

## Hipertensión arterial nivel 1 y riesgo cardiovascular bajo: ¿Solamente tratamiento no farmacológico de inicio?

### Dr. Rodrigo Sabio

Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital SAMIC de Alta Complejidad El Calafate.  
Presidente del distrito Austral de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

### Dr. Pablo Bertone

Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología del Hospital Artemides Zatti. Médico Cardiólogo del Centro Mutual Valle Inferior (AMVI) Viedma, Rio Negro.

#### A favor: Dr. Pablo Bertone

Actualmente hay una buena concordancia entre las guías de manejo de hipertensión arterial (HTA) de la Sociedad Internacional de Hipertensión publicadas en el año 2020 y el consenso argentino de HTA publicado en 2018 (SAHA-SAC-FAC) donde se recomienda, luego de constatar HTA sostenida y realizar una evaluación global del riesgo cardiovascular del paciente hipertenso con ausencia de evidencia de daño de órgano blanco y cuyas cifras tensionales estén dentro de la categoría 1 de HTA (140-159/90-99 mmHg), que se indique en forma sistemática y primera instancia modificaciones en el estilo de vida que tengan como objetivos promover el cese tabáquico, la moderación en el consumo de alcohol, hábitos dietarios saludables que incluyan un descenso en la ingesta de sodio y promover la actividad física regular. Estas medidas y sus efectos deben ser reevaluadas en un plazo sugerido de 6 meses para considerar el inicio de tratamiento farmacológico ante la persistencia de cifras elevadas de presión arterial o cambios en el riesgo cardiovascular. La mayoría de estas medidas son firmemente promovidas por los organismos internacionales por su impacto en el control de varios factores de riesgo cardiovascular tal como indica la OMS en su reporte 2020 sobre su recomendaciones sobre el impacto de la actividad física a personas con patologías crónicas como la HTA. También es de destacar que teniendo en cuenta los datos del estudio RENATA 2, donde la edad promedio de la muestra poblacional seleccionada fue de  $43 \pm 17$  años, un gran porcentaje de los pacientes que cumplan estas condiciones de bajo riesgo e HTA nivel 1 se enfrentarán a este diagnóstico en etapas tempranas/medianas de su vida adulta y que su condición de bajo riesgo los favorece estadísticamente con una buena expectativa de vida. De esta manera se infiere que hay un gran potencial de beneficio individual y poblacional en que este grupo de pacientes identifiquen como pilar y base de su tratamiento

estos cambios en el estilo de vida y no como un mero “ayudante” de un tratamiento farmacológico que de acuerdo a las guías de práctica se consideraría prematuro ante la falta de evidencia de beneficio a largo plazo en el pronóstico cardiovascular y de los efectos de un tratamiento farmacológico en este grupo de pacientes.

#### En contra: Dr. Rodrigo Sabio

Un tema que ha generado controversias en la prevención cardiovascular es si la hipertensión arterial (HA) nivel I (140–159/90–99 mm Hg) con riesgo cardiovascular (RCV) global absoluto bajo debe tratarse inicialmente con cambios en el estilo de vida, sin ofrecer además un tratamiento farmacológico.

En principio, debería plantearse que el generalizar esta recomendación podría no ser adecuado en todos los casos, en función de las bajas tasas de control de la población con hipertensión arterial que existen actualmente. Entre los motivos que podrían plantearse y merecen analizarse se encuentran, la pérdida de oportunidad de tratamiento, la baja adherencia y la persistencia en los cambios en el estilo de vida (aun menor que para el tratamiento farmacológico) y la existencia de barreras para la implementación de estas medidas en poblaciones vulnerables o de bajo nivel socioeconómico. Por otro lado, las limitaciones en la valoración del riesgo cardiovascular absoluto en personas jóvenes, podrían conducir a una sub estimación del RCV en estos pacientes, obviando recursos fundamentales para el control de la PA a lo largo del tiempo y con un riesgo acumulado que debería ser tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

En cuanto a la pérdida de oportunidad de tratamiento, debemos tener presente que dependiendo de diversos factores psicosociales,



muchos pacientes no concurrirán nuevamente a la consulta por diversos motivos, entre ellos al tratarse de una condición crónica y asintomática en donde no identifican la necesidad de re consulta, por lo que el momento de iniciar y guiar el tratamiento farmacológico desde el momento del diagnóstico podría ser fundamental, considerando que esta pérdida de oportunidad inicial no sería razonable en función de las bajas tasas de control en HA. El recomendar en forma generalizada dentro de los algoritmos terapéuticos en el grupo de pacientes mencionado, la opción de no iniciar en primera medida el tratamiento farmacológico asociado a los cambios en el estilo de vida podría incluso contribuir a la inercia clínica, la cual es observada como una de las principales causas del control deficitario en HA.

Si bien los cambios en el estilo de vida son un eje fundamental en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial, los mismos sin la utilización de tratamiento farmacológico suelen ser insuficientes para lograr las metas terapéuticas en estos pacientes, o no sostenerse en el tiempo.

Por otra parte, la adherencia a los cambios en el estilo de vida es en general muy baja y en algunas poblaciones vulnerables o en países de bajos ingresos puede ser difícil adquirir los hábitos nutricionales sugeridos; por lo que la dilación del inicio de tratamiento farmacológico en estos pacientes podría no ser una estrategia apropiada.

A modo de conclusión, debería enfatizarse la necesidad de individualizar la decisión de ofrecer solamente cambios en el estilo de vida por un periodo de tiempo limitado en este grupo de pacientes, teniendo en cuenta la variabilidad de factores clínicos y psicosociales y evitar el retraso en el inicio del tratamiento farmacológico.

## Lecturas recomendadas

Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, et al. Registro nacional de hipertensión arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la argentina. Estudio Renata 2. Rev Argent Cardiol. 2017;85(4):340-346. doi:10.7775/rac.v85.i4.11061.

Morales Salinas A, Coca A, Olsen MH, et al. Clinical Perspective on Antihypertensive Drug Treatment in Adults With Grade 1 Hypertension and Low-to-Moderate Cardiovascular Risk: An International Expert Consultation. Curr Probl Cardiol. 2017 Jul;42(7):198-225. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2017.03.001.

Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. 2018

Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International society of hypertension global hypertension practice guidelines. J Hypertens.2020;38(6):982-1004. doi:10.1097/HJH0000000002453

Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization-2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986>.

Dempsey PC, Friedenreich CM, Leitzmann MF, et al. Global Public Health Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior for People Living With Chronic Conditions: A Call to Action. 2021. doi:10.1123/jpah.2020-0525.

