

Tratamiento farmacológico de la hipertensión nivel 1 en bajo riesgo cardiovascular: ¿sí o no?



Dra Fuentes Inés Analía: Médica especialista en cardiología
Master en HTA- Presidente Distrito Noroeste SAHA



Dr. Kochol Jorge: Médico especialista Clínica Médica- Socio Titular
SAHA

A favor del tratamiento:

Dra. Fuentes Inés Analía:

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad multifactorial y constituye el factor de riesgo modificable más importante para la morbilidad cardiovascular y la mortalidad global. Incluso en su estadio inicial, la HTA nivel 1 ($\geq 140/90$ mmHg) se asocia con un incremento sostenido del riesgo. En la misma línea, el metaanálisis de Lewington et al., realizado en adultos sin enfermedad vascular previa, demostró que la mortalidad por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular (ACV) aumenta de manera continua y proporcional con las cifras de presión arterial, sin identificarse un umbral de seguridad hasta 115/75 mmHg (1).

Aunque la evidencia para tratar a todos los pacientes con HTA nivel 1 y bajo riesgo cardiovascular (RCV) es limitada, este riesgo suele estar subestimado: las calculadoras tienden a fallar en personas jóvenes y no contemplan factores que incrementan sustancialmente el riesgo real.

En todo paciente con HTA confirmada se recomienda iniciar tratamiento no farmacológico, basado en cambios del estilo de vida. Es incuestionable el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA nivel 2 y en aquellos con HTA nivel 1 de alto o muy alto riesgo, donde la evidencia apoya iniciar terapia combinada desde el comienzo (2).

La verdadera controversia surge en los pacientes con HTA nivel 1 y bajo RCV. Aunque tradicionalmente se ha indicado solo tratamiento no farmacológico, meta-análisis (3) y ensayos clínicos (4) han demostrado reducciones significativas de eventos cardiovasculares y de mortalidad también en este grupo.

Estos hallazgos respaldan el inicio de farmacoterapia, probablemente en monoterapia, cuando se identifique al menos un factor de riesgo adicional. Un consenso reciente refuerza esta recomendación, reservando la conducta de solo cambios de estilo de vida únicamente para los hipertensos nivel 1 verdaderamente aislados, sin ningún otro factor asociado (5).

La evidencia clínica converge en esta dirección. El estudio TROPHY (2006) mostró que tratar la prehipertensión reducía la progresión a HTA, con una disminución del 26,8 % en la incidencia, efecto que persistió aun dos años tras suspender la medicación. Más recientemente, las Guías Europeas de Hipertensión 2024 recomiendan iniciar tratamiento farmacológico en adultos con HTA nivel 1 independientemente del riesgo calculado, con objetivo de presión sistólica entre 120–129 mmHg en la mayoría de los pacientes.

Conclusión:

Aunque el tratamiento farmacológico de la HTA nivel 1 y bajo RCV sigue siendo debatido, es clave reconocer que el riesgo suele estar subestimado, sobre todo en jóvenes. La evidencia muestra que un control más estricto reduce la progresión, el daño de órgano blanco y los eventos cardiovasculares. Más que discutir si tratar o no, el desafío es identificar precozmente a quienes no son realmente de bajo riesgo y ofrecerles, junto con cambios de estilo de vida, una farmacoterapia oportuna y adaptada, evitando la inercia clínica y mejorando la morbimortalidad a largo plazo.

Controversia Interdistrital SAHA | Agosto 2025

Bibliografía

1-Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002 Dec 14;360(9349):1903-13. doi: 10.1016/s0140-6736(02)11911-8. Erratum in: Lancet. 2003 Mar 22;361(9362):1060. PMID: 12493255.

3- Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 2. Effects at different baseline and achieved blood pressure levels--overview and meta-analyses of randomized trials. J Hypertens 2014;32:2296-304. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000379>

4- Lonn EM, Bosch J, López-Jaramillo P, Zhu J, Liu L, Pais P, et al; HOPE-3 Investigators. Blood-Pressure Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2016;374:2009-20. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600175>

5- Morales-Salinas A, Olsen MH, Kones R, et al. Second Consensus on Treatment of Patients Recently Diagnosed With Mild Hypertension and Low Cardiovascular Risk. Curr Probl Cardiol. 2020 Oct;45(10):100653. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2020.100653. Epub 2020 Jul 22. Erratum in: Curr Probl Cardiol. 2021 Dec;46(12):100877. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2021.100877. PMID: 32828558.

En Contra del tratamiento farmacológico:

Dr. Kochol Jorge:

Cuando la presión arterial (PA) en consulta es $\geq 140/90$ mmHg las directrices en la Sociedad Europea de Cardiología 2024, recomienda que en pacientes hipertensos con PA confirmada $\geq 140/90$ mmHg, independientemente del riesgo cardiovascular (RCV), se inicien de forma rápida medidas de estilo de vida y tratamiento farmacológico para reducir el RCV (1). Sin embargo, los pacientes con hipertensión en estadio I y bajo RCV tienen un riesgo relativamente bajo de eventos cardiovasculares adversos. No existe evidencia contundente que indique que el tratamiento farmacológico sea una mejor opción en pacientes en estadio I de bajo riesgo. La evidencia actual muestra que el tratamiento farmacológico en estos casos no produce una reducción significativa en la mortalidad ni en eventos cardiovasculares totales en algunos estudios (2). Los análisis críticos de los resultados de los ensayos disponibles muestran que la evidencia es, al menos, escasa para esta recomendación (3). La dieta DASH demostró que se puede reducir los niveles de PAS hasta 11 mmHg en personas hipertensas, solo consumiendo frutas, verduras, lácteos bajos en grasas y reducción del sodio (4).

