

**Nuevas guías para el
manejo de la Hipertensión
Arterial en adultos:
Joint National Committee
(JNC 8)**

**Dr. Enrique Méndez Taylor
Medicina Interna - Cardiología**

Preguntas:

1. En los adultos con hipertensión, ¿mejoran los eventos de salud si se inicia la terapia farmacológica antihipertensiva a umbrales específicos de presión arterial?
2. En los adultos con hipertensión, ¿el tratamiento con terapia farmacológica antihipertensiva para alcanzar una cifra meta específica conduce a mejoría en los eventos de salud?
3. En los adultos con hipertensión, ¿los distintos agentes o clases de drogas antihipertensivas difieren en beneficios y daños comparativos en los eventos de salud específicos?

Recomendaciones para el manejo de la Hipertensión Arterial

Recomendación #1:

- En la población general de pacientes ≥ 60 años se debe iniciar tratamiento farmacológico para disminuir la Presión Arterial cuando hay valores de la PA de: PAS < 150 mmHg y PAD < 90 mmHg.

Recomendación fuerte. Grado A.

Corolario:

En los pacientes ≥ 60 años, no es necesario ajustar el tratamiento si se logra un resultado de PAS < 150 mmHg y es bien tolerado y sin efectos adversarios en la salud o en la calidad de vida.

Opinión de expertos. Grado E.

Recomendación #2:

- En la población de pacientes menores de 60 años, se debe iniciar tratamiento para disminuir la Presión Arterial con valores de PAD ≥ 90 mmHg: La meta es mantener la PAD < 90 mmHg.

**Para edad de 30 a 59 años: Recomendación fuerte.
Grado A.**

**Para edad de 18 a 29 años: Opinión de expertos. Grado
E.**

Recomendación #3:

- En la población general de pacientes < de 60 años, se debe iniciar tratamiento para disminuir la PA con valores de la PAS ≥ 140 mmHg. La meta del tratamiento es mantener la PAS < 140 mmHg.

Opinión de expertos. Grado E.

Recomendación #4:

- En pacientes ≥ 18 años con Enfermedad Renal Crónica (ERC), se debe iniciar tratamiento farmacológico para disminuir la PA cuando hay valores de PAS ≥ 140 mmHg o PAD de ≥ 90 mmHg.
- Las metas son: PAS < 140 mmHg p PAD < 90 mmHg.

Opinión de expertos. Grado E.

- Esta recomendación aplica en pacientes < 70 años con tasa de filtración glomerular (TFG) estimada o medida < 60 mL/min/1.73 m² y en personas de cualquier edad con albuminuria, definida como > 30 mg de albúmina/gr. de creatinina con cualquier TFG.

Opinión de expertos. Grado E.

Recomendación #5:

- En pacientes \geq de 18 años con Diabetes, se debe iniciar tratamiento farmacológico para disminuir la PA cuando hay valores de PAS \geq 140 mmHg o PAD \geq 90 mmHg.
- Las metas son: PAD menor <140 mmHg o PAD <90 mmHg.

Opinión de expertos. Grado E.

Recomendación #6:

- En la población de raza diferente a la negra, incluyendo a las diabéticos, el tratamiento inicial debe incluir alguno de los siguientes grupos de fármacos: un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) o un atagonista de los receptores de angiotensina (ARA).

Recomendación moderada. Grado B.

Recomendación #7:

- En la población de la raza negra, incluyendo los diabéticos, el tratamiento inicial debe de incluir un diurético tipo tiazida o un bloqueador de los canales de calcio (BCC).

Población de raza negra.

Recomendación moderada. Grado B.

Población de raza negra con diabetes.

Recomendación débil. Grado C.

Recomendación #8:

- En pacientes ≥ 18 años con enfermedad renal crónica (ERC) en cualquier etapa, el tratamiento inicial debe incluir un IECA o ARA II, esto con el fin de mejorar la función renal. Esto se aplica a todos los pacientes con ERC con hipertensión, independientemente de la raza o el estado de la diabetes.

