

# Nueva guía de hipertensión arterial en Argentina

New hypertension guideline in Argentina

Alcauz A et al. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019

## Comentado de:

Alcauz A. et al. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019.<sup>1</sup>

## Introducción

A fines de 2019 se lanzó la Primera Guía de Práctica Clínica para el control de la Hipertensión Arterial (HTA) en el país<sup>1</sup>. Esta guía surge del esfuerzo colaborativo de la Secretaría de Salud

de Gobierno de la Nación Argentina y las sociedades científicas locales, siguiendo una metodología rigurosa para su elaboración, siendo éstas enmarcadas con el enfoque GRADE para la valoración de la confianza de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. A continuación se resumen las recomendaciones clave (ver Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones clave de la guía.

Recomendación clave	Fuerza de recomendación (confianza en la evidencia)
Se recomienda a toda la población realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada (en sesiones no menores a 30 minutos) para reducir el riesgo de desarrollar HTA.	Recomendación fuerte (confianza moderada)
Se recomienda en personas adultas (de 18 años o más), el rastreo de HTA con toma de presión arterial en consultorio para diagnóstico temprano y prevención de eventos cardiovasculares y muerte.	Recomendación fuerte (confianza alta)
En personas adultas con HTA se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con dosis media de alguna de las siguientes opciones, para lograr el control de la presión arterial, la reducción de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, mortalidad cardiovascular y global: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II), antagonistas cálcicos del grupo dihidropiridinas (AC-D), diuréticos del grupo tiazida (TZ), betabloqueantes (BB) en adultos menores de 60 años.	Recomendación fuerte (confianza alta)
En personas adultas con HTA, que hayan iniciado monoterapia farmacológica con dosis media, tengan buena adherencia al tratamiento y no alcancen la meta de control de presión arterial al mes, se recomienda asociar un segundo fármaco a dosis baja o media.	Recomendación fuerte (confianza alta)
Se recomienda como conducta general en el tratamiento de personas con HTA, no asociar IECA con ARA II por el elevado riesgo de efectos adversos.	Recomendación fuerte (confianza moderada)
En personas con HTA que se encuentren recibiendo dos fármacos a dosis baja o media, tengan buena adherencia al tratamiento y no alcancen la meta de control de presión arterial al mes, se recomienda cualquiera de las siguientes opciones: adicionar un tercer fármaco, duplicar la dosis de uno de los fármacos, duplicar la dosis de los 2 fármacos. Las combinaciones de tres fármacos preferidas son: ARA II + AC-D + diurético TZ, o IECA + AC-D + diurético TZ.	Recomendación fuerte (confianza moderada)
En personas con HTA que se encuentren recibiendo tres fármacos a dosis bajas o medias, tengan buena adherencia al tratamiento y no alcancen la meta de control de presión arterial al mes, se recomienda intensificar progresivamente el tratamiento, a intervalos mensuales, hasta lograr metas o hasta alcanzar el uso de los tres fármacos a dosis altas.	Recomendación fuerte (confianza moderada)
Los IECA o ARA II son: - Desaconsejados en mujeres adultas de edad fértil y contraindicados en embarazadas. - Recomendados en personas adultas con diabetes mellitus. En el caso de necesitar adicionar un segundo fármaco se recomienda el uso de AC-D o diuréticos TZ.	Recomendación fuerte (confianza moderada-alta)

Continued on next page

Table 1 continued

Recomendación clave	Fuerza de recomendación (confianza en la evidencia)
En personas adultas con HTA que presentan enfermedad renal crónica no diabética se recomienda incluir un IECA o ARAII como terapia antihipertensiva de inicio y mantenimiento.	Recomendación fuerte (confianza alta)
En personas adultas con HTA y enfermedad coronaria sin deterioro de función ventricular, se recomienda utilizar como primera línea de tratamiento antihipertensivo BB, IECA o ARAII.	Recomendación fuerte (confianza moderada)
En personas adultas con HTA de 18 años o más, se recomienda realizar dentro del año de diagnóstico: electrocardiograma, determinación de filtrado glomerular (IFGe) e índice albúmina/creatinina en muestra de orina aislada, para valorar la presencia de daño de órgano blanco.	Recomendación fuerte (confianza alta)
En personas con HTA de 18 años o más que al diagnóstico o durante el seguimiento, presenten alguna de las siguientes alteraciones: -Albuminuria igual o mayor a 30 mg/g -Deterioro del filtrado glomerular (IFGe) por debajo de 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup> -ECG que sugiere daño de órgano blanco Se recomienda realizar un ecocardiograma para aumentar la precisión diagnóstica y cuantificar el daño	Recomendación fuerte (confianza moderada)
En personas con HTA de 18 años o más, con daño de órgano blanco, se recomienda ajustar el tratamiento antihipertensivo con metas más estrictas cercanas a 130/80 mmHg; repetir ECG, IFGe e índice albúmina/creatinina en muestra de orina aislada 1 vez al año y ecocardiograma cada 2 a 3 años.	Recomendación fuerte (confianza moderada)

Tabla 2. Evaluación por el instrumento AGREE II.

