

“Nueva puesta al día esta vez con las Guías de Hipertensión arterial mas recientemente publicadas por la ISH (International Society of Hypertension Global Hypertension) , cobra mucho valor esta publicación por que se unifican conceptos y se establece una ruta diagnostica y de tratamiento basados en el concepto de diferentes sociedades a nivel mundial”.

Esta sección ha crecido de forma importante en participación y esperamos continúe en aumento.  
“La actualización en Cardiología es un trabajo y una responsabilidad de todos”.

---

---

## PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA- 01 de Junio de 2020- Boletín 144

# Principales Mensajes de las Guías de Hipertensión Arterial de la ISH en el 2020

---

## 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines

---

Autor de la puesta:

- **Dr. Osmar Alberto Pérez S. MD. Especialista en Medicina Interna y Cardiología- Cardiólogo Clínico de la Fundación Clínica Shaio- Bogotá, Colombia, Máster en proceso en Insuficiencia cardíaca Universidad Rey Juan Carlos, Madri -España, IMAS y Sociedad Española de Cardiología (SEC). Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular e-mail: [osmar.perez@shaio.org](mailto:osmar.perez@shaio.org)**

En esta nueva publicación se refleja el esfuerzo por unificar conceptos de las diferentes sociedades científicas en los diferentes continentes, se hace énfasis en recomendaciones **óptimas** cuando hacen referencia a la mejor evidencia científica documentada y reunida por el panel y **esencial** cuando se emite una recomendación que cumple al menos con los estándares mínimos para ser efectuada y cuando lo óptimo no es posible ( por ejemplo por no disponibilidad).

En la elaboración de estas guías participan miembros casi todos los continentes y de las diferentes sociedades europeas, americanas, suramericanas, africanas y asiáticas, por tanto tienen gran valor a la hora de unificar conceptos.

Recientemente se celebró el día mundial de la Hipertensión arterial(HTA) y se ha resaltado que es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, que produce muchas comorbilidades e impacta en los costos de los sistemas de salud, por esto es importante realizar un adecuado diagnostico y brindar los mejores tratamientos.

### A continuación los 5 principales apartados de esta nueva guía de la ISH:

1. **Definición actual** : Este primer mensaje es crucial! De acuerdo con la mayoría de las guías internacionales como la europea, se diagnostica hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) de una persona en el consultorio o clínica es  $\geq 140$  mm Hg y / o su presión arterial diastólica (PAD) es  $\geq 90$  mmHg después de repetidas evaluaciones.

- Es importante recordar que las anteriores Guías de la AHA 2017 denominaban HTA estadio 1 si la cifra era  $\geq 130/80$  mm Hg , pero para este 2020 se ponen de acuerdo con la visión europea de denominar a ese rango como presión arterial (PA) normal alta y está destinada a identificar a las personas que podrían beneficiarse de las intervenciones como reforzar recomendaciones de estilo de vida saludable y de todas maneras podrían haber pacientes con indicación de recibir tratamiento farmacológico si se clasifica en paciente de muy alto riesgo.

- La hipertensión sistólica aislada definida como una PAS ( $\geq 140$  mmHg) y una PAD ( $< 90$  mmHg) es común en personas jóvenes y ancianos. En individuos jóvenes, incluidos niños, adolescentes y adultos jóvenes, la hipertensión sistólica aislada es la forma más común de hipertensión esencial. Sin embargo, también es particularmente común en los ancianos, en quienes refleja la rigidez de las arterias grandes con un aumento en la presión del pulso.
- Es importante aclarar que esta guía al igual que las últimas guías europeas recomiendan hacer el diagnóstico con tensiómetros digitales calibrados pues son los que la evidencia más recomienda actualmente, superando al método clásico auscultatorio el cual quedaría como alternativa pero ya no es primera línea.

## 2. Clasificación:

<b>Clasificación de la hipertensión arterial (HTA) según la medición de la presión arterial (PA) en el consultorio</b>			
Categoría	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mm Hg)
PA Normal	$< 130$	y	$< 85$
PA Normal - Alta	130–139	y/o	85–89
HTA Grado 1	140–159	y/o	90–99
HTA Grado 2	$\geq 160$	y/o	$\geq 100$

Adaptado y traducido de:

Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.Epub 2020 May 6.

<b>Criterios de hipertensión arterial (HTA) basadas en la consulta, en el Monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y en la Automedición de la presión arterial domiciliaria (AMPA)</b>	
	Sistólica/diastólica, mm hg
PA en Consulta	$\geq 140$ y/o $\geq 90$
MAPA	
Promedio de 24 horas	$\geq 130$ y/o $\geq 80$
Promedio Diurno	$\geq 135$ y/o $\geq 85$
Promedio Nocturno	$\geq 120$ y/o $\geq 70$
AMPA	$\geq 135$ y/o $\geq 85$

Adaptado y traducido de:

Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.Epub 2020 May 6.

