

# Revista Española de Cardiología

## Lo mejor de AHA 17: guías de hipertensión, ¿dónde están los límites?

<https://secardiologia.es/multimedia/blog/rec/9052-guias-de-hipertension-aha-acc-2017-donde-estan-los-limites>

Se han presentado en las sesiones científicas AHA 17 las nuevas guías de hipertensión de la AHA/ACC, que suponen un cambio sustancial desde 2004, y que se han publicado tanto en *Hypertension* como en *JACC*.

En primer lugar, destaco algunas cifras sobre su elaboración para entender la magnitud del trabajo que tienen detrás:

- 21 autores de 9 organizaciones distintas.
- 38 revisores del documento.
- Revisión de más de 900 estudios.
- Versión definitiva de 481 páginas.
- 15 secciones con 106 recomendaciones.

Incluyen una nueva definición de hipertensión y aquí es donde empezará la polémica al respecto de dónde están los límites, olvidaros de que hipertensión era tener más de 140/90, olvidaros de qué era eso de prehipertensión (que personalmente creo que no había triunfado mucho), las **nuevas definiciones** son las siguientes:

- Tensión arterial (TA) normal: < 120/< 80 mmHg.
- Tensión arterial elevada TAS > 120-129 mmHg y TAD < 80 mmHg.
- Hipertensión estadio 1: TAS 130-139 mmHg o TAD 80-89 mmHg.
- Hipertensión estadio 2: TAS > 140 mmHg o TAD > 90 mmHg.

Por lo tanto, el nuevo límite para ser hipertenso es tener más de 130/80 mmHg. Este cambio se ha justificado en parte por el estudio SPRINT, pero también por una interesante revisión sistemática que acompaña las guías de 157 páginas aproximadamente, empleando datos de la literatura, se justifica la existencia de una clara asociación con el riesgo de infarto, ictus o muerte ya a partir de 120-129 mmHg / 80-89, y mucho mayor cuando es de > 130 mmHg y > 90 mmHg.

Esto ha levantado una polvareda desde el minuto 1, ya que implica que a día de **hoy unos 100 millones de americanos pasarían a ser hipertensos** (la mitad de la población adulta), lo que supone un incremento del 14 % respecto a lo estimado con los límites de JNC7.

Algunas cifras más: **en menores de 45 años la cifra de hipertensos varones se triplicaría y en mujeres se duplicaría, entre 55-75 años habría un 75 % de varones hipertensos.**

En cuanto al tratamiento, se emplea la herramienta de cálculo de riesgo ASCVD (por sus siglas en inglés Atherosclerotic Cardiovascular Disease) que descubrimos con la guías AHA de prevención, nada válida como sabemos en población europea para decidir la estrategia. Así, para el estadio de TA elevada se va a dar mucha importancia a las terapias no farmacológicas, que deberían ser suficientes para conseguir el objetivo de tensión arterial en esa situación.

Otro aspecto que nos preguntamos es cuál debe ser el objetivo a alcanzar y si es el mismo para todos sean diabéticos o no, tengan enfermedad renal crónica o no o incluso una edad mayor de 65 años. El nuevo objetivo es una TA sistólica < 130 mmHg y una diastólica <80 mmHg.

Evidentemente aquí solo mencionamos los titulares pero estamos ante una guía amplia que analiza y detalla múltiples aspectos de interés como hipertensión de bata blanca, hipertensión enmascarada, hipertensión en diferentes razas/etnias, hipertensión secundaria, hipertensión resistente o el manejo de la tensión arterial con distintas comorbilidades, así como cómo se deben realizar las mediciones de TA o cómo se inicia el tratamiento.

Se abre el debate de dónde están los límites, y un poco en broma si me lo permitís, como han dicho algunos cardiotuiteros: “los 130/80 son los nuevos 140/90”. En resumen, mucho para leer y mucho para discutir. De nuevo tenemos una guía polémica como fue la de los lípidos, que busca no generar indiferencia, aplicando el viejo adagio «es bueno que hablen de uno aunque sea para mal».