

2017
**ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NM
A/PCNA GUIDELINE FOR THE PREVENTION,
DETECTION, EVALUATION, AND MANAGEMENT OF
HIGH BLOOD PRESSURE IN ADULTS.**

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 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. *Hypertension*. 2017;:e–e.

<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

Se esperaba esta guía de manejo de la hipertensión arterial, completa y detallada, pero con controversias aún por resolver. Probablemente los puntos más relevantes sean:

1. **La nueva clasificación de HTA** sistólica y diastólica: Normal < 120mmHg y < 80mmHg, elevada 120-129mmHg y < 80mmHg; HTA estadio 1 130-139mmHg ó 80-89mmHg; HTA estadio 2 \geq 140mmHg ó \geq 90mmHg.
2. La técnica recomendada para toma de la PA en el consultorio: método automático sin presencia del personal de salud. 2 tomas y en 2 momentos separados (mínimo 7 días).
3. Los niveles de referencia para la monitoria ambulatoria de la PA (MAPA) también cambian y ahora se consideran: PROMEDIO 24hr: < 125/75; PROMEDIO DÍA: < 130/80; PROMEDIO NOCHE: < 110/65. El diagnóstico de fenómeno de bata blanca o HTA enmascarada se establece mejor con el promedio de la monitoria en casa de la presión arterial (MCPA) o el promedio día del MAPA: \geq 130/80 mmHg significa HTA.
4. En el grupo de HTA estadio 1, define el manejo farmacológico inicial (siempre en el contexto de manejo no farmacológico y medidas de prevención) si el paciente tiene un SCORE PANEL 2013 \geq 10% (Para Colombia, groseramente extrapolaríamos este valor a un Framingham x 0,75 \geq 10% pero debería validarse mejor en nuestra población).
5. En el grupo HTA estadio 2 recomiendan inicio farmacológico idealmente dual. No hay marcadas diferencias para el inicio del medicamento entre los grupos, en general se acepta diuréticos (clortalidona predominantemente), calcioantagonistas e IECA/ARA2.
6. Esto aplica tanto a menores de 80 años como en mayores de 80 años sin embargo, debe individualizarse la presencia de fragilidad, comorbilidades y polifarmacia.
7. La meta básicamente en todos los pacientes es < 130/80mmHg.
8. Detectar más pacientes, seguirlos mejor y llegar a las metas probablemente sea el objetivo primordial de este consenso

Estamos procesando la información de la guía, es de recordar que es una guía americana y nosotros tendemos a adaptarla a nuestra población.

Referencia:

<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

EDITOR

Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FACC

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow American College of Cardiology

Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor universitario, Universidad Libre, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio, España.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología y Diagnóstico No Invasivo, Clínica Amiga, Cali, Colombia.

Director Científico, Clínica Castellana, Cali, Colombia

noviembre 28, 2017