### 3. Diagnóstico:

- Habitación tranquila con temperatura confortable.
- Antes de las mediciones: evite fumar, cafeína y ejercicio durante 30 minutos; vejiga vacía permanezca sentado y relajado durante 3 a 5 min.
- Ni el paciente ni el personal deben hablar antes, ni durante las mediciones.
- El paciente debe estar sentado: el brazo descansa sobre la mesa con la mitad del brazo al nivel del corazón; respaldo apoyado en la silla; piernas sin cruzar y pies planos en el piso.
- Se debe realizar con Dispositivo de brazalete electrónico validado (oscilométrico). Las listas de dispositivos electrónicos precisos para la medición de la PA en el consultorio, el hogar y la cirugía ambulatoria en adultos, niños y mujeres embarazadas están disponibles en [www.stridebp.org](http://www.stridebp.org)
- **Alternativamente**, se puede usar un dispositivo con el método auscultatorio clásico adecuadamente calibrado (aneroide o híbrido, ya que los esfigmomanómetros de mercurio están prohibidos en la mayoría de los países), identificando el primer sonido de Korotkoff para la presión arterial sistólica y el quinto para la diastólica.
- El Tamaño del Brazalete debe seleccionarse según la circunferencia del brazo del individuo (el manguito más pequeño sobreestima y el manguito más grande subestima la presión arterial).
- Para los dispositivos de auscultación manual, el brazalete debe cubrir del 75% al 100% de la circunferencia del brazo del individuo. Para dispositivos electrónicos, use los puños de acuerdo con las instrucciones del dispositivo.
- En cada visita, se deben tomar 3 medidas con 1 minuto entre ellas. Deseche la primera y Calcule el promedio de las últimas 2 mediciones. Si la PA de la primera lectura es <130/85 mm Hg, no se requiere ninguna otra medición.
- La presión arterial en 2 a 3 visitas al consultorio  $\geq 140 / 90$  mm Hg indica hipertensión, o si es  $\geq 180 / 110$  mm Hg con evidencia de enfermedad cardiovascular se podría diagnosticar desde la primera visita.

### 4. Tratamiento general:

#### Metas del tratamiento:

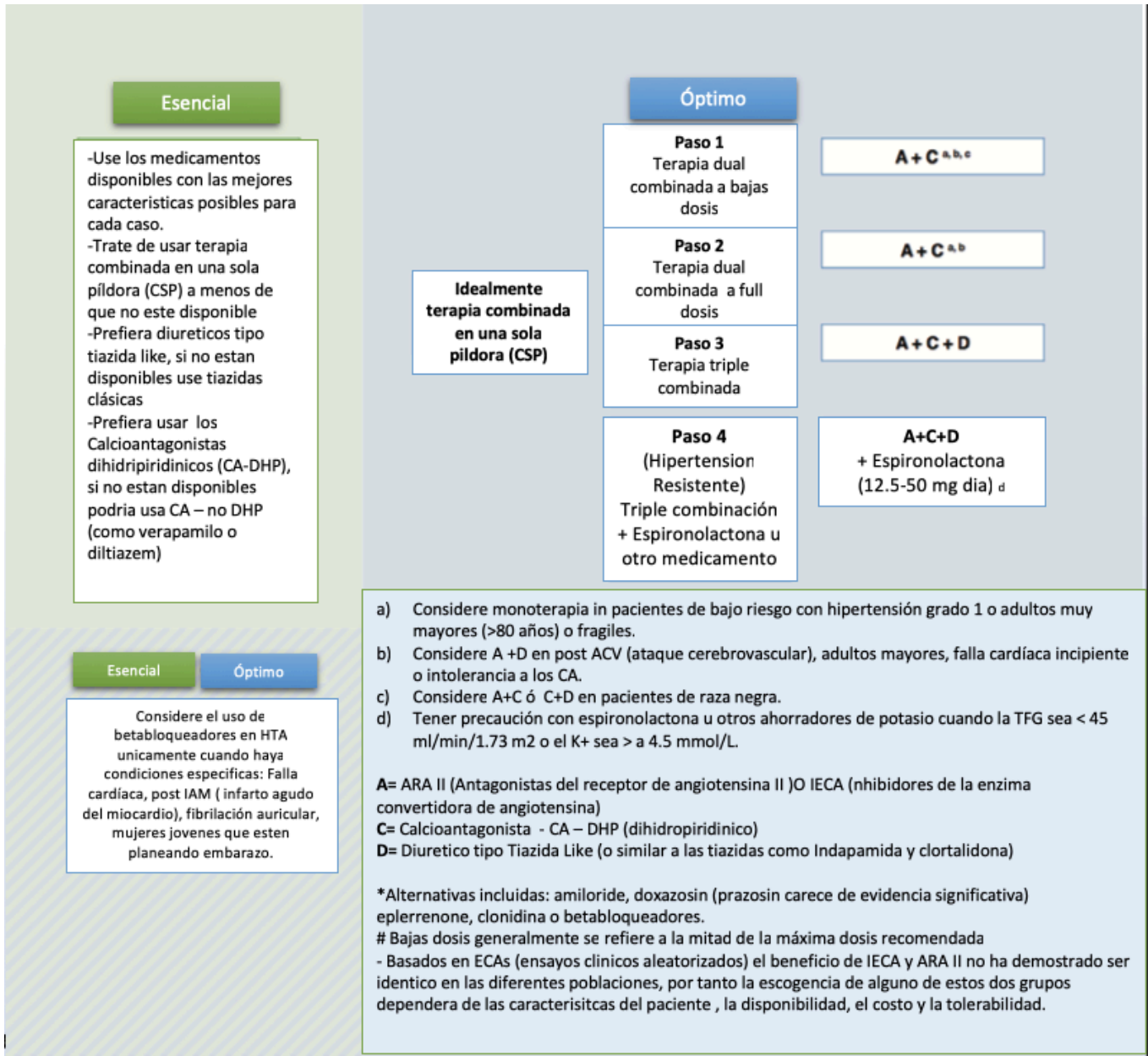
##### ○ Esencial:

