

Aspectos Epidemiológicos, Definición y Clasificación de la Hipertensión Arterial

La clasificación de hipertensión arterial recomendada no se ha modificado de las normativas ESH/ESC de 2003 y 2007. La hipertensión se define por valores de presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg, presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg, o ambos. En niños y adolescentes se emplean diferentes criterios basados en percentiles.

Fuente: European Heart Journal 6-9, Jun 2013

Institución: European Society of Cardiology, European Society of Hypertension; Milán, Italia

Autores: Mancia R, Fragard R, Zannad F y colaboradores

Traducción textual: Normativas 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC) para el Abordaje de la Hipertensión Arterial
Título: 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

Aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial

Relación de la presión arterial con el compromiso cardiovascular y renal

En varios estudios observacionales se ha examinado la relación entre los valores de presión arterial (PA) y la morbimortalidad cardiovascular (CV) y renal. Estos resultados fueron publicados en las normativas de la *European Society of Hypertension/European Society of Cardiology* (ESH/ESC) en 2003 y 2007, y se detallan a continuación.

La PA de consultorio presenta una relación continua con la incidencia de eventos CV como evento vascular cerebral (EVC), infarto de miocardio, muerte súbita, insuficiencia cardíaca y enfermedad arterial periférica, así como con enfermedad renal terminal, en todos los grupos etarios y étnicos. La relación con la PA abarca desde niveles elevados hasta valores relativamente bajos de 110 a 115 mm Hg de PA sistólica (PAS) y de 70 a 75 mm Hg de PA diastólica (PAD). La PAS parece constituir un mejor predictor de eventos que la PAD luego de los 50 años de edad. En personas de mayor edad, la presión de pulso (diferencia entre PAS y PAD) podría tener un posible papel pronóstico adicional. De hecho, los pacientes con hipertensión sistólica aislada, es decir aquellos con PAS elevada y PAD normal o baja, presentan riesgo CV elevado.

Los valores de PA fuera del consultorio, o sea los obtenidos por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y por monitorización de la PA en el hogar, también muestran una relación continua con los eventos.

La relación entre la PA y la morbimortalidad CV se modifica por la presencia de otros factores de riesgo CV. Los factores de riesgo metabólicos son más frecuentes cuando la PA es alta que cuando es baja.

Definición y clasificación de hipertensión

La clasificación de hipertensión arterial (HTA) recomendada no se ha modificado desde las Guías ESH/ESC de 2003 y 2007. La hipertensión se define por valores de PAS ≥ 140 mm Hg o PAD ≥ 90 mm Hg, o ambos. En niños y adolescentes se emplean diferentes criterios basados en percentiles.

Las clasificaciones de PA (mm Hg) en consultorio comprende las siguientes categorías: óptima, PAS < 120 mm Hg y PAD < 80 mm Hg; normal, PAS 120 a 129 mm Hg o PAD 80 a 84 mm Hg, o ambos; normal alta, PAS 130 a 139 mm Hg o PAD 85 a 89 mm Hg, o ambas; HTA grado 1, PAS 140 a 159 mm Hg o PAD 90 a 99 mm Hg, o ambas; HTA grado 2, PAS 160 a 179 mm Hg o PAD 100 a 109 mm Hg, o ambas; HTA grado

3, PAS ≥ 180 mm Hg, PAD ≥ 110 mm Hg, o ambas; HTA sistólica aislada, PAS ≥ 140 mm Hg y PAD < 90 mm Hg. La categoría de PA se define por el nivel más alto de PAS o PAD.

Prevalencia de la hipertensión

En Europa, la prevalencia global de HTA oscila entre el 30% y 45% de la población general, con un marcado incremento con la edad.

Se ha informado una estrecha relación entre la prevalencia de HTA y la mortalidad por EVC. Los países de Europa del oeste muestran una tendencia en disminución de la tasas de mortalidad por EVC, en contraste con tasas crecientes en los países de Europa del este.

Hipertensión y riesgo CV total

En 1994 la ESC, la ESH y la *European Atherosclerosis Society* (EAS) realizaron recomendaciones en conjunto para la prevención de enfermedad coronaria y enfatizaron que ésta debía relacionarse con la cuantificación del riesgo CV total. Esto ha sido incorporado en las normas para el abordaje de la HTA. Este concepto se basa en que sólo una pequeña fracción de los pacientes con HTA presenta elevación de las cifras en forma aislada, mientras que la mayoría presenta factores de riesgo CV adicionales. La coexistencia de HTA y otros factores de riesgo CV conduce a un riesgo CV total mayor que la suma de sus componentes individuales.

