



## ACTUALIZACIÓN: NUEVAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

*Dras. Pía Artagaveytia, Noelia Speranza, Dr. Gustavo Tamosiunas.*

En Uruguay las recomendaciones de tratamiento antihipertensivo se basan en el consenso de la Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial (SUHA) de 2005 <sup>1</sup> y en recomendaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) de 2017 <sup>2</sup>. Además frecuentemente se recurre a pautas internacionales para un manejo actualizado de la enfermedad. Hasta el 2017, tanto en guías americanas como europeas se utilizaban criterios similares<sup>3</sup>; sin embargo, una nueva guía publicada en diciembre del pasado año por el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón (ACC y AHA por sus siglas en inglés), entre otras entidades, mostró diferencias sustanciales en cuanto al diagnóstico, objetivos y tratamiento de la hipertensión<sup>4</sup>.

Tradicionalmente, se define como hipertenso al paciente con cifras de presión arterial mayores o iguales a 140/90 mmHg, medidas en al menos dos ocasiones separadas entre sí. En Uruguay, según datos de la última encuesta de factores de riesgo disponible se identificaron 29.9% de hipertensos en la población entre 15 y 64 años de edad <sup>5</sup>.

Las nuevas guías publicadas por los norteamericanos establecen un cambio en el diagnóstico y consideran hipertenso a todo aquel con cifras mayores o iguales a 130/80 mmHg. Esta decisión está fundamentada en el estudio SPRINT, el cual establece una clara asociación con el riesgo de infarto, ictus y muerte a partir de cifras de 120/80 mmHg<sup>6</sup>. Se establecen dos grados de hipertensión en lugar de tres: uno a partir de las cifras de diagnóstico y el segundo con cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg. Con esto, la prevalencia de la enfermedad en Estados Unidos se estima que aumenta desde un tercio a la mitad de la población. Lo mismo ocurriría en nuestra población, que presenta cifras similares del punto de vista epidemiológico.

Otra de las diferencias que se establece en la nueva pauta está en el objetivo de presión arterial para los pacientes con enfermedad ya detectada. Mientras que las últimas guías

europeas, publicadas en 2013 (está a punto de publicarse su actualización), se manejan distintos objetivos de presión para pacientes añosos y diabéticos, los norteamericanos recomiendan cifras menores a 130/80 mmHg para todos los pacientes, independientemente de la edad, siempre y cuando no exista una situación que lo contraindique.

A partir de estos nuevos datos surge la interrogante sobre las implicancias del tratamiento farmacológico: ¿aumenta la necesidad de medicación antihipertensiva? Si bien en el primer estadio el manejo terapéutico lo determinan según la edad, escala de riesgo ASCVD y la presencia o ausencia de diabetes o enfermedad renal, y hacen hincapié en la importancia de una terapéutica más enfocada en los cambios en los estilos de vida, para cifras del segundo estadio — hasta ahora consideradas del primero— ya se sugiere la instauración del tratamiento farmacológico. En los pacientes catalogados de alto riesgo en quienes se sugiere un tratamiento farmacológico con menores cifras que las que se requerían anteriormente, habría que justificar con más evidencia la relación beneficio/riesgo entre la aparente disminución de eventos cardiovasculares y el aumento en el riesgo de efectos adversos farmacológicos, estimado en 2%<sup>7</sup>.

Ahora bien, si bien el estudio SPRINT aporta evidencia de gran valor al tema, se deben realizar algunas precisiones más acerca del mismo: en primer lugar no es posible sacar conclusiones firmes solamente a partir de un único ensayo clínico, es decir se debe contar con más evidencia que sustente o no estos resultados. Ya ha ocurrido en otras oportunidades que determinados resultados no pudieron ser corroborados posteriormente en otros estudios. Por otro lado, en caso de modificar la conducta de prescripción en función de los hallazgos del estudio, debería personalizarse cuidadosamente a la población a la cual indicar tratamiento, dado que la población analizada fue de hipertensos mayores de 50 años y de alto riesgo. Es más, el promedio de edad de los pacientes fue de 67 años y alrededor de 20 % estaban por encima de 75 años. Por tanto las conclusiones primarias halladas serían aplicables (inicialmente) a esta población (de confirmarse los datos). Por otro lado se agregaría otro problema, el de la no adherencia, ya que con los niveles actuales es baja la proporción de pacientes hipertensos bien controlados. El bajar el umbral determinaría mayores problemas en este sentido, llámese menor adherencia aún.

El intentar bajar el umbral de cifras de presión arterial requeriría un control más estricto aún de los pacientes y seguramente utilizando más medicamentos. Esto implicaría además mayor riesgo para esta población (por eventos adversos) y mayores costos para la sociedad.

Dado que en Uruguay no existen calculadoras de riesgo específicas para nuestra población, se utilizan las disponibles a nivel internacional —ASCVD, Framingham y Qrisk— El tratamiento se guía en función de ellas, la presencia de daño de órgano blanco y las cifras de hipertensión.