- Reducir la presión arterial al menos 20/10 mm Hg para lograr idealmente <140/90 mm Hg

##### ○ Optimo:

- < de 65 años la PA objetivo es: < de 130/80 mm Hg si lo tolera pero no menos de 120/70 mm Hg
- > de 65 años la PA objetivo es: < de 140/90 mm Hg si lo tolera pero individualizar cada caso, evaluar fragilidad, independencia, funcionalidad y el contexto del paciente

- Una vez se instaure manejo, se evaluara la meta al menos cada 3 meses.



**Algoritmo principal para el Tratamiento en el 2020: Adaptado y traducido de:  
 Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.Epub 2020 May 6.**

### 5. Tratamiento Según comorbilidades:

- **Hipertensión y enfermedad arterial coronaria (EAC)**
- Existe una fuerte interacción epidemiológica entre la EAC y la hipertensión que representa el 25% -30% de los infartos agudos de miocardio.
- Se recomiendan cambios en el estilo de vida (dejar de fumar, dieta y ejercicio).
- Metas: La PA debe reducirse si  $\geq 140 / 90$  mm Hg y tratarse a un objetivo  $< 130/80$  mm Hg ( $< 140/80$  en pacientes de edad avanzada).
- El manejo debe incluir: **A o B** (betabloqueantes) independientemente de los niveles de PA con o sin **C**.
- Todos deben tener tratamiento hipolipemiente con un objetivo de LDL-C ideal  $< 55$  mg /dL.

- El tratamiento antiplaquetario con ácido acetilsalicílico recomendado rutinariamente en estos pacientes.

#### • Hipertensión y ataque cerebrovascular previo

- La hipertensión es el factor de riesgo más importante para el accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico.
- Meta: La PA debe reducirse si  $\geq 140 / 90$  mm Hg y tratarse a un objetivo  $< 130/80$  mm Hg ( $< 140/80$  en pacientes de edad avanzada) .
- Tratamiento: **A+ C** o **A + D** son medicamentos de primera línea.
- El tratamiento hipolipemiante es obligatorio con un LDL-C objetivo  $< 70$  mg / dL.
- El tratamiento antiplaquetario se recomienda habitualmente para el accidente cerebrovascular isquémico, pero no para el accidente cerebrovascular hemorrágico.

#### • Hipertensión e insuficiencia cardíaca (IC)

- La hipertensión es un factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr) y con fracción de eyección preservada (ICFEp). El resultado clínico es peor y la mortalidad aumenta en pacientes hipertensos con insuficiencia cardíaca.
- Se recomiendan cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio) como a todos los grupos.
- La PA debe reducirse si  $\geq 140 / 90$  mmHg y tratarse a objetivo  $< 130/80$  mm Hg pero  $> 120/70$  mm Hg.
- Manejo con **A+ B ( betabloqueantes)+ ARM** (antagonistas de los receptores de mineralocorticoides) son efectivos para mejorar el resultado clínico en pacientes con ICFEr establecida, mientras que para los diuréticos, la evidencia se limita a la mejoría sintomática.

- Los Calcioantagonistas solo están indicados en caso de no lograr la meta de PA y deberían ser CA-DHP.