En pacientes de alto riesgo, el control de la PA resulta más difícil y suele requerir la combinación de fármacos antihipertensivos con otras terapias, como tratamientos hipolipemiantes intensivos.

Evaluación del riesgo CV total. La estimación del riesgo CV total resulta sencilla en los subgrupos de pacientes con antecedente de enfermedad CV, diabetes, enfermedad coronaria o con factores de riesgo aislados muy elevados. De hecho, en todos estos casos el riesgo CV es alto o muy alto y requiere medidas intensivas para reducir el riesgo CV. No obstante, muchos de los pacientes hipertensos no se encuadran en las categorías mencionadas. Se han empleado varios métodos computarizados para estimar el riesgo CV total. El modelo SCORE (*Systematic COronary Risk Evaluation*) se diseñó sobre la base de grandes estudios europeos de cohorte. El modelo estima el riesgo de muerte por enfermedad CV (ECV) a 10 años basado en la edad, el sexo, el tabaquismo, los valores de colesterol total y la PAS. No obstante, el riesgo puede ser mayor que lo indicado mediante esta evaluación en diversos

casos. Por ejemplo, éste puede ser el caso en sujetos sedentarios o en los que padecen obesidad central, en minorías étnicas, en personas con glucemia en ayunas elevada o intolerancia a la glucosa, en individuos con aumento de los niveles de triglicéridos, fibrinógeno, apolipoproteína B, lipoproteína (a) y proteína C-reactiva, y en aquellos con antecedentes familiares de ECV prematura.

En el modelo SCORE, el riesgo CV se expresa como el riesgo absoluto de muerte por ECV dentro de 10 años. Dada su fuerte dependencia de la edad, en pacientes jóvenes el riesgo CV total puede ser bajo, aun en presencia de PA elevada con factores de riesgo adicionales. Si esto no se trata en forma adecuada, puede conducir a una condición de alto riesgo, en parte irreversible, años más tarde. Cuando se trata de pacientes más jóvenes, puede entonces resultar útil el

empleo de una tabla de riesgo relativo de las *Joint European Societies' Guidelines* sobre la prevención de ECV en la práctica clínica.

Por más de una década, las normativas internacionales para el tratamiento de la HTA (*WHO/International Society of Hypertension Guidelines; 1999, 2003; ESH/ESC Guidelines; 2007*) han estratificado el riesgo CV en diferentes categorías, basadas en la categoría de PA, los factores de riesgo CV, la lesión de órgano blanco asintomática y la presencia de diabetes, ECV sintomática o enfermedad renal crónica, como también se observa en las normativas de prevención de la ESC de 2012. En las nuevas directrices se mantiene la clasificación en riesgo bajo, moderado, alto y muy alto y se hace referencia al riesgo de mortalidad CV a 10 años, definido por las directrices de la ESC mencionadas.

Tabla 1. Estratificación del riesgo cardiovascular total en categorías de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto de acuerdo con la PAS (mm Hg) y la PAD (mm Hg) y la prevalencia de factores de riesgo, lesión de órgano asintomática, diabetes, enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular asintomática.

Otros factores de riesgo, lesión de órgano blanco asintomática	PA normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Ausencia de otros factores de riesgo	-	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
≥ 3 factores de riesgo	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Lesión de órgano, enfermedad renal crónica grado 3 o diabetes	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
Enfermedad cardiovascular sintomática, enfermedad renal crónica estadio ≥ 4 o diabetes con lesión de órgano o factores de riesgo	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Los factores de riesgo considerados en la estratificación del riesgo CV total comprenden: sexo masculino, edad ≥ 55 años en hombres y ≥ 65 años en mujeres, tabaquismo, dislipidemia, glucemia en ayunas 102 a 125 mg/dl, prueba de tolerancia oral a la glucosa anormal, obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²; obesidad abdominal), antecedentes familiares de ECV en hombres < 55 años y mujeres < 65 años.

La lesión asintomática de órgano comprende: presión de pulso en ancianos ≥ 60 mm Hg, hipertrofia ventricular izquierda en el electrocardiograma, engrosamiento de la pared carotídea o placa carotídea, velocidad de onda de pulso caró-

tido-femoral > 10 m/s, índice tobillo-braquial < 0.9, enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular estimada entre 30 y 60 ml/min/1.73 m² o microalbuminuria.

La ECV o la enfermedad renal establecidas comprenden: evento vascular cerebral (EVC isquémico, hemorragia cerebral, ataque isquémico transitorio), enfermedad coronaria (infarto de miocardio, angor, revascularización miocárdica), insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica sintomática, enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular estimada < 30 ml/min/1.73 m² o proteinuria (> 300 mg/24 h) y retinopatía avanzada, hemorragias o exudados o edema de papila.