Recomendación moderada. Grado B.

Recomendación #9:

- El objetivo principal del tratamiento de la hipertensión es alcanzar y mantener la meta de la presión arterial. Si la meta no es alcanzada después de un mes de tratamiento, se debe incrementar las dosis del medicamento inicial o agregar un segundo fármaco (diurético tipo tiazida, BCC, IECA, ARA II). El médico debe continuar y ajustar el tratamiento hasta llegar a la meta de la presión arterial. En caso de no alcanzar la meta con dos fármacos se deberá de agregar un tercer medicamento de la lista recomendada. No se debe usar en un mismo paciente un IECA más un ARA II.

Continúa...

- Si la meta terapéutica aún no se logra alcanzar, debido a contraindicaciones o porque se requieren más de 3 fármacos, entonces se pueden usar fármacos antihipertensivos de otras clases distintas a las mencionadas. La remisión a un especialista en hipertensión puede estar indicada para pacientes en los que la meta de la PA no puede alcanzarse mediante la estrategia de arriba o para el manejo de los pacientes complicados que requieran consulta médica adicional.

Opinión de expertos. Grado E.

Algoritmo de la guía de manejo de la hipertensión

Adultos ≥ 18 años de edad con hipertensión

Implementar cambios en el estilo de vida
(mantener durante todo el tratamiento)

Establecer las meta para la presión arterial e iniciar el tratamiento farmacológico para reducirla basada en la edad, la diabetes y la enfermedad renal crónica (ERC).

Población general (sin diabetes o ERC)

