

Abordaje Terapéutico de la Hipertensión Arterial

El tratamiento antihipertensivo está indicado en todos los enfermos con hipertensión arterial de grados 2 y 3, así como en los pacientes con hipertensión arterial de grado 1 y riesgo cardiovascular alto. En general, el objetivo es lograr cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mm Hg.

Fuente: European Heart Journal 20-26, 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

Beneficios asociados con la disminución de la presión arterial

Numerosos trabajos clínicos realizados entre 1965 y 1995, en su mayoría controlados con placebo, demostraron los efectos favorables asociados con la reducción de la hipertensión arterial (HTA), en términos de los eventos cardiovasculares letales y no letales: evento vascular cerebral (EVC), infarto agudo de miocardio (IAM) e insuficiencia cardíaca. Los resultados de un metanálisis se utilizaron para la elaboración de las normativas de la *European Society of Hypertension/European Society of Cardiology* (ESH/ESC) de 2003. Asimismo, se ha demostrado que la regresión de la hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) y de la proteinuria, inducida por el tratamiento antihipertensivo, disminuye el riesgo de eventos cardiovasculares. Sin embargo, debido a que los estudios clínicos por lo general tuvieron un seguimiento breve (3 y 6 años, en el mejor de los casos), las recomendaciones prácticas habitualmente se obtienen por extrapolación.

Cuándo debe iniciarse el tratamiento antihipertensivo

Las normativas de la ESH/ESC de 2007 recomendaban la utilización de fármacos antihipertensivos en los pacientes con HTA de grado 1, incluso en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular, cuando las medidas generales no eran exitosas. En las guías de 2007 se disminuyó el umbral para considerar el inicio del tratamiento, en los enfermos con diabetes, con antecedentes cardiovasculares o con enfermedad renal crónica (ERC). Incluso se contemplaba la terapia para los enfermos con estas características y PA en el espectro alto a normal (130-139/85-89 mm Hg). La *Task Force* de la ESH de 2009, sin embargo, revisó estas recomendaciones, sobre la base de la literatura disponible.

El tratamiento antihipertensivo es indudablemente beneficioso en los pacientes con presión arterial sistólica (PAS) \geq 160 mm Hg o presión arterial diastólica \geq 100 mm Hg, es decir en los enfermos con HTA de grado 2 y de grado 3, según la nueva clasificación. No obstante, la recomendación también es válida para algunos pacientes de riesgo alto, con HTA de grado 1.

En cambio, la información para los pacientes con hipertensión de grado 1, de riesgo cardiovascular bajo o moderado, es mucho más limitada, ya que ningún estudio tuvo por objetivo especial esclarecer este aspecto. Además en los primeros trabajos se utilizó una clasificación diferente de HTA o sólo se incluyeron pacientes con riesgo alto.

Igualmente, numerosos trabajos clínicos revelaron disminuciones sustanciales del riesgo de EVC en los enfermos con riesgo cardiovascular bajo a moderado (riesgo de eventos mayo-

res a los 10 años de 8% a 16%) e HTA de grado 1. Asimismo, en un metanálisis Cochrane reciente, limitado estrictamente a los enfermos con HTA de grado 1 y riesgo cardiovascular bajo, la terapia farmacológica tendió a reducir el riesgo de EVC; no obstante, debido al tamaño reducido de la muestra, los hallazgos deben interpretarse con cautela. Según otras normativas recientes, el tratamiento de la HTA de grado 1 debería limitarse a los enfermos con signos de daño orgánico o con riesgo cardiovascular total alto. La disponibilidad de fármacos eficaces, seguros y económicos indudablemente favorece la terapia farmacológica temprana.

Un número considerable de hombres jóvenes sanos tiene PAS $>$ 140 mm Hg y valores normales de presión arterial diastólica (PAD; $<$ 90 mm Hg). En estos casos, el tratamiento farmacológico no sería beneficioso. Estos enfermos, sin embargo, deberían ser asesorados en relación con los cambios del estilo de vida y monitorizados de cerca.

Si bien las normativas de ESH/ESC de 2007 sugerían el tratamiento de la HTA de grado 1, independientemente de la edad, todos los trabajos que demostraron los beneficios asociados con la terapia en los sujetos de edad avanzada se realizaron en enfermos con PAS \geq 160 mm Hg (HTA de grado 2 y 3).