Un capítulo aparte merece la pregunta sobre qué beneficios se espera observar de catalogar de enfermos a personas que no van a requerir cambios en la terapéutica por presentar bajo riesgo cardiovascular, pero sí las potenciales consecuencias de llevar el rótulo de tal y mayores costos para ellos y los servicios de salud. Los cambios hacia estilos de vida saludables deberían sugerirse en todas las personas, independientemente de sus cifras de presión arterial, por lo que no debería ser considerado como “tratamiento” en pacientes hipertensos de bajo riesgo.

Por último, en las nuevas guías norteamericanas se establece una nueva postura en relación a considerar a los betabloqueantes dentro de los cinco grupos farmacológicos de primera línea para el tratamiento de la hipertensión arterial crónica. El uso de betabloqueantes para el tratamiento de la hipertensión en los años 90' se basó en el sustento fisiopatológico y estudios clínicos que se llevaron a cabo, pero que siempre incluían otro fármaco de distinto grupo farmacológico además del simpaticolítico. A partir de nuevos ensayos clínicos y una revisión Cochrane publicada en 2007 y actualizada en 2012, que establecieron que estos fármacos no disminuyen los eventos cardiovasculares en igual medida que otros grupos, comenzó a discutirse el papel de estos fármacos.<sup>8,9</sup> Debido a la mala calidad de la evidencia de estos estudios en los que 75 % utilizó atenolol como único betabloqueante —otros de generaciones más actuales presentan características diferentes que los hace pasibles de presentar mejores beneficios— no se realizaban conclusiones al respecto, y betabloqueantes, diuréticos, IECA, ARA II y calcioantagonistas seguían recomendándose indistintamente. Sin embargo, en base a esta misma evidencia, los norteamericanos deciden no considerar más a los betabloqueantes de primera elección, salvo en pacientes hipertensos con cardiopatía isquémica, en los cuales, mediante los beneficios que han demostrado, superan al resto de los grupos. Asimismo en aquellos con disfunción sistólica en los que los beta bloqueantes también estarían indicados en primer lugar. Se debe recordar además la falta de evidencia con bisoprolol, carvedilol o nebulolol, con propiedades vasodilatadoras (aunque por diferentes mecanismos), lo que cuestiona una vez más el considerar a este grupo terapéutico en forma homogénea. Para finalizar, algunos de los trabajos que mostraron menor protección contra el accidente cerebrovascular se correlacionaban más con las cifras alcanzadas en el grupo con atenolol, planteando otra posible explicación patogénica.

En nuestro país se continúa guiando la terapéutica en función de las recomendaciones anteriores a la publicación norteamericana, pero corresponde un análisis del tema que centre la discusión en el concepto de la enfermedad: ¿la hipertensión debe ser considerada una enfermedad en sí misma o es un factor de riesgo más para el desarrollo de enfermedad cardiovascular? Por otro lado, cabe la interrogante sobre cuánto beneficio más se puede esperar de ofrecer a más personas terapia farmacológica, con la consabida falta de adherencia y por lo tanto, pobres resultados en salud. Sin embargo, los estudios con cambios en los estilos de vida son escasos, difíciles de implementar, los profesionales no poseen el conocimiento suficiente para establecer recomendaciones basados en ellos y los prestadores de salud no están adecuadamente preparados para ofrecer este servicio. Todo hace presumir que sería necesario una modificación de paradigma para redirigir la terapéutica de las enfermedades crónicas no transmisibles hacia la promoción de hábitos de vida saludables y otras terapias no farmacológicas en esta (y toda) la población (y desde edades tempranas) para que repercuta positivamente en las personas hipertensas, al menos hasta contar con más evidencia que corrobore estos resultados analizados. De cualquier forma la individualización de la terapéutica es el pilar fundamental y las guías son solo eso y especialmente para poder revisar las conductas de prescripción.

## **Bibliografía**

1. 3er. Consenso Uruguayo sobre Hipertensión Arterial. SUHA. 2005
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención Uruguay. 2017
3. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. 2013
4. Guía para la prevención, detección, evaluación y manejo de hipertensión arterial en adultos. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA. 2017
5. Ministerio de Salud Pública. Proyecto de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. 2º encuesta de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Uruguay. 2015
6. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. The SPRINT Research Group. The New England Journal of Medicine, 2015
7. Bell K, Doust J, Glasziou P. Incremental Benefits and Harms of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline. JAMA Internal Medicine: abril, 2018
8. Dahlof B, Sever PS, Poulter NR, et al; ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the AngloScandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2005; 366: 895-906.
9. Wiysonge CS, Bradley HA, Volmink J, Mayosi BM, Opie LH. Beta-blockers for hypertension (review). Cochrane Library. 2017

