



## Artículo comentado

# Guías para la prevención, detección, evaluación y abordaje de la hipertensión arterial en adultos: un informe del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana de Cardiología (Grupo de Trabajo de las Guías de Práctica Clínica)

Yasmín Drak Hernández, María Isabel Egocheaga Cabello\*, en representación del Grupo de Cardiovascular de la SEMG

**Referencia bibliográfica:** Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DJ, Collins KJ, Dennison HC, 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: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2017 [En prensa]. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.005.

### Descripción de los objetivos y metodología del artículo y descripción general de la guía/consenso analizado

Estas guías, publicadas en 2017, constituyen la actualización del Séptimo Informe del Comité Nacional de prevención, detección, evaluación y tratamiento de hipertensión arterial (HTA) (JNC7) de 2003. Incorporan nueva información acerca del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), la importancia de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (PA) y los objetivos y estrategias para mejorar el control.

La guía trata de contestar, a través de una revisión sistemática, a las siguientes preguntas:

- ¿Existe evidencia de que la monitorización con automedida de la presión arterial (AMPA) o monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) sea superior a la medición en consulta?
- ¿Cuál es el objetivo de PA óptimo?
- ¿Existe una comparación entre los diferentes antihipertensivos?
- ¿Existe una comparación del riesgo-beneficio del tratamiento con monoterapia frente a terapia combinada?

### Principales conclusiones del artículo y principales modificaciones propuestas por las guías

Uno de los aspectos más controvertidos es la nueva clasificación de HTA. Consideran como PA normal cifras menores de 120/80 mmHg; PA elevada 120-129/80 mmHg; HTA grado 1 130-139/80-89 mmHg; y HTA grado 2 cifras iguales o superiores a 140/90 mmHg.

Es un cambio justificado por el estudio SPRINT y una amplia revisión sistemática, que establece una relación entre PA > 120-129/80-89 mmHg y la ECV. De hecho, el riesgo cardiovascular (RCV) aumenta de manera lineal desde una PA sistólica de < 115 > 180 mmHg y una PA diastólica < 75 > 105 mmHg; además, un aumento de la PA de 20/10 mmHg duplica el riesgo de muerte por ictus, enfermedad coronaria o vascular.

La medición de la PA fuera de la consulta adquiere más importancia y se recomienda para confirmar el diagnóstico de HTA, para titular la medicación, ya sea con MAPA o AMPA, o ante sospecha de HTA de bata blanca o enmascarada.

Otro aspecto destacable es el cambio de objetivos de control de la PA: para adultos con HTA confirmada y ECV o RCV 10 % a los 10 años, se recomienda un objetivo < 130/80 mmHg. Para

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [megocheaga@semg.es](mailto:megocheaga@semg.es) (M.I. Egocheaga Cabello).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.009>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

adultos sin ECV o aumento del RCV, una PA < 130/80 mmHg puede ser razonable.

La importancia del tratamiento no farmacológico se evidencia por el impacto que tienen cada una de las medidas en la reducción de la PA, 4-5 mmHg para la sistólica y 2-4 mmHg para la diastólica. Los fármacos están indicados como prevención secundaria en pacientes con ECV y PA  $\geq$  130/80 mmHg, y como prevención primaria en adultos con un RCV a los 10 años  $\geq$  10 % y PA  $\geq$  130/80 mmHg, y en caso de RCV a los 10 años < 10 % y PA  $\geq$  140/90 mmHg.

En el JNC7 el umbral de inicio de tratamiento era PA > 140/90 mmHg en población general y 130/80 mmHg en diabéticos (DM) y enfermedad renal crónica (ERC). El tratamiento de primera línea incluye diuréticos tiazídicos, calcioantagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los receptores de angiotensina II.

La guía hace referencia a grupos poblacionales con diferentes patologías, como DM, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, ERC, ictus, enfermedad arterial periférica, y establece en todos los casos el objetivo de PA < 130/80 mmHg con diferentes niveles de evidencia. En cuanto a la edad, se recomienda el tratamiento en  $\geq$  65 años con PA sistólica > 130 mmHg; en caso de presentar múltiples comorbilidades o esperanza de vida limitada, es razonable la valoración del riesgo beneficio y las preferencias del paciente en la toma de decisiones.

Todo adulto con HTA debe tener un plan de tratamiento detallado, basado en la evidencia actual, que asegure alcanzar los objetivos establecidos, un abordaje efectivo de las comorbilidades y un seguimiento por un equipo multidisciplinar con la integración de MAPA y AMPA.

---

## Repercusión de las conclusiones para la actividad del médico de familia, profesionales sanitarios y paciente

Si tenemos en cuenta la nueva clasificación de HTA aportada, así como el cambio establecido en los objetivos a alcanzar, tanto la incidencia como la prevalencia de HTA en nuestro país aumentarán considerablemente.

Es cierto que las guías establecen diferencias en función de la edad del paciente o de patologías determinadas; si bien mantienen el mismo objetivo de PA < 130/80 mmHg, sin diferencias en función de grupos etarios, años de evolución de las patologías, comorbilidades o posibilidad de hipoperfusión de órgano diana, tan solo aluden a la individualización según criterio del facultativo y preferencias del paciente.

La Academia Americana de Médicos de Familia ha decidido no respaldar estas recomendaciones y sigue aplicando la última actualización del JNC. Alude a que no están basadas en una revisión sistemática, que emplean una herramienta de cálculo de RCV no validada, que no valoran los posibles daños del tratamiento y el descenso de la PA, y que dan un mayor peso al resultado del estudio SPRINT frente a los de otros estudios.

Se precisan estudios a largo plazo que corroboren la eficacia, eficiencia y efectividad de la aplicación de estas recomendaciones en nuestra población, en relación con un menor número de ECV, menor morbimortalidad o mejor calidad de vida, antes de poder implementarlas en nuestra práctica clínica diaria.