Con Diabetes o ERC

≥ 60 años de edad

< 60 años de edad

Cualquier edad
Con Diabetes
Sin ERC

Cualquier edad
con ERC con o
sin diabetes

Meta para PA
PAS < 150 mm Hg
PAD < 90 mm Hg

Meta para PA
PAS < 140 mm Hg
PAD < 90 mm Hg

Meta para PA
PAS < 140 mm Hg
PAD < 90 mm Hg

Meta para PA
PAS < 140 mm Hg
PAD < 90 mm Hg

No es de raza negra

De raza negra

Todas las razas

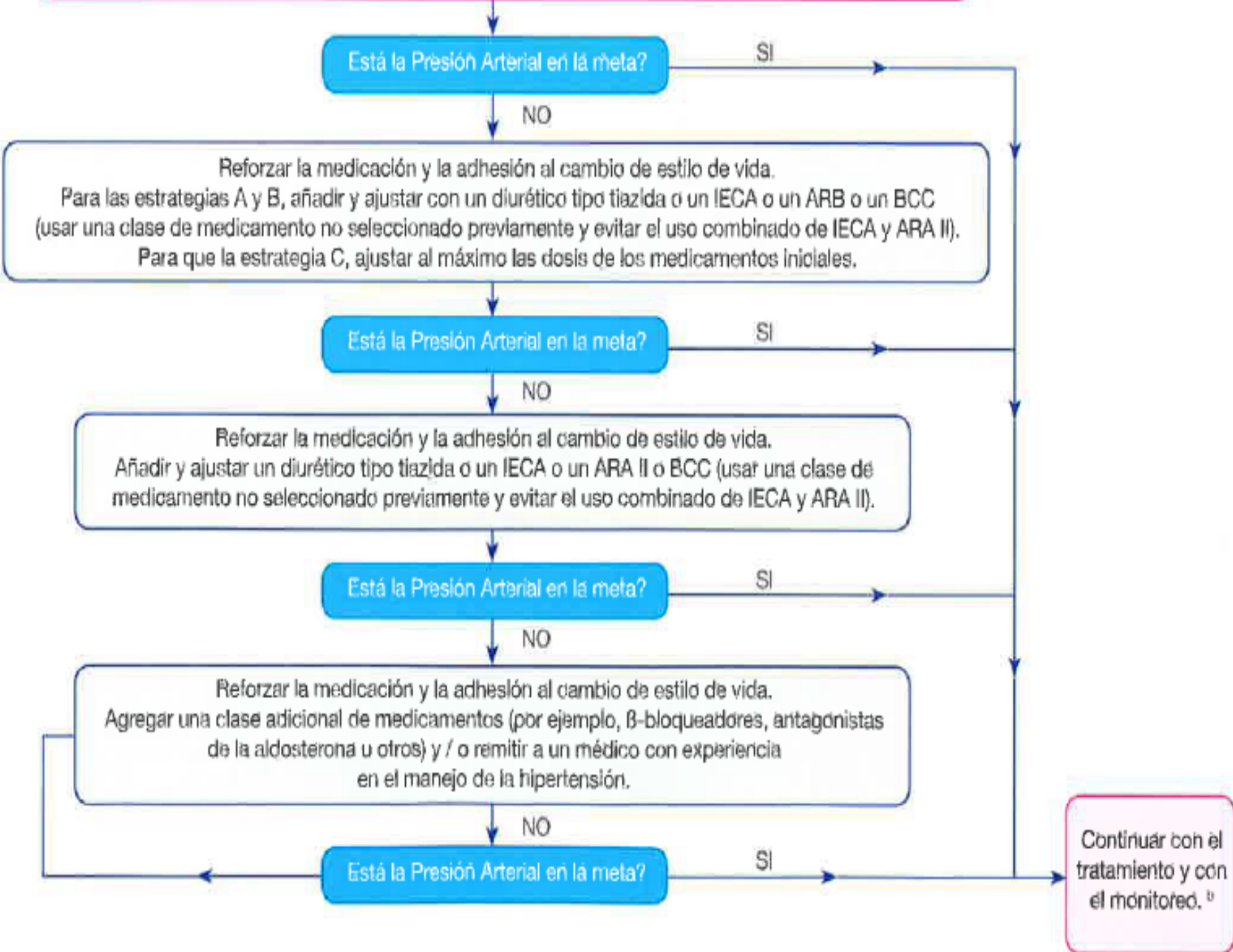
Iniciar con un diurético tipo tiazida o un IECA o ARA II o BCC, solo o en combinación. ^a

Iniciar con un diurético tipo tiazida o un BCC, solo o en combinación.

Iniciar con un IECA o un ARA II, solo o en combinación. ^a

Seleccionar una estrategia de valoración para el tratamiento

- A. Maximizar el primer medicamento antes de añadir un segundo o
- B. Agregar un segundo medicamento antes de llegar a la dosis máxima de la primera medicación o
- C. Comience con 2 clases de medicamentos por separado o en combinación de dosis fija.



Dosis basada en evidencia para fármacos antihipertensivos

Fármaco Antihipertensivo	Dosis inicial diaria, en mg	Dosis para la meta según revisión de ECAC*, en mg	No. de dosis diaria
Inhibidores de la ECA			
Captopril	50	150-200	2
Enalapril	5	20	1-2
Lisinopril	10	40	1
Antagonista de los receptores de angiotensina (ARA)			
Eprosartan	400	600-800	1-2
Candesartán	4	12-32	1
Losartán	50	100	1-2
Valsartán	40-80	160-320	1
Irbesartán	75	300	1
Beta Bloqueadores			
Atenolol	25-50	100	1
Metoprolol	50	100-200	1-2
Bloqueadores de los canales de calcio			
Amlodipino	2.5	10	1
Diltiazem de liberación prolongada	120-180	360	1
Nitrendipina	10	20	1-2
Diuréticos tipo tiazida			
Bendroflumetiazida	5	10	1
Clortalidona	12.5	12.5-25	1
Hidroclorotiazida	12.5-25	25-100 ^a	1-2
Indapamida	1.25	1.25-2.5	1

