RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES SAM SOBRE EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS

SUMMARY OF SAM GUIDELINES ON THE MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN ADULTS

Rodrigo Sabio,¹ Pascual Valdez,¹ Hugo Zelechower,¹ José Pizzorno,¹ Luis Cámara,¹ Raúl Ledesma,¹ Hugo Milione,¹ Roberto Parodi,¹ María Eugenia Barile,² Diego Alberto Brosio,² Lamberto Juan Caliani,² Hugo Norberto Catalano,² Alcides Alejandro Greca,² Carlos Labaronnie,² Darío Leff,² Pablo César Malfante,² Marcelo Adrián Mariño,² Mariano Miguel Ramírez,² Leandro Oscar Ranzuglia,² Mauro José Tortolo,² Gerardo Uceda,² Julio Wacker,² Carlos Wisniowski²

RESUMEN

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular. En los últimos años se generaron numerosas recomendaciones con respecto al manejo de la hipertensión arterial, con información divergente entre ellas y muchas de ellas realizadas en países de altos ingresos con otras realidades socioeconómicas y epidemiológicas. En general, pocas recomendaciones referidas al manejo de la hipertensión arterial surgen de la clínica médica, especialidad que permite la mirada holística e integrada de los problemas de salud del adulto. Los problemas que se asocian a un control deficitario de la hipertensión arterial son: subutilización del tratamiento farmacológico, baja tasa de pacientes tratados con estrategia combinada, falta de prescripción adecuada de los cambios en el estilo de vida, baja adherencia terapéutica e inercia clínica. En la presente publicación se presentan recomendaciones efectuadas por especialistas en clínica médica/medicina interna para el manejo de la hipertensión arterial en adultos.

PALABRAS CLAVE. Hipertensión arterial, guías, recomendaciones, morbilidad cardiovascular, mortalidad cardiovascular, fármacos antihipertensivos, adherencia, monoterapia, terapia combinada, inercia clínica, estilos de vida.

ABSTRACT

Hypertension is the main risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. Over the last years, several guidelines have been published regarding the management of arterial hypertension, with divergent information among them and many of them carried out in high-income countries, with their own socioeconomic and epidemiological realities. In general, few guidelines regarding the management of arterial hypertension arise from the medical clinic, specialty that allows a holistic and integrated view of health issues in the adult. There are problems associated with poor control, such as underutilization of pharmacological treatment, low rate of patients treated with a combined strategy, lack of adequate prescription of changes in lifestyle, low therapeutic adherence and clinical inertia. This article presents guidelines made by medical clinic/internal medicine specialists for the management of hypertension in adults.

KEY WORDS. Hypertension, guidelines, recommendations, cardiovascular morbidity, cardiovascular mortality, antihypertensive drugs, adherence, monotherapy, combination therapy, clinical inertia, lifestyles.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo mundial para enfermedad cardiovascular y mortalidad por todas las causas (1-3). A pesar de su elevada prevalencia, aún hay un bajo nivel de conocimiento y escaso porcentaje de pacientes controlados. En nuestro país, según los resultados del estudio RENATA 2, existe una prevalencia de HTA del 36,3%, con un 38,8% de personas que lo desconocen (4). Por otra parte, el 55,5% de los pacientes se encuentran en tratamiento, pero solamente presenta un buen control de la presión arterial (PA) el 24,2% de los pacientes (4).

La clínica médica es la especialidad que permite la mirada holística e integrada de los problemas de salud del adulto, y permite agregar el enfoque biográfico al biológico, comprender e interpretar no sólo el problema de salud sino sus causas y consecuencias. Desde la Sociedad Argentina de Medicina (SAM), consideramos de importancia que los médicos clínicos participen de las decisiones relacionadas con el manejo de estos pacientes. A continuación, se propone un resumen de las recomendaciones para manejo del paciente con HTA. El documento completo puede leerse en el Suplemento 2 de 2018 de la RAM.

Es importante aclarar que este documento no reemplaza el juicio clínico y deberá valorarse al paciente en forma individual.

