

## PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

BOLETÍN No. 43

---

Juan Karlo Urrea Zapata, MD\*

*“Tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes con enfermedad arterial coronaria: un documento científico de la ACC, AHA y ASH”*

### **TREATMENT OF HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE**

Rosendorff C, Lackland DT, Allison M, Aronow WS, Black HR, MD, Blumenthal RS, Cannon CP, de Lemos JA, Elliott WJ, Findeiss L, Gersh BJ, Gore JM, Levy D, Long JB, O'Connor CM, O'Gara PT, Ogedegbe O, Oparil S, White WB; on behalf of the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease: a scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. *Circulation*. 2015;131:XXX–XXX DOI: 10.1161/CIR.0000000000000207

Esta guía basada en recomendaciones y niveles de evidencia le aporta una información adicional a las recomendaciones del tratamiento de la hipertensión arterial en los adultos. Aquí algunos puntos para la práctica diaria:

1. Las metas de presión arterial en prevención secundaria:
  - a. Es razonable < 140/90mmHg (Recom IIa NE: B)
  - b. Podría ser apropiado < 130/80mmHg (Recom IIb NE: B) en pacientes con enfermedad coronaria previa, ACV o AIT previo, infarto previo, o equivalentes coronarios (Enfermedad carotídea, enfermedad arterial oclusiva, aneurisma de aorta abdominal).
  - c. Se debe tener precaución en reducir la presión arterial diastólica (PAD) por debajo de 60mmHg en pacientes con enfermedad coronaria e isquemia miocárdica especialmente en diabéticos o mayores de 60 años (Recom IIa NE: C).
2. El tratamiento de los paciente con HTA y angina estable crónica debería incluir (Recom I NE: A):
  - a. Betabloqueadores en pacientes con IM previo (Recom I NE: A) con.
  - b. IECA o ARA-2 en IM previo, disfunción ventricular izquierda, diabetes mellitus o enfermedad renal crónica (Recom I NE: A); y
  - c. Un diurético tiazídico o equivalente (Recom I NE: A)
  - d. Esta combinación de betabloqueador, IECA/ARA-2/diurético tiazídico o similar podría también considerarse en ausencia de IM, disfunción ventricular, diabetes o enfermedad renal crónica proteinúrica (Recom IIa NE: B).

- e. Si están contraindicados los betabloqueadores, podrían sustituirse por un calcioantagonista no dihidropiridínico (Diltiazem o verapamilo) en ausencia de disfunción ventricular (Recom IIa NE: B).
  - f. Si la angina o la hipertensión no se controla después de este régimen de tratamiento, se puede agregar un calcioantagonista dihidropiridínico de larga acción (Adalat oros o amlodipino). No combinar betabloqueadores con verapamilo o diltiazem por el riesgo de bradicardia o progresión a falla cardíaca (Recom IIa NE: B).
  - g. El uso de antiagregantes o anticoagulantes no están contraindicados en hipertensos excepto en HTA severa no controlada (Recom IIa NE: C).
3. En hipertensos en el curso de un síndrome coronario agudo (SCA):
- a. Si no hay contraindicación para el uso de betabloqueadores, el manejo inicial es con betabloqueador B1 selectivo de corta acción o betabloqueador sin actividad simpaticomimética intrínseca (Metoprolol tartrato o bisoprolol) iniciándose oral en las primeras 24 horas de su presentación (Recom I NE: A). Si hay isquemia recurrente se podría usar esmolol IV (Recom IIa NE: B). Si al inicio de los síntomas hay signos de disfunción ventricular izquierda con falla cardíaca aguda no se deben iniciar hasta después de la estabilización clínica (Recom I NE: A).
  - b. En SCA hipertensos se deberían considerar los nitratos para reducir la presión arterial, la isquemia y la congestión pulmonar (Recom I NE: C). No usar los nitratos en infarto del ventrículo derecho o inestabilidad clínica. El inicio del nitrato puede ser sublingual y si se requiere pasar a una preparación de larga acción si está indicada.
  - c. En SCA e HTA que no toleran betabloqueadores se puede usar diltiazem o verapamilo si no hay signos de falla cardíaca (Recom IIa NE: B).
  - d. En SCA hipertensos deberían recibir un IECA (Recom I NE: A) o ARA-2 (Recom I NE: B) en pacientes con infarto anterior, persistencia de HTA, disfunción ventricular izquierda, o diabetes mellitus. En SCA hipertensos en ausencia de los casos anteriores, podrían considerarse (Recom IIa NE: A).
  - e. Los antagonistas de aldosterona están indicados en los pacientes que toman betabloqueadores, IECA/ARA-2 en el curso de un infarto con FEVI comprometida (< 40%) y síntomas de falla cardíaca o diabetes mellitus (Recom I NE: A). Es de indicar que en infarto agudo de miocardio la eplerenona debe iniciarse después del 3er día en el curso de dosis adecuadas de BB e IECA/ARA-2.
  - f. Se deben preferir los diuréticos de asa a los tiazídicos en presencia de falla cardíaca NYHA III-IV o con depuración calculada de creatinina < 30mL/min (Recom I NE: B).
4. En hipertensos con falla cardíaca se recomienda:
- a. Manejar adecuadamente los factores de riesgo adicionales basados en metas y con un programa dirigido de actividad física (Recom I NE: C).
  - b. Las medicaciones que han demostrado beneficio en los pacientes con falla cardíaca con fracción de eyección disminuida también reducen la presión

- arterial (Metoprolol succinato, carvedilol, bisoprolol, nebivolol) (Recom I NE: A).
- c. Aplican las mismas recomendaciones en el uso de los diuréticos en casos de sobrecarga hídrica.
  - d. Se considera que hay un beneficio equivalente en falla cardiaca e HTA respecto a los ICA y los ARA-2 específicamente candesartan o valsartan (Recom I NE: A).
  - e. Espironolactona para FEVI < 35% NYHA III-IV y eplerenona para FEVI < 40% NYHA II-IV con medicaciones indicadas después de dosis óptimas de BB e IECA/ARA-2 (Recom I NE: A), no se deben usar si creatinina > 2,5 en hombres, 2,0 en mujeres o potasio > 5.
  - f. Hidralazina más dinitrato de isosorbide en pacientes de raza negra con falla cardiaca asociado al manejo con BB, IECA/ARA-2, diurético (Recom I NE: B)
  - g. En falla cardiaca con FEVI preservada, se recomienda controlar la HTA (Recom I NE: A), frecuencia ventricular en fibrilación auricular (Recom I NE: C) y en signos de congestión (pulmonar o sistémica) (Recom I NE: C).
  - h. En octogenarios, se debe evitar las presiones arteriales menores de 130/65mmHg (Recom IIa NE: B).

#### **Referencia:**

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2015/03/31/CIR.0000000000000207.full.pdf+html>

---

#### **EDITOR**

\*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

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

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

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

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, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.