Guías clínicas de presión arterial como punto de partida en las decisiones clínicas.

marzo de 2018
Ignacio Fernández Vidaurreta

Krumholz HM. BMJ. 2018 Jan 2;360:j5862

Ver fuente

En el último congreso anual de la Asociación Americana de Cardiología de noviembre de 2017, se publicó una actualización de las guías clínicas del manejo de la Hipertensión Arterial (HTA). Esta actualización forma parte del próximo informe de la Joint National Committee (JNC), que incluye una revisión de las últimas recomendaciones, que anteriormente fue lanzada por los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU.

Lo que ha suscitado mayor interés es la revisión en la clasificación de la HTA. Basándose en cifras medidas en un entorno de atención sanitaria, las personas con niveles entre 120-129mm Hg y diastólica <80mm Hg, son clasificadas ahora como Tensión Arterial elevada. La hipertensión en Estadio 1 se define como tensión arterial sistólica entre 130-139mm Hg o una presión arterial diastólica de 80-89mm Hg. Estadio 2 de hipertensión se define ahora como sistólica ≥140 mm Hg o diastólica ≥90 mm Hg

El tratamiento farmacológico está recomendado para las personas con patología cardiovascular asociada (enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular), enfermedad renal crónica,

diabetes mellitus, o un riesgo estimado para enfermedad cardiovascular aterosclerótica a 10 años del 10% o superior y una presión arterial sistólica media ≥130 mm Hg o una presión arterial diastólica media de ≥80 mm Hg.

Estos cambios en las recomendaciones harán que se etiquete con hipertensión arterial a millones de personas más, muchos de ellos con indicación de iniciar tratamiento farmacológico. La decisión sobre la estrategia clínica es especialmente complicada para las personas con valores límites en el nuevo estadio 1 de hipertensión, particularmente para pacientes mayores que pueden clasificarse como de alto riesgo simplemente debido a su edad.

Esta guía debería ser vista como una recomendación y no como una obligación. Las mejores decisiones sobre el control de la tensión arterial se deberían basar en objetivos individualizados, preferencias sobre diferentes medicaciones, ponderación de la reducción del riesgo y los efectos adversos farmacológicos. Los médicos pueden considerar el uso de modelos para proporcionar estimaciones personalizadas del riesgo-beneficio, además de potenciar la promoción de tratamientos no farmacológicos.

Es fundamental valorar que se está lejos de alcanzar el objetivo deseado. Tanto en el correcto control de los pacientes diagnosticados, como en llegar al diagnóstico precoz de las personas que todavía lo desconocen. Muchos fallecimientos por accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, enfermedad renal y ocular, y eventos cardiovasculares podrían ser evitados con un correcto control tensional.

Los futuros enfoques deberían enfatizar la importancia de ayudar a que los pacientes se fijen metas por ellos mismos. Las pautas deberían servir como un punto de partida para informar de las posibles alternativas, no un medio para dictarlas. La toma de decisiones participativa en los temas de salud importantes permite involucrar de

forma más positiva al paciente y apoya su compromiso sobre la reducción de riesgos, ayudando a minimizar la gran incertidumbre y ansiedad relacionada con la hipertensión.

Finalmente, el principal mensaje sigue siendo que la comunidad médica debe continuar centrándose en asegurar que no haya ninguna persona en ningún país con una potencial tensión arterial elevada que no tenga la oportunidad de tratamiento y de reducción del riesgo. Cualquier debate sobre los objetivos individuales ideales no debería distraer del importante compromiso de luchar contra la HTA severa.