- El inhibidor de la angiotensina-inhibidor de neprilisina (ARNI; sacubitril-valsartán) está indicado para el tratamiento de ICFEr como alternativa a los inhibidores de la ECA o los ARA II.

#### • Hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC)

- La hipertensión es un factor de riesgo importante para el desarrollo y la progresión de la albuminuria y cualquier forma de ERC.
- Una TFG más baja se asocia con hipertensión resistente, hipertensión enmascarada y presión arterial elevada durante la noche.  
valores.
- La PA debe reducirse si  $\geq 140 / 90$  mm Hg y tratarse para un objetivo  $< 130/80$  mm Hg ( $< 140/80$  en pacientes de edad avanzada) .
- Los inhibidores de IECA y ARA II son medicamentos de primera línea porque reducen la albuminuria además de lograr adecuado control de la PA. Se pueden agregar **C** y **D** (diuréticos de asa si la TFG  $< 30$  ml / min /  $1.73m^2$ ) .
- Debe medirse siempre la TFG, la microalbuminuria y electrolitos en sangre de forma frecuente.

## • HTA y Diabetes

- La PA debe reducirse si  $\geq 140 / 90$  mmHg y tratarse con un objetivo  $< 130/80$  mmHg ( $< 140/80$  en pacientes de edad avanzada) .
- La estrategia de tratamiento debe incluir **A+ C o A + D**
- El tratamiento debe incluir una estatina y lograr metas de reducción de LDLc (menor a 70 mg / dL. o menor a 100 mg / dL, según la presencia o ausencia complicaciones de la diabetes o de daño de órgano)
- El tratamiento debe incluir tratamiento para la reducción de glucosa y de los lípidos de acuerdo a las guías actuales de manejo.

### Conclusiones:

- Se mantiene la clasificación propuesta por los europeos (HTA grado 1 si es  $> a 140/90$  mm Hg) y no se apoya la clasificación propuesta en AHA 2017 (definía HTA grado 1 si era  $> a 130/80$  mm Hg)
- En el diagnóstico prevalecen los dispositivos electrónicos calibrados y avalados según: [www.stridebp.org](http://www.stridebp.org)
- El inicio del tratamiento depende de un diagnóstico correcto, donde cada vez se favorecen mas los métodos ambulatorios como MAPA y AMPA.
- Los objetivos del tratamiento dependen de la edad, las comorbilidades, las condiciones y el riesgo del paciente.
- El tratamiento inicia siempre con la promoción de estilos de vida saludable como el pilar fundamental: actividad física 30 -60 minutos 5 a 7 días de la semana, bajo consumo de sal, abandono del cigarrillo, una dieta adecuada (rica en frutas y vegetales), etc.
- El manejo farmacológico en general se hace como indica el algoritmo principal del tratamiento, sin embargo se debe individualizar de acuerdo a las comorbilidades del paciente.
- En el manejo farmacológico para fortalecer la adherencia y disminuir la polifarmacia se deben favorecer las terapias combinadas en una sola píldora (CSP).
- Aunque siempre habrá que individualizar y existen poblaciones diferentes, es importante unificar las clasificaciones y recomendaciones de las diferentes guías internacionales, para así lograr un mejor diagnóstico y manejo de esta enfermedad tan importante.

### Referencia:

- Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.Epub 2020 May 6.

Palabras clave:

Hipertension arterial, Guías de práctica clínica, metas, diagnóstico, tratamiento.

---

#### EDITOR:

- Osmar Alberto Pérez Serrano. MD.
- Especialista en Cardiología, y Medicina Interna, Universidad el Bosque, Cardiólogo de la Fundación Clínica Shaio, Bogotá
- Cardiólogo Clínico de Los Cobos Medical Center
- Médico y cirujano de la Universidad el Bosque, Bogotá
- Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
- Miembro del Capítulo de Falla Cardíaca, Trasplante Cardíaco e Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Colombiana de Cardiología
- ESC (European Society of Cardiology) Professional Member
- Miembro Asociado de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- Master- Postgrado Universitario en proceso en Insuficiencia Cardíaca, Universidad Rey Juan Carlos , Madrid España, IMAS y Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- Master Universitario en proceso Epidemiología y Salud Pública, Universidad Internacional de Valencia, España
- Cardiólogo clínico, Fundación Clínica Shaio
- Cardiólogo del Instituto de Investigación Clínica Endocare, Bogotá
- Miembro del grupo de Investigación clínica, Fundación Clínica Shaio
- Coordinador de la Sección: "Puesta al Día" de la SCC
- Profesor asociado de la Universidad El Bosque (Bogotá) Profesor asociado de la Universidad de La Sabana (Bogotá)