Según las pautas de la ESH/ESC de 2007, el tratamiento antihipertensivo debía iniciarse en los pacientes con PA en el espectro normal-alto, es decir, 130 a 139/85 a 89 mm Hg, y riesgo cardiovascular alto o muy alto, como consecuencia de la presencia de diabetes, enfermedad cardiovascular o enfermedad renal. Sin embargo, las normativas de 2009 pusieron de manifiesto la escasez de información para avalar esta conducta. En dos estudios en pacientes con PA en el espectro normal-alto, con prediabetes o síndrome metabólico, el tratamiento con ramipril o valsartán no redujo la morbilidad ni la mortalidad cardiovascular, respecto del placebo.

En síntesis, el tratamiento farmacológico debe iniciarse en los sujetos con HTA de grado 2 y 3, independientemente del nivel de riesgo cardiovascular. La terapia también está indicada en los pacientes con HTA de grado 1 y riesgo cardiovascular alto (daño orgánico, diabetes, enfermedad cardiovascular o ERC). Los enfermos de edad avanzada y PAS \geq 160 mm Hg deben ser tratados; en algunos pacientes ancianos con PAS de 140 a 159 mm Hg también está indicado el tratamiento farmacológico, siempre y cuando éste se tolere bien.

Objetivos del tratamiento antihipertensivo

Al igual que otras normativas, las guías de la ESH/ESC de 2007 recomendaban cifras de PA $<$ 140/90 mm Hg los enfer-

Tabla 1. Objetivos de la presión arterial en los enfermos hipertensos.

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Referencia ^c
La reducción de la PAS a menos de 140 mm Hg:	> 140	y/o	> 90
a) Está recomendada en los enfermos con riesgo cardiovascular bajo a moderado.			
b) Está recomendada en los pacientes con diabetes.	> 135	y/o	> 85
c) Debería considerarse en los enfermos con antecedentes de EVC o AIT.	> 120	y/o	> 70
d) Debería considerarse en los pacientes con EC.	> 130	y/o	> 80
e) Debería considerarse en los pacientes diabéticos o no diabéticos, con ERC.	> 135	y/o	> 85
En los sujetos hipertensos de edad avanzada, de menos de 80 años, con PAS \geq 160 mm Hg, la información es firme para recomendar la disminución de la PAS a 150-140 mm Hg.			
En los pacientes ancianos de menos de 80 años en buen estado general debe considerarse la disminución de la PAS a menos de 140 mm Hg; en los enfermos con mal estado general, las cifras deben adaptarse según la tolerabilidad individual.			
En los individuos de más de 80 años, con buen estado físico y mental, con PAS \geq 160 mm Hg se recomienda reducir la PAS a 150-140 mm Hg.			
La PAD por debajo de 90 mm Hg siempre es el objetivo; en los enfermos diabéticos, las cifras deberían ser inferiores a 85 mm Hg. Sin embargo, debe contemplarse el hecho de que la PAD entre 80 y 85 mm Hg es segura y se tolera bien.			

AIT: ataque isquémico transitorio; EC: enfermedad coronaria; ERC: enfermedad renal crónica; EVC: evento vascular cerebral; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

a Clase de recomendación.

b Nivel de evidencia.

c Referencias que avalan la evidencia.

mos con riesgo bajo a moderado y PA < 130/80 mm Hg en los pacientes con riesgo alto, es decir en los sujetos diabéticos, con EVC o con ERC. Las normativas más recientes consideran cifras de PA < 140/80 mm Hg en los enfermos con diabetes. No obstante, la revisión de la información disponible motivó algunos cambios.

Pacientes con riesgo bajo a moderado

En tres estudios clínicos, la disminución de la PAS a menos de 140 mm Hg, respecto de la PAS > 140 mm Hg, se asoció con una reducción significativa del riesgo de eventos cardiovasculares. Un análisis reciente del *Felodipine Event Reduction (FEVER)*, con seguimiento de más de 10 años, mostró una reducción del riesgo cardiovascular en relación con la PAS de 137 mm Hg (en vez de 142 mm Hg en promedio) en los sujetos sin enfermedad cardiovascular o diabetes y riesgo cardiovascular de 11% a 17%.