El Salt Substitute and Stroke Study (SSaSS) (5) demostró en más de 20.000 personas que la sustitución de la sal común por una sal compuesta por un 70% de CLNA y 30 % de CLK redujo significativamente los episodios de ACV por disminución de la PA en dicha población.

Por otra parte, un metaanálisis publicado en 2023 con 16 ensayos demostró que la suplementación con potasio redujo significativamente la presión arterial sistólica (PAS) en -7,62 mmHg y la presión arterial diastólica (PAD) en -4,56 mmHg frente a controles. La evidencia respalda la recomendación de aumentar el consumo de potasio como parte del manejo no farmacológico de la HTA (6). El ejercicio aeróbico reduce significativamente la presión arterial. El estudio CARDIA, con seguimiento de 15 años en adultos jóvenes, mostró que quienes eran más activos físicamente presentaron menor riesgo de hipertensión incidente, incluso tras ajustar por confundidores (7). Jamie Edwards y col. publican en 2022 un metaanálisis de 270 ensayos controlados aleatorizado donde demostró reducciones significativas de la PAS/PAD en reposo tras el entrenamiento aeróbico, el entrenamiento de resistencia dinámica, el entrenamiento combinado, el entrenamiento a intervalos de alta intensidad y el entrenamiento isométrico siendo el más efectivo sobre la presión arterial sistólica el ejercicio isométrico, aunque todos tuvieron efecto positivo sobre la presión arterial (8) Por su parte, Neter et al., en un metaanálisis de 25 estudios (1966–2002), demostraron que una pérdida de peso media de 5 kg se asoció con descensos de 4,4/3,6 mmHg en PAS/PAD, con mayor reducción de presión a mayor pérdida ponderal (9).

Conclusión:

Las medidas no farmacológicas logran reducciones significativas de la presión arterial, más aún cuando se combinan, y deben constituir la base fundamental del manejo inicial en pacientes con HTA grado 1 y bajo RCV. En este subgrupo, la reducción de eventos duros obtenida con fármacos es marginal o no significativa, y el balance costo/beneficio no está demostrado. Por ello, iniciar tratamiento farmacológico de manera sistemática no parece justificado, siendo más razonable reservarlo para cuando el RCV aumente o las intervenciones sobre el estilo de vida no alcancen para controlar la presión arterial.

Controversia Interdistrital SAHA | Agosto 2025

Bibliografía

1. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J.* 2024 Oct 7;45(38):3912-4018. doi: 10.1093/eurheartj/ehae178. Erratum in: *Eur Heart J.* 2025 Apr 7;46(14):1300. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf031. PMID: 39210715.
2. Sheppard JP, Stevens S, Stevens R, et al.. Benefits and Harms of Antihypertensive Treatment in Low-Risk Patients With Mild Hypertension. *JAMA Intern Med.* 2018 Dec 1;178(12):1626-1634.. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4684. PMID: 30383082; PMCID: PMC6583613.
3. Zanchetti, Alberto Grassi, Guido; Mancia, Giuseppe. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *Journal of Hypertension* 27(5):p 923-934, May 2009.
4. Conlin PR. The dietary approaches to stop hypertension (DASH) clinical trial: implications for lifestyle modifications in the treatment of hypertensive patients. *Cardiol Rev.* 1999 Sep-Oct;7(5):284-8. doi: 10.1097/00045415-199909000-00013. PMID: 11208239.
5. Neal B, Wu Y, Feng X, et al. Effect of Salt Substitution on Cardiovascular Events and Death. *N Engl J Med.* 2021 Sep 16;385(12):1067-1077. doi: 10.1056/NEJMoa2105675. Epub 2021 Aug 29. PMID: 34459569.
6. Chia YC, He FJ, Cheng MH, Shin J, et al.; HOPE-Asia Network. Role of dietary potassium and salt substitution in the prevention and management of hypertension. *Hypertens Res.* 2025 Jan;48(1):301-313. doi: 10.1038/s41440-024-01862-w. Epub 2024 Oct 29. PMID: 39472546.
7. Parker ED, Schmitz KH, Jacobs DR Jr, Dengel DR, Schreiner PJ. Physical activity in young adults and incident hypertension over 15 years of follow-up: the CARDIA study. *Am J Public Health.* 2007;97(4):703-9. doi:10.2105/AJPH.2004.055889..
8. Edwards JJ, Deenmamode AHP, Griffiths M, Arnold O, Cooper NJ, Wiles JD, O'Driscoll JM. Exercise training and resting blood pressure: a large-scale pairwise and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2023 Oct;57(20):1317-1326. doi: 10.1136/bjsports-2022-106503. Epub 2023 Jul 25. PMID: 37491419.
8. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension.* 2003 Nov;42(5):878-84. doi: 10.1161/01.HYP.0000094221.86888.AE. Epub 2003 Sep 15. PMID: 12975389.