

Guías para el tratamiento de la Hipertensión Arterial. Análisis comparativo.

Dres Julio Przybylski, Víctor Suez, Marcelo Elizari. División Cardiología. Hospital J.M. Ramos Mejía.

ABSTRACT

Se analizaron y compararon las dos guías más importantes a nivel mundial que orientan al médico para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA. El JNC 7 Americano y las Guías Europeas. El JNC 7 Americano ha adoptado un modelo simplificado de más fácil manejo para los médicos generales y de familia, dividiendo la HTA en dos grandes grupos. El grado I con PA 140-159/90-99 mmHg, para el cual recomienda un tratamiento farmacológico inicial con una droga y el grado II con PA mayor o igual a 160/100 para el cual el riesgo cardiovascular es aproximadamente el doble, y aconseja un tratamiento inicial combinado, incluyendo un diurético tiazídico. Además introduce una nueva categoría la Prehipertensión con mayor riesgo para la progresión a la HTA. Las guías Europeas dan mucha mayor consideración para las decisiones terapéuticas al riesgo cardiovascular global, incluyendo niveles de PA y la presencia o ausencia de daño de órgano o condiciones clínicas asociadas. Las reglas rígidas han sido evitadas y finalmente la responsabilidad del manejo del paciente individual con sus características personales, medicas y culturales deberá quedar en manos del médico individual.

The two most important guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of HTA were analyzed. The JNC 7 provide guidelines of more feasible use for the general clinicians, dividing the HTA into two groups: Stage I Hypertension with blood pressure 140-159/90-99 mmHg, and Stage II with blood pressure => 160/110 with double cardiovascular risk, and for which the advice is a combination of drugs including a diuretic. In this report it was introduced the classification of Prehypertension, The European guidelines takes in consideration the global cardiovascular risk, including with the levels of blood pressure the presence or absence of target organ damage and associated clinical conditions. Finally all the guidelines recognizes that the responsible physician's judgement remains paramount.

Sobre la base de recientes estudios de observación¹⁻³ y ensayos clínicos de tratamiento antihipertensivo y estimulado por el pobre control de esta patología, paneles de expertos han publicado guías y recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial (HTA)¹². Una visión de estos documentos identifica más similitudes que diferencias en el manejo propuesto. Todas las guías acuerdan que la HTA no controlada representa un problema mayor de salud pública mundial y que un más agresivo manejo de la prevención y tratamiento de la misma, es urgentemente necesario especialmente en pacientes de alto riesgo.

La identificación de una relación continua entre la presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular, comenzando con valores desde 115 y 120 mmHg para la sistólica, sugiere un tratamiento más agresivo y metas más ambiciosas de la PA en poblaciones de alto riesgo o con diabetes (DBT).

Todas las guías acuerdan que la PA sistólica es un factor de riesgo mayor para el pronóstico cardiovascular y una variable más difícil de controlar que la PA diastólica sobre todo en sujetos mayores o en pacientes de alto riesgo. Finalmente todas las guías acuerdan que el tratamiento farmacológico de la HTA es efectivo en prevenir eventos cardiovasculares, principalmente stroke, infarto de miocardio y enfermedad renal terminal y que un tratamiento agresivo esta indicado para alcanzar valores más bajos de PA en particular en subgrupos con DBT, enfermedad renal y otras condiciones clínicas asociadas¹. En este contexto, mientras los objetivos terapéuticos para la mayoría de los hipertensos son cifras menores a 140/90, en pacientes con alto riesgo se requieren niveles menores a 130/80.

JNC 7 Americano:

Aparece una nueva categoría designada como prehipertensión y las etapas 2 y 3 se han fusionado. Los pacientes con prehipertensión tienen aumentado el riesgo para la progresión a la hipertensión, y requieren modificaciones en su estilo de vida para prevenir la enfermedad cardiovascular.

Tabla I:

Clasificación Sistólica mmHg Diastólica mmHg

Normal	<120	y	<80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
HTA grado I	140-159	o	90-99
HTA grado II	≥160	o	≥100

El JNC 7 Americano ha tomado un modelo simplificado de más fácil manejo para los médicos generales y de familia, dividiendo la HTA en 2 grandes grupos. El grado I con PA de 140-159/90-99, para el cual el tratamiento farmacológico inicial con una droga es considerado apropiado y el grado II con PA ≥ 160/100 para el cual el riesgo cardiovascular absoluto es aproximadamente el doble, y se recomienda un tratamiento inicial combinado, incluyendo un diurético tiazídico.

El riesgo de enfermedad cardiovascular comienza con valores de 115/75 y se duplica con cada incremento de 20/10 mmHg. Las decisiones de tratamiento se basan en un simple factor de riesgo, donde los umbrales de PA por sí son usados para determinar los objetivos y metas del tratamiento. Otros factores de riesgo se manejan de acuerdo a las guías para esas condiciones clínicas pero los pacientes no son estratificados por la presencia o ausencia de factores de riesgo o daño de órgano para estimar las metas de la PA.