Las clases de recomendación y los niveles de evidencia utilizados se observan en los siguientes cuadros:

Clases de recomendación	Definición
Clase I	Evidencia y/o acuerdo general en que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo
Clase II	Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento
Clase II a	El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia
Clase II b	La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión
Clase III	Evidencia o acuerdo general en que el tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial

Nivel de evidencia A	Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis
Nivel de evidencia B	Datos procedentes de un único ensayo clínico aleatorizado o de grandes estudios no aleatorizados
Nivel de evidencia C	Consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, estudios retrospectivos, registros

TABLA 1. CLASIFICACIÓN SEGÚN LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL DE CONSULTORIO (5)

Clasificación	PAS mm Hg	PAD mm Hg
Normal	<130	<85
PA limítrofe	130-139	85-89
HTA de nivel 1	140-159	90-99
HTA de nivel 2	160-179	100-109
HTA de nivel 3	≥180	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	<90

TABLA 2. OBJETIVOS EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

- Confirmar el diagnóstico de HTA y determinar su severidad
- Estimar el riesgo cardiovascular y establecer las metas del tratamiento
- Identificar una posible causa de HTA secundaria

TABLA 3. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RUTINARIOS EN EL PACIENTE HIPERTENSO

Exámenes de laboratorio básicos:

1. Hemograma
 2. Glucemia en ayunas
 3. Colesterol total, HDL, LDL y trigliceridemia
 4. Creatinemia y cálculo de filtrado glomerular (CKD/EPI o MDRD)
 5. Uremia
 6. Uricemia
 7. Ionograma sérico
 8. Examen de orina completa
 9. Microalbuminuria o cociente albúmina/creatinina en orina (si estuviera disponible)
- Electrocardiograma de 12 derivaciones
- Fondo de ojo

TABLA 4. VALORES CONSIDERADOS COMO HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN TIPO DE MEDICIÓN (6)

HTA según tipo de medición	PAS [mm Hg] PAD [mm Hg]
Consultorio	≥140 y/o ≥90
Ambulatoria diurna (MAPA)	≥135 y/o ≥85
Nocturna (MAPA)	≥120 y/o ≥70
PA de 24 h (MAPA)	≥130 y/o ≥80
MDPA	≥135 y/o ≥85

TABLA 5. TABLA DEL RIESGO EN FUNCIÓN DE LAS CIFRAS DE PA, FACTORES DE RIESGO, DAÑO DE ÓRGANO BLANCO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O RENAL ESTABLECIDA. ADAPTADA DE LAS GUÍAS EUROPEAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2018 (7)

		Limítrofe PAS 130-139 mm Hg PAD 85-89 mm Hg	Nivel 1 PAS 140-159 mm Hg PAD 90-99 mm Hg	Nivel 2 PAS 160-179 mm Hg PAD 100-109 mmHg	Nivel 3 PAS ≥ 180 mm Hg PAD ≥ 110 mm Hg
No complicado	NO FRCV	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
	1-2 FRCV	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Moderado/alto riesgo	Alto riesgo
	3 FRCV	Moderado riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo
Enfermedad asintomática	DOB asintomático, ERC grado 3, DM sin DOB	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Muy alto riesgo
Enfermedad establecida	ECV establecida, ERC grado 4, o DM con DOB	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo

DOB: daño de órgano blanco; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; DM: diabetes melitus; DOB: daño de órgano blanco; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica.

Tratamiento farmacológico

En general, el tratamiento farmacológico debe iniciarse en pacientes adultos con valores de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg (5,7-10).

En pacientes con HTA de nivel 1 y bajo riesgo cardiovascular global se podría iniciar únicamente tratamiento no farmacológico con cambios en el estilo de vida durante un tiempo, y valorar la respuesta. Se debe tener en cuenta que los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, daño de órgano blanco o pacientes con factores de riesgo cardiovascular, no se encontrarían en este grupo y deberán iniciar temprano el tratamiento farmacológico, acompañados de cambios en el estilo de vida (11).

TABLA 9. GRUPOS FARMACOLÓGICOS RECOMENDADOS PARA EL INICIO DE TERAPIA COMBINADA

Combinaciones preferentes	IECA O ARA2 + calcio antagonistas dihidropiridínicos IECA O ARA2 + diurético tiazídico o simil tiazídico
Combinaciones posibles	Calcio antagonistas dihidropiridínicos + diuréticos tiazídicos o simil tiazídicos
Combinaciones reservadas para situaciones especiales	Betabloqueantes + IECA o ARA2 Betabloqueantes + diuréticos tiazídicos o simil tiazídicos Betabloqueantes + calcio antagonistas dihidropiridínicos

