



Hipertensión: ¿Seguirá siendo la epidemia de este siglo?

Dr. Ángel F. González Caamaño / Febrero 2013

La relación entre hipertensión y riesgo cardiovascular está ya muy establecida, habiéndose determinado por medio de numerosos estudios epidemiológicos a largo plazo en cohortes de miles de personas como en el estudio Framingham.

Diversos estudios¹ confirmaron una fuerte asociación entre cada elevación en la presión sistólica (PAS), diastólica (PAD) y presión del pulso (PP) en el riesgo cardiovascular, lo cual sugiere que la importancia de la PA, como se observó en el Framingham Heart Study, se puede generalizar a la población mundial con diferencias en la dieta y otros factores de riesgo.

Los dos lineamientos más recientes para el tratamiento de la hipertensión, JNC7, ISH y SMH se enfocan en la hipertensión como un problema mayor de atención a la salud.

Variable	Índice de riesgo	IC 95%	Valor de p
PAS < 120	1	Referente	
PAS 120-139	1.48	1.04-2.10	0.0313
SSP 140-159	1.92	1.32-2.80	0.0006
PAS > 159	2.38	1.61-3.50	< 0.0001
Valor de p para la tendencia			
PAD < 7	1	Referente	
PAD 70-79	0.87	0.56-1.35	0.5391
PAD 80-89	1.27	0.85-1.89	0.2493
PAD > 89	1.59	1.02-2.49	0.0418
Valor de p para la tendencia			

Cuadro 1. PAS = presión arterial sistólica; PAD = presión arterial diastólica; PP = presión del pulso; IC = intervalo de confianza; ajustado para la edad, tabaquismo, diabetes, género y colesterol total;

Esta condición afecta aproximadamente a 60 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente a 1.5 billones en todo el mundo. Conforme la población envejece, la prevalencia de hipertensión aumentará todavía más a pesar de que se implementen medidas preventivas amplias y efectivas. Datos recientes del Framingham Heart Study sugieren que los individuos que sean normotensos a la edad de 55 años tengan 90% de riesgo en toda la vida de desarrollar hipertensión.

La relación entre PA y riesgo de eventos ECV es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo; mientras más alta sea la PA, mayor es la probabilidad de ataque cardiaco, insuficiencia cardiaca, ataque vascular cerebral y enfermedad renal.

Otros factores de riesgo y antecedentes de enfermedad	Normal PAS 120-129 PAD 80-84	Normal Alta PAS 130-139 PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grado 3 PAS \geq 180 PAD \geq 110	
Sin otros Factores de riesgo	Riesgo promedio	Riesgo promedio	Riesgo bajo agregado	Riesgo moderado	Riesgo alto agregado	
1-2 Factores de riesgo	Riesgo bajo agregado	Riesgo bajo agregado	Riesgo moderado agregado	Riesgo moderado agregado	Riesgo alto agregado	
3 o mas Factores de riesgo o DOB diabetes	Riesgo moderado agregado	Riesgo alto agregado	Riesgo alto agregado	Riesgo alto agregado	Riesgo muy alto agregado	
CCA	Riesgo alto agregado	Riesgo muy alto agregado	Riesgo muy alto agregado	Riesgo muy alto agregado	Riesgo muy alto agregado	Correlación entre la presión arterial y otros factores de riesgo para determinar el riesgo cardiovascular total de acuerdo con los lineamientos de OMS, JNC7, ISH, Presión ar-
<i>CCA = condiciones clínicas asociadas; DOB = daño a órgano blanco; PAS = presión arterial sistóli-</i>						

Para individuos de 40-70 años de edad, cada incremento de 20 mmHg en la PA sistólica (PAS) o 10 mmHg en la PA diastólica duplica el riesgo de ECV a través de todo el rango de PA desde 115/75 a 185/115 mmHg.

La clasificación de "prehipertensión", introducida en los nuevos lineamientos, reconoce esta relación y señala la necesidad de una mayor educación de los profesionales de atención a la salud y del público para reducir los niveles de PA y para prevenir el desarrollo de hipertensión en la población general.

En estudios clínicos, el tratamiento antihipertensor se ha asociado con reducciones en la incidencia de ataque vascular cerebral con un promedio de 35-40%, infarto del miocardio en 20-28%, e insuficiencia cardiaca en más de 60%.

Se estima que en los pacientes con hipertensión en etapa 1 (PAS 140-159 mmHg y/o PAD de 90-99 mmHg) y más de dos factores de riesgo cardiovascular asociados, logrando una reducción sostenida de 12 mmHg en la PAS por más de

10 años prevendrá una muerte por cada 11 pacientes tratados y una reducción sostenida de 6mmHg de la PAD prevendrá una muerte por cada 8 pacientes tratados. En presencia de ECV o daño a órgano blanco, sólo nueve pacientes requerirían tal reducción de la PA para prevenir una muerte.

De acuerdo con la mayor parte de los lineamientos recientes, las metas del tratamiento para la PA deben ser la máxima reducción en el riesgo total a largo plazo de morbilidad y mortalidad cardiovascular y el logro de un nivel de PA de PAS/PAD£140/90 mmHg o PAS/PAD£130/80 mmHg en pacientes diabéticos.

La carga de la hipertensión se hace más pesada por el desarrollo de daño a órgano blanco en los pacientes hipertensos, con complicaciones como pérdida de la función renal y cambios cardiacos morfológicos, lo cual produce hipertrofia ventricular izquierda e ICC.

Entre los medicamentos antihipertensores, la clase más actualizada y desarrollada es la de los antagonistas del receptor de angiotensina (ARA II). Estos medicamentos demostraron en muchos estudios clínicos los mismos o mejores efectos favorables que los inhibidores de la ECA en condiciones como ICC e insuficiencia renal, y al mismo tiempo mejor seguridad y perfil de tolerabilidad, debido a la ausencia de efectos en la vía de la bradicinina.