Los diuréticos tipo tiazidas deberían ser usado para la mayoría de los pacientes con HTA no complicada solos o combinados con drogas de otra clase. La mayoría de los pacientes requerirán dos o más medicaciones antihipertensivas para alcanzar los objetivos de la PA, menos de 140/90 o menos de 130/80 en DBT o enfermedad renal crónica.

El JNC 7 recomienda un diurético tiazídico como terapia inicial en la mayoría de los pacientes hipertensos y como un componente esencial de la terapia de combinación, para alcanzar un más efectivo control de la PA, la mayor razón de esta recomendación parece ser económica, sugiriendo empezar con la droga más barata, sin embargo esto no es necesariamente el tratamiento más barato, si se consideran efectos desfavorables metabólicos y de baja complacencia. Esta recomendación parece obsoleta, desde que en la práctica clínica muy pocos clínicos eligen las tiazidas como monoterapia para un supuesto tratamiento a largo plazo¹. La más efectiva terapia prescrita por el más cuidadoso clínico sólo será efectiva si el paciente esta motivado y la motivación mejorará si el paciente tiene una experiencia positiva y confía en su médico.

El comité de redacción reconoce la prioridad del juicio del médico tratante por sobre todas las indicaciones de las presentes guías.

Guías Europeas

Tabla II

Categoría Sistólica mmHg Diastólica mmHg

Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
HTA grado I	140-159	90-99
HTA grado II	160-179	100-109
HTA grado III	≥180	≥110
HTA S.A.	≥140	<90

S.A.: sistólica aislada.

Estas guías dan mucha mayor consideración para las decisiones terapéuticas a un objetivo de riesgo cardiovascular global, incluyendo algoritmos de tratamiento basado en los niveles de PA y la presencia o ausencia de daño de órgano o condiciones clínicas asociadas. El pronto tratamiento farmacológico es

recomendado para aquellos pacientes con niveles altos (20-30%) o muy altos (>30%) de riesgo cardiovascular a 10 años. En consecuencia las metas de tratamiento se definen no sólo en términos del nivel de PA por sí, sino también en términos de reducción en el riesgo absoluto a largo plazo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Ello requiere múltiples modificaciones de factores de riesgo y apropiados manejos de condiciones clínicas asociadas. En otras palabras esta estrategia se basa en un nuevo e importante concepto, tratar el nivel de riesgo más que el factor de riesgo.

Tabla III

Estratificación del riesgo

PA	Normal	N Alta	Grado I	II	III
0 FR	RH	RH	RB	RM	RA
1-2 FR	RB	RB	RM	RM	RMA
3 o + FR DBT o DOB	RM	RA	RA	RA	RMA
CCA	RA	RMA	RMA	RMA	RMA

N: Normal, **FR:** Factores de riesgo, **RH:** Riesgo habitual, **RB:** Riesgo bajo, **RM:** Riesgo moderado, **RA:** Riesgo alto, **RMA:** Riesgo muy alto, **DBT:** Diabetes, **DOB:** Daño de órgano blanco, **CCA:** Condición clínica asociada.

Cuando iniciar el tratamiento antihipertensivo?: Se toman en cuenta dos criterios: el nivel total de riesgo cardiovascular (Tabla III) y el nivel de presión arterial sistólica y diastólica (Tabla II). Las indicaciones terapéuticas no se limitan más a los pacientes con grados I y II de HTA, sino que se extiende a sujetos con presión normal alta.

Esto se basa en las recientes evidencias, el estudio PROGRESS mostró que pacientes con stroke previo o ataque isquémico transitorio y PA < 140/90, si no se tratan, tienen una incidencia de eventos cardiovasculares del 17% en 4 años y su riesgo disminuye un 24% al bajar la PA. Similares observaciones se hicieron en el estudio HOPE para pacientes normotensos con alto riesgo coronario. El estudio ABCD-N mostró que pacientes con DBT tipo 2 con PA < 140/90 se benefician con una agresiva disminución de la PA al menos en la prevención del stroke y en la progresión de la proteinuria. El estudio Framingham mostró en hombres con PA normal alta, un riesgo cardiovascular a 10 años del 10%, es decir bajo.

La evidencia del beneficio de disminuir la PA en pacientes con PA normal alta se limita a sujetos con stroke, enfermedad coronaria y DBT, el tratamiento antihipertensivo en este rango puede sólo ser recomendado en pacientes con al menos alto riesgo. En tanto que en los pacientes con riesgo total moderado o bajo se beneficiarían principalmente con cambios en el estilo de vida y corrección de otros factores de riesgo como el fumar.

