Cambio del umbral diagnóstico de la hipertensión arterial en Latinoamérica

FERNANDO LANAS ZANETTI^{1,a}

¹Profesor Titular, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

^aMD, PhD.

Correspondencia a:

Dr. Fernando Lanas Zanetti

fernando.lanas@ufrontera.cl

Change in the diagnostic threshold of arterial hypertension in Latin America

La guía clínica de hipertensión arterial del American College of Cardiology y del American Heart Association (ACC/AHA) 2017, generó un gran debate y preocupación internacional al establecer 3 cambios mayores en las recomendaciones para el manejo de los hipertensos en Estados Unidos de Norteamérica (USA)¹: 1) Cambiar el criterio diagnóstico de hipertensión de $\geq 140/90$ mmHg a $\geq 130/80$ mmHg; 2) Recomendar estrategias no farmacológicas para el control de hipertensión en quienes tienen presión sistólica entre 130 y 139 mmHg y/o diastólica entre 80 y 89 mmHg, y tratamiento farmacológico a quienes estando en esta categoría, tienen enfermedad cardiovascular aterosclerótica o un riesgo estimado de desarrollarla a 10 años igual o mayor a 10% y 3) establecer como meta terapéutica presiones menores a 130/80 mmHg en la mayor parte de los pacientes. La consecuencia obligada de estas recomendaciones es un aumento de la prevalencia de hipertensión y un aumento del número de pacientes que requieren iniciar terapia farmacológica. Además recomendó iniciar terapia antihipertensiva con 2 fármacos en la mayoría de los pacientes.

Un análisis del impacto de estas recomendaciones en Estados Unidos estima un aumento de prevalencia de la hipertensión desde 31,9% usando los criterios de las Guías previas del *Joint National Committee 7* (JNC7), a 45,6% con las recomendaciones de ACC/AHA 2017. Un 9,4% de la población está en el rango de presiones 130-139/80-89 mmHg y requerirá tratamiento no farmacológico y solo 1,9% el uso de fármacos hipotensores. En quienes están recibiendo tratamiento farmacológico para la presión, 34,4% tiene presión arterial

no controlada usando el criterio del JNC7 y 53,4% con el criterio de la guía ACC/AHA 2017 y requerirían intensificación de la terapia².

La situación epidemiológica de la hipertensión arterial es diferente en América Latina comparada con USA. Las cohortes del Population Urban Rural Epidemiology (PURE) en Argentina, Brasil, Chile y Colombia³ y del Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para el Cono Sur (CESCAS)⁴ en Argentina, Chile y Uruguay, muestran resultados muy consistentes, en sujetos entre 35 y 70 o 75 años, con prevalencia de hipertensión sobre 40%, 40% de desconocimiento de la condición de ser hipertenso, y solo 40% con presión menor a 140/90 mmHg entre aquellos que reciben tratamiento. Si un cambio del criterio diagnóstico de hipertensión agregara 14% a la prevalencia (como ocurrió en USA) y se tuviera que incrementar la terapia en más de 60% de los hipertensos el impacto económico y organizacional en los países de la región sería significativo.

El artículo de Hernández-Vásquez en este número de la Revista Médica de Chile es un aporte importante⁵. Usando los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 del Perú, en esta muestra de 30.682 personas de 18 años o más, con edad promedio de 42,3 años, la prevalencia estandarizada de hipertensión arterial para el Perú, usando la definición del JNC 7 fue 14,4% y según ACC/AHA 2017 fue 32,9%, con aumento promedio de 18,5%, mayor en varones y en algunas zonas del país. Como comentan los autores, este resultado contrasta con las estimaciones de aumento de 8% para Canadá, y los resultados en USA señalados anteriormente, y es más semejante a lo descrito para Japón, Bangladesh y China. Los

autores no proporcionan estimaciones sobre el número de nuevos hipertensos, según la definición ACC/AHA 2017, que debieran usar fármacos y el porcentaje de los hipertensos en tratamiento que debieran intensificar el tratamiento hipotensor. Considerando que el grado de control en América Latina inferior a USA, la proporción de hipertensos en tratamiento que requieren intensificar la terapia debiera superar al 53,4% estimado para ese país.

Las recomendaciones propuestas por la guía ACC/AHA 2017 sobre manejo de la hipertensión arterial en general no han sido seguidas por otras sociedades científicas o Ministerios de Salud, fundamentalmente por considerar que la evidencia en que se fundan es débil. Si la evidencia a futuro confirmara la validez de estas recomendaciones, los países deberán considerar un incremento significativo de la población que deberán tratar y la necesidad de intensificar el tratamiento en más de la mitad de quienes están en tratamiento.

Referencias

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C et al. 2017. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018; 71 (19): e127-e248.
2. Muntner P, Carey RM, Gidding S, Jones DW, Taler SJ, Wright JT Jr, et al. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. *Circulation* 2018; 137 (2): 109-18.
3. Lamelas P, Díaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens* 2019 Apr 5. doi: 10.1097/HJH.0000000000002108.
4. Rubinstein AL, Irazola VE, Calandrelli M, Chen CS, Gutierrez L, Lanas F, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Southern Cone of Latin America. *Am J Hypertens* 2016; 29 (12): 1343-52.
5. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero N, Ruiz-Maza JC, Casas-Bendezú M, et al. ¿Qué representa cambiar el umbral diagnóstico de la hipertensión arterial en Latinoamérica? Guías ACC/AHA 2017 y su aplicación en Perú. *Rev Med Chile* 2019; 147: 545-56.