Hipertensión arterial en las personas de edad avanzada

Dos estudios recientes con pacientes japoneses no confirmaron beneficios asociados con la disminución de la PAS a 136-137 mm Hg, en vez de 145-142 mm Hg. Un subanálisis del FEVER reveló una reducción del riesgo de eventos cardiovasculares en los enfermos con PAS justo por debajo de 140 mm Hg, respecto de los pacientes con PAS de 145 mm Hg.

Pacientes de riesgo cardiovascular alto

Las recomendaciones de 2009 de lograr cifras de PA < 130/80 mmHg en los pacientes con diabetes, enfermedad cardiovascular o enfermedad renal no han sido avaladas por los estudios más recientes.

El descenso de la PA induce disminuciones del riesgo de eventos cardiovasculares en los enfermos con diabetes. En dos estudios, el beneficio se vinculó con la reducción de la PAD a 80-85 mm Hg, en tanto que en ningún trabajo se lograron cifras de PAS < 130 mm Hg. Asimismo, el *Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD)* no reveló beneficios adicionales en los enfermos diabéticos que lograron cifras de PAS de 119 mm Hg en promedio, en términos de la incidencia de eventos cardiovasculares mayores, respecto de los enfermos en quienes la PAS se mantuvo en alrededor de 133 mm Hg.

En un amplio estudio en enfermos con antecedentes de eventos vasculares cerebrales no se encontraron diferencias importantes en la evolución, entre los enfermos que lograron PAS de 136 mm Hg, respecto de 140 mm Hg. En los sujetos con antecedentes de eventos coronarios, los efectos de la reducción de la PAS a menos de 130 mm Hg han sido dispares.

Los objetivos del tratamiento en los pacientes diabéticos o no diabéticos con ERC consisten en evitar los eventos cardiovasculares y prevenir o retrasar el mayor deterioro de la función renal. Sin embargo, la información en términos de la reducción de la PA no es precisa. En tres trabajos realizados en pacientes con ERC, en su mayoría no diabéticos, no se observaron diferencias en los índices de mortalidad o de enfermedad renal en estadio terminal entre los enfermos asignados al control estricto de la PAS (125 a 130 mm Hg) o al control estándar (< 140 mm Hg). El seguimiento prolongado de uno de esos estudios, sin embargo, sugirió beneficios con el control estricto de la PA, especialmente en los pacientes con proteinuria.

Los dos trabajos importantes en sujetos con diabetes tampoco arrojaron resultados concluyentes, en relación con los

posibles beneficios adicionales de la PAS < 130 mm Hg. Dos metanálisis recientes no demostraron que el mayor descenso de la PA se asocie con ventajas particulares, en términos de la incidencia de eventos cardiovasculares o renales.

La teoría de “cuanto más bajo, mejor” respecto de la hipótesis de la curva en forma de “J”

La teoría de que “cuanto más baja la PA, mejor la evolución” sólo sería aplicable a algunas situaciones clínicas. De hecho, se considera que existe un umbral por debajo del cual el descenso de la PA no es beneficioso. No obstante, la información en este sentido todavía no es firme y se requieren trabajos adicionales. En un estudio con 1 100 enfermos hipertensos no diabéticos seguidos durante dos años, la incidencia de HVI se redujo en asociación con la PA de 132/77 mm Hg, respecto de la PA de 136/79 mm Hg. La frecuencia de eventos cardiovasculares también disminuyó.

Por el contrario, en el *Randomized Olmesartan and Diabetes Microalbuminuria Prevention (ROADMAP)* en pacientes diabéticos, si bien el control estricto redujo el riesgo de aparición de microalbuminuria también se asoció con mayor incidencia de eventos cardiovasculares. Debido al número reducido de eventos en ambos casos, los resultados deben interpretarse con precaución. En el *Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension (LIFE)*, la regresión de la HVI se asoció con el descenso de la PA (“cuanto más baja, mejor”), mientras que la asociación entre la PA y los eventos cardiovasculares letales y no letales tuvo forma de “J”. Por último, en el *Ongoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial (ONTARGET)*, la PA más baja lograda con el tratamiento combinado se asoció con menor riesgo de proteinuria y con un riesgo similar de eventos cardiovasculares.

Los objetivos terapéuticos, en términos de las cifras adecuadas de PA, se resumen en la Tabla 1.