Cuadro nº 1

Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre las cifras meta de presión arterial

Grupo poblacional	Inicio de terapia farmacológica antihipertensiva	Cifra meta de presión arterial	Grado de recomendación
Población general, ≥ 60 años	PA ≥ 150/90 mm Hg	< 150/90 mm Hg	Fuerte, grado A
Población general, < 60 años	PAD ≥ 90 mm Hg	PAD < 90 mm Hg	Fuerte, grado A para edades entre 30 y 59 años Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años
Población general, < 60 años	PAS ≥ 140 mm Hg	PAS < 140 mm Hg	Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años
Población general, ≥ 18 años, con enfermedad renal crónica	PA ≥ 140/90 mm Hg	< 140/90 mm Hg	Opinión de expertos, grado E
Población general, ≥ 18 años, con diabetes	PA ≥ 140/90 mm Hg	< 140/90 mm Hg	Opinión de expertos, grado E

Cuadro nº 2

Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre la escogencia del fármaco antihipertensivo

Grupo poblacional	Terapia farmacológica antihipertensiva inicial	Grado de recomendación
Población general, no negros, incluidos los diabéticos	Diurético tipo tiazida, BCC, IECA o ARA	Moderada, grado B
Población general de negros, incluidos los diabéticos	Debe incluir una tiazida o un BCC	Moderada, grado B, para la población negra en general. Débil, grado C para los negros con diabetes
Población \geq 18 años con enfermedad renal crónica e hipertensión	Debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales	Moderada, grado B

Estrategias para dosificar las drogas antihipertensivas

Estrategia	Descripción
A	<p>Inicie con una droga (tiazida, BCC, IECA, ARA) y si no se alcanzó la meta con la droga inicial aumente la dosis hasta el máximo o hasta alcanzar la meta.</p> <p>Si la meta no se alcanza, agregue una segunda droga de una clase distinta a la inicial (tiazida, BCC, IECA, ARA) y aumente su dosis hasta alcanzar la meta</p> <p>Si la meta no se alcanza con 2 drogas, agregue una tercera de la lista y titule la dosis, evitando la combinación IECA y ARA</p>
B	<p>Inicie con una droga y agregue una segunda antes de alcanzar la dosis máxima de la primera. Luego titule ambas dosis hasta alcanzar la meta.</p> <p>Si la meta no se alcanza con 2 drogas, seleccione una tercera droga distinta (tiazida, BCC, IECA o ARA), evitando la combinación IECA y ARA</p> <p>Titule la tercera droga hasta alcanzar la meta</p>
C	<p>Inicie la terapia con 2 drogas simultáneamente, ya sea separadas o combinadas en una tableta. Algunos recomiendan iniciar con 2 drogas cuando PAS > 160 mm Hg y/o PAD > 100 mm Hg</p> <p>Si la meta no se alcanza con 2 drogas, seleccione una tercera droga distinta (tiazida, BCC, IECA o ARA), evitando la combinación IECA y ARA</p> <p>Titule la tercera droga hasta alcanzar la meta</p>

Conclusiones:

- El panel cree que la definición de presión arterial elevada expresada en JNC 7 ($>140/90$ mmHg) continua siendo razonable. La relación entre la presión arterial y el riesgo es lineal hasta presiones arteriales muy bajas, pero no se ha establecido beneficios en tratar hasta cifras mas bajas.

- Para todas las personas con hipertensión una dieta saludable, el control del peso y el ejercicio regular tienen el potencial de mejorar el control de la presión arterial y de reducir las necesidades de medicamentos. En ese sentido, el panel apoya las recomendaciones del 2013 Lifestyle Work Group.

- Estas recomendaciones están basadas en la evidencia, pero no son un sustituto para el juicio clínico, y las decisiones del manejo deben considerarse cuidadosamente, incorporando las características y circunstancias clínicas de cada paciente de forma individual.

GRACIAS...