treatment-hypertension-adults-aged-60-years-older-higher-versus>
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS. 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 [citado 26 ene 2018];S0735-1097(17)41519-1. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org/content/early/2017/11/10/HYP.0000000000000066>
5. Khera R, Lu Y, Saxena A, Nasir K, Krumholz HM. The impact of the 2017 ACC/AHA guidelines on the prevalence of hypertension and eligibility for anti-hypertensive therapy in the United States and China. *bioRxiv*. 2017 [citado 25 ene 2018]. Disponible en: <https://www.biorxiv.org/content/early/2017/11/13/218859.1>
6. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Rev Cubana Med*. 2017 [citado 26 ene 2018];56. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56_sup_17/sumario.htm

7. Crawford C. AAFP to review AHA/ACC redefinition of high blood pressure. AAFP News. 2017 [citado 26 ene 2018]. Disponible en:
<http://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20171115ahaacchbpguideline.html>

8. Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. PLoSMed. 2013 [citado 25 ene 2018];10:e1001500. Disponible en:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001500>

Recibido: 19 de enero de 2018.

Aprobado: 2 de febrero de 2018.

Alfredo Enrique Arredondo Bruce. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni". Camagüey, Cuba.
Correo electrónico: alfedoab@cmw.infomed.sld.cu