PUNTOS CLAVE DE LAS RECOMENDACIONES

Recomendación	Clase	Nivel de evidencia
- Se recomienda reservar la definición de hipertensión arterial para los valores medidos en consultorio de PAS mayor o igual a 140 mm Hg y/o PAD mayor o igual a 90 mm Hg.	I	C
- Se recomienda la clasificación de hipertensión arterial en 3 niveles, PA limítrofe y PA normal; sobre la base de las mediciones de PA de consultorio.	I	C
- Se recomienda que el diagnóstico de hipertensión arterial debe basarse en: Mediciones de PA en consultorio repetidas en dos o más visitas.	I	C
O Mediciones de PA fuera del consultorio como MDPA o MAPA, siempre que estos métodos se encuentren disponibles o sean económicamente posibles.	I	C
- La evaluación inicial del paciente con sospecha de hipertensión arterial tiene como objetivos: confirmar la presencia de HTA, evaluar el riesgo cardiovascular del paciente, e identificar posibles causas de hipertensión secundaria.	I	C
- Se recomienda calcular la <i>presión de pulso</i> en los pacientes hipertensos, ya que su elevación es un predictor independiente de eventos cardiovasculares.	I	B
- Se recomienda la realización de <i>fondo de ojo</i> en pacientes con HTA de niveles 2 y 3 y en todos los pacientes con diabetes.	I	B
- Debe considerarse en el resto de los hipertensos.	Ila	C
- Se recomienda, para evaluar el compromiso renal, solicitar en forma rutinaria microalbuminuria o índice albúmina-creatinina urinario.	I	B
- Se recomienda completar estudio de laboratorio de rutina que incluya hemograma, uremia, creatinemia con cálculo de filtrado glomerular, uricemia, ionograma, glucemia, perfil lipídico, examen de orina.	I	C
- Se recomienda realizar un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones a todos los pacientes con hipertensión arterial.	I	B
- Se recomienda la realización de un ecocardiograma en pacientes con HTA y alteraciones en el ECG o signos y síntomas de disfunción ventricular.	I	B
- Puede considerarse cuando se requiera la identificación de HVI para modificar el tratamiento.	IIb	B
- La realización del índice tobillo-brazo se debe considerar en pacientes con HTA y sospecha de enfermedad arterial periférica.	Ila	B
- No se recomienda el uso rutinario de la velocidad de onda de pulso en todos los pacientes con hipertensión arterial, aunque puede considerarse para medir la rigidez arterial.	IIb	B
- Se recomienda basar el tratamiento en función del riesgo cardiovascular y no solamente en las cifras de PA.	I	A
- Se recomiendan cambios en el estilo de vida en todos los pacientes con hipertensión arterial independientemente del grado de severidad.	I	A
- En pacientes con valores limítrofes de PA (130-139/85-89 mm Hg), también se recomiendan los cambios en el estilo de vida.	I	A
- Se recomienda comenzar con tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de niveles 2 y 3, simultáneamente con los cambios en el estilo de vida.	I	A
- En pacientes con hipertensión de nivel 1 y alto riesgo cardiovascular, se recomienda comenzar con tratamiento farmacológico simultáneamente con los cambios en el estilo de vida.	I	A
- En pacientes con hipertensión de nivel 1 y riesgo bajo o moderado, sin evidencia de daño de órgano blanco, se recomienda inicio de tratamiento farmacológico luego de un período de implementación de cambios en el estilo de vida sin lograr los objetivos terapéuticos.	I	C
- Se recomienda elegir fármacos que cuenten con eficacia terapéutica demostrada con relación al descenso de la PA y con un perfil protector cardiovascular y renal.	I	C
- Se recomienda elegir preferentemente drogas de acción prolongada.	I	A
- Para elegir el fármaco se recomienda tener en cuenta los aspectos socioeconómicos y la disponibilidad del medicamento.	I	C

