

¿Nuevas metas de tensión arterial?

New blood pressure's goals?

Jesús Miguel Rojas-Velázquez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5918-7939>

Milagro Machín-Legón¹ <https://orcid.org/0000-0002-3031-3804>

Alejandro Giralt-Herrera² <https://orcid.org/0000-0002-7683-4963>

¹Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: jesusmrojas96@gmail.com

Recibido: 07/07/2018

Aprobado: 14/10/2018

Estimado editor:

A finales del año 2017 fue publicada la nueva guía de práctica clínica sobre hipertensión arterial del Colegio Americano de Cardiología. Esta ha provocado gran polémica, pues redefinió la hipertensión arterial (HTA), llevando la cifra límite de presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg a 130 mmHg. Además, cambió las metas de la terapia farmacológica de esta afección a 130 mmHg en los pacientes con alto riesgo cardiovascular.⁽¹⁾

Estas recomendaciones son controversiales, porque es complicado “declarar como hipertensos” a millones de personas en el mundo de un día a otro tras la publicación de una nueva guía de práctica clínica.

Ya desde 2002, en un metaanálisis, *Lewington* y otros⁽²⁾ demostraron que el riesgo cardiovascular se duplica con cada incremento de 20 mmHg en la presión arterial sistólica o de 10 mmHg en la presión arterial diastólica (PAD), en el rango 115/75 – 185/115.

Sin embargo, en todas las demás guías de práctica clínica importantes vigentes en la actualidad, se define a la HTA a partir de una PAS de 140 mmHg, incluyendo la guía cubana, la cual solo fue publicada unos meses antes que esa.^(3,4,5)

Esta recomendación se basa, fundamentalmente, en los resultados del estudio SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial), el cual arrojó como resultado un menor número de eventos cardiovasculares en pacientes de alto riesgo cardiovascular sometidos a una meta más estricta de control de la tensión arterial. Sin embargo, estos pacientes mostraron una estadísticamente significativa más alta tasa de eventos secundarios graves.⁽⁶⁾

En contraste con esos resultados, el estudio ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) demostró una tasa de complicaciones cardiovasculares similar en pacientes diabéticos con metas de control estrictas (PAS<120mmHg) y metas de control estándar (PAS<140 mmHg).⁽⁷⁾

Un metaanálisis recientemente publicado en Lancet, que incluyó a más de 44 289 pacientes y evaluó un objetivo estricto de PAS (133 mmHg) y uno estándar (140 mmHg) demostró que, efectivamente, el control estricto de la PAS reduce el número de eventos cardiovasculares importantes, pero está asociado a más eventos secundarios al tratamiento, destacándose entre estos la hipotensión severa.⁽⁸⁾

En la medicina moderna, uno de los pilares es evaluar el riesgo - beneficio de cada terapia para cumplir con nuestro principal objetivo como médicos, el cual Hipócrates definió como: "Primum non nocere" traducido como "lo primero es no hacer daño".

No es la primera vez que una guía estadounidense de hipertensión resulta polémica. El Octavo Reporte de Hipertensión del Joint National Committee generó mucha controversia acorde a su meta de PAS<150 mmHg en pacientes mayores de 60 años.⁽⁴⁾

Nuestra recomendación es no acogerse a las recomendaciones de la Guía de Hipertensión del Colegio Americano de Cardiología de 2017. Debemos seguir nuestra propia guía cubana de hipertensión y esperar a que se aclare este debate.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey Jr DE, Collins KJ, DennisonHimmelfarb 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: Executive Summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines *J Am CollCardiol.* 2018;71(6):1269-324.
2. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. 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.
 3. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Rev EspCardiol.* 2013;66(10):880.e1-880.e64.
 4. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 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;311(5):507-20.
 5. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Cuba: MINSAP; 2017.
 6. The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med.* 2015;373:2103-16.
 7. Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, Cutler JA, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2010;362:1575-85.
 8. Xie X, Atkins E, Lu J, Bennett A, Neal B, Ninomiya T, et al. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;387:435-43.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.