En pacientes con HTA grado I y II el tratamiento se iniciará prontamente en sujetos clasificados como de alto o muy alto riesgo, mientras que en sujetos con riesgo moderado o bajo debe monitorearse por lo menos 3 meses con tratamiento no farmacológico. Si luego de ello los valores $\geq 140/90$ persisten, el tratamiento deberá iniciarse en pacientes con riesgo moderado y considerado en pacientes con bajo riesgo teniendo en cuenta la preferencia del paciente y los recursos disponibles. En el grado III el tratamiento debería instituirse rápidamente, aún en ausencia de otros factores de riesgo.

El objetivo del tratamiento de los pacientes hipertensos es alcanzar la máxima reducción en el riesgo total a largo plazo de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Esto requiere el tratamiento de todos los factores de riesgo reversibles identificados, incluyendo el fumar, la dislipidemia y la DBT, así como el apropiado manejo de las condiciones clínicas asociadas, además del tratamiento de la PA aumentada.

Los cambios en el estilo de vida deberían aplicarse en todos los pacientes, incluyendo sujetos con PA normal y normal alta con factores de riesgo adicionales, y en pacientes que requieren el tratamiento con drogas. Dejar de fumar, reducción del peso, reducción de la ingesta excesiva de alcohol, ejercicio físico, reducción de la ingesta de sal, aumento de la ingesta de frutas y vegetales, disminución en la ingesta de grasas totales y saturadas.

Principios del tratamiento con drogas: Una gran proporción de pacientes requieren una terapia combinada. La mayoría de los agentes antihipertensivos son adecuados para el inicio y mantenimiento del tratamiento. La elección de la droga puede ser influenciada por muchos factores: experiencia previa del paciente, costo de las drogas (no debe predominar sobre la eficacia y la tolerabilidad), perfil de riesgo, daño de órgano, enfermedad cardiovascular o renal o diabetes, preferencia del paciente.

Es conveniente usar drogas de larga acción que provean 24 horas de eficacia con una dosis diaria. Prestar particular atención a los eventos adversos, aún subjetivos, importante causa de no complacencia y no adherencia por parte del paciente.

A pesar de los mayores esfuerzos para el diagnóstico y tratamiento de la HTA, esta condición permanece como causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo y el objetivo de alcanzar los niveles adecuados de PA es raramente alcanzado. Esto requiere un compromiso de todos los profesionales de la salud, desde los niveles gubernamentales hasta el médico individual. Estas guías tienden a mejorar el manejo de la HTA en la práctica médica común con la conciencia que es más fácil preparar guías sobre una condición médica en general que manejarse con el paciente individual. Las reglas rígidas han sido evitadas y la responsabilidad del manejo del paciente individual con sus características personales, médicas y culturales debe dejarse en manos del médico individual.

Bibliografía:

1. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1 Prolonged differences in blood pressure: Prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-774.
2. Collins R, Peto R, MacMahon S et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *lancet* 1990; 335: 827-839.
3. Van den Hoogen PC, Feskens EJ, Nagelkerke NJ, Menotti A, Nissinen A, Kromhout D. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. Seven Countries Study Research Group. *N Engl J Med* 2000; 343:1-8.
4. Garg R, Yusuf S, for the Collaborative Group on ACE Inhibitor Trials. Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. Collaborative Group on ACE Inhibitor Trials. *JAMA* 1995; 273: 1450-1456.
5. Flather MD, Yusuf S, Kober L, et al for the ACE-inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. *Lancet* 2000; 355: 1575-1581.
6. Pahor M, Psaty BM, Alderman MH, et al. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a metaanalysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2000; 356: 1949-1954.
7. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibitors, calcium antagonists, and other blood pressure lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Lancet* 2000; 355: 1955-1964.
8. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363-2369.
9. Chobanian A, Bakris G, Black H, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. *JAMA* 2003; 289: 2560-2572.
10. 2003 European Society of Hypertension (ESH)/European Society of Cardiology (ESC) guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011-1053.
11. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21:1983-1992.

12. Williams B, Pulter NR, Brown MJ, et al for the British Hypertension Society (BHS). Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. J Hum Hypertens 2004; 18: 139-185.
- 13 National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report Circulation 2002; 106: 3143-4321.
14. American Diabetes Association. Hypertension management in adults with diabetes. Diabetes care 2004; 27: S65-S67.
15. National Kidney Foundation. Guideline 1: goals of antihypertensive therapy in CKD. Am J Kidney Dis 2004; 43(Suppl) :65-230.
16. Volpe M. Similarities and differences in hypertension guidelines: The need for one roadmap to lower cardiovascular risk. In Microalbuminuria. The importance of treatment and prevention. Editor in Chief Luis M Ruilope. Sankyo Co, Ltd. 2006. p. 6-10.