EVALUACIÓN
INICIALESTUDIOS
RUTINARIOSESTUDIOS
ADICIONALESTRATAMIENTO:
NO FARMACOLÓGICO

FARMACOLÓGICO

PUNTOS CLAVE DE LAS RECOMENDACIONES

Recomendación	Clase	Nivel de evidencia
- En pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto o muy alto se recomienda la utilización de terapia combinada desde el inicio del tratamiento por sobre la monoterapia, al igual que en pacientes con HTA de niveles 2 o 3, independientemente del riesgo cardiovascular.	I	C
- Se recomienda el uso preferente de combinaciones fijas de fármacos en 1 solo comprimido.	I	A
- Se recomienda la combinación con un IECA o ARA2 más un calcioantagonista dihidropiridínico o un diurético tiazídico o similar tiazídico.	I	A
- Se recomienda combinar con betabloqueantes cuando por alguna otra situación clínica se requiera su utilización, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, o el control de la frecuencia cardíaca.	I	A
- No se recomienda la asociación de fármacos que actúen sobre el SRAA como IECA o ARA 2 para el manejo de la hipertensión arterial.	III	A
- Para decidir el inicio y la intensidad del tratamiento hipolipemiente se recomienda estimar el riesgo cardiovascular del paciente.	I	C
- En pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida o de alto o muy alto riesgo cardiovascular debe considerarse el uso de estatinas independientemente de los niveles lipídicos.	Ila	B
- La aspirina no se recomienda en prevención primaria para pacientes con HTA sin enfermedad cardiovascular.	III	B
- Se recomienda el uso de AAS en dosis bajas como prevención secundaria en hipertensos con enfermedad cardiovascular previa, siempre y cuando se encuentren con la PA adecuadamente controlada.	I	A
- Se recomienda evaluar la adherencia terapéutica mediante el uso de cuestionarios validados para tal fin, ya que son herramientas con alta disponibilidad y bajo costo.	I	C
- En pacientes con hipertensión de guardapolvo blanco se recomienda implementar cambios en el estilo de vida destinados a reducir el riesgo cardiovascular y realizar controles periódicos de PA fuera del consultorio.	I	C
- No se recomienda el tratamiento farmacológico en forma rutinaria en pacientes con hipertensión de guardapolvo blanco.	III	C
- El tratamiento farmacológico puede ser considerado en aquellos pacientes con hipertensión de guardapolvo blanco y alto o muy alto riesgo cardiovascular o con evidencia de daño de órgano blanco.	Ilb	C
- En pacientes con hipertensión oculta o enmascarada se recomienda realizar cambios en el estilo de vida y seguimiento periódico con mediciones de PA fuera del consultorio.	I	C
- Debe considerarse tratar con medidas farmacológicas para normalizar la PA fuera del consultorio en los pacientes con hipertensión oculta o enmascarada.	Ila	C
- Se recomienda medir la PA fuera de consultorio mediante MAPA o MDPA antes de definir al paciente como hipertenso resistente, para descartar el fenómeno de guardapolvo blanco.	I	A
- En hipertensos resistentes, de requerirse una cuarta droga, se recomienda el uso de antagonistas de mineralocorticoides como la espironolactona.	I	B
- En pacientes de entre 65 y 80 años, sin fragilidad, se recomienda el inicio de tratamiento cuando la PAS $\geq$ 140 y/o PAD $\geq$ 90 mm Hg y, como objetivo, una PA $<$ 140/90 mm Hg.	I	B
- En pacientes mayores de 80 años, sin fragilidad, se recomienda el inicio de tratamiento con PA $\geq$ 160 y/o 90 mm Hg y objetivo de PA $<$ 150/90 mm Hg.	I	B
- En pacientes adultos mayores con HTA se recomienda evaluar la presencia de hipotensión ortostática y el estado de fragilidad previo al inicio del tratamiento y durante el seguimiento.	I	A
- El tratamiento farmacológico del paciente anciano frágil no siempre está indicado y debe valorarse en forma individual considerando los riesgos y beneficios del caso.	I	C

TRATAMIENTO:
TERAPIA COMBINADA

FÁRMACOS PARA
MANEJO DEL RIESGO
CARDIOVASCULAR

**ADHERENCIA
TERAPÉUTICA**

**HIPERTENSIÓN
DE GUARDAPOLVO
BLANCO**

**HIPERTENSIÓN
OCULTA**

**HIPERTENSIÓN
RESISTENTE**

**HIPERTENSIÓN
EN ADULTOS
MAYORES**

VALORES UMBRALES PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	Adultos en general	Entre 65 y 80 años	Mayor de 80 años [sin fragilidad]	Diabetes o enfermedad
PAS (mm Hg)	140	140	160 (objetivo entre 140-150)	140 130* (no menor de 120)
PAD (mm Hg)	90	90	90	85

* Si es bien tolerado, sólo usar si el rango 140-130 no es razonable.

Referencias bibliográficas

- Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA* 2017;317(2):165-82
- NCD Risk Factor Collaboration (NCDRiskC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017;389(10064):37-55
- Lim S, Vos T, Flaxman A, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2224-60
- Delucchi A, Majul C, Vicario A, y col. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Argent Cardiol* 2017;85:354-60
- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. *Rev Argent Cardiol* 2018;86(2):1-53
- Toma de Posición de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial 2014. Disponible en <http://www.saha.org.ar/pdf/formacion/toma-de-posicion-SAHA-MAPA-y-MDPA>. Consultado el 27-09-2018
- William B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH European Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;00:1-98
- Lonn EM, Bosch J, Lopez-Jaramillo P, et al. Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. *N Eng J Med* 2016;374(21):2009-20
- Brunström M, Carlberg B. Association of Blood Pressure Lowering with Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018;178(1):28-36
- Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials. *J Hypertens* 2014;32:2285-95
- Morales-Salinas A, Coca A, Olsen MH, et al. Clinical perspective on antihypertensive drug treatment in adults with grade 1 hypertension and low-to-moderate cardiovascular risk: an international expert consultation. *Curr Probl Cardiol* 2017;42(7):198-225