Dominio del AGREE II	Evaluación cualitativa
Alcance y objetivo	El objetivo general y la población diana están específicamente detallados. No se describen los resultados esperados en relación a los aspectos de salud abordados.
Participación de los implicados	Se especifican los profesionales de distintas áreas que intervinieron en la elaboración de la guía, su especialidad, institución y rol en el desarrollo de la misma. Se tuvieron en cuenta las preferencias de la población diana en cuanto al diagnóstico, opciones de tratamiento y seguimiento, a partir de estudios internacionales detallados en el anexo 6, sin embargo no se exploraron las preferencias en relación a los umbrales para iniciar el tratamiento o metas terapéuticas. Así mismo incluyen estrategias para la implementación de la misma, detalladas en el anexo 7, pero al día de la fecha, no se encuentra un resumen ejecutivo de la misma.
Rigor en la elaboración	La guía incluye la descripción del proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones, y el plazo en el cual se actualizara la guía. No obstante no se especifican las siguientes cuestiones: -Criterios de inclusión/exclusión de evidencia (ausencia de una sección específica destinada a esto) -Enlace entre las recomendaciones y las tablas de resumen de hallazgos -Métodos de evaluación de la validez externa
Claridad en la presentación	La información presentada es clara, concisa y de fácil interpretación. Además, las recomendaciones claves son identificadas sin dificultad.

Continued on next page

Table 2 continued

Dominio del AGREE II	Evaluación cualitativa
Aplicabilidad	Se proporciona herramientas para la implementación práctica de las recomendaciones. Sin embargo, no se describen sistemáticamente las barreras para la aplicación de la guía, no profundiza sobre las implicancias económicas de las recomendaciones ni presenta información clara respecto al monitoreo y auditoría de la implementación de las recomendaciones.
Independencia editorial	La guía declara que la entidad financiadora no tuvo influencia en el contenido de la misma. También, incluye el abordaje de los conflictos de intereses de los miembros elaboradores de la guía.

## Comentario

Según el instrumento AGREE II<sup>2</sup> (ver Tabla 2) la guía presenta limitaciones menores en su desarrollo y reporte. Como se mencionó en otros análisis de *Evidencia*, es importante que exista una versión resumida de la guía para su mayor diseminación entre los profesionales de la salud. En relación a la recomendación de realizar ecocardiograma en personas con HTA y rastreo de albuminuria o deterioro de filtrado glomerular o ECG alterado, se arguye que el agregado de este estudio aumenta la precisión diagnóstica, sin embargo la evidencia de apoyo provista por la guía indica que esto sólo sería cierto en el caso de ECG alterado. En una comunicación personal con el equipo desarrollador de la guía, este comentó que se modificará la misma en los documentos de implementación.

A diferencia de otros documentos nacionales, como el Consenso Argentino de Hipertensión Arterial<sup>3</sup> la nueva guía nacional tiene un desarrollo metodológico exhaustivo. La nueva guía comparte las metas terapéuticas y umbrales diagnósticos, sin embargo en el apartado de urgencia y emergencia hipertensiva, no sólo presenta más información sobre sus definiciones, sino que también indica la recomendación de realizar un manejo ambulatorio con antihipertensivos orales debido a que su atención en los servicios de urgencias no disminuiría los eventos cardiovasculares (ECV) mayores dentro de los seis meses comparado con el manejo ambulatorio.

