

# Tratamiento de la Hipertensión Arterial

## Introducción

La hipertensión arterial es la causa principal de consulta en el nivel de atención primaria. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de esta enfermedad disminuyen la aparición de complicaciones como infarto agudo de miocardio, enfermedad renal crónica (ERC), accidente cerebrovascular y muerte.

El informe realizado por el *Eighth Joint National Committee* (JNC 8), basado en la información aportada por estudios aleatorizados, publicó las recomendaciones terapéuticas, las metas del nivel de presión arterial y los fármacos que se deben utilizar para el tratamiento de los pacientes hipertensos.

El informe del JNC 8, a diferencia del JNC 7 que lo precedió, amplía el rango de las cifras de presión arterial en el que se debe iniciar tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta la edad del paciente y las comorbilidades asociadas. En la Tabla 1 se enumeran las diferencias principales entre ambos informes.

En la Tabla 3 se describen las 9 recomendaciones en las que se basa la estrategia terapéutica para el paciente hipertenso. Los diuréticos tiazídicos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) y los bloqueantes de los canales de calcio (BCC) aún son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la población caucásica, incluidos los pacientes diabéticos. En los pacientes de raza negra, con diabetes o sin ella, se recomienda iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos o BCC. En pacientes con ERC, la elección serán los IECA o los BRA.

Tabla 1.

Tema	JNC 7	JNC 8
<b>Metodología</b>	Recomendaciones basadas en consenso. Revisión no sistemática de la bibliografía realizada por comités de expertos, que incluyó diferentes tipos de estudios.	Recomendaciones del panel según protocolos estandarizados. Criterios de revisión y preguntas críticas definidas por el panel de expertos con apoyo metodológico. Revisión sistemática de la bibliografía restringida a estudios aleatorizados.
<b>Definiciones</b>	Incluyó los términos prehipertensión e hipertensión.	No se redefinió el concepto de hipertensión (permanece lo establecido por el JNC 7: niveles de presión arterial por encima de 140/90 mm Hg) ni abordó el tema de prehipertensión; sin embargo, definió cifras de presión arterial para el comienzo del tratamiento farmacológico.
<b>Metas de tratamiento</b>	Se dividen en las dirigidas a los pacientes con comorbilidades (diabetes o ERC) o con HTA no complicada.	Similares para toda la población hipertensa, a excepción de ciertos grupos en particular.
<b>Recomendaciones de cambios en el estilo de vida</b>	Las modificaciones en el estilo de vida se basaron en la revisión de la bibliografía y en la opinión de expertos.	Las modificaciones en el estilo de vida se basaron en el trabajo del <i>Lifestyle Work Group</i> .
<b>Farmacoterapia</b>	Se recomienda tener en cuenta 5 clases de fármacos, aunque se considera iniciar con diuréticos tiazídicos en la mayoría de los pacientes en los que no se haya indicado otro tipo de fármaco.	Se recomiendan 4 clases de fármacos (IECA o BRA, BCC o diuréticos) y dosis basadas en la información. Recomendaciones específicas de fármacos para la población de raza negra, los pacientes con ERC y la diabetes.

ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; BRA: bloqueantes del receptor de angiotensina; BCC: bloqueantes de los canales de calcio.

Tabla 2.

Estrategia	Detalle
<b>A</b>	Iniciar tratamiento farmacológico, aumentar hasta la máxima dosis recomendada hasta alcanzar la meta. Si no se alcanza la meta a pesar de utilizar la máxima dosis recomendada, añadir un segundo fármaco (IECA, BCC, diurético tiazídico o BRA) y aumentar la dosis hasta la máxima recomendada. Iniciar un tercer fármaco (IECA, BCC, diurético tiazídico o BRA) si no se alcanza la meta a pesar de la utilización de dos fármacos en las dosis máximas recomendadas.
<b>B</b>	Iniciar tratamiento farmacológico: si no se logra el control de la presión arterial, antes de aumentar a la dosis máxima recomendada, empezar con un segundo fármaco. Si no es posible alcanzar la meta de presión arterial, aumentar ambos fármacos hasta la dosis máxima recomendada de cada uno. Se inicia un tercer fármaco en caso de no lograr el objetivo de las cifras de presión arterial. Si es necesario, aumentar la dosis hasta la máxima recomendada.
<b>C</b>	Iniciar el tratamiento con dos fármacos de manera simultánea, en forma separada o combinados en una sola píldora. Algunos miembros del comité recomiendan iniciar con dos fármacos o más si la PAS es mayor de 160 mm Hg, la PAD es mayor de 100 mm Hg, o ambos, o si la PAS $\geq$ 20 mm Hg sobre la meta o la PAD $\geq$ 20 mm Hg sobre la meta, o ambos. Si no se obtiene la meta de presión arterial con la administración de dos fármacos, iniciar un tercero y aumentar la dosis hasta la máxima recomendada.

Puede utilizarse cualquiera de las estrategias de acuerdo con las preferencias del médico y del paciente, las circunstancias individuales y la tolerancia al tratamiento. En situaciones específicas, si se considera que el fármaco antihipertensivo no es eficaz o si se asocia con efectos adversos, se puede reemplazar por otro. No utilizar un IECA y un BRA en el mismo paciente.

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; BCC: bloqueantes de los canales de calcio; BRA: bloqueantes del receptor de angiotensina; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.