



Nueva clasificación de hipertensión arterial: ¿aporta a la reducción de la mortalidad por infarto agudo al miocardio?

New classification of arterial hypertension: contributes to the reduction of mortality due to acute myocardial infarction?

Diego Chambergo-Michilot^{1, 2}, Fernando M. Runzer-Colmenares^{2, 3}

¹ Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Científica del Sur (SCIEM-UCSUR). Lima, Perú

² Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú

³ Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú

Correspondencia: Dr. Diego Chambergo Michilot, Email: diegochambergomichilot@hotmail.com

Estimado editor:

Recientemente revisamos el artículo original titulado “**Factores de riesgo de mortalidad intrahospitalaria post infarto agudo al miocardio**”¹ publicado en la prestigiosa Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, en el que se discute la asociación entre historia personal de hipertensión arterial (HTA) y mortalidad hospitalaria por infarto agudo al miocardio (IAM), hecho que en conjunto con la nueva clasificación de HTA de la *American College of Cardiology* (ACC)², nos motiva a dirigirle esta carta para comentar el aporte de esta clasificación a la reducción de la mortalidad por IAM.

En el ensayo clínico *Intravenous nPA for Treatment of Infarcting Myocardium Early II* (InTIME II), realizado en 14 114 pacientes,

se identificó la HTA como variable capaz de predecir independientemente la mortalidad intrahospitalaria por IAM, así como la angina, bloqueos y diabetes mellitus³. La HTA es importante en la evolución de complicaciones cardíacas; después de 10 años con HTA, el riesgo cardiovascular puede aumentar desde un 15% hasta un 30%, los cambios hemodinámicos e inflamatorios en esta patología afecta órganos diana, siendo, en la mayoría de veces, el miocardio⁴.

Otros estudios validan la historia personal de HTA como potencial factor de riesgo para un evento de IAM; el riesgo de desarrollar un IAM cuando existe HTA es un 59% mayor que cuando hay otros factores de riesgo cardiovascular⁵. El fundamento de HTA como factor de riesgo para IAM se basa en

su mecanismo fisiopatológico, ya que el estrés mecánico generado por la alta presión produce alteraciones morfológicas y funcionales en el endotelio, activando sensores que traducen el estímulo mecánico en señales bioquímicas, produciendo factores vasoactivos que conducen a sobreexpresar agentes oxidantes e inflamatorios; todo esto estaría favoreciendo potencialmente la evolución de la enfermedad aterosclerótica⁶.

En noviembre del 2017, el ACC publicó una nueva clasificación de HTA, lo cual establece como punto de corte para definir HTA el valor de 130/80 mmHg, cambiando el anterior punto de corte de 140/80 mmHg, y erradicando el estado de “Prehipertensión”, establecido en la clasificación de la *Seventh Joint National Committee (JNC 7)*⁷. Este suceso clasificaría a aproximadamente 100 millones estadounidenses como hipertensos grado 1, en vez de pre-hipertensos, como lo indicaría la clasificación del JNC 7.

¿Cuál es el beneficio de este cambio? Habitualmente las personas no acuden a controles médicos de evaluación de HTA sin tener sintomatología. El “chequeo médico” es una razón frecuente de consulta médica⁸, siendo uno de sus componentes la toma de presión arterial; sin embargo, debido a que la publicación de la nueva clasificación es reciente, todavía gran cantidad de médicos y

estudiantes de medicina siguen aplicando la clasificación del JNC 7, lo que implicaría que en la práctica se siga considerando el valor de 130/80 mmHg como Pre-hipertensión. Esto nos lleva a la interrogante: ¿si un paciente es diagnosticado con hipertensión grado 1, según la nueva clasificación, su actitud frente a la enfermedad será más adecuada? Podemos plantear que es muy posible que el paciente cambie hábitos nocivos; reduzca el consumo de sal y sedentarismo, o empiece una dieta más saludable y una rutina de ejercicio, ya que el hecho de que sufra de “Hipertensión grado 1” en vez de “Pre-hipertensión” generaría una mayor preocupación por ser una situación de salud más grave, lo que podría asociarse a una mayor toma de conciencia sobre estilos de vida, hecho que sería totalmente beneficioso sobre la reducción de factores de riesgo.

No se puede definir a qué edad puede aparecer la HTA, sin embargo, en países como Brasil más de la mitad de hipertensos tuvieron entre 45 y 69 años⁹. Es conocido que mientras más edad tenga el paciente, más probabilidad existe para que la HTA afecte órganos diana; pero debemos tener en cuenta que en caso de un paciente adulto con una historia personal de HTA sin tratamiento, el inicio de un nuevo tratamiento sumado al cambio de estilos de vida



reduciría la posibilidad de un evento cardiovascular futuro. Por lo tanto, es imperativo aplicar la nueva clasificación de HTA, ya que repercutiría de forma importante de la incidencia de IAM y otros eventos cardiovasculares.

Referencias Bibliográficas

1. Santos M, Barreiro A, García R, Barreiro E. Factores de riesgo de mortalidad hospitalaria post infarto agudo de miocardio. Rev Cub Card Cir Cardiovasc. 2017; 23(3)
2. 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. J Am Coll Cardiol. 2017
3. Morrow DA, Antman EM, Charlesworth A, Cairns R, Murphy SA, de Lemos JA, et al. TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction: a convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation. Circulation. 2000;102(17):2031-7
4. Alfonso Guerra JP. Daño en órganos relacionados con la hipertensión arterial. Factores de riesgo modificables. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. p. 129-39
5. Álvarez A, González J. Algunos factores de riesgo de la cardiopatía hipertensiva. Rev cubana med. 2009; 48(4)
6. Lahera V. Hipertensión y arteriosclerosis: relación entre el perfil circadiano de la presión arterial y el grosor íntima-media carotídeo. Clin Invest Arterioscl. 2009; 21(1): 23-4
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289(19):2560-2572
8. Montero J, Montero L, Moraga L, Althausen C. La consulta por "chequeo médico" en adultos. Rev. Med. Clin. Condes. 2010; 21(5): 674-683
9. Malachias, Marcus V. B. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3, 2010

Recibido: 22-03-2018

Aceptado: 25-04-2018