En relación a la guía de la Sociedad Americana del Corazón (*American Heart Association, AHA*)<sup>4</sup>, encontramos que la nueva guía nacional pone énfasis en la detección y el tratamiento de factores psicosociales concomitantes como el estrés, la ansiedad y la depresión con el fin de reducir el riesgo de ECV. Las opciones farmacológicas son similares, sin embargo la guía de la AHA no incluye a los betabloqueantes dentro de los fármacos de primera línea, si bien la guía nacional aclara que éstos reducen menos los eventos cerebrovasculares a partir de los 60 años y poseen indicaciones específicas, como la enfermedad coronaria. Una de las diferencias más destacables que presenta la nueva guía con respecto a la guía de la AHA es el punto de corte para el diagnóstico de hipertensión, fijado en valores promediados (de al menos dos tomas) de presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg en al menos dos consultas realizadas en diferentes días. Sin embargo, según la guía de la AHA estos valores corresponden a HTA grado 2, mientras que los límites para definir hipertensión arterial grado 1 son PAS  $\geq 130$  mmHg y/o PAD  $\geq 80$  mmHg. Asimismo, las guías difieren en las metas terapéuticas. La guía nacional establece que personas adultas con HTA, tienen como objetivo terapéutico primario valores de presión arterial en consultorio menores a 140/90 mmHg, sugiriendo considerar valores de presión arterial en consultorio cercanos a 130/80 mmHg en aquellas personas del mismo rango etario pero que presenten: alto riesgo de ECV, y bajo riesgo de efectos adversos. En el caso de personas con HTA de 80 años o más que inicien tratamiento antihipertensivo, se recomienda como objetivo terapéutico primario valores de presión arterial en consultorio menores a 150/90 mmHg para reducir la morbilidad asociada a esta patología. Por su parte, la guía de la AHA recomienda un objetivo tensional  $< 130/80$  mmHg en adultos con HTA confirmada y enfermedad cardiovascular conocida o un riesgo de ECV  $\geq 10\%$ ; e indica como razonable "buscar un objetivo tensional  $< 130/80$  mmHg en adultos con HTA confirmada pero sin marcadores adicionales de incremento en riesgo de ECV. En el caso de personas mayores de 65 años recomienda un objetivo de PAS  $< 130$  mmHg.

En relación a la guía de la Sociedad Europea de Cardiología (*European Society of Cardiology, ESC*)<sup>3,5</sup>, ésta recomienda el uso de dos fármacos al inicio del tratamiento a diferencia de la nueva guía nacional la cual sugiere iniciar con un solo fármaco y agregar otro en el caso de que la monoterapia fracase. Otra diferencia que podemos encontrar en ambas guías es que la guía ESC hace hincapié en el riesgo de ECV y la mayoría de las recomendaciones se realizaron sobre la base de éste y no sólo en los valores de HTA. En cuanto al diagnóstico, si bien se comparte el umbral, la guía de la ESC no determina una cantidad específica de mediciones para el diagnóstico de HTA a diferencia de la guía argentina en la cual se menciona que deben ser dos tomas alteradas separadas. Como metas terapéuticas la guía de la ESC establece las recomendaciones más bajas: lograr una PAS de 120 a 129 mmHg para la población menor a 65 años, mientras que para los mayores de 65 años el objetivo terapéutico es una PAS de 130 a 139 mmHg.

### Conclusiones del comentador

La nueva guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial representa un avance en el desarrollo metodológico de guías para nuestro país, estableciendo criterios racionales y adaptados a la realidad local. Sería necesario que futuras actualizaciones incluyan consideraciones más detalladas en cuanto a los valores y preferencias de los pacientes en relación a las metas terapéuticas y que se provean mayores recursos para su implementación.

**Julietta Salas** [ Departamento de Salud (carrera de medicina), Universidad Nacional de La Matanza. julietasalas\_97@hotmail.com ]

**Bárbara Valente** [ Departamento de Salud (carrera de medicina), Universidad Nacional de La Matanza. valentebárbara@hotmail.com ]

**Rodrigo Valverdi** [ Departamento de Salud (carrera de medicina), Universidad Nacional de La Matanza. r.valverdi@hotmail.com ]

**Juan Victor Ariel Franco** [ Departamento de Salud (carrera de medicina), Universidad Nacional de La Matanza; Departamento de Investigación, Instituto Universitario Hospital Italiano; Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. juan.franco@hospitalitaliano.org.ar ]

Salas J, Valente B, Valverdi R, Franco FVA. Nueva guía de hipertensión arterial en Argentina. *Evid Actual Pract Ambul.* 2019;22(04):e002038. Comentario

de: Alcuaz MA, Rosende A. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2019. Available from: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001700cnt-guia-hta.pdf>

## Referencias

1. Alcuaz MA, Rosende A. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2019. Available from: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001700cnt-guia-hta.pdf>.
2. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J.* 2010;182(18):E839–842.
3. de Cardiología SA, de Cardiología FA, de Hipertensión Arterial SA. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Rev Argent Cardiol.* 2018;86(2):1–53. Available from: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018-1.pdf>.
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASP-C/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.* 2018;71:13–115. Available from: 10.1161/HYP.0000000000000065.
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal.* 2018;39:3021–3104. Available from: 10.1093/